

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
(2006)

Auteur :

Alain ORIGER
CRP-SANTE/CES
Point focal OEDT
Chargé de direction

Assistants scientifiques :

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

Collaborateurs : (par ordre alphabétique)

- ▶ **Andrée CLEMANG**
Conseiller de Direction adjoint
Ministère de la Justice
- ▶ **Dr Robert HEMMER**
Centre Hospitalier de Luxembourg
- ▶ **Jean-Paul JUCHEM**
Union des Caisses de Maladie
- ▶ **Georges NEU**
POLICE GRAND-DUCALE
Service de Police Judiciaire -
Section Stupéfiants
- ▶ **Simone SCHRAM**
Direction de la Santé
- ▶ **Dr Jean-Marie SPAUTZ †**
Centre Hospitalier
Neuro-Psychiatrique - BU-V
- ▶ **Prof. Dr Robert WENNIG**
Laboratoire National de Santé
- ▶ **Associations et Fondations**
participant au réseau RELIS

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 2006 comprend quatre parties développées sommairement ci-après :

La première partie situe la prévalence du phénomène des drogues, esquisse le cadre légal en la matière au niveau national et présente les nouvelles orientations politiques et actions entreprises en 2005.

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 2006 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 2005 en comparaison aux données des années 1994 à 2004.

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 2005, les données relatives à la population de toxicomanes en milieu carcéral de 1989 à 2005 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	41
I.1.6	Aperçu historique de la consommation de drogues illicites au G.-D. de Luxembourg	42
I.1.7	Sources d'approvisionnement et trafic de substances psychoactives illicites au G.-D. de Luxembourg	45

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

I.2.1	Acteurs clefs - Rôles et relations	46
I.2.2	Aperçu historique des acquis légaux et structureaux	47
I.2.3	Stratégie et plan d'action en matière de drogues et de toxicomanies 2005-2009	52
I.2.4	Budgets et mécanismes de financement	53
I.2.5	Coopération internationale	54

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	55
I.3.1.1	<i>Législation de base et procédures d'amendement</i>	55
I.3.1.2	<i>Propositions de loi, projets de loi et projets de règlements grand-ducaux</i>	57
I.3.1.3	<i>Sommaire du relevé général de la législation en matière de médicaments et de substances toxiques de 2000 à 2005</i>	59
I.3.2	Les conventions internationales	61

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	64
II.1.2	Dispositif d'accueil téléphonique	72
II.1.3	Les programmes communautaires	74
II.1.4	Réduction des risques et dommages	75
II.1.5	Prévention des maladies infectieuses parmi les usagers de drogues	81
II.1.6	Traitements de substitution	86
II.1.7	Services résidentiels de désintoxication	89
II.1.8	Les services extrahospitaliers	90
II.1.9	Les suivis en postcure	95
II.1.10	Interventions de réintégration socioprofessionnelle	95
II.1.11	Les demandes de traitement à l'étranger	96
II.1.12	Le traitement en milieu carcéral	97
II.1.13	Les groupes d'entraide	102
II.1.14	Evènements, programmes et publications en 2005/2006	103

Chapitre II.2 TRAVAUX DE RECHERCHE RÉCENTS - SOMMAIRE

II.2.1	Statec (2006). Etude relative à l'estimation de l'impact des activités illégales liées à la drogue au Luxembourg. Statnews n° 35/2006 et bulletin du Statec 2_2006. Luxembourg.	104
--------	---	-----

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

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

III.1.1	Historique	108
III.1.2	Evolutions récentes au Point Focal (PFN) Luxembourg	108
III.1.3	Les dispositifs de monitoring et d'information coordonnés par l'OEDT et maintenus par les points focaux nationaux	109

Programme de travail annuel

III.1.3.1	REITOX – Réseau Européen d'Information sur les Toxicomanies	109
III.1.3.2	Les indicateurs épidémiologiques en 2005	109
III.1.3.3	EDDRA – Système d'information sur les échanges en matière d'activités de réduction de la demande	110
III.1.3.4	Système d'alerte précoce sur les nouvelles drogues synthétiques	111

Projets connexes

III.1.3.5	EIB - Banque de données européenne sur les instruments d'évaluation	112
III.1.3.6	QED – Système d'information européen en matière de recherche qualitative	112
III.1.3.7	Base de données européenne sur les textes de loi en matière de drogues (ELDD)	113
III.1.3.8	Base de données européenne en matière d'épidémiologie	113
III.1.3.9	Ressources documentaires	113
III.1.4	Les dispositifs de monitoring et d'information coordonnés par le PFN	
III.1.4.1	RELIS – Réseau d'Information National sur les Stupéfiants et les Toxicomanies	115
III.1.4.2	SAP – Système d'Alerte Précoce sur les drogues synthétiques	116
III.1.4.3	CLDDT – Centre Logistique de Documentation sur les Drogues et les Toxicomanies	116

Chapitre III.2 RESEAU NATIONAL D'INFORMATION SUR LES STUPEFIANTS ET LES TOXICOMANIES (R.E.L.I.S)

III.2.1	Remarques préliminaires	117
III.2.2	Base méthodologique	117
III.2.3	Description de la population toxicomane répertoriée par le réseau institutionnel de 1994 - 2005	122

III.2.4	Traitement et représentativité des données	
III.2.4.1	Description de l'échantillon	125
III.2.4.2	Taux et couverture de réponses	125
III.2.5	Résultats et analyse	
III.2.5.a.	RELIS 2005 - Sommaire des données	127

Partie IV : DONNEES STATISTIQUES OFFICIELLES DE 1984 À 2005

A.	Statistiques annuelles relatives à la production, au trafic et à l'usage illicites de drogues de 1984 à 2005	190
B.	Données statistiques relatives à la population de toxicomanes en milieu carcéral de 1989 à 2005	204
C.	Cas de décès par surdose au Grand-Duché de Luxembourg de 1985 à 2005	205

Références bibliographiques

208

Annexes

213

A.	Sommaire comparatif des principaux résultats d'enquêtes en milieu scolaire (1985-2002)	214
B.	Classification sommaire des substances psychoactives retenues au niveau du protocole RELIS 2005	218
C.	Sommaire des substances et préparations psychotropes, stupéfiants et toxiques et précurseurs placés sous contrôle national par règlements grand-ducaux entre 1995 et 2005	221
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)	226
E.	Définitions (CIM-10, DSMIV) de l'abus, l'usage nocif et de la dépendance	240
F.	Points focaux nationaux du Réseau Européen des Drogues et des Toxicomanies - REITOX	242
G.	Participation des organismes nationaux à des projets de recherche européens ou nationaux dans les domaines des drogues illicites et de la toxicomanie	250
H.	Organigramme des acteurs nationaux impliqués dans la lutte contre la toxicomanie	258
I.	Coopération internationale : Cadre et instruments de l'Union européenne en matière de drogues - Coopération interrégionale	260

Liste des acronymes

AST	Service d'action socio-thérapeutique de la Direction de la Santé
CDS (CND)	Commission des Stupéfiants (Commission on Narcotic Drug)
CePT	Centre de Prévention des Toxicomanies
CES	Centre d'Études en Santé
CHNP	Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique
CICAD	Commission Interaméricaine pour le Contrôle de l'Abus des Drogues
CNDS	Comité National de Défense Sociale
CNER	Comité National d'Éthique de Recherche
CNPD	Commission Nationale de la Protection des Données
CPG	Centre Pénitentiaire de Givenich
CPL	Centre Pénitentiaire de Luxembourg
CPOS	Centre de Psychologie et d'Orientation Scolaire
CRP-HT	Centre de Recherche Public - Henri Tudor
CRP-Santé	Centre de Recherche Public - Santé
CTM	Centre Thérapeutique de Manternach - CHNP
DEA	Drug Enforcement Administration (États-Unis)
EMA	European Medicines Agency
EUROPOL	Office Européen de Police
FBI	Federal Bureau of Investigation (États-Unis)
FED	Fond Européen de Développement
FEDER	Fond Européen de Développement Régional
FLTS	Fonds de Lutte contre le Trafic des Stupéfiants
GAFI (FATF)	Groupe d'Action Financière Internationale (Financial Action Task Force on money laundering)
GAPC (CATF)	Groupe d'Action sur les Produits Chimiques (Chemical Action Task Force)
GHD	Groupe Horizontal Drogue (Conseil de l'UE)
GID	Groupe Interministériel « Drogues »
GID	Groupe Interservices Drogue (Commission européenne)

Honlea	Chefs des services nationaux de répression compétents en matière de drogues (organe subsidiaire de la Commission des stupéfiants)
JDH	Fondation Jugend- an Drogenhëllef
LNS	Laboratoire National de Santé
MSF	Médecins Sans Frontières
NDLEA	National Drug Law Enforcement Administration (Nigeria) NIDA: National Institute on Drug Abuse (États-Unis)
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Economiques
OEA (OAS)	Organisation des États Américains (Organization of American States)
OEDT (EMCDDA)	Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction)
OICS (INCB)	Organe International de Contrôle des Stupéfiants (International Narcotic Control Board)
OIPC/Interpol (ICPO)	Organisation Internationale de Police Criminelle (International Criminal Police Organization)
OIT	Organisation Internationale du Travail
OLAF	Office Européen de Lutte Antifraude
OMC	Organisation Mondiale du Commerce
OMD (WCO)	Organisation Mondiale des Douanes (World Customs Organization)
OMS (WHO)	Organisation Mondiale de la Santé (World Health Organization)
ONDCP	Office of National Drug Control Policy of the White House (États-Unis)
PECO	Pays d'Europe Centrale et Orientale
PESC (CFSP)	Politique Etrangère et de Sécurité Commune (Common Foreign and Security Policy)
PFN	Point Focal National de l'OEDT
PNUCID	Programme des Nations Unies pour le Contrôle International de la Drogue
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
REITOX	Réseau Européen d'Information sur les Drogues et les Toxicomanies

RELIS	Réseau Luxembourgeois d'Information sur les Stupéfiants et les Toxicomanies
SADC	Southern African Development Community
SAP	Système d'Alerte Précoce en matière de nouvelles drogues synthétiques
SEPT	Semaine Européenne de Prévention des Toxicomanies
SID	Système d'Information Douanier
SIS	Système d'Information Schengen
SMC	Schéma Multidisciplinaire Complet (NU)
SNJ	Service National de la Jeunesse
SPG	Système de Préférences Généralisées
SPJ	Service des Stupéfiants de la Police Judiciaire
UE	Union Européenne
UNGASS	United Nations General Assembly Special Session on Drugs
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime
ZEPF	Zentrum für Empirische Pädagogische Forschung – Universität Landau

Résumé

Rapport National sur l'Etat du Phénomène des Drogues et des Toxicomanies au Grand-Duché de Luxembourg (RELIS - Edition 2006)

Depuis sa création en 1994, le Point Focal Luxembourgeois (PFN) de l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT) œuvre au développement 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 plus de 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'utilisateurs 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'a pas introduit de changements en matière des compétences visées et a servi 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 5.770.643 EUR en 2004 ce qui équivaut à un **taux de progression de 354%**. Le budget 2005 s'élevait à 6.195.518 EUR ce qui représente une croissance supplémentaire de 7,4% en référence à l'exercice 2004. En ce qui concerne le budget 2006, 6.583.862 EUR ont été alloués aux services concernés, ce qui représente une croissance de 6,3% par rapport à l'année budgétaire 2005. En 2000, le nombre de postes ETP conventionnés par le Ministère de la Santé et alloué aux structures spécialisées issues du domaine des toxicomanies s'élevait à 30,75 ; il a atteint 69,25 ETP en 2006.

Indicateurs épidémiologiques

A l'échelle mondiale le nombre global de consommateurs de drogues est estimé à quelques 200 millions de personnes, ce qui équivaut à peu près à 5% de la population mondiale âgée entre 15 à 64 ans. Le cannabis reste de loin la drogue la plus consommée (quelques 162 millions de personnes) suivi des stimulants de type amphétamine (quelques 35 millions de personnes) incluant les amphétamines (consommées par 25 millions de personnes) et l'ecstasy (presque 10 millions de personnes). Le nombre de consommateurs d'opiacés est estimé autour de 16 millions de personnes, dont 11 millions sont des consommateurs d'héroïne. Quelques 13 millions de personnes consomment de la cocaïne. 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)¹

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

Le **nombre d'UPDs** indexés par les institutions nationales en 2005 équivaut à 4.101 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 2005 ces mêmes instances ont recensés respectivement 1.901 et 2.200 personnes ce qui équivaut à une croissance totale de 85%. On note depuis deux années une **stabilisation des demandes de prise en charge au niveau des structures ambulatoires** et résidentielles alors que les **établissements hospitaliers** (majoritairement des demandes de désintoxication) et les **services de bas-seuil** affichent des tendances clairement à la hausse.

Pour 29% (38%) des usagers indexés (60% 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 s'élève à 29% (36%). 6% (10%) 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 2005.

¹ 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.

79% (72%) des répondants ont déjà suivi au moins un traitement de substitution avant le recensement 2005.

Caractéristiques socio-démographiques de la population nationale d'UPDs

La population cible est composée de 24% de femmes et 76% d'hommes. Sur les dix dernières années on constate que la proportion de **ressortissants étrangers** parmi les UPDs recensés a témoigné d'importantes fluctuations alors qu'elle affiche une tendance à la hausse depuis 2003. La population des non-luxembourgeois(es) est principalement composée de ressortissants portugais dont la proportion affiche cependant une nette décroissance en 2005 par rapport aux années précédentes. On observe par ailleurs un accroissement très sensible de la proportion de ressortissants français parmi la population des UPDs. Cette tendance se voit confirmée par les données sur les personnes interpellées pour infraction(s) à la législation nationale sur les stupéfiants.

L'âge moyen des usagers recensés est passé de 28 ans et 4 mois en 1995 à 29 ans et 10 mois en 2005. **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 décroissante de mineurs** parmi les prévenus pour infraction(s) STUP. Respectivement 85% et 40% 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 (40%) figurent en première position. Les cantons du nord confirment une légère régression (11,5%) au profit des cantons du centre.

Tous indicateurs confondus, **la situation d'emploi des répondants n'a pas évolué favorablement** au cours des dernières années. Le **taux de chômage**, après une stabilisation à niveau élevé (46-50%) les dernières 5 années, affiche une augmentation significative (67%) en 2005. 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 stabilisation de la proportion de personnes en situation d'endettement.**

Prévalence UPDs 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, 2005) 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. La prévalence de l'usage de cocaïne en tant que drogue de préférence continue néanmoins à progresser, ce qui est en partie à mettre sur compte d'une disponibilité accrue sur le marché luxembourgeois.

Le nombre de personnes en contact avec le réseau institutionnel spécialisé pour usage (préférentiel) de **cannabis** avait connu une hausse sensible les dernières années pour redescendre en 2004 et se stabiliser en 2005. 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** (92%) s'est stabilisé à une valeur record en 2004/2005. 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 et semblent s'être stabilisés en 2005. 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**. 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** jusqu'en 2004. **Le taux d'infection HIV parmi les usagers intraveineux** se situe actuellement autour de 4%. Une attention particulière devra être accordée à l'accroissement des taux d'infection HIV chez les femmes qui consomment par voie intraveineuse (10% en 2005).

La concrétisation du plan d'action 2000-2004 et 2005-2009 a été accompagnée d'une baisse significative du nombre de **décès par surdosage** au Grand-Duché de Luxembourg pour se stabiliser en 2003 et 2004 (13 cas) et redescendre en 2005 à 8 cas. Exprimée en nombre de **cas de surdose par rapport à la population générale** du Grand-Duché de Luxembourg, cette proportion s'élevait à 1,76 décès par surdose pour 100.000 habitants en 2005. En 2000, ce même taux s'élevait à 5,9 cas par 100.000 habitants. Les **données médico-légales** de 2005 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 2005, 9 **cas de décès indirects** liés à la consommation de drogues illicites ont été enregistrés. Les principales causes de décès indirects entre 1996 et 2005 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 entre 1996 et 2004 se situant entre 26 et 33 cas par année. Pour 2005, on a enregistré un minimum historique de 17 cas.

Indicateurs juridiques et pénaux ²

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 et le cannabis.

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 2005 le nombre de saisies de

² Sauf indication contraire, les données présentées se rapportent à l'année 2005. Par défaut d'autres indications, les données entre parenthèses se rapportent à l'année 2004.

cannabis est passé de 167 à 649. Le nombre total de personnes impliquées lors d'affaires de saisies affichait 451 personnes en 1990 et 1.586 en 2005. 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. 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 2005 (1.601). En ce qui concerne le nombre respectif de **prévenus**, on note une évolution semblable. En 2005, furent enregistrées 155 **arrestations** pour motifs d'infraction à la loi modifiée de 1973. En d'autres termes, le nombre de procès verbaux, le nombre de prévenus et le nombre d'arrestations pour le même motif affichent une certaine stabilité depuis plusieurs années.

La population des prévenus est composée de 88% 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 66%. Il s'agissait dans 32% des cas de **premiers auteurs** en 2005 (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 redescendu à 7,6% en 2005.

Les données statistiques fournies par **l'administration pénitentiaire** pour l'année 2005 font état de 1.425 (1.033) nouvelles entrées au CPL et au CPG dont 166 (11,6%) 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), à l'instar de la situation en 2004, 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.

Depuis 2003 aucun laboratoire clandestin de production de drogues n'a été découvert sur le territoire luxembourgeois. 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 2002/2003 alors qu'on observe des marges de prix plus étendues et des maxima plus élevés pour l'héroïne et la cocaïne depuis 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 réduite pour la cocaïne. Pour les autres substances analysées, les tendances sont peu claires, sauf que l'on observe une pureté très faible et décroissante 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** (2005: 434.879 / 1996 : 76.259). Cette même tendance s'observe pour le nombre de **seringues usées collectées** (2005: 381.251 (taux de retour croissant : 87,7%) / 1996 : 28.646 (38%)). Une majorité d'injecteurs (37%) se procurent leurs seringues auprès des associations spécialisées suivie des pharmacies (32%) et des distributeurs (24%).

Le nombre de contacts enregistrés par les **structures d'accueil bas-seuil** a connu un accroissement remarquable lors des dernières 8 années (2005 : 47.730 / 1996 : 6.456), tout comme le nombre de seringues distribuées par ces mêmes associations, bien que **ce dernier s'est stabilisé pour la première fois depuis le début du programme** de distribution de seringues. 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 114 en 2005 (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 2005, l'Union des Caisses de Maladie a recensé 163 (1999: 125) médecins ayant prescrits à 970 (2002: 889) personnes (double comptages exclus) 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 2006)

The present report has been edited by the Luxembourgish focal point of the EMCDDA and provides an overview of current developments regarding the political and legal framework, the epidemiological situation, demand reduction interventions and selected key issues of current interest in the fields of drugs and drug addiction.

Political, legal and organizational framework

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. This led to the creation of the national drug coordinator's office in 2000.

The governmental programme presented following the **parliamentary elections of June 2004** has introduced no changes concerning competences and attributions in the drugs field and constituted 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 collaboration with field actors and civil society. In order to optimize its impact, the new action plan has taken into account pertinent elements issued 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 drug 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 national drug coordinator, jointly with the Interministerial Committee on Drugs (ICD), follows up the implementation process of the national drug action plan.

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 5,770,643.- EUR in 2004, indicating a **progression rate of 354%** since 1999. The 2005 budget went up to 6,195,518.- EUR representing a supplementary raise of 7.4% in reference to the 2004 budget. In regard to the 2006 budget, 6,583,862. - EUR have been allocated to concerned services representing an increase of 6.3% compared to 2005. Human resources dedicated to specialized state financed drug agencies have known a significant increase from 30.75 full time posts in 2000 to 69.25 in 2006.

Epidemiological indicators

The total number of drug users in the world is estimated at some 200 million people, equivalent to about 5 percent of the global population aged 15-64. Cannabis remains by far the most widely used drug (some 162 million people), followed by amphetamine-type stimulants (\pm 35 million people), which include amphetamines (\pm 25 million people) and ecstasy (almost 10 million people). The number of opiate abusers is estimated at 16 million people, of which 11 million are heroin abusers. Around 13 million people are cocaine users.

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 2005 figures 4,101 (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 2005 the same agencies have indexed 1,901 and 2,200 persons respectively, which equals to a total **increase rate of 85%**. **5%** of respondents are **first treatment demanders**, all treatment centres included. More recently one has observed a **stabilisation of treatment demands in outpatient drug agencies** and inpatient therapeutic centres whereas detoxification demands and contacts with low threshold drug agencies are clearly increasing.

The male/female ratio of the PDU population is 3:1. The last ten years the proportion of indexed non-native PDUs has shown strong variations but a clearly increasing tendency since 2003. The **population of non-natives** drug users largely consists of Portuguese nationals, a proportion constantly increasing until 2004 and consistently higher than the one observed in general population. Notably, one observes a remarkable increase of PDUs of French origin (23%). This trend is confirmed by last 5-years data on drug law offenders.

The **mean age** of indexed PDUs evolved from 28 years and 4 months in 1995 to 29 years and 10 months in 2005. **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 also the significant increase of the **average age of overdose victims and a significant but currently decreasing proportion of minors** among drug law offenders STUP. Respectively 85% and 40% of current PDUs have tried cannabis and heroin (i.v.) while being minor of age. In 1995 the same proportions figured 71% and 23%. Most interestingly, evolution of drug use patterns tends to accelerate in terms of shorter time spans separating first non-iv use from first iv-use. This acceleration is also observed as far as first treatment demands are concerned. PDUs tend to contact drug treatment facilities at an earlier stage, which may be due to a more diversified offer currently available.

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 indirect follow-up indicators (Origer, 2005), **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. As already indicated, the switch to **intravenous drug use** occurs earlier. The ratio of **intravenous opiates use** to **the inhalation** mode has stabilised at 2:1. The prevalence of the use of cocaine as primary drug continues to increase, which is partly due to increased availability on the national market.

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 / 2005. **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** (92%) has reached stabilisation after 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 2005, age of first use of cocaine (iv/non-v) and heroin (non-iv) stabilised, contrarily to average ages of first intravenous heroin use and even more significantly the average age at first cannabis use (almost 1/3 of respondents were not older than 13 at the moment of first cannabis use). In general, the proportion of PDUs aged more than 39 years and of users less than 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**. Data from the Laboratory of Retrovirology of the CRP-Santé suggest a **long term and discontinuous decreasing tendency of average proportion of IVDUs in newly diagnosed HIV cases** until 2004. **HIV infection rates in IVDUs** situates around 4 percent thus witnessing a currently stable trend. Attention has to be paid to the strong increase of the **HIV infection rate in female IVDUs** figuring more than 10% in 2005.

The implementation of the 2000-2004 and 2005 - 2009 action plans has been accompanied by a significant decrease of **overdose cases** in the Grand-Duchy of Luxembourg (2005: 8 cases). Expressed in the number of overdose cases in the general population of the Grand-Duchy of Luxembourg, this proportion figured 1.76 overdose death per 100,000 inhabitants in 2005 (2000: 5.9 cases per 100,000 inhabitants). **Forensic data** of 2005 confirm that nearly every drug-related death involved heroin use associated to multiple substance use. Detected associated drugs in blood samples of overdose victims showed primarily cocaine and methadone 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 2005, 9 **indirect drug death cases** have been indexed. Main causes of indirect deaths between 1996 and 2005 are, in order of importance: suicide, traffic accidents, undefined intoxication, associated cardio-vascular or pulmonary complications pharmacodependance, 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 between 1996 and 2004 figuring roughly 26 to 33 cases per year. 2005 stands for a historic minimum of 17 drug related deaths.

Law enforcement indicators ³

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. A longitudinal data analysis indicates a general decreasing tendency of heroin, cocaine and cannabis seizures until 2002⁴. Since 2002 however, one observes a significant increase in the quantity of drug seizures mainly concerning heroin and herbal cannabis. **Cocaine** seizures (quantity) are highly variable since the beginning of the nineties.

Notwithstanding the quantities seized, the **number of seizures** has grown discontinuously since 1993. Since 2000 the number of cannabis and cocaine seizures has clearly increased and the number of heroin seizures tends to stabilise. Markedly, the number of cannabis seizures has risen from 167 to 649 between 1994 and 2005. The total **number of persons** involved in traffic has followed a constant upward trend 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 stabilization at low level occurred the last six years.

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 2005 (1,601). A similar evolution has been observed with regard to **the number of drug law offenders**. In 2005, 155 (178) **arrests** for presumed offences against the modified 1973 drug law have been reported. Generally speaking, the number of police records, the number of drug law offenders and the number of persons arrested on the same charge have stabilised in recent years

³ If not specified, data refer to 2005. Figures between brackets refer to 2004 if not specified.

⁴ Non-transit drugs destined to the national market

88% 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** went from 50% to 66% (68%). In 2005, 32% of the registered 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 again to 7,6% in 2005.

National prison data of 2005 refer to 1,425 (1,033) new admissions of which 166 (11.6%) were related to drug law offences; a proportion having represented 42.6% in 1996.

Profile of the national drug market

According to data provided by the Special Drug Unit of the Judicial Police, likewise 2004, 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 originates 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, expansion of **more structured distribution** networks by organized criminal associations has been reported. The national market increasingly attracts "drug professionals" aiming to set up a purely commercial distribution network. The proportion of non-natives involved in drug trafficking has been increasing until 2004. Asylum demanders implicated in illicit cocaine trafficking mainly originate from West African countries, 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. Numerous traffickers have changed from heroin to cocaine traffic and currently are also involved in cannabis traffic. Regardless the types of drugs, selling and distribution techniques have become more aggressive.

Since 2003 no new **clandestine drug laboratory** has been dismantled thus far. 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 from 1996 to 2002/2003 but broader price ranges as well as higher maximum prices for cocaine and heroin have been observed since 2004. Cannabis and derivatives however have known a fair stability during the last 4 years.

As far as **purity** is concerned, samples of suspected substances analysed by the National Laboratory of Health show an increase of THC rate in cannabis derivatives and in heroin purity and a decrease in cocaine quality. In regard to other substances, tendencies are not clear. However, data from 2005 confirm a significant decrease of MDMA concentrations in ecstasy like substances for the last 3 years.

Harm reduction activities

The number of **sterilised syringes** (2005: 434,879/ 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** (2005: 381,251 (88%)/ 1996: 28,646 (38%)). An increasing majority of injectors (37%) procure their syringes in specialised agencies followed by pharmacies and automatic dispensers.

The **number of contacts** registered by low threshold structures has increased dramatically over the last 8 years and literally exploded in 2005 (2005: 47,730/ 1996: 6,456). The number of syringes distributed by the same agencies has been following a similar evolution although stabilising for the first time in 2005. The proportion of **new clients** within low threshold settings has also stabilised.

The number of clients of the national **methadone substitution programme** went from 30 in 1993 to 114 in 2005 (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 970 different patients who did receive substitution treatment in 2005 (2002: 889 patients) by means of the prescription of methadone or buprenorphine containing medicaments (MEPHENON ®, METHADICT ® and SUBUTEX ®) by 163 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.



édition
(2006)

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 au niveau mondial**

(Source : UNODC (2006). Rapport mondial sur les drogues, Résumé analytique, Publication des Nations Unies, Vienne) (http://www.unodc.org/unodc/en/world_drug_report.html)

[...] Actuellement le nombre global de consommateurs de drogues est estimé à quelques 200 millions de personnes, ce qui équivaut à peu près à 5% de la population mondiale âgée entre 15 à 64 ans. Le cannabis reste de loin la drogue la plus consommée (quelques 162 millions de personnes) suivi des stimulants de type amphétamine (quelques 35 millions de personnes) incluant les amphétamines (consommées par 25 millions de personnes) et l'ecstasy (presque 10 millions de personnes). Le nombre de consommateurs d'opiacés est estimé autour de 16 millions de personnes, dont 11 millions sont des consommateurs d'héroïne. Quelques 13 millions de personnes consomment de la cocaïne. [...] Les tendances sous-jacentes à l'abus d'opiacés sont devenues moins prégnantes les dernières années. Néanmoins en 2004, l'abus d'héroïne a été perçu d'augmenter de nouveau en raison d'un accroissement de l'offre au sein des pays voisins d'Afghanistan suite aux récoltes de 2003 et 2004. Dans d'autres parties du monde, incluant l'Amérique du Nord et l'Europe de l'Ouest, la consommation d'opiacés est restée stable. Après des années d'accroissement, la consommation de cocaïne est perçue d'avoir légèrement diminuée, notamment sur le continent d'Amérique. A l'opposé, la consommation de cocaïne continue à se répandre en Europe. [...]

Tableau I.1.1 Ampleur de l'abus de drogues (prévalence annuelle*), estimations pour 2004/2005

	Drogues illicites	Cannabis	Stimulants de type amphétamine		Cocaïne	Opiacés	Héroïne (incl. dans Opiacés)
			Amphétamines	Ecstasy			
(millions de personnes)	200 (200)**	162,4 (160,9)	25 (26,2)	9,7 (7,4)	13,4 (13,7)	15,9 (15,9)	11,3 (10,6)
En pourcentage de la population mondiale âgée de 15 ans à 64 ans	4,9% (5%)	3,9% (4,0%)	0,5% (0,6%)	0,2% (0,2%)	0,3% (0,3%)	0,4% (0,4%)	0,3% (0,23%)

* La prévalence annuelle équivaut au nombre 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 2003/2004

Sources: ONUDC (2006), données provenant des questionnaires destinés aux rapports annuels, rapports nationaux, estimations de l'ONUDC.

En Afrique, la plupart des demandes de traitement concernent le cannabis tandis qu'en Europe et en Asie elles concernent les opiacés. En ce qui concerne la cocaïne, le nombre le plus élevé de demandes de traitement a été noté en Amérique du Sud, suivi par l'Amérique du Nord.

En Asie la majorité des demandes de traitement ont été liées aux stimulants de type amphétamine suivis par l'Océanie, l'Amérique du Nord, l'Europe et l'Afrique. L'envergure des demandes de traitement tend à refléter l'abus de drogues, à l'exception du cannabis. Seulement une proportion relativement faible des millions de consommateurs de cannabis font usage des services de traitement. Il faut néanmoins noter que les demandes de traitement ont augmenté de façon continue les dernières années particulièrement en Europe et en Amérique de Nord. Les demandes de traitement en rapport avec l'héroïne montrent une tendance à la hausse en Afrique, notamment en Afrique de l'Est. L'Amérique du Nord, l'Asie et l'Europe enregistrent une hausse des demandes de traitement à l'égard des stimulants de type amphétamine et l'Europe compte une augmentation des demandes liées à la cocaïne. [...]

1.1.2 Prévalence de l'usage illicite de drogues au sein de l'UE

(Source : OEDT, Rapport annuel 2005: 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 est de loin la substance illicite la plus couramment consommée en Europe. Des enquêtes récentes sur la population montrent qu'entre 3 et 31% des adultes âgés de 15 à 64 ans ont essayé la substance au moins une fois (usage au cours de la vie). Les taux de prévalence au cours de la vie sont les plus bas à Malte (3,5%), au Portugal (7,6%) et en Pologne (7,7%) et les plus élevés en France (26,2%), au Royaume-Uni (30,8%) et au Danemark (31,3%). Dans la plupart des pays (quinze pays sur les vingt-trois pour lesquels des informations sont disponibles), la prévalence au cours de la vie oscille entre 10 et 25%.

Entre 1 et 11% des adultes déclarent avoir consommé du cannabis au cours des douze derniers mois. Les taux de prévalence les plus bas ont été enregistrés à Malte, en Grèce et en Suède et les plus élevés en République tchèque, en France, en Espagne et au Royaume-Uni. La plupart des pays (quatorze) ont fait état de taux de prévalence de l'usage récent compris entre 3 et 7%.

Les estimations nationales moyennes disponibles permettent d'estimer le nombre total d'adultes (15 à 64 ans) consommant du cannabis dans l'ensemble de l'UE. Ce calcul fait apparaître que près de 20% de la population totale, soit plus de 62 millions de personnes, ont déjà goûté au cannabis (prévalence au cours de la dernière année). [...]

Stimulants de type amphétamines, LSD et autres drogues de synthèse

[...] Traditionnellement, les enquêtes de population ont montré qu'après le cannabis, les amphétamines sont les substances illicites les plus couramment consommées, bien que la prévalence globale des amphétamines soit manifestement inférieure à celle du cannabis. Ce modèle de consommation semble être en train de changer dans de nombreux pays, l'ecstasy dépassant les amphétamines et se classant en deuxième position derrière le cannabis dans les enquêtes récentes sur la population générale et en milieu scolaire. [...] Selon des enquêtes récentes, parmi la population adulte (15 à 64 ans), l'expérience au cours de la vie de la consommation d'amphétamines dans les Etats membres de l'UE s'échelonne de 0,1 à 6%, à l'exception du Royaume Uni, où le chiffre atteint 12 %. L'usage récent est clairement inférieur, entre 0 et 1,2%, le Danemark, l'Estonie et le Royaume-Uni se situant en haut de l'échelle. [...]

Cocaïne et crack

Comme l'indiquent les récentes enquêtes nationales de population, entre 0,5 et 6% de la population adulte déclarent avoir consommé au moins une fois de la cocaïne (prévalence au cours de la vie), l'Italie (4,6%), l'Espagne (4,9%) et le Royaume-Uni (6,8%) se situant dans la partie supérieure de cette fourchette. L'usage récent de cocaïne (douze derniers mois) est signalé, en général, par moins de 1% des adultes. Dans la plupart des pays, la fourchette est comprise entre 0,3 et 1%. L'Espagne et le Royaume-Uni enregistrent des taux de prévalence récents supérieurs à 2%.

Bien que les chiffres relatifs à la prévalence de la cocaïne soient nettement plus bas que les chiffres comparables pour le cannabis, les niveaux de consommation chez les jeunes adultes peuvent dépasser la moyenne de la population. La prévalence au cours de la vie chez les jeunes de 15 à 34 ans s'échelonne de 1 à 11,6%, les pourcentages les plus élevés étant ceux de l'Espagne (7,7%) et du Royaume-Uni (11,6%). La consommation récente varie de 0,2 à 4,6%, le Danemark, l'Irlande, l'Italie et les Pays-Bas se situant tous aux alentours de 2%, tandis que l'Espagne et le Royaume-Uni dépassent les 4%.

Héroïne et usage de drogue par injection

[...] L'usage problématique de drogue se diversifie constamment. Ainsi, les problèmes de polytoxicomanie se multiplient progressivement dans la plupart des pays, tandis que certains pays, où les problèmes liés aux opiacés étaient historiquement prédominants, font aujourd'hui état de transition vers d'autres drogues. Selon les estimations, en Espagne, les usagers d'opiacés à problème sont moins nombreux et l'on observe une augmentation des problèmes liés à la consommation de cocaïne. Toutefois, il n'existe pas de données fiables sur l'évolution dans le temps de l'usage problématique de drogue qui incluent la consommation problématique de cocaïne. L'Allemagne et les Pays-Bas enregistrent un nombre croissant de consommateurs de crack dans les populations d'usagers de drogue à

problème, bien que l'estimation globale des usagers à problème aux Pays-Bas soit demeurée inchangée. [...]

[...]Les estimations de la prévalence de l'usage problématique de drogue à l'échelle nationale au cours de la période 1999-2003 sont comprises entre 2 et 10 cas pour 1.000 habitants âgés de 15 à 64 ans (en retenant les points médians des estimations), soit jusqu'à 1% de la population adulte. La prévalence semble varier sensiblement selon les pays, mais même lorsque des méthodes différentes ont été utilisées à l'intérieur d'un même pays, les résultats restent néanmoins cohérents. Les estimations les plus élevées ont été rapportées par le Danemark, l'Espagne, l'Irlande, l'Italie, le Luxembourg, l'Autriche, le Portugal et le Royaume-Uni (de 6 à 10 cas pour 1.000 habitants âgés de 15 à 64 ans) et les plus basses concernent l'Allemagne, la Grèce, les Pays-Bas et la Pologne (moins de 4 cas pour 1.000 habitants âgés de 15 à 64 ans). Dans les nouveaux Etats membres de l'UE et les pays candidats, des estimations bien documentées ne sont disponibles que pour la République tchèque, la Pologne et la Slovaquie, où les chiffres se situent dans une fourchette inférieure à la moyenne, soit respectivement 3,6, 1,9 et 5,3 cas pour 1.000 habitants âgés de 15 à 64 ans. [...]

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.

► Ci-après figure un sommaire des principaux travaux de recherche en la matière :

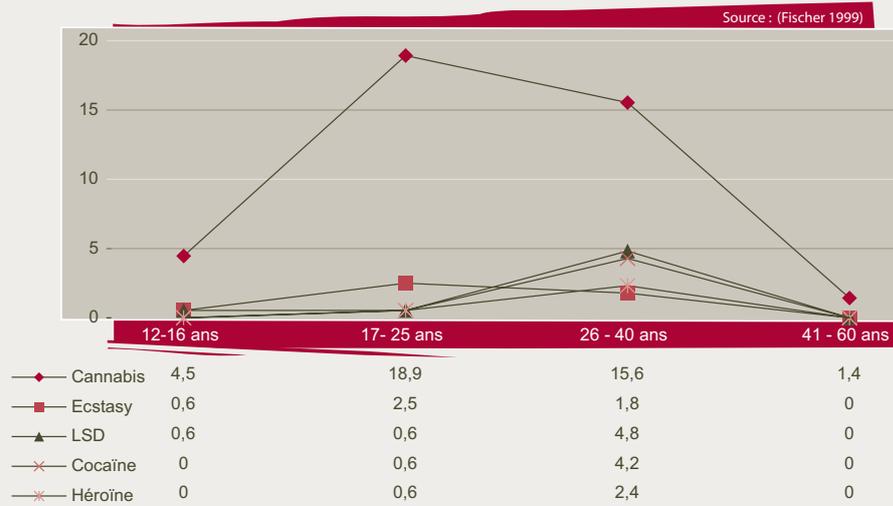
REFERENCE **1.1.3.a** : Fischer U. CH. et Krieger W. (1999). Suchtprävention an der Gemeng – Entwicklung, Durchführung und Evaluation eines Modells zur gemeindeorientierten Suchtprävention, CePT, Luxembourg.
FR. Projet de prévention des addictions au niveau communal.

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

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

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

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



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

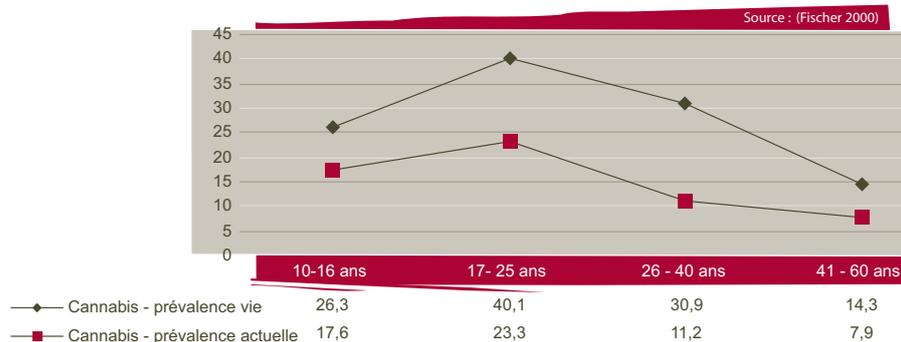
Echantillon d'étude 991 cas valides – échantillon aléatoire

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

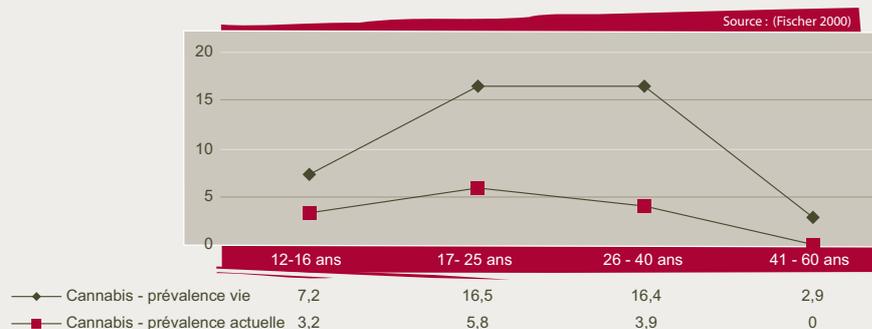
Type d'étude Enquête isolée

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

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

Fig 1.1.3.4 *Prévalence vie/actuelle de l'usage de cannabis selon l'âge: Echantillon communes (% valides) (Fischer 2000)*



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

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

Prévalence vie: Population scolaire

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

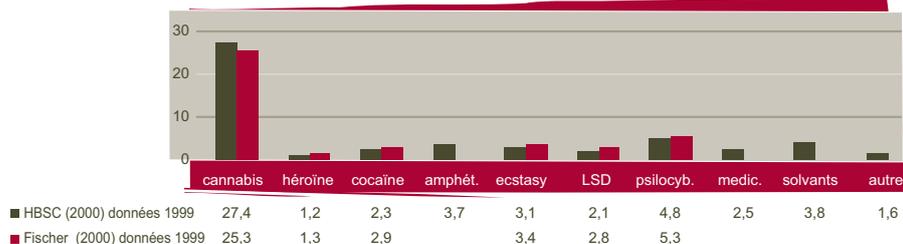


Fig 1.1.4.2 PRÉVALENCE VIE: Population scolaire - 16 à 20 ans

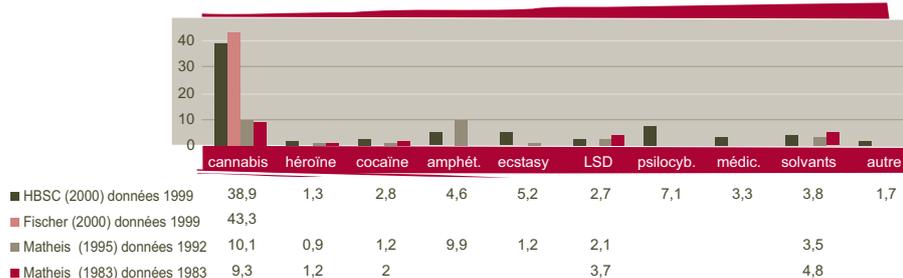


Fig 1.1.4.3 PRÉVALENCE VIE: Population scolaire - 13 à 14 ans

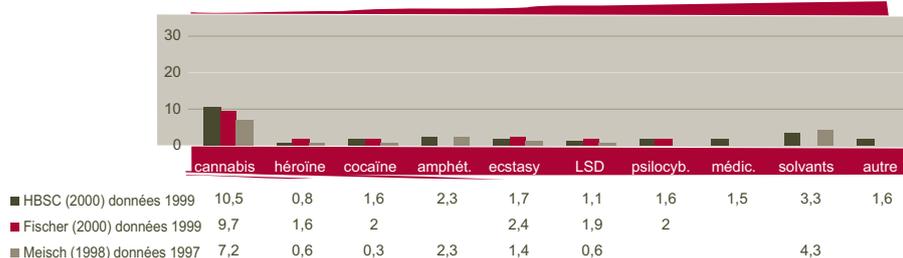
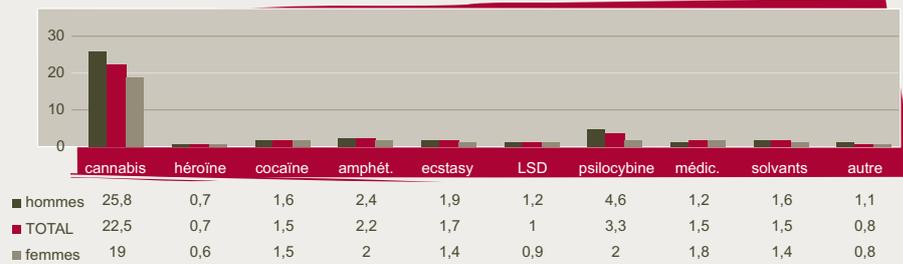


Fig 1.1.4.4 PRÉVALENCE VIE: Population scolaire - 15 à 16 ans



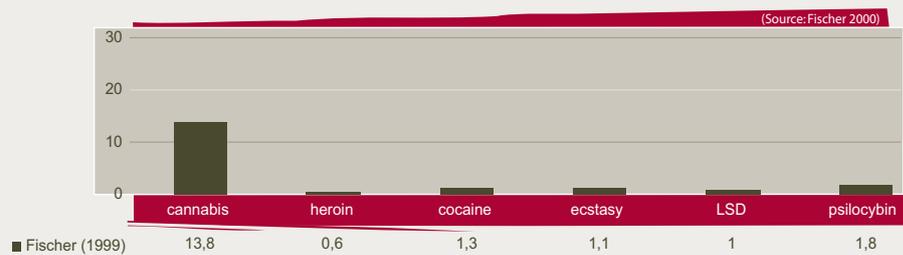
Prévalence au cours des derniers 12 mois: Population scolaire

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

Fig 1.1.4.6 PRÉVALENCE DERNIERS 30 JOURS: 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 constituait une première au niveau national, voire européen.

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

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

Source : Origer (2001)

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

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 problématique de substances stupéfiantes, toxiques et soporifiques d'origine illicite a connu trois périodes distinctes schématiquement présentées dans le tableau suivant:

	DE 1960 AUX ANNÉES 70	DE 1980 À LA MOITIÉ DES ANNÉES 90	DE 1996 À AUJOURD'HUI
FIN DES ANNÉES 60	Consommation de cannabis, d'opiacés et d'hallucinogènes à faible prévalence épidémiologique.		
DÉBUT DES ANNÉES 70	Accroissement significatif des mêmes substances et surtout des substances hallucinogènes.		
FIN DES ANNÉES 70	Disponibilité accrue de cocaïne.		
VERS LA MOITIÉ DES ANNÉES 80	Diminution notable de la consommation d'hallucinogènes. Prévalence accrue d'héroïne, de cocaïne et de cannabis. Population essentiellement mono-toxicomane.		
APRÈS 1988	Poly-usage (héroïne-cocaïne). La consommation d'alcoïdes, de médicaments (benzodiazépines, barbituriques) et d'amphétamines devient plus courante.		
VERS LA MOITIÉ DES ANNÉES 90	1994: première saisie de MDMA (ecstasy). La consommation d'LSD devient quasi insignifiante en termes épidémiologiques.		
DE 1996 À AUJOURD'HUI	Prévalence croissante en population générale des substances synthétiques de type ecstasy et des produits à base de cannabis. Entre 2002 et 2006 accroissement significatif de l'offre et de la consommation de cocaïne. Polyconsommation généralisée.		

Tendances récentes

Lors des dernières dix années, l'usage d'héroïne a connu une certaine stabilisation au bénéfice d'une augmentation de l'usage de cocaïne et d'une polyconsommation quasi-généralisée. Ces phénomènes ont été accompagnés d'une diminution continue de l'âge du premier contact avec des drogues licites et illicites et de l'accélération des carrières de consommation.

L'usage de cannabis et de ses produits dérivés au sein de la population d'usagers problématiques et au sein de la population générale 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 à partir de 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. Au vue de qualité généralement faible, les consommateurs de cocaïne seule ou mélangée par voie intraveineuse répètent les injections de manière plus fréquente. Des marges de prix plus importantes pourraient renseigner sur la prolifération de réseaux de distribution au niveau national.

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.

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, mCPP 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 à l'instar de 2004 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 que depuis 2003 aucun laboratoire clandestin servant à la production d'amphétamines a été découvert. 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

I.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 2006

▶ 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 pouvons pas le résoudre, cela dépasserait la capacité de l'Etat. Mais nous pouvons l'alléger, l'encadrer, l'assouplir, en aidant d'un point de vue de mentalité et d'attitude, en ne considérant pas les drogués comme des criminels mais comme des malades, pour aller jusqu'à modifier nos lois et les peines y assorties. Concrètement, cela reviendra à créer chez nous des centres thérapeutiques, de faciliter l'accès à ces centres à l'étranger, de créer des infrastructures où, sous contrôle médical, nous dispenserons de l'héroïne aux drogués afin d'endiguer la criminalité due à l'approvisionnement, de développer les programmes basés sur la méthadone, de mettre à disposition des centres de conseils pour les parents d'enfants et d'adolescents dépendants et de multiplier les programmes de prévention et d'information. Il n'est en tout cas pas question d'une légalisation des drogues dites douces au niveau national uniquement. Des suggestions et des solutions au niveau européen sont nécessaires pour cela. Nous voulons aider les malades mais éviter à tout prix le tourisme de la drogue avec toutes ses conséquences".

- août 1999 : accords de coalition (extrait pp. 73-74) : " La politique du Gouvernement en matière de drogues doit reposer sur quatre piliers : 1er la prévention, 2e la thérapie, 3e la prévention des risques et 4e la répression. Afin de mener une politique cohérente en la matière, le Ministre de la Santé regroupera au sein de son département les différentes compétences.

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

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

La politique à mener en la matière ne pourra conduire à une dépénalisation des drogues. Pour ce qui est de la position à prendre au niveau européen, il est retenu que, au cas où la politique européenne irait vers une certaine libéralisation, le Luxembourg ne s'y opposerait pas. Dans ce contexte il est précisé que notre législation actuelle en

matière de drogues ne sera pas changée sauf en ce qui concerne les peines pour consommation de drogues douces, qui seront réduites de façon à ce que la consommation de drogues douces ne soit plus punie de peines de prison mais d'amendes. Pour ce qui est des drogues dures, les peines de prison pourront être remplacées par des peines condamnant à une obligation de thérapie.

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

▶ **2000**

- 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**

- 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.

▶ **2003**

- 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).

- 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**

- 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 [...] ».

► **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 par 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.

► **2006**

- 31 mars 2006 : entrée en vigueur du règlement grand-ducal du 16 mars 2006 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 19 février 1974 portant exécution de la loi du 19 février 1973 sur la vente des substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie : «Par dérogation aux dispositions qui précèdent la période maximale de couverture d'une prescription est de trois mois pour le méthylphénidate, de vingt et un jours pour la morphine par voie orale, pour le fentanyl par voie transdermique, la buprénorphine par voie transdermique et l'hydromorphone et de quatorze jours pour la méthadone pouvant être prescrite dans le cadre du programme de traitement de la toxicomanie par substitution.»

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

I.2.3 Stratégie et plan d'action en matière de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2005-2009

La stratégie nationale et le plan d'action en matière de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2005-2009 s'appuient 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.

Une évaluation intermédiaire de l'état d'exécution du plan d'action 2005 - 2009 sera entrepris en 2007.

I.2.4 Budgets et Mécanismes de Financement

Les décisions en matière de financement d'actions s'inscrivant dans le domaine des drogues incombent en majeure partie aux structures gouvernementales. La création, l'implantation et le financement d'infrastructures dépendent des ministères ou départements ministériels au vu de leurs attributions et compétences respectives. Si les départements ministériels dépendent directement du budget de l'Etat, les différentes ONG actives dans le domaine des drogues sont en grande partie conventionnées ou subventionnées par un ou plusieurs ministères. Suite aux élections législatives de 1999, on a observé le transfert budgétaire de la majorité des conventions conclues entre les institutions œuvrant dans le domaine de la toxicomanie et l'Etat au Ministère de la Santé. Cette situation s'explique en partie par le fait que le Ministère de la Santé a été chargé de la coordination générale des actions menées dans le domaine de la toxicomanie au niveau national.

Le budget global du Ministère de la Santé alloué aux services et programmes du domaine des drogues et des toxicomanies, est passé de 1.270.169 EUR en 1999 à 2.065.511 EUR en 2000, suite au regroupement des associations spécialisées par le Ministère de la Santé. En 2004, ce même budget s'élevait à 5.770.643 EUR ce qui équivaut à un **taux de progression depuis 1999 de 354%**. Le budget 2005 s'élevait à 6.195.518 EUR ce qui représente une croissance supplémentaire de 7,4% en référence à l'exercice 2004. En ce qui concerne le budget 2006, 6.583.862 EUR ont été alloués aux services concernés, ce qui représente une croissance de 6,3% par rapport à l'année budgétaire 2005. L'effectif en personnel conventionné des associations œuvrant dans le domaine des drogues et toxicomanies est passé de 30,75 postes en 2000 à 69,25 postes pour l'exercice 2006.

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 2005-2009 sera en majeure partie 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 Ministère de la Santé et le Fonds de lutte contre le trafic des stupéfiants, la Commission des Loyers et le Ministère des Travaux Publics. Les contraintes budgétaires qui s'en dégageront définiront en fin de processus les contours réels de la mise en oeuvre du plan d'action.

I.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.

Chapitre I.3

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

I.3.1 La Législation Nationale et les Peines Applicables

I.3.1.1 Législation de base et procédures d'amendement

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

La loi de 1973 fut modifiée par les lois suivantes :

- ▶ **loi du 23 février 1977**, modifiant la loi du 19 février 1973,
- ▶ **loi du 7 juillet 1989** qui a introduit notamment en droit luxembourgeois l'infraction de blanchiment du produit de la vente ou du trafic de drogues et le principe de la confiscation des biens acquis au moyen du produit de ces infractions,
- ▶ **loi du 17 mars 1992** (texte coordonné) portant (1) l'approbation de la Convention de Vienne (20/12/88) contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes (2) modifiant et complétant la loi du 19 février 1973, (3) modifiant et complétant certaines dispositions du Code d'instruction criminelle,
- ▶ **loi du 11 août 1998**, portant introduction de l'incrimination des organisations criminelles et de l'infraction de blanchiment au code pénal,
- ▶ **loi du 8 août 2000**, modifiant
 - a) certaines dispositions de la loi modifiée du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie
 - b) la loi du 26 juillet 1986 relative à certains modes d'exécution des peines privatives de liberté,

- ▶ **loi du 27 avril 2001** modifiant la loi modifiée du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie.

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 originel 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.

- ▶ **loi du 11 août 2006** relative à la lutte antitabac (Mémorial A, N° 154, page 2726)

I.3.1.2 Propositions de loi, projets de loi et projets de règlement grand-ducaux en matière de drogues et de toxicomanies (Extraits et commentaires)

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.

La proposition de loi n°5164 a donné lieu au **projet de loi n°5366** (*dépôt le 16.7.2004*) **modifiant**

- a) la loi modifiée du 14 février 1955 concernant la réglementation de la circulation sur toutes les voies publiques**
- b) la loi du 16 avril 2003 relative à l'assurance obligatoire de la responsabilité civile en matière de véhicules automoteurs**

Ledit projet de loi s'inscrit dans le cadre du programme de lutte contre l'insécurité routière par lequel le Gouvernement entend améliorer le bilan des accidents de la route.

Le Gouvernement visait avec son paquet de mesures légales et réglementaires (un projet de loi et un projet de règlement grand-ducal) déposé le 15 juillet 2004 à la Chambre des Députés à trouver une réponse à cette situation notamment, en généralisant le dépistage de stupéfiants en cas d'accident routier ayant causé des dommages corporels, en autorisant les contrôles préventifs et en créant un délit de conduite sous l'empire de stupéfiants.

Le projet de règlement grand-ducal concernant les critères techniques et les conditions d'homologation d'appareils servant à déterminer l'état alcoolique ou la consommation de stupéfiants des usagers de la route ainsi que les modalités d'application des vérifications prévues pour déterminer l'état alcoolique, la consommation de stupéfiants ou de substances médicamenteuses des usagers de la route a été approuvé par le Conseil de gouvernement dans sa séance du 03.09.2004

Dans la présente version du projet de loi (*dépôt le 19.5.2006*) sous rubrique, le Gouvernement donne droit aux observations formulées par le Conseil d'Etat dans son avis du 13 avril 2005. Dans ce même avis le Conseil d'Etat rend attentif au fait que „malgré le travail continu en matière de sécurité de la circulation consenti par les instances politiques et administratives en charge du dossier, les données restent accablantes et demandent un renforcement conséquent de la lutte contre l'insécurité de nos routes”.

Art. XV. Le quatrième paragraphe de l'article 12 de la loi modifiée du 14 février 1955 précitée est remplacé par le texte suivant:

„Paragraphe 4

1. Sera puni des peines prévues au paragraphe 1er⁵, tout conducteur d'un véhicule ou d'un animal, ainsi que tout piéton impliqué dans un accident, dont l'organisme comporte la présence d'une des 25 substances prévues à l'article 7 de la loi modifiée du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie et/ou des métabolites ou produits de décomposition spontanée formés à partir de ces substances.

⁵ Paragraphe 1er de l'article 12 de la loi du 14 février 1955 précitée porte le maximum de l'emprisonnement à trois ans et l'amende de 500 à 10.000 euros.

2. S'il existe un indice grave faisant présumer qu'une personne qui aura conduit un véhicule ou un animal se trouve sous l'influence d'une des substances prévues à l'alinéa 1, cette personne devra se soumettre à un examen de la sueur ou de la salive à effectuer par les membres de la police grand-ducale. Le choix de l'un des types d'examen susvisés est laissé à l'appréciation des membres de la police grand-ducale.
3. Si l'examen de la sueur ou de la salive dont question à l'alinéa 2 s'avère être concluant quant à la présence dans l'organisme d'au moins une des substances prévues à l'alinéa 1, cet état sera déterminé par une prise de sang et par une prise d'urine. La quantité de sang doit être de 15 ml au moins. En cas d'impossibilité de procéder à une prise d'urine, la quantité de sang sera augmentée du double.
4. Le résultat de la prise de sang fait foi.
5. En cas d'impossibilité constatée par un médecin de procéder à une prise de sang, la personne concernée devra se soumettre à un examen médical à l'effet de constater si elle se trouve sous l'emprise d'une des substances prévues à l'alinéa 1.
6. Toutefois, en l'absence d'un examen de la sueur ou de la salive, d'une prise de sang ou d'un examen médical, il pourra être établi par tous les autres moyens de preuve prévus en matière pénale si la personne concernée se trouve sous l'emprise d'une des substances prévues à l'alinéa 1.
7. Toute personne qui aura conduit un véhicule ou un animal et aura été impliquée dans un accident de la circulation qui aura causé des dommages corporels sera astreinte à subir les vérifications, destinées à établir la présence dans l'organisme d'une des substances prévues à l'alinéa 1.
8. Pourra également être astreinte à subir les vérifications destinées à établir la présence dans l'organisme d'une des substances prévues à l'alinéa 1 toute personne qui aura conduit un véhicule, ou un animal et sera impliquée dans un accident de la circulation n'ayant pas causé des dommages corporels.
9. Pourra aussi être astreint à ces mêmes vérifications le piéton, qui aura circulé sur la voie publique et aura été impliqué dans un accident de la circulation.
10. Le procureur d'Etat peut requérir les membres de la police grand-ducale de soumettre, aux dates et heures et sur les voies publiques qu'il déterminera, tout conducteur d'un véhicule ou d'un animal à l'examen de la sueur ou de la salive. Si cet examen est concluant la présence dans l'organisme d'une des substances prévues à l'alinéa 1 sera déterminée par une prise de sang et une prise d'urine. En cas d'impossibilité constatée par un médecin de procéder à une prise de sang, la personne concernée devra se soumettre à un examen médical à l'effet de constater si elle se trouve sous l'emprise d'une des substances prévues à l'alinéa 1.
11. La prise d'urine, la prise de sang et l'examen médical seront ordonnés soit par le juge d'instruction, soit par le procureur d'Etat soit par les membres de la police grand-ducale. L'examen médical ne pourra être effectué que par un médecin autorisé à exercer sa profession au Luxembourg. Un règlement grand-ducal détermine les personnes qui, en dehors de ces médecins, sont habilitées à effectuer la prise de sang et la prise d'urine, ainsi que les conditions sous lesquelles la prise de sang et la prise d'urine doivent intervenir.
12. Les mêmes peines s'appliqueront à tout conducteur d'un véhicule ou d'un animal, ainsi qu'à tout piéton impliqué dans un accident, qui aura consommé des substances médicamenteuses à caractère toxique, soporifique ou psychotrope, dosées de manière à rendre ou à pouvoir rendre dangereuse la circulation sur la voie publique.

13. Tout conducteur d'un véhicule ou d'un animal, ainsi que tout piéton impliqué dans un accident, manifestant un comportement caractéristique résultant de la consommation excessive de substances médicamenteuses, sera astreint à subir un examen médical à effectuer par un médecin autorisé à exercer la profession de médecin au Grand-duché de Luxembourg. "

Art. XVI. Le paragraphe 6 de l'article 12 de la loi modifiée du 14 février 1955 précitée est remplacé par le texte suivant:

„Paragraphe 6

1. Toute personne qui, dans les conditions du présent article, aura refusé de se prêter soit à l'examen de la sueur, soit à l'examen de la salive, soit à l'examen sommaire de l'haleine, soit à l'examen de l'air expiré, soit à la prise d'urine, soit à la prise de sang, soit à l'examen médical, sera punie des peines prévues au paragraphe 1er.
2. Les frais de l'examen de la sueur, de l'examen de la salive, de l'examen sommaire de l'haleine, de l'examen de l'air expiré, de la prise et de l'analyse d'urine, de la prise et de l'analyse du sang et de l'examen médical ainsi que les frais de déplacement et d'établissement de procès-verbaux seront compris dans les frais de justice dont ils suivront le sort."

I.3.1.3 *Sommaire du relevé général de la législation en matière de médicaments et de substances toxiques de 2000 à 2006*

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.

Règlement grand-ducal du 16 mars 2006 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 19 février 1974 portant exécution de la loi du 19 février 1973 sur la vente des substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie.

Loi du 11 août 2006

1. relative à la lutte antitabac;
2. modifiant la loi modifiée du 16 avril 1979 fixant le statut général des fonctionnaires de l'Etat;
3. modifiant la loi modifiée du 24 décembre 1985 fixant le statut général des fonctionnaires communaux;
4. modifiant la loi modifiée du 17 juin 1994 concernant la sécurité et la santé des travailleurs au travail;
5. abrogeant la loi modifiée du 24 mars 1989 portant restriction de la publicité en faveur du tabac et de ses produits, interdiction de fumer dans certains lieux et interdiction de la mise sur le marché des tabacs à usage oral.

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. Au 1er novembre 2005, 183 Etats étaient parties à la Convention de 1961.

**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. Au 1er novembre 2005, 179 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.

Au 1er novembre 2005, 177 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 2005:

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 2001.

Dans son projet, "Suchtpräventioun an der Gemeng", le CePT, en collaboration avec les groupes prévention locaux, organise des séances d'information et de discussion pour parents. En 2005, 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

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;
- curriculum scolaires officiels.

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'Education 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 de Coordination de la Recherche et de l'Innovation pédagogiques et technologiques (SCRIPT) du Ministère de l'Education 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 à 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 forme d'activités, formations, soirées d'informations.

Le Ministère de l'Education 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.

En matière d'enseignement primaire, le CePT participe au projet initié par la fondation MENTOR et réalisé par le Ministère de l'Education 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 2005, 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** » publiée en 2002 et répétée en 2006.

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.

Pendant l'année scolaire 2004-2005, le Ministère de l'Education nationale, de la Formation Professionnelle et des Sports a poursuivi à organiser le parcours interactif « Extra Tour Sucht » dans différents établissements scolaires.

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 autre, sur les habitudes de consommation de drogues illicites d'étudiants issus de l'enseignement secondaire. En 2005 fut publiée une étude HBSC complémentaire à celle de 2002, incluant les réponses d'élèves de 5e et 6e année primaire à des questionnaires quasi identiques. En plus, cette même année est paru l'étude HBSC « Bien-être des jeunes au Luxembourg - une comparaison internationale ». Un sommaire des résultats des études 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.

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 12h00 à 24h00.

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
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
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

► **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

21, rue Michel Rodange
L-2430 Luxembourg
Tél.: 48 93 48 / Fax.: 48 93 47
e-mail: msf-solidaritejeunes@luxembourg.msf.org
URL: <http://www.msf.lu/projets/luxembourg.php>

► **La prévention par le sport**

Depuis plusieurs années l'Ecole Nationale de l'Education Physique et des Sports (ENEPS) et le CePT collaborent au niveau de la mise en place d'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. En 2005, la Fédération luxembourgeoise de football (FLF) a sollicité la collaboration du CePT et de l'ENEPS. Fin 2005, l'a.s.b.l. „Kanner staark maachen“ a été fondée. 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 2005, à l'occasion de ses 10 ans de service, le CePT a lancé une campagne média par publication dans la presse d'affiches pour remercier les bénévoles de leur engagement.

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 – SUCHT TELEFON

Le 1^{er} 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 est spécialement formé pour écouter et conseiller 12h/24 et 7j/7. L'équipe d'accueil est exclusivement constituée de bénévoles et les appels ne sont pas gratuits jusqu'à ce jour. En 2005 le Sucht Telefon a connu une forte baisse du nombre d'appels, due principalement au manque de bénévoles qui occupent les permanences.

Ci-après figure une présentation sommaire des statistiques d'appels pour les années 1999 à 2005 :

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

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
NOMBRE D'APPELS	626	831	858	742	835	724	496
SEXE							
masculin	36%	37,4%	61,8%	43,8%	42%	46%	22%
féminin	64%	62,6%	38,2%	56,2%	58%	54%	78%
PERSONNE DEMANDEUSE							
personne concernée	76%	84,6%	87,5%	86,7%	93%	94%	95%
famille et entourage	24%	15,4%	12,5%	13,3%	7%	6%	5%
MOMENT D'APPEL							
week-end (+vendredi) en semaine	38%	43,9%	43,6%	40,6%	46,4%	48,5%	43,5%
	62%	56,1%	56,4%	59,4%	53,7%	51,5%	56,5%
PRODUITS IMPLIQUÉS							
alcool	42,5%	46,8%	16,2%	15,4%	12,5%	14,3%	16,7%
médicaments	29,3%	41,7%	19,5%	24,4%	27,7%	38,4%	17%
combin. alc/méd	0%	0%	0%	0%	23,6%	30,6%	41%
héroïne/cocaine	13,3%	8,3%	6,4%	5,1%	6%	4%	6,6%
cannabis	11%	7,5%	7,1%	8,1%	5,8%	7%	4,8%
nicotine	2%	1,4%	1,5%	1,2%	1%	0,8%	0,4%
ecstasy type	0,5%	1,2%	0,5%	0%	0%	0%	0%
autre	1,4%	1,8%	12,6%	2,7%	1,3%	2,6%	2,6%
MOTIF DE LA DEMANDE							
conseils et soutien	d.m.	90,2%	81,4%	80,1%	80,1%	89%	79,4%
orientation	d.m.	27,2%	23,3%	22,4%	14%	11%	19%
info sur autres structures	d.m.	3,1%	3,5%	2,3%	4,2%	3%	2,4%
info sur substances	d.m.	3,5%	4,7%	2,2%	2,6%	2%	2,2%
info sur service téléphone	d.m.	1,8%	1,3%	1,2%	1,2%	1,2%	1,2%
info juridiques	d.m.	0,6%	0,5%	0,8%	0,5%	0,1%	0,4%
CLASSES D'ÂGE							
≤ 11	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
12-15 ans	0,5%	0,5%	0,1%	0,4%	0,4%	0,1%	0,4%
16-19 ans	2,6%	1,8%	1,7%	1,5%	1,8%	1,1%	0,6%
20-24 ans	4%	2%	3,5%	2,6%	2,4%	1,3%	0,8%
25-30 ans	9%	7,8%	7,6%	5%	6,82%	3,2%	3,6%
31-40 ans	26,5%	14,2%	14,5%	23,5%	18,1%	28,8%	9,6%
41-50 ans	42,6%	49%	51,3%	51,1%	44%	34,2%	39,5%
> 50 ans	14,8%	9,7%	9,5%	8,8%	16,3%	18%	12,9%
inconnu	0%	15%	11,8%	7,3%	10,2%	13,3%	32,4%

Source: CePT 2005

Réseaux européens :

Le CePT est membre de la Fondation Européenne des Services d'Aide Téléphonique "Drogues" (FESAT - Vanderlindenstraat 15, B-1030 Bruxelles).

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 2005 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 pour 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

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 Nuetsail 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** ouvre 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.

Le foyer d'urgence fonctionne depuis septembre 2005 sous le nom de **TOX-IN** et regroupe en un service unique trois services (service de jour, service de nuit, salle de consommation de drogues).

Données statistiques sommaires :

TOX-IN - Service de Jour 1999-2005

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
JOURS DE PRÉSENCE AU SEIN DE LA SCÈNE							
NOMBRE TOTAL DE CONTACTS	10.602	11.834	14.452	16.688	18.266	9.746	13.712↑
NOMBRE MOYEN DE PERSONNES REÇUES PAR JOUR	42,2	51	58	66,9	76,3	38,5	54,2↑
PREMIÈRES DEMANDES D'AIDE	215	276	265	237	373	177	209
NOMBRE DE NOUVEAUX CLIENTS PAR JOUR	0,84	1,2	1,1	0,95	1,6	0,7	d.m.
NOMBRE DE SERINGUES DISTRIBUÉES	55.436	42.924	62.777	80.396	88.527	38.342	53.487
NOMBRE DE SERINGUES USÉES COLLECTÉES	48.747	38.534	56.738	73.207	82.353	36.899	50.508
TAUX DE RETOUR DE SERINGUES USÉES	88%	89,77%	90,38%	91,05%	93,03%	96,23	94,5%
POURCENTAGE DE CLIENTS ÂGÉS ENTRE 18 ET 35 ANS	74,9%	73,45%	71,56%	d.m.	d.m.	d.m.	d.m.
POURCENTAGE DE FEMMES AVEC AU MOINS 1 ENFANT	47,17%	42,7%	45,39%	d.m.	d.m.	d.m.	d.m.
DISTRIBUTION SELON SEXE							
MASCULIN	70%	69,57%	69,37%	77,48%	79%	79,9%	79%
FÉMININ	30%	30,43%	30,63%	22,52%	21%	20,1%	21%
NATIONALITÉ							
LUXEMBOURGEOISE	68,84%	68,38%	68,38%	d.m.	64,44%	71%	60%↓
ÉTRANGÈRE	31,16%	31,62%	31,62%	d.m.	35,56%	29%	40%

Source: CNDS 2005

TOX-IN - Service de Nuit 2004-2005

	2004	2005
Jours d'ouverture	366	365
Nombre total de clients différents	685	904
Nombre moyen de personnes reçues par jour	35	37
Nombre total de contacts		13.505
Premières demandes d'aide		
Nombre de seringues distribuées		32.072
Nombre de seringues usées collectées		27.089
Taux de retour de seringues usées		84,5%
Age des clients		
mineurs	0,1%	
18-24 ans	20,2%	13%
25-34 ans	37,8%	47%
35-45 ans	29,8%	32%
45 ans et plus	12,3%	8%
Distribution selon sexe		
masculin	87%	85%
féminin	13%	15%

Source: CNDS 2005

TOX-IN - Salle de Consommation de Drogues (SCD) 2005

	2005 (JUILLET-DÉCEMBRE 05)
Fréquence d'utilisation	1.250
Nombre de contrats d'utilisation	93
Drogues consommées	
héroïne	77%
cocaïne	13%
cocktail	10%
Age des clients	
18-24 ans	11%
25-34 ans	53%
35-45 ans	32%
45 ans et plus	4%
Distribution selon sexe	
masculin	81%
féminin	19%
Appel Samu	5
Appel Police	0

Source: CNDS 2005

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. Depuis avril 2006, le K25 a déménagé du 25 au 28, rue du Fort Wedell et s'appelle depuis K28.

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) (2000-2005)

	2000 (4 MOIS)	2001	2002	2003	2004	2005
Jours d'ouverture	69	249	259	d.m	d.m	d.m
Nombre total de contacts / visites	3.787	15.864	11.531	12.141	15.420	15.019
Nombre moyen de contacts / visites par jour	56	64	44,5	64	d.m	d.m
Nombre de seringues distribuées	9.032	49.105	45.590	55.149	127.427	110.665
Nombre de seringues usées collectées	8.100	47.200	43.620	57.000	129.000	106.314
Taux de retour de seringues usées	90%	96%	96%	103%	101%	96% ↓
Nombre de préservatifs distribués	364	1.991	1.669	2.705	5.600	5.507
Nombre de feuilles d'aluminium distribuées	/	476	373	650	3.075	3.676 ↑
Distribution selon sexe						
masculin	77,5%	79,8%	80,1%	77,3%	74%	68,4 ↓
féminin	22,5%	20,2%	19,9%	22,7%	26%	31,6 ↑

Source: JDH 2005

Dans le cadre de la réduction des risques, le K25 distribue du papier aluminium afin de favoriser la consommation par inhalation de l'héroïne au lieu d'une consommation intra-veineuse, comportant davantage de risques en matière de transmission de maladies infectieuses. Cette mesure a permis de toucher une clientèle moins avancée dans leur carrière de consommation 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 la Fondation JDH a déménagé au 93, rue d'Anvers en avril 2006.

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 de la fondation JDH – ESCH/ALZETTE 1999-2005

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Nombre total de contacts	1.676	1.249	1.175	1.317	929	1.482	4.244 ↑
Premières demandes d'aide	126	114	101	124	56	309	168 ↓
Nombre d'entretiens	318	377	366	576	335	228	dm
Nombre de seringues distribuées	4.948	3.728	7.108	12.541	12.649	17.653	36.412 ↑
Nombre de seringues usées collectées	3.150	2.160	5.490	12.540	10.560	16.836	30.021 ↑
Taux de retour de seringues usées	64%	58%	77%	100%	83%	95%	82% ↓

Source: Fondation JDH. 2005

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'activité marquent également une croissance sensible. Le Ministère de la Santé met également à disposition des ressources humaines affectées à la distribution de seringues.

Statistiques du guichet d'échange de seringues du centre Drop IN /Croix-Rouge (2000-2005)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	
Nombre de contacts	5.567	4.531	7.670	14.524	15.724	14.257	↓
Sexe							
Masculin	78%	84%	83,4%	82,8%	79%	76,3%	
Féminin	22%	16%	16,6%	17,2%	21%	23,7%	
Pays d'origine							
Luxembourg	62%	55%	58,1%	50,1%	54%	56,9%	
Portugal	27%	31%	27%	29,5%	24%	21,2%	
France	4,5%	8%	5,9%	5,5%	7%	7,9%	
Pays de l'Est	2%	2,5%	4,5%	7,5%	7%	3%	
Autres	4,5%	3,5%	4,5%	7,4%	8%	11%	
Seringues distribuées	36.961	39.122	61.569	99.520	150.943	140.639	
Retour de seringues	36.046	37.831	59.776	97.147	148.609	138.677	
	(97%)	(97%)	(97%)	(97%)	(98%)	(98,6%)	
Doses NaCL distribuées	36.522	38.611	57.421	92.309	136.154	187.435	↑
Alco-Tips distribués	71.347	79.244	62.014	187.206	253.144	273.768	↑
Doses d'ascorbine distribuées	32.925	38.651	49.258	57.873	71.311	59.742	↓
Filtres distribués	23.457	25.846	39.997	69.416	87.410	91.798	↑
Préservatifs et lubrifiants distribués	2.453	3.621	7.012	8.561	31.236	34.749	↑

Source: Drop-In Croix Rouge 2005

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 bénéficier 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 de 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 seringues¹. 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 2000 et 2005, on retient une augmentation totale de 230% du nombre de seringues distribuées. Le taux de retour de seringues usées, distribuées dans le cadre du programme est également en hausse. Le tableau ci-après donne un aperçu des quantités de seringues écoulées et re-collectées par les différents services impliqués de 2000 à 2005:

¹ Selon les données RELIS, plus d'un tiers des toxicomanes répertoriés par le réseau institutionnel déclarent s'approvisionner de façon préférentielle en seringues auprès d'associations spécialisées. Origer A., (2006) 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 2000-2005

	SERINGUES DISTRIBUÉES						SERINGUES USÉES COLLECTÉES					
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2000	2001	2002	2003	2004	2005
JDH, Esch s/ ALZETTE												
STREETWORK												
CONSULTATION	3.728	7.108	12.541	12.649	17.653	36.412 ↑	2.160 (58%)	5.490 (77%)	12.540 (100%)	10.560 (83%)	16.836 (95%)	30.021 ↑ (82,4%) ↓
JDH LUXEMBOURG-VILLE-K25												
	34.532	49.105	61.150	70.375	168.682	143.841 ↓	26.560 (77%)	47.200 (96%)	56.048 (92%)	70.231 (99%)	164.277 (97%)	134.656 ↓ (93,6%) ↓
OPPEN DIR, Esch s/A. (Réseau PSY)												
	8.157	6.527	12.059	14.700	22.714	/ ²	7.225 (88,5%)	5.557 (85%)	8.150 (68%)	8.600 (59%)	8.870 (39%)	0 0
CNDS-TOX-IN												
	42.924	62.777	80.396	88.527	38.342	85.559 ↑	38.534 (89,5%)	56.738 (90%)	73.207 (91%)	82.353 (93,1%)	36.899 (96%)	77.597 ↑ (90,7%) ↓
DISTRIBUTEURS DE SERINGUES												
	63.111	59.790	36.881	44.442	36.744	28.428 ↓	2.100 (3,3%)	2.700 (4,5%)	1.900 (5%)	2.200 (5%)	1.000 (2,7%)	300 ↓ (1%) ↓
DROP-IN (CROIX-ROUGE)												
	36.961	39.122	51.569	99.520	150.943	140.639 ↓	36.046 (97,5%)	37.831 (97%)	59.776 (97%)	97.147 (97%)	148.609 (98%)	138.677 ↓ (98,6%) ↑
TOTAL	189.413	224.609	254.596	330.213	435.078	434.879	112.625 (59%)	155.516 (69%)	211.621 (83%)	271.091 (82%)	376.491 (87%)	381.251 ↑ (87,7%) ↑

Source: RELIS 2005

A titre d'information, on peut citer les statistiques officielles de l'**AIDSBERÖDUNG (CROIX ROUGE)**, un des principaux lieux d'accueil et d'information en matière de HIV et de Sida. Au courant de l'année 2005, 378 (316) personnes ont consulté les services de l'Aidsberödung, dont 160 (148) vivaient avec le HIV/Sida. Parmi les personnes vivant avec le HIV/Sida, 31% (37%) ont rapporté être des hommes homosexuels, 53% (50%) des hétérosexuels, 16% (13%) des usagers de drogues. Le sex-ratio était de 69%/31% (70%/30%) en faveur des hommes. 27% (25%) ont consulté pour la première fois les services de l'Aidsberödung en 2005.

Le Comité de Surveillance du Sida ainsi que le Service National des Maladies Infectieuses du Centre Hospitalier de Luxembourg fournissent les données de prévalence sur les infections HIV.

² Le Centre Oppen Dir à Esch a arrêté la distribution de seringues au 01.01.05

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 qui n'a constitué que 5% des modes d'infection enregistrés en 2004 a augmenté de nouveau pour atteindre 11,1% en 2005.

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	10,0	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	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
2005	7	11,1	6	9,5	1	1,6
TOTAL	92	14,2	75	14,9	17	11,3

Source: Service national des Maladies Infectieuses, CHL 2005

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

ANNEE	1984-98	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	TOTAL
	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %
HOMOSEXUEL(S) / BISSEXUEL(S)	164 41,3	10 33,3	17 38,6	11 26,8	14 42,4	7 14,9	21 35	13 20,6	255 35,7
UIDs	66 16,6	7 23,3	2 4,6	7 17,1	5 15,2	4 8,5	3 5	7 11,1	99 13,8
HÉTÉRO-SEXUEL(S)	92 23,1	9 30	21 47,7	20 48,8	14 42,4	33 70,2	35 58,3	39 61,9	266 37,2
TRANSFUSIONS SANGUINES	12 3		1 2,3		0				13 1,8
TRANSMISSION MÈRE-ENFANT	2 0,5				0				2 0,3
INCONNU	61 15,4	4 13,4	3 6,8	3 7,3	0	3 6,4	1 1,7	4 6,4	80 11,2
TOTAL	397	30	44	41	33	47	60	63	715

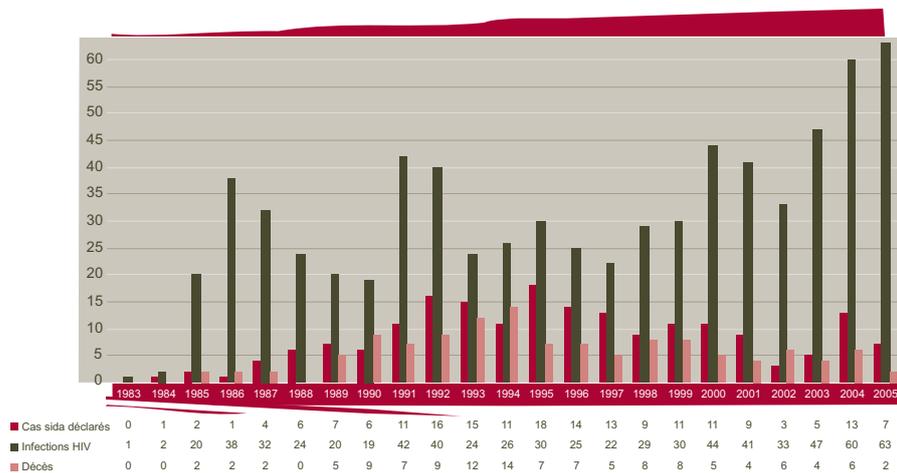
Source: Service National des Maladies Infectieuses, CHL 2005

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

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

Fig. II.1.5.4 Evolution du nombre de cas de HIV/Sida et nombre de décès associés (1983-2005)



Source: Comité de surveillance du sida. Rapport d'activité 2005

Dans le cadre du plan d'action drogues 2005-2009 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:

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. Le rapport final du projet est prévu pour fin 2006. Une description plus détaillée de ce projet figure sous le chapitre II.2.

Suite à une hausse des infections HIV au niveau national, une stratégie et un plan d'action en matière de lutte contre le HIV/Sida 2006-2010 ont été préparés en 2005 conjointement par le Ministère de la Santé et le Comité de Surveillance su Sida.

La stratégie et le plan d'action SIDA auront comme objectif d'améliorer la coordination Sida au niveau national, de renforcer les mesures de prévention, de faciliter l'accès au traitement médical et aux prises en charge psychosociale, d'augmenter les offres d'hébergement, de logement et de réinsertion, de promouvoir les activités de recherche et d'adapter les activités de formation aux spécificités du travail de terrain.

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 114 en 2005 (tendance décroissante). 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 suivants:

- ▶ Âge 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) 1998-2005

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
NOMBRE DE PARTICIPANTS	186	164	158	158	151	131	120	114
DISTRIBUTION SELON SEXE								
MASCULIN	70,5%	64%	66%	68%	67,5%	63,4%	61,7%	65%
FÉMININ	29,5%	36%	34%	32%	32,5%	36,6%	38,3%	35%
NATIONALITÉ								
LUXEMBOURG	74%	76%	73%	75%	70,5%	71%	70%	71%
PORTUGAL	13%	13%	16%	15%	20,5%	26,6%	19,2%	16,5%
ITALIE	5%	5%	4%	3%	4%	2,3%	3,3%	5,5%
FRANCE	3%	2%	3%	2%	2%	2,3%	2,5%	2,5%
BELGIQUE	1,5%	1%		1%	1%			
CAP-VERT	1,5%	2%	1%	1%		0,8%	0,8%	1%
ESPAGNE	1%	0,5%						
ALLEMAGNE	1%	0,5%	3%	2%	2%	2,3%	3,3%	3,5%
EX-YOUGOSLAVIE				1%	1%	0,8%	0,8%	
DISTRIBUTION D'ÂGE								
< 20	0,5%							
20-24	10,5%	11%	8%	3%	3%	3,2%	4,2%	5,5%
25-29	29%	25,5%	28%	22%	24%	16%	14,2%	13%
30-34	33%	32%	29%	32%	31%	30,5%	26,7%	26,5%
35-39	18%	20,5%	23%	27%	29%	30,5%	29,2%	23,5%
≥ 40	9%	11%	12%	16%	13%	19,8%	25,8%	31,5%
PROVENANCE GÉOGRAPHIQUE								
Sud Luxembourg Ville (+alentours)	44,5%	48%	45%	43%	44%	45%	48,3%	44%
Nord	29,5%	24%	32%	34%	35%	36,6%	32,5%	38,5%
Est	22%	23%	20%	20%	20%	16,6%	18,3%	14%
	4%	5%	3%	3%	1%	1,5%	0,8%	3,5%
MOTIFS DE SORTIE								
Abandons	54%	62,5%	68%	49%	59%	60%	50%	48,5%
Traitement à terme	22%	16%	13%	16%	14%	6,66%	20%	11%
Prison	15%	9%	10%	5%	5%	10%	3,3%	5,5%
Décès						3,34%	10%	5%
Exclusion	3,5%	7%	3%	10%		3,34%	6,7%	
Tranfert	3,5%		3%	5%				
Convenance	2%	5,5%	3%	10%		10%	6,7%	30%
Autres				5%		6,66%	3,3%	

Source: Fondation JDH 2005

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 2005 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	2005
Nombre de médecins prescripteurs	125	145	147	157	154	158	163
Nombre cardinal ³ de patients	745	844	849	889	913	/	970
Nombre cumulé ⁴ de patients bénéficiaires	/	/	/	1.487	1.554	1.553	/

Source : Union des Caisses de Maladie 2005

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**. 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

³ Nombre cardinal : nombre de patients différents

⁴ Nombre cumulé : nombre total de patients comptages multiples inclus. Un patient peut en effet consulter plusieurs médecins au cours d'une année.

déposé en décembre 2004. L'accord de la CNPD, permettant de créer le registre en question, a seulement été transmis à la Direction de la Santé au mois de juillet 2006.

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 permet de mieux suivre et contrôler les prescriptions effectuées dans le cadre des traitements de substitution.

En juin 2005, la liste de médecins agréés utilisant les carnets à souches comptait 78 médecins prescripteurs.

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. Il faut noter que depuis juillet 2005, le BU V fonctionne comme centre de réhabilitation pour personnes toxicomanes (structure à moyen terme) ayant effectué un sevrage physique au sein d'un des quatre hôpitaux généraux. Les statistiques d'admission des 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 1999-2005

		1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
NOMBRE D'ADMISSIONS		272	247	242	249	223	196	141
NOMBRE DE PREMIÈRES ADMISSIONS		62	66	47	57	46	37	18
NOMBRE DE PATIENTS (COMPTAGES MULTIPLES EXCLUS)		155	161	153	158	146	138	107
DISTRIBUTION SELON SEXE								
	MASCULIN	70%	76%	77%	73,5%	68%	71%	76,6%
	FÉMININ	30%	24%	23%	26,5%	32%	29%	23,4%
DISTRIBUTION D'ÂGE								
	< 15	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%
	15-19	8%	4%	5%	8%	7,6%	5,0%	7,4%
	20-24	23%	22%	17,5%	22,7%	21%	23,2%	29%
	25-29	32%	31%	27,5%	29,7%	26,5%	19,6%	18,6%
	30-34	25%	24%	23,5%	20,8%	19%	21,7%	18,6%
	35-39	9%	13%	16,5%	13,9%	19%	22,5%	14,9%
	≥ 40	3%	5%	10%	4,4%	6,9%	8,0%	12,1%

Source: CHNP - RELIS 2005

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 actuellement à raison de 3 journées par semaine 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 1999-2005

	1999	2000	2001	2002 ⁵	2003	2004	2005
NOMBRE DE CLIENTS/FAMILLES	299	300	279	317	220	234	230
NOMBRE DE PREMIERS DEMANDEURS	180	196	174	216	118	d.m.	d.m.
DISTRIBUTION SELON SEXE							
MASCULIN	70%	62%	55,5%	55,5%	59%	59%	62%
FÉMININ	30%	38%	44,5%	42,5%	41%	38%	38%
COUPLES				2%		3%	
NOMBRE DE CONSULTATIONS							
INDIVIDUELLES	628	655	756	709	687	690	817
COUPLE/FAMILLE	241	199	142	220	229	175	126
NOMBRE DE CONSULTATIONS EXTERNES (PRISON / HÔPITAUX)	92	70	52	39	71	78	72
DISTRIBUTION D'ÂGE							
< 20 ANS	11%	12,5%	11%	9%	13,2%	6%	4,4%
20-24 ANS	24,5%	18%	16%	21,5%	18,2%	16%	19,6%
25-29 ANS	23%	23%	17%	17,5%	12,7%	18%	20%
30-34 ANS	17,5%	15,5%	14,5%	13,5%	16,8%	19%	15,2%
35-39 ANS	8,5%	9%	20%	18%	15,9%	17%	19,1%
≥ 40 ANS	13%	19%	17,5%	18,5%	23,2%	22%	21,7%
ÂGE INCONNU	2,5%	3%	4%	2%		2%	
MOTIFS DE DEMANDE							
ABUS D'OPIACÉS/POLYTOXICOMANIE	69%	59%	52,5%	51%	43,2%	49%	40%
TOXICOMANIE D'UN PROCHE	10,5%	20,5%	27,5%	22,5%	19%	18,5%	16,1%
PROBLÈMES PSYCHOSOCIAUX/PSYCHIATRIQUES	9%	3,5%	4,5%	4%	6,8%	6%	19,1%
POST-CURES	1,5%	1%	1%	1%	5%	7,5%	7,8%
ABUS D'ALCOOL	0,5%	2%	1,5%	5%	3,6%	5%	1,3%
CANNABIS	3,5%	11%	9,5%	11,5%	16,4%	10%	7%
AMPHÉTAMINES/COCAÏNE/LSD/ECSTASY	2,5%	1,5%	2,5%	4%	5%	2%	3,9%
DEMANDES D'INFORMATIONS GÉNÉRALES	0,5%	1,5%	1%	1%	0,5%		
AUTRES (MÉDICAMENTS, BOULIMIE, ETC.)					0,5%	2%	4,8%

Source: Fondation JDH. 2005

⁵Les 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 1999-2005

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
NOMBRE DE CLIENTS	169	165	199	206	159	196	227 ↑
NOMBRE DE PREMIERS DEMANDEURS AUPRÈS DE JDHE	54(32%)	60(36%)	123(62%)	112(54%)	101(63%)	118(60%)	95(42%)
NOMBRE DE CLIENTS SANS CONTACT AVEC AUTRES SERVICES DE JDH	42(78%)	48(80%)	87(79%)	96(86%)	88(87%)	d.m.	d.m.
DISTRIBUTION SELON SEXE							
MASCULIN	57%	54,5%	58%	64%	61%	58%	60%
FÉMININ	43%	45,5%	42%	36%	39%	42%	40%
NOMBRE DE CONSULTATIONS (INDIVIDUELLES ET FAMILIALES)	965	917	829	809	614	733	750
NOMBRE DE CONSULTATIONS EXTERNES (PRISON / HÔPITAUX)	148	77	53	71	13	53	18 ↓
DISTRIBUTION D'ÂGE							
< 15 ANS		0,5%	1,5%				
15-19 ANS	5%	8%	3%	4,5%	9%	10%	9,5%
20-30 ANS	46%	32%	33%	33%	34,5%	33%	30%
>30 ANS	49%	59,5%	62,5%	62,5%	56,5%	57%	60,5%

Source: Fondation JDH 2005

Statistiques du centre de consultation JDH de Ettelbrück 2003-2005

	2003	2004	2005
Nombre de clients/familles	55	47	54
Nombre de premiers demandeurs	36	d.m.	d.m.
Distribution selon sexe			
masculin	62%	66%	63%
féminin	38%	32%	37%
couples		2%	
Nombre de consultations			
individuelles	257	239	271
couple/famille	51	42	46
Motifs de demande			
abus d'opiacés / polytoxicomanie	43.3%	34%	41%
toxicomanie d'un proche	14.55%	19%	18,5%
problèmes psychosociaux / psychiatriques	9.09%	2%	16,5%
post-cures	9.09%		4%
cannabis	16.36%	21%	9%
amphétamines/cocaïne/LSD/ecstasy	3.64%	9%	5,5%
autres substances	1%	4%	2%
autres	1%	11%	3,5%

Source: Fondation JDH 2005

L'asbl "Hëllef fir drogenofhängeg Jugendlech an hir Familjen – Centre Emmanuel" est responsable de la gestion d'un centre de consultation et d'orientation pour les personnes toxicomanes et leurs familles. Agréée depuis 2001 par le Ministère de la Santé, le centre offre les services suivants :

- Information pour toutes personnes relatives à la dépendance ;
- Elaboration de projets axés sur l'abstinence ;
- Aide pour problèmes personnels non liés à la dépendance

Statistiques d'admissions du centre Emmanuel asbl

	2002	2003	2004	2005
Nombre de consultations (Nombre d'heures)	545 (523h)	634 (639)	837 (865)	866 (980)
Nombre de clients/dossiers	97	114	172	116 ↓
Nombre de nouveaux projets thérapeutiques	25	25	24	23
Abandons thérapeutiques	16	11	14	19
Nombre de prises en charge post résidentielles	11	23	15	14

Source: Centre Emmanuel 2005

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. Le CTM dispose cependant d'une série de lits supplémentaires pour gérer des situations de crise ou pour pouvoir réagir aux aléas des procédures d'admission.

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

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

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

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

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

Statistiques du Centre Thérapeutique de Manternach - Syrdallschlass (1999-2005)

		1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
NOMBRE TOTAL DE PATIENTS HÉBERGÉS (nouveaux patients et patients de l'année précédente encore présents, enfants exclus)		59	56	52	52	56	70	55
NOMBRE D'ADMISSIONS (ANNÉE EN COURS)		47	43	34	57	44	53	35
NOMBRE DE PATIENTS ADMIS (ANNÉE EN COURS)		40	37	31	33	40	52	34
OCCUPATION MOYENNE MENSUELLE		20,1	21,6	21,1			21,6	22,04
JOURNÉES DE PRÉSENCE		7.348	7.910	7.709	6.543	7.767	7.905	8.044
DISTRIBUTION SELON SEXE								
	MASCULIN	77,9%	75%	86,5%	74,9%	73%	76%	81,8%
	FÉMININ	22,1%	25%	13,5%	25,1%	27%	24%	18,2%
DISTRIBUTION D'ÂGE.								
	< 20	3,4%	8,9%	3,9%	6%	d.m.	1,4%	3,5%
	20-25	32,2%	26,8%	15,4%	22,4%		34,3%	21%
	26-30	25,4%	35,7%	44,2%	31,3%		18,6%	21%
	≥ 30	39%	28,6%	36,5%	40,3%		45,7%	54,4%
NATIONALITÉ								
	LUXEMBOURG	64,4%	73,2%	69,8%	73,1%	d.m.	68,6%	79%
	PORTUGAL	18,6%	8,9%	7,7%	11,9%		11,4%	5,25%
	ITALIE	6,8%	5,4%	15,4%	4,5%		4,4%	3,5%
	ESPAGNE	3,4%	7,1%	3,9%	3%		1,4%	1,75%
	ALLEMAGNE	1,7%	1,8%	1,9%	3%		7,2%	1,75%
	FRANCE	1,7%	1,8%		3%			1,75%
	BELGIQUE	1,7%						
	EX-YOUGOSLAVIE		1,8%	1,9%	1,5%		1,4%	1,75%
	MAROC	1,7%						
	APATRIDE						1,4%	1,75%
	CAP VERT						1,4%	1,75%
	PAYS-BAS						1,4%	
	Iran							1,75%
	Autriche							
ÉTAT CIVIL								
	CÉLIBATAIRE	81,3%	87,5%	80,8%	85%	d.m.	81%	86%
	MARIÉ(E)	8,5%	3,5%	5,8%	7,5%		4,3%	1,75%
	SÉPARÉ(E)	3,4%	1,8%		4,5%		4,3%	3,5%
	DIVORCÉ(E)	6,8%	5,4%	9,6%	3%		10%	8,75%
	VEUF(VE)		1,8%	1,9%				

Source: CTM 2005

En 2005, 47,4% (48,6%) des patients admis au CTM étaient sous traitement de substitution de méthadone. 36,6% des patients admis avaient au moins un enfant. 36,5 % des clients ont été orientés au CTM par le CHNP et 63,5 % venaient des hôpitaux régionaux respectivement du CPL ou de leur propre domicile. Les séances d'information avec des clients potentiels pour le CTM furent organisées par les collaborateurs travaillant au bureau à Luxembourg, connu sous le nom de 'Alternativ Berodungsstell'. Du 1er avril 2005 au 31 décembre 2005, 415 entretiens d'information et d'orientation ont eu lieu.

En tout 145 personnes, dont 114 hommes et 31 femmes, ont pu bénéficier de l'offre d'aide de ce bureau. 375 entretiens téléphoniques ont été enregistrés dont 247 avec des toxicomanes et 128 avec des personnes de références.

Néanmoins, dans le cadre du suivi post-thérapeutique 223 entretiens individuels ou de couple ont eu lieu sous la guidance d'un collaborateur de l'équipe psycho-thérapeutique du CTM.

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 janvier 2006, MSF-Solidarité Jeunes en collaboration avec le Ministère de la Santé ont démarré un projet-pilote sous le nom de « CHOICE ». L'objectif du projet consiste à offrir aux jeunes de 12 à 17 ans interpellés par la police pour infraction à la législation nationale en matière de drogues, une intervention rapide sous forme de séances d'information et de groupes de parole afin de trouver des solutions alternatives à une réponse répressive.

En date du 1er janvier 2000 fut conclue une convention de collaboration unique entre MSF-SOLIDARITE JEUNES et le Ministère de la Santé.

Statistiques du projet MSF-SOLIDARITE JEUNES 1999 - 2005

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
NOMBRE DE CLIENTS	99	132	195	208	231	267	249 ↓
NOMBRE DE NOUVEAUX CLIENTS	70	91	141	141	163	179	136 ↓
DISTRIBUTION SELON LE SEXE							
FÉMININ	26,3%	34,1%	32,3%	34,1%	31,6%	31,9%	31,3%
MASCULIN	73,7%	65,9%	67,7%	65,9%	68,4%	68,1%	68,7%
DISTRIBUTION SELON L'ÂGE							
< 15	16,1%	12,9%	13,8%	17,8%	23,8%	17,7%	25,7%
15-18	73,8%	74,3%	80,9%	71,6%	63,6%	64,1%	48,6%
> 18	10,1%	12,9%	11,3%	10,6%	12,6%	18,6%	25,7%
SUBSTANCE PRÉFÉRENTIELLE IMPLIQUÉE							
CANNABIS	65,7%	78%	72,3%	82,2%	83,1%	72,4%	71,5%
HÉROÏNE	21,2%	12,9%	7,2%	2,4%	3,5%	4,5%	5,6% ↑
SOLVANTS VOLATILES	5,1%	1,5%	0,5%	0,5%		0,4%	
ECSTASY	3%	3,8%	3,6%	1%	0,9%	1,1%	0,4%
COCAÏNE	1%		2,6%	1%	0,4%	1,1%	0,4%
LSD	1%	1%					
AUTRE	3%	3,1%	13,8%	12,9%	12,1%	20,5%	22%

Source: Solidarité Jeunes (MSF) 2005

II.1.9 LES SUIVIS EN POSTCURE

La gestion de la **maison de postcure** Neudorf qui a ouvert ses portes en 1995, incombe à la Fondation JDH. 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 2005, 5 (5) personnes, trois hommes et deux femmes, 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 2005, un éducateur gradué en collaboration étroite avec le CTM, s'est chargé de l'encadrement psychosocial de 12 personnes, neuf hommes et trois femmes, ayant terminé leur thérapie au CTM.

II.1.10 INTERVENTIONS DE REINTEGRATION SOCIO-PROFESSIONNELLE

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 de 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.

La fondation JDH loue des studios ou appartements, se porte garant pour le loyer et sous-loue les biens immobiliers aux clients concernés. Un fonds de roulement, 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. 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.

Fin 2005 vingt-sept appartements/studios ont été en location hébergeant en tout 33 adultes et 18 enfants. 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.

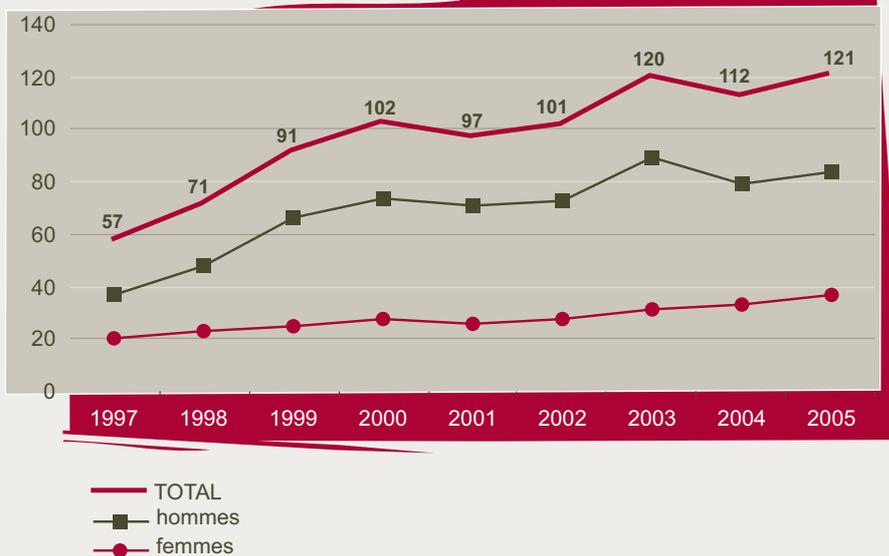
II.1.11 LES DEMANDES DE TRAITEMENT A L'ETRANGER

Ci-après figurent les données statistiques relatives aux demandes de traitement résidentiel (drogues dures et polytoxicomanie) à l'étranger de 1997 à 2005:

GROUPE D'AGE	(97)	(98)	(99)	(00)	(01)	(02)	(03)	(04)	(05)	HOMMES (2005)		FEMMES (2006)	
	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	%	N	%
< 20 ANS				3	3	5	1	3	3	2	2,4	1	2,7
20 À 25 ANS				33	26	33	35	37	29	17	20,2	12	32,4
> 25 ANS				66	68	63	84	72	89	65	77,4	24	64,9
TOTAL	57	71	91	102	97	101	120	112	121	84	100	37	100
AGE MOYEN				27,9	29,5	28	30,7	28,5	30,7	31		30	

Source : Administration du Contrôle Médical : Cures de désintoxication (drogues dures et polytoxicomanie) à l'étranger - Exercices 1997/2005.

Fig. II.1.11 Cures de désintoxication (drogues dures et polytoxicomanie) à l'étranger - Exercices 1997/2005.



Source : Administration du Contrôle Médical Exercices 1997/2005

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 2005. Au 31 décembre 2005, la population carcérale totale s'élevait à 395 détenus. Au total on comptait 1.425 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	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05
NOUVELLES ENTRÉES (TOTAL)				713	685	858	796	859	767	641	794	1.072	1.033	1.425
NOUVELLES ENTRÉES "STUP"	157	246	288	296	292	309	167	139	161	119	101	137	89	166
				41,5%	42,6%	36%	21%	16%	21%	18,6%	12,7%	12,8%	9%	1,6%

Source: Administration pénitentiaire 2005

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

L'objectif principal du projet consiste à intégrer les détenus toxicomanes dans un réseau médico-psycho-social en vue de réduire les rechutes, les risques et la criminalité après sortie. L'implémentation du projet a du être adaptée aux différences de situation et de besoin entre les deux centres pénitentiaires de Schrassig (CPL) et de Givenich (CPG).

Depuis 2003, les deux centres pénitentiaires offrent des interventions individuelles et collectives.

Des 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.

Des séances RPT (Rückfall-Prophylaxe-Training), programme de prévention de rechutes, sont organisées par la JDH. Des informations mises à jour en rapport avec le projet Tox sont disponibles au sein des deux prisons par l'intermédiaire des membres des services internes et par le biais de tables d'informations. Un groupe de détenus bénévoles nommé « Tox-Contact » agit comme plate-forme entre le projet et la population globale de détenus. Tous les services internes sont activement impliqués au projet Tox et collaborent avec des institutions spécialisées de traitement de la toxicomanie.

Début 2004, l'unité sans drogues du CPG/ pavillon thérapeutique est devenu opérationnel en même temps que le programme préthérapeutique nommé « Switch » (changement de trajectoire). Une procédure d'admission à critères de sélection strictes pour les candidats a été entamée au CPL comme au CPG.

La capacité du Pavillon s'élève à 6 personnes simultanément. Cette structure assure la préparation des traitements ambulatoires ou résidentiels des participants après leur libération et crée un processus dynamique de prévention des toxicomanies, des prises en charge et de formation continue du personnel du CPG et CPL. Le programme afférent dure généralement 8 mois et inclut des séances de thérapie individuelle et de groupe. A part, un bureau de coordination est à disposition de tout détenu intéressé à une thérapie, des cours, à une participation au pavillon thérapeutique du CPG et à la préparation à la sortie.

Mettant l'accent sur une implication active des détenus au projet, toutes 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.

En 2005, 102 détenus (dont 15 femmes) du CPL ont formulé une demande de prise en charge et de traitement et ont été suivis soit par le projet Tox, soit par la méthode du case management. La moitié d'entre eux (54) ont demandé une entrée au pavillon thérapeutique du CPG. 17 candidats ont été choisis par le comité de guidance et seulement 12 ont été retenus.

En ce qui concerne le pavillon thérapeutique, un total de 19 personnes toxicomanes ont terminé le programme depuis son implémentation (5 personnes en 2005), 12 autres personnes ont reçu un traitement ambulatoire après sortie et deux personnes ont été orientées vers une structure de traitement résidentiel. Aucun participant n'a été incarcéré depuis lors.

En tout, 11 personnes ont été prises en charge par le programme sans participer à l'unité sans drogues.

En plus, 129 détenus ont participé aux groupes de parole. Un total de 750 prospectus de prévention ont été distribués en langues française, allemande et portugaise au personnel, détenus et associations externes au CPL et CPG.

Un programme spécialement adapté aux femmes détenus a été lancé fin 2005 dont 8 femmes suivent actuellement une prise en charge psychologique.

Les résultats montrent qu'une proportion faible de détenus (16%) sont préoccupés avec la préparation de leur sortie et qu'une proportion élevée de détenus (57%) demandent des interventions à court terme comme des prises en charge psycho-sociales et des actions sociales immédiates.

Le rapport d'activité 2005 met en évidence l'importance d'une préparation proactive de la sortie des détenus toxicomanes.

- 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 deux membres de l'équipe du Kontakt 25. En 2005, 138 visites ont eu lieu auprès de 65 clients avec un total de 517 entretiens.

Offre de prise en charge en milieu carcéral par JDH 1999 - 2005

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
NOMBRE DE DÉTENUIS PRIS EN CHARGE	61	73	75	74	72	40	65
NOMBRE DE SÉANCES DE CONSULTATION	401	478	434	449	389	203	517
SANS CONTACTS ANTÉRIEURS AVEC LES SERVICES DE JDH	36%	34%	32%	46%	64%	d.m.	d.m.
DISTRIBUTION SELON SEXE							
FÉMININ	8%	14%	16%	11%	11%	5%	11%
MASCULIN	92%	86%	84%	89%	89%	95%	89%
DISTRIBUTION SELON ÂGE							
15-19	3%	0%	3%	3%	3%	5%	d.m.
20-24	14%	20%	17%	20%	12%	15%	
25-29	52%	36%	33%	37%	35%	8%	
> 30	31%	43%	47%	40%	50%	72%	
SUBSTANCE PRÉFÉRENTIELLE IMPLIQUÉE							
HÉROÏNE ET POLYTOXICOMANIE	93%	93%	84,5%	86,5%	80%	d.m.	d.m.
COCAÏNE			1%	2,5%	2,5%	d.m.	
AUTRE	7%	7%	14,5%	11%	17,5%	d.m.	

Source: Fondation JDH 2005

- 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 2005, 194 (225) 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 2,5mg à 100mg. La durée moyenne de traitement à la méthadone en 2005 était de 102 (98) jours.

80 (106) patients sous traitement de substitution ont été élargis ou transférés dans une autre institution. 78 (76) 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. 23 (13) patients substitués ont été réincarcérés durant l'année 2005. 13 (13) personnes ont recommencé un traitement de substitution en prison qu'ils avaient arrêté auparavant.

Depuis août 2005 un programme officiel d'échange de seringues pour détenus toxicomanes a démarré au CPL. Suite à une demande écrite au médecin de prison, le détenu consulte le médecin et reçoit un étui avec une seringue. Le personnel soignant de l'infirmerie est autorisé à échanger les seringues.

- 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 2005, plus de 500 (500) tests de dépistage de l'infection HIV ont été effectués aux centres pénitentiaires du Luxembourg. Onze tests ont été positifs. Les 11 personnes sont de sexe masculin et 7 personnes sont des consommateurs de drogues dures par voie intraveineuse présentant également une hépatite C. Quatre personnes ne présentent pas d'hépatite C et ne sont pas connues comme consommateurs de drogues par voie intraveineuse.

477 (562) 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 42 femmes.

Nombre d'examens sérologiques positifs

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
HÉPATITE A:	125	172	115	267	310	335	401	348
HÉPATITE B:	70	74	43	104	102	128	160	128
ANTIGÈNE HBS:	5	8	5	9	11	17	23	18
ANTICORPS HBS:	34	29	44	91	129	112	144	142
HÉPATITE C:	78	82	54	85	80	98	100	125
SYPHILIS:	1	3	2	13	3	4	3	5
Nb. TOTAL D'EXAMENS SÉROLOGIQUES	252	282	185	432	458	493	562	477

Nombre de personnes présentant un seul type d'hépatite

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
HÉPATITE A:	71	79	51	125	164	152	185	152
HÉPATITE B:	7	6	4	3	5	9	10	5
HÉPATITE C:	17	28	23	30	27	33	35	51

Nombre de personnes présentant au moins deux types d'hépatite

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
HÉPATITE B ET C:	20	19	7	18	10	11	21	18
HÉPATITE A ET B ET C:	30	20	14	23	24	23	20	26
HÉPATITE A ET B:	13	29	18	62	63	85	109	79
HÉPATITE A ET C:	11	15	10	16	19	31	24	30

Source: Comité de surveillance du Sida 2005

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.

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 2005

Juin 2005 : Journée internationale contre l'abus et le trafic illicite des stupéfiants. Conférence-débat sur le thème « Cannabis und Alkopops » organisé par le CePT.

Juillet 2005 : Ouverture de la salle de consommation pour toxicomanes au sein du foyer d'urgence pour toxicomanes (TOX-IN).

Septembre 2005 - Février 2006 : Concours de dessin pour élèves « Grand Prix P&T d'illustration philatélique pour jeunes » avec comme thème « Gutt drop – Rauschmüttelen net fir mech » organisé par l'Office des Timbres des P&T en collaboration avec la Police Grand-Ducale, le Centre de Prévention des Toxicomanies et le Ministère de l'Education nationale.

Octobre 2005: A l'occasion de ses 10 ans d'existence, le CePT présente une exposition itinérante et interactive « Trampolin – Sprongkraaft am Alldag » destinée au grand public.

Novembre 2005 : Présentation du livre « Ee feine Jong. Den därege Wee vun engem Lëtzebuerger Drogéierten » lors d'une conférence de presse organisée par l'association Stëmm vun der Strooss.

Novembre 2005 : Publication par le CePT du manuel « Multiplikatoren in der Primären Suchtprävention – ein Handbuch » à l'intention des multiplicateurs du domaine de la prévention des toxicomanies.

Chapitre II.2

Sommaire des travaux de recherche récents

II.2.1 Statec. (2006). **Etude relative à l'estimation de l'impact des activités illégales liées à la drogue au Luxembourg.** Statnews n° 35/2006 et bulletin du Statec 2_2006. Luxembourg.

Le STATEC (Service Central de la statistique et des études économiques) a publié en juillet 2006 une étude relative à l'estimation de l'impact économique des activités illégales liées à la drogue au Luxembourg pour la période 1999 à 2004. L'étude a été réalisée dans le cadre d'un projet européen destiné à améliorer la comparabilité et l'exhaustivité de la couverture des comptes nationaux.

Un des agrégats des comptes nationaux, le revenu national brut (RNB), est utilisé comme assiette d'une partie de la contribution des Etats membres au budget communautaire. En principe le concept de production du système européen des comptes (SEC95) englobe aussi les activités illégales. Pour des raisons d'ordre à la fois méthodologique et de manque de données fiables, les activités illégales n'ont cependant à ce stade pas encore été intégrées dans les comptes nationaux des pays de l'UE. La définition des activités illégales pouvant être notablement différente d'un Etat à l'autre, la Commission européenne a exprimé le souhait d'enfin voir inclure les activités illégales dans les comptes nationaux. Ceci dans un souci de justice et d'égalité de traitement entre ses Etats membres. Des études similaires à celle présentée ici sont en cours de réalisation dans d'autres pays de l'UE. Ces études doivent permettre à la Commission de statuer sur une éventuelle inclusion future des activités illégales dans les comptes nationaux des Etats membres.

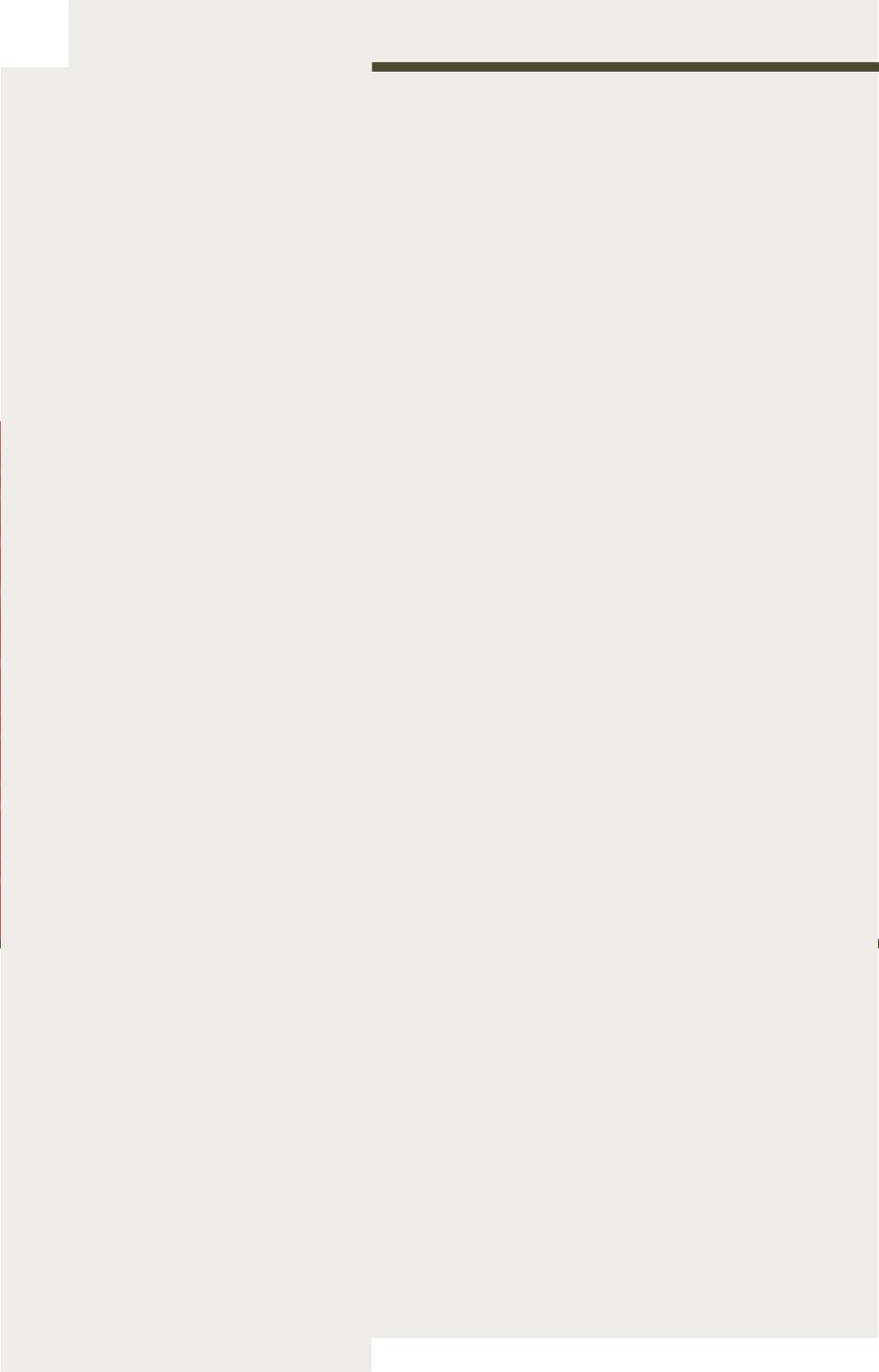
Le Luxembourg dispose pour cet exercice de données statistiques de bonne qualité sur les usages problématiques des principales drogues. Mais les données permettant d'avoir une bonne appréhension de la consommation de drogues par les utilisateurs occasionnels sont insuffisantes du fait de l'absence d'enquête régulière en population générale couvrant ce thème. La position économique et géographique du Luxembourg rend impossible une extrapolation des données statistiques sur les saisies, dans la perspective d'une confrontation entre offre et demande de drogue sur le marché luxembourgeois. Ainsi l'estimation de la consommation de drogue constitue le socle servant de base aux données produites durant cette étude. Les dépenses de consommation des ménages pour les drogues sont estimées à 37.8 millions d'Euro en moyenne annuelle sur la période 1999-2004.

Grâce aux informations recueillies auprès des experts du domaine, il a été possible de poser des hypothèses réalistes concernant l'approvisionnement du marché luxembourgeois de la drogue. Néanmoins les résultats produits restent fragiles et doivent être interprétés comme des ordres de grandeur.

Les résultats de cette étude situent l'impact des activités illégales liées à la drogue pour 2004 à 0.11% du PIB et à 0.08% du RNB. Cet impact est donc limité, mais se situe dans des ordres de grandeur assez voisins de ceux observés dans les pays de l'Union européenne ayant réalisé une telle estimation.



edition
(2006)



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 (CES).

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, en Norvège 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 2005

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.europa.eu>)

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, qui remplace et élargit l'Action commune de 1997, 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 31.12.2005, 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-chlorophényl)-2-(methylamino)-cyclohexanone), PMMA (paraméthoxyamphétamine ou 4-Méthoxyamphétamine), 2C-T-7 (2,5-diméthoxy-4-(n)-propylthiophénéthylamine), 2C-T-2 (2,5-diméthoxy-4-ethylthiophénéthylamine), 2C-1 (2,5-diméthoxy-4-iodophénéthylamine) et TMA-2 (2,4,5-triméthoxyamphétamine).

Au cours de 2005, 14 nouvelles substances psychoactives ont été officiellement notifiées par le biais du mécanisme d'échanges d'information créé par la décision en question. Il s'agissait dans tous les cas de produits psychotropes semblables à ceux listés dans le tableau 1 et 2 de la convention UN de 1971. Parmi ces 14 substances on retiendra plus particulièrement la méthylone, le DPIA et le mCPP.

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

(<http://eib.emcdda.europa.eu/>)

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

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

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

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

(<http://qed.emcdda.europa.eu/>)

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.europa.eu/>. 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 consultés 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 2005, 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.

III.1.4.3 CLDDT – Centre Logistique de Documentation sur les Drogues et les Toxicomanies

Le CLDDT recense actuellement plus de 2.400 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 ces phénomènes. 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 2005, 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 autre, 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 ont été 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 2005 - 2009 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**¹

Etant donné que le réseau d'information vise prioritairement les personnes présentant une consommation problématique ou une dépendance aux produits psycho-actifs illicites et/ou de certains produits licites qui sont détournés de leur usage proprement thérapeutique, il paraissait essentiel d'établir une classification qui tienne compte 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:

¹ 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 abouti;
- ▶ 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 2005

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 2005, 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 :

- ▶ hausse confirmée 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,
- ▶ nombre le plus élevé jamais enregistré de personnes (double comptages inclus) en contact avec l'ensemble du réseau institutionnel national pour motif d'usage illicite de drogues,
- ▶ hausse significative du nombre de contacts avec les unités hospitalières nationales (comptages multiples inclus),
- ▶ nouvelle hausse du nombre de détenus pour motifs d'infraction à la loi sur les stupéfiants,
- ▶ si le nombre de personnes interpellées pour motifs d'infraction à la loi sur les stupéfiants a connu une hausse par rapport à l'année 2004, il se situe dans la marge de fluctuation des dernières années.

Tableau III.2.3 Description de la population toxicomaniaque répertoriée par le réseau institutionnel de 1994 à 2005

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	2005	94	96	98	2000	2002	2003	2004	2005
TYPE AMBULATOIRE																
JDH LUXEMBOURG (C)	1.662	1.086	829	924	929	916	865	943	284	308	270	300	317	220	234	230
JDH CONSULT. PRISON (C)		260	478	431	431	389	813	517			43	73	73	72	100	65
JDH ESCH/ALZETTE (C)				576	576	614	733	750	130	175	209	165	206	159	196	227
JDH ETTTELBRÜCK (C)						308	281	317						55	47	54
PROJET TOX PRISON (C)							475		51	128	186	158	151	131	120	114
PROGRAMME METHADONE									/	/	46	132	208	231	267	249
MSF-SOLIDARITE-JEUNES (A)			783	931	934	783	1.289									
CENTRE EMMANUEL (C)				545	634	837	866		2	7	10	39	97	114	172	116
TYPE RESIDENTIEL																
CT MANTERNACH (A)	48	58	39	43	57	44	53	35	48	55	56	56	52	56	70	55
TYPE BAS-SEUIL																
TOX-IN - SERVICE DE JOUR		6.456	8.525	11.834	16.688	18.266	9.746	13.712								
TOX-IN - SERVICE DE NUIT							12.878	13.505								
TOX-IN - SERVICE SCD								1.250								
KONTAKT (CO)		/	/	/	11.531	12.141	15.420	15.019								
JDH ESCH/A - PORTE OUVERTE (C)		974	1.249	1.317	929	1.482	4.244									
TOTAL : INSTITUTIONS SANITAIRES SPECIALISEES (avec comptages multiples) 2	515	673	820	923	1.104	1.038	1.206	1.212								
UNIT. PSYCHIATRIQUES HOSPITALIERES 3																
CHNP	249	251	251	247	249	225	196	141	148	157	158	161	158	146	138	107
CHL									≈ 70	≈ 70	50	56	47	45	122	124
CST									d.m.	d.m.	d.m.	32	40	43	50	56
CHEM									≈ 90	37	28	53	33	26	35	64
HSL									d.m.	13	15	14	11	22	37	74
HK																143
TOTAL : INSTITUTIONS HOSPITALIERES (avec comptages multiples)	≈ 308	≈ 277	243	243	316	289	282	382	515	673	820	923	1.104	1.038	1.206	1.212



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	2005	94	96	98	2000	2002	2003	2004	2005
INSTITUTIONS A L'ETRANGER																
TOTAL : INSTITUTIONS REDUCTION DE LA DEMANDE (AVEC COMPTAGES MULTIPLES) (SANS COMPTAGES MULTIPLES) ¹	≈ 873	≈ 1.005	1.134	1.341	1.494	1.440	1.700	1.901	≈ 50	55	71	102	101	120	112	121
INSTITUTIONS JUDICIAIRES ET PENALES																
CPL	210	259	167	161	101	137	89	166								
CPG	30	33														
POLICE GRAND-DUCALE - SPJ - DOUANES (I)	1.100	1.368	1.170	1.758	2.217	2.270	1.808	2.034								
TOTAL INSTITUTIONS REDUCTION DE L'OFFRE (AVEC COMPTAGES MULTIPLES)	1.340	1.660	1.337	1.919	2.318	2.407	1.897	2.200								
TOTAL CUMULE DES INSTITUTIONS REDUCTION DE LA DEMANDE ET INSTITUTIONS REDUCTION DE L'OFFRE (AVEC COMPTAGES MULTIPLES) (SANS COMPTAGES MULTIPLES)	2.213	2.665	2.471	3.260	3.812	3.847	3.597	4.101	d.m.	d.m.	d.m.	1.024	d.m.	d.m.	d.m.	d.m.

² Comptages multiples inter- et intra-institutionnels

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

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

III.2.4 Traitement et représentativité des données

III.2.4.1 Description de l'échantillon

En 2005 la base RELIS a recensé 783 (727) 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 4.881 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 indiquent que la **couverture moyenne de réponse** par rapport à 2004 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 2005 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 53% (n=769) signifie qu'au niveau du recueil des données, on compte 769 réponses (cas connus) et que parmi ces 769 sujets il y en a 53% qui sont de nationalité luxembourgeoise; la nationalité de 14 cas est donc inconnue.*) Les pourcentages (valides) se rapportent par conséquent au nombre de réponses connues (n=769) et non pas à l'effectif total de l'échantillon (N=783). 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 2005 ont été confrontées, permettant une validation longitudinale des résultats observés. Les graphiques respectifs se rapportent, sauf indication contraire, aux résultats des années 1994 à 2005.

Les résultats suivis des signes (↑) et (↓) reflètent les tendances les plus marquantes pour l'année 2005. Sauf indication contraire, les données entre parenthèses se réfèrent à l'année 2004.

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 structurels** 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.

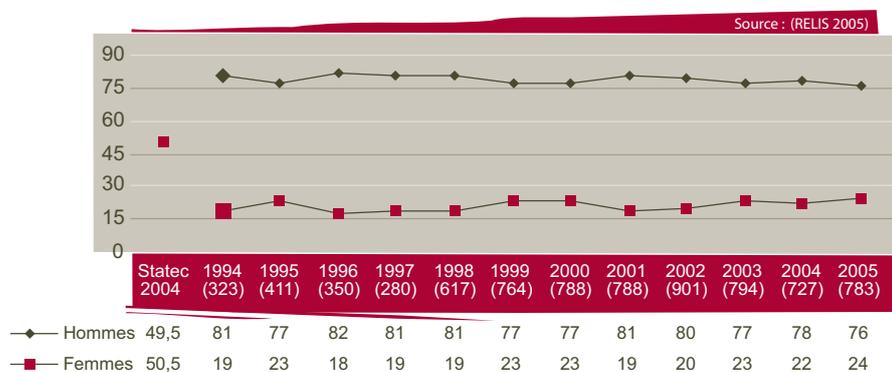
Les données socio-démographiques ont été confrontées, dans la mesure du possible, aux distributions observées au niveau de la population totale du Grand-Duché de Luxembourg. (Source : *Annuaire statistiques 1995-2005 du Service Central de la Statistique et des Etudes Economiques (STATEC)*).

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

III.2.5.A RELIS 2005 SOMMAIRE DES DONNEES

3. SEXE

Fig 3. Distribution selon le sexe. 1994-2005 (% valide)



COMMENTAIRES

La distribution de 76%* d'hommes et de 24% de femmes (n**=783) 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. Elle est en dissonance remarquable avec la distribution observée en population générale. (cf STATEC)

TENDANCES

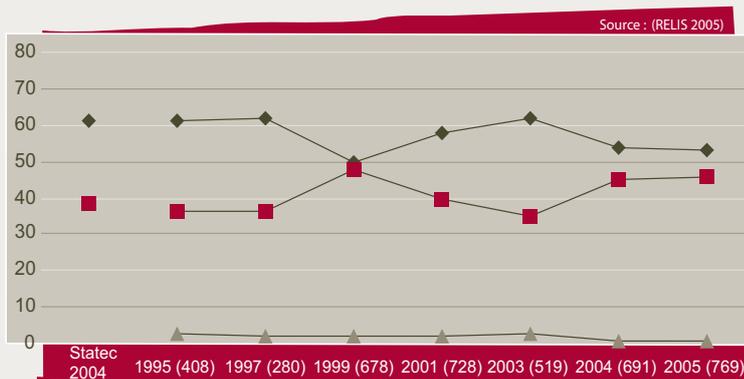
STABLE

METHODOLOGIE

* Pourcentage valide / réponses connues
 ** Nombre de réponses connues (répondants retenus)

4. NATIONALITE

Fig 4. Nationalité. 1994-2005 (% valide)



Statec 2004	1995 (408)	1997 (280)	1999 (678)	2001 (728)	2003 (519)	2004 (691)	2005 (769)	
—◆— Luxembourgeoise	61,4	61	62	50	58	62	54	53
—■— Etrangère	38,6	36	36	48	40	35	45	46
—▲— Lux. naturalisée		3	2	2	2	3	1	1

COMMENTAIRES

53% des répondants sont de nationalité luxembourgeoise (n:769). 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:** 30 ans et 7 mois (↓) (31 ans et 1 mois) (1997: 28 ans et 9 mois).

- **Durée moyenne de séjour au Grand-Duché de Luxembourg** des personnes de nationalité étrangère et qui sont nées à l'étranger: 22 années et 11 mois (↓) (24 années et 5 mois).

TENDANCES

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

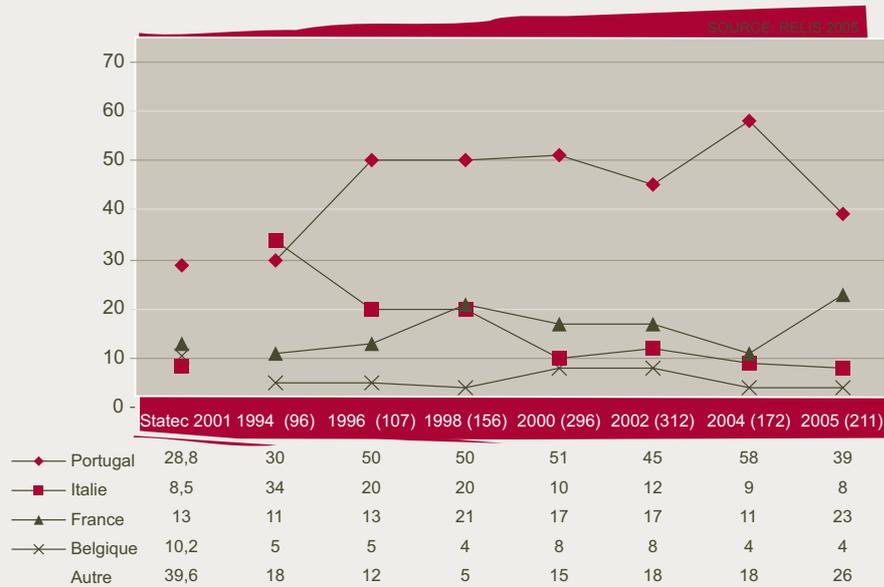
- La durée de séjour au G.-D. de Luxembourg des répondants étrangers affichait une tendance générale à la hausse de 1994 à 2001. Entre 2002 et 2005 cependant on constatait une diminution de la durée de séjour ce qui a pu être dû à l'arrivée de nouveaux ressortissants étrangers plus jeunes avec des carrières toxicomanes plus courtes.

4.1. PAYS D'ORIGINE

PAYS	STATEC 2003 ¹	1994 (%)	1995 (%)	1996 (%)	1997 (%)	1998 (%)	1999 (%)	2000 (%)	2001 (%)	2002 (%)	2003 (%)	2004 (%)	2005 (%)
PORTUGAL	35,5	30	43	50	47	50	54	51	57	45	46	58	39
ITALIE	12,3	34	27	20	15	20	11	10	8	12	7	9	8
FRANCE	12,6	11	15	13	19	21	17	17	12	17	16	11	23
BELGIQUE	9,3	5	4	5	3	4	4	8	8	8	3	4	4
ALLEMAGNE	6	6	3	1	3	0	5	4	5	5	5	3	7
ROYAUME UNI	2,7	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
PAYS BAS	2,1	2	1	2	0	0	1	0	0	1	0	0	1
ESPAGNE	1,7	0	0	0	0	5	4	3	1	1	2	1	2
GRÈCE	0,7	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
TOTAL : AUTRES EU	3,43	0	1	0									
CAP VERT	2	4	3	2	0	2	1	2	2	2	2	4	2
AFRIQUE	2	1	3	3	3	0	1	1	2	3	2	2	5
EX-YOUGOSLAVIE	2	2	3	3	7	0	2	1	3	4	4	2	2
ETATS UNIS	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL AUTRES NON-EU	13,8	8	7	9	12	0	5	4	1	2	11	5	4
N	164.700	96	139	107	89	156	314	296	288	312	300	172	211

¹ 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. 1994-2005 (% valide)



DONNÉES COMPLÉMENTAIRES

- Pourcentage de personnes originaires des **pays limitrophes** tels que la France, la Belgique et l'Allemagne: 34 % (18 %).

TENDANCES

- Prépondérance confirmée de citoyens portugais dans le groupe des personnes d'origine 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).

- Augmentation remarquable du nombre de **personnes originaires des pays limitrophes**. La proportion de **citoyens français** a connu la hausse la plus remarquable atteignant un maximum absolu de 23% qui est disproportionné par rapport à la distribution STATEC suivi des **citoyens allemands** avec désormais 7%.

- Le nombre total d'utilisateurs problématiques de drogues **originaires de pays hors UE** variait fortement jusqu'à 2003 mais affiche depuis lors une nette tendance à la baisse.

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 1994-2005 (% valide)

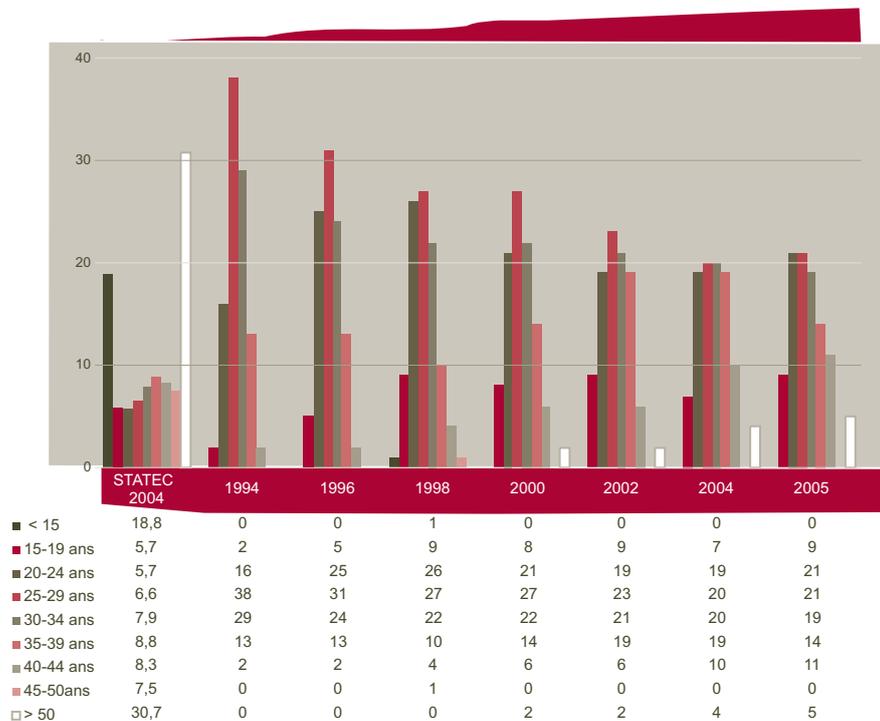
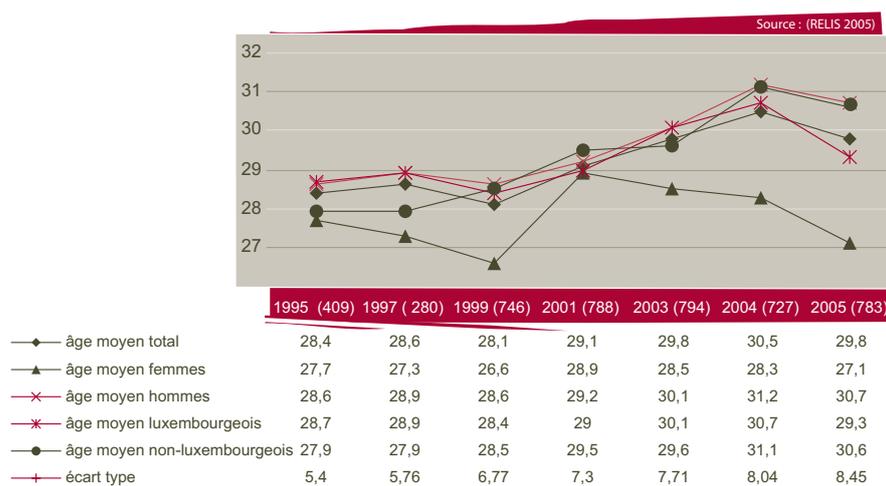


Fig 5.bis Age moyen/écart type (années,mois) 1995-2005



COMMENTAIRES

- A la date du 31/12/05, **l'âge moyen** des 783 personnes recensées en 2005 était de **29 ans et 10 mois** ↓ présentant un **écart type de 8,45** ↑.
- Concentration des effectifs: 61% (59%) entre 20 et 34 ans.
- 49 % ↓ (53%) des sujets affichent un âge supérieur à 29 ans.
- 4,6% (4,4%) 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

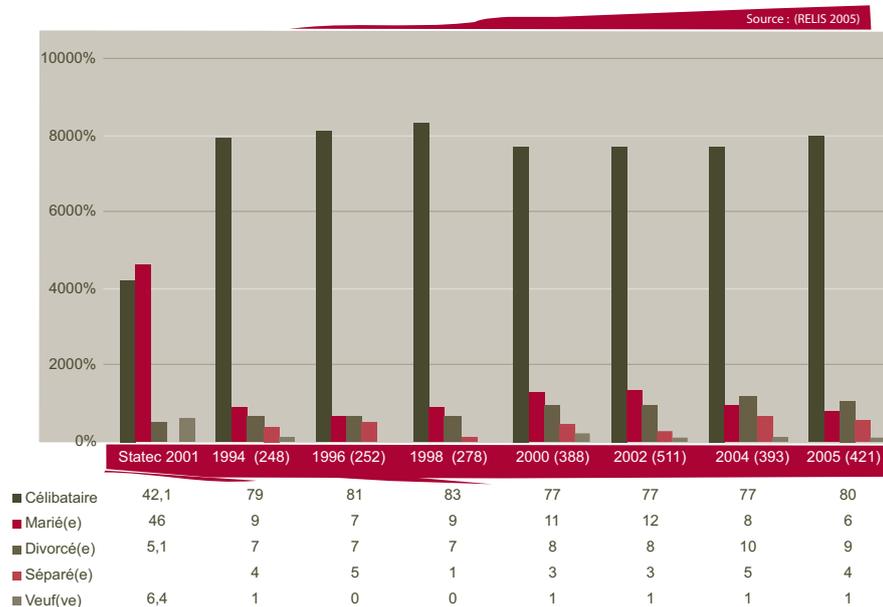
- L'âge moyen, toutes catégories confondues, affiche à nouveau une tendance générale à la baisse après une hausse continue depuis 1999. Cette tendance est observable de façon très prononcée chez les femmes. Une analyse longitudinale des données révèle que la proportion de personnes de la classe d'âge de 15 à 19 ans a connu une hausse depuis 1994 et que celle relative à 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 39 ans** n'a cessé d'augmenter depuis 1998 (5%) (2005 :16%) 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 quinze mois à celui des répondants d'origine étrangère.
- **La différence d'âge selon le sexe** montre que l'âge moyen des hommes, après un accroissement continu, reste stable alors que celui des femmes, stable depuis 3 années, a de nouveau diminué. La moyenne d'âge des hommes a augmenté environ de 2 ans au cours des dernières dix années. 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 (2005)

NATIONALITÉ	SEXE	AGES MOYENS INDIVIDUELS	GROUPES	AGES MOYENS GROUPES
LUXEMBOURGEOISE	FÉMININ	26 ans et 8 mois (1998: 26a10m)	FEMMES	27 ans et 2 mois (1998: 26a4m)
	MASCULIN	30 ans et 7 mois (1998: 28a2m)	HOMMES	30 ans et 9 mois (1998: 27a10m)
ÉTRANGÈRE	FÉMININ	29 ans et 4 mois (1998: 26a4m)	LUXEMBOURGEOS	29 ans et 4 mois (1998: 27a10m)
	MASCULIN	30 ans et 9 mois (1998: 28a11m)	ÉTRANGERS	30 ans et 7 mois (1998: 28a9m)

6. ETAT CIVIL

Fig 6. Etat civil du répondant. 1994-2005 (% valide)



TENDANCES

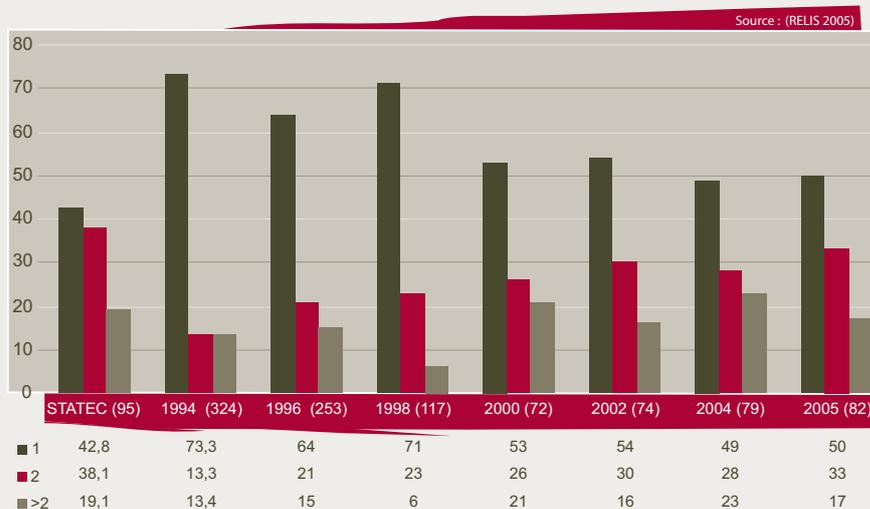
- STABLE

MÉTHODOLOGIE

- Ont été retenues uniquement les personnes majeures au niveau du calcul statistique.

6.1 NOMBRE D'ENFANTS DES REpondANTS

Fig 6.1 Nombre d'enfants des répondants parents. 1994-2005 (% valide)



DONNÉES

COMPLÉMENTAIRES

- 34% (38%) des personnes recensées n'ont pas d'enfants.
- 7% (11%) 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 (80%).
- Parmi les personnes qui ont des enfants, on observe la distribution présentée dans le graphique 6.1.

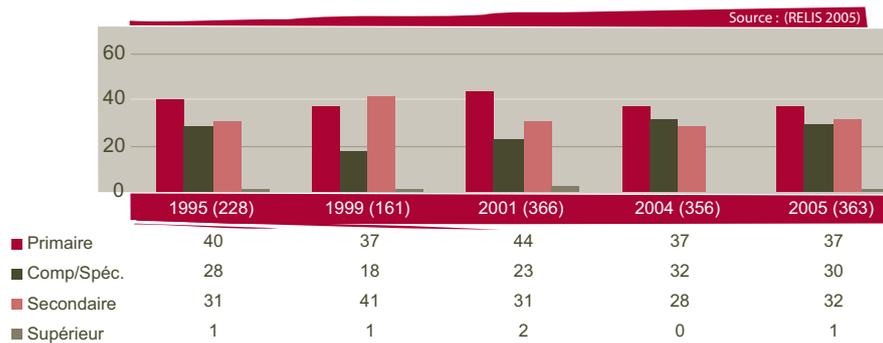
TERMINOLOGIE

- 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. 1995-2005 (% valide)



7.2 SCOLARITE NON TERMINEE

Fig 7.2 Niveau scolaire entamé mais non terminé. 1995-2005 (% valide)

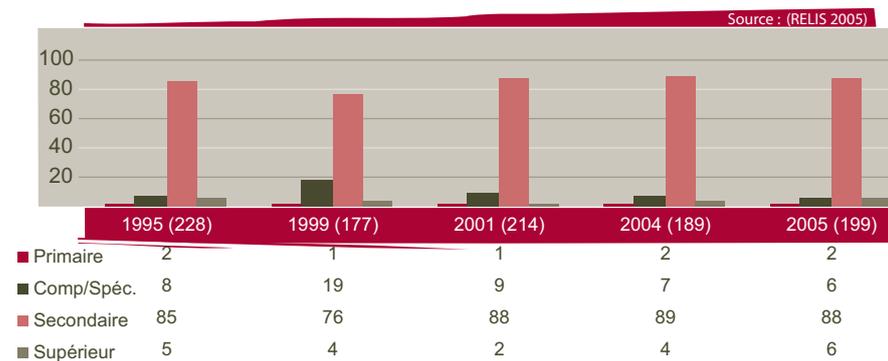
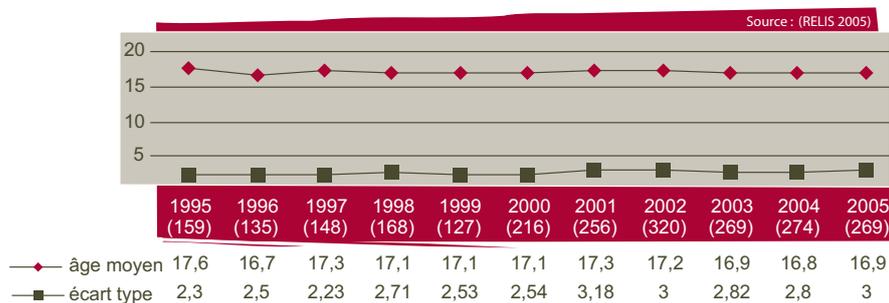


Fig 7.2 bis Age moyen à la fin de la scolarité/écart type. 1995-2005



COMMENTAIRES

- Le graphique 7.1 indique qu'au niveau des cycles de "scolarité terminée" (acquise), 37% (37%) ont terminé uniquement un **cycle d'études primaires**; **30%** (32%) ont terminé **l'enseignement complémentaire** ou spécial.

- Le graphique 7.2 indique que parmi les répondants qui ont terminé leurs études primaires, respectivement 88% et 6 % 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 32% (28%) qui détiennent un diplôme de fin d'études secondaires, il s'agissait pour 9% de l'enseignement secondaire classique, pour 28% du technique, pour 53 % du professionnel et pour 10% de filières polyvalentes ou non spécifiées.

- 14%(↓) (n=379) des répondants étaient **en cours de scolarisation** en 2005.

- **L'âge moyen à la fin ou au moment de l'interruption de la scolarité:** 16 ans et 11 mois (16 ans et 10 mois) (n=269). Ecart type : 3.

TENDANCES

- Depuis 1999, légère baisse du niveau d'études atteint par les répondants, stable en 2005. 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 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

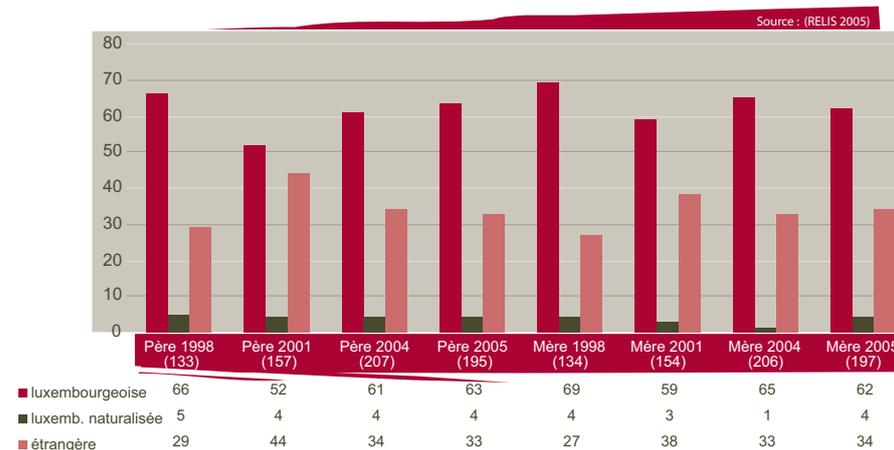
PAYS	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2005
2 parents en vie	75	75	78	76	75	76	66
2 parents décédés	4	7	3	4	5	4	5
1 des parents décédé	21	18	19	19	20	21	29
Père décédé	15,2	15,9	15	14,6	17,2	16	22,8
Mère décédée	5,8	2,1	4	4,4	2,9	5	6,2
N	264	247	212	294	411	357	324

COMMENTAIRES • Au moment du recueil des données, 29% des répondants déclaraient qu'un des membres du couple parental était décédé; 5 % des sujets avaient perdu les deux parents.

TERMINOLOGIE Les données se rapportent aux parents biologiques du répondant.

8.2 NATIONALITE DES PARENTS

Fig 8.2 Nationalité des parents. 1998-2005 (% 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. 1994-2005 (% valide)



TENDANCES

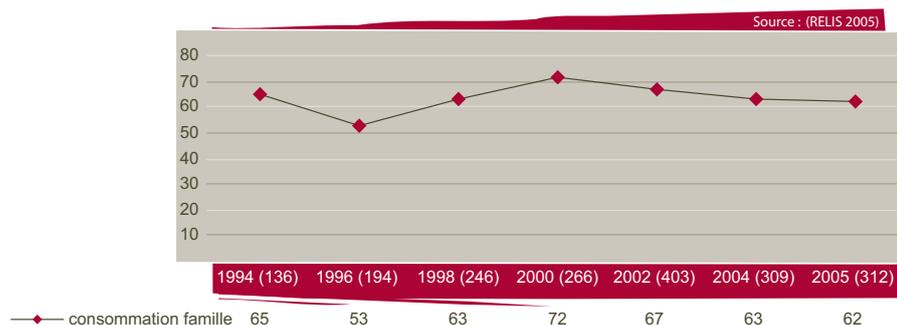
Sur 364 couples parentaux, on note 38% de divorces (augmentation depuis 1997 et actuellement stable) et 8% de séparations. La proportion de parents mariés a évolué en décroissant depuis 1995.

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. 1994-2005



COMMENTAIRES

Dans 62% 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 32% des cas d'abus, il s'agit d'un membre de la fratrie; dans 24% des cas, il s'agit du père et dans 17% 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	2005
CHEZ COUPLE PARENTAL	52	59	58	56	58	55	54
CHEZ PÈRE	4	3	5	2	3	5	4
CHEZ MÈRE	12	16	17	17	15	18	18
ALTERNATIVEMENT							
CHEZ PÈRE ET MÈRE	0	1	1	0	0	0	0
CHEZ MEMBRE(S) DE LA FAMILLE	4	2	4	9	9	7	7
SEUL(E)	8	6	5	2	3	3	3
EN COUPLE	10	8	5	5	4	3	3
CHEZ AMI(E)(S)	5	3	1	1	1	1	0
EN INSTITUTION	5	2	4	5	5	7	10
AUTRE	0	0	0	1	0	1	1
N	255	268	219	285	390	300	323

COMMENTAIRES

Au moment du premier usage illicite de drogues, 76% (78%) 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 s'explique en partie par le fait que la moyenne d'âge des sujets lors du premier contact s'élève à 15 ans et 2 mois.

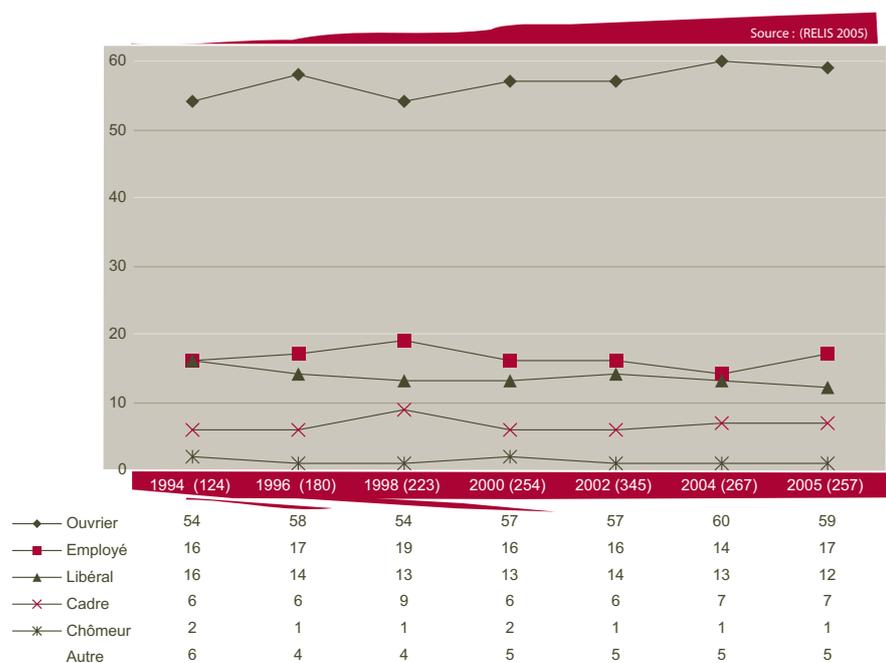
TENDANCES

STABLE

8.6 OCCUPATION PROFESSIONNELLE DU PERE OU DU TUTEUR

OCCUPATION DU PERE OU DU TUTEUR	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2005
Ouvrier qualifié	34	32	32	35	34	33	29
Ouvrier non-qualifié	20	26	22	22	23	27	30
Employé	16	17	19	16	16	14	17
Libéral	16	14	13	13	14	13	12
Cadre sup.	2	4	4	4	3	3	3
Cadre moyen	4	2	5	2	3	4	4
Travail au noir	1	0	0	0	0	0	0
Chômeur	2	1	1	2	1	1	1
Autre	5	4	4	5	5	5	5
N	124	180	223	254	345	267	257

Fig 8.6 Occupation professionnelle du père ou du tuteur. 1994-2005.
(% valide)



COMMENTAIRES Dans 59% des cas connus, le père présente un statut d'ouvrier; 17 % sont employés et 12 % exercent des professions libérales.

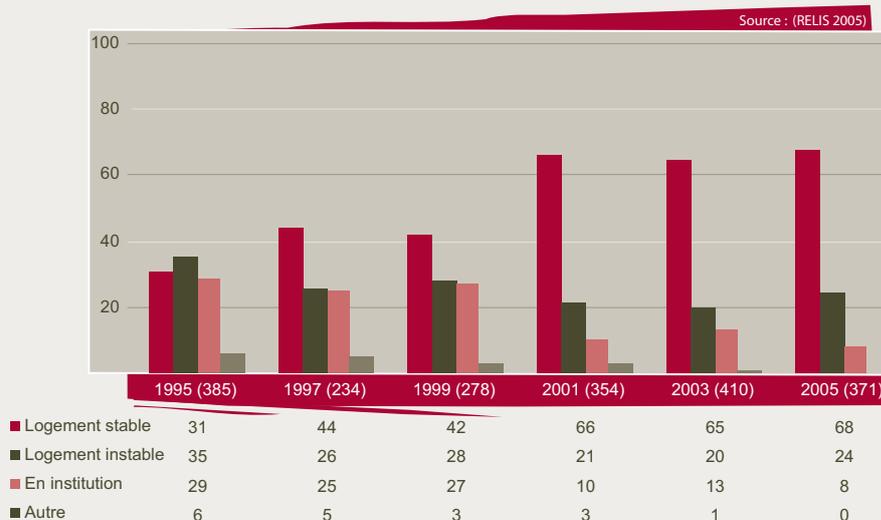
TENDANCES Baisse à long terme du niveau de qualification des parents au cours des dernières 10 années.

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. 1995-2005 (% valide)



COMMENTAIRES

68% des usagers déclarent disposer d'un logement stable au moment du recueil 2005, ce qui constitue une proportion double de celle observée en 1995.

TENDANCES

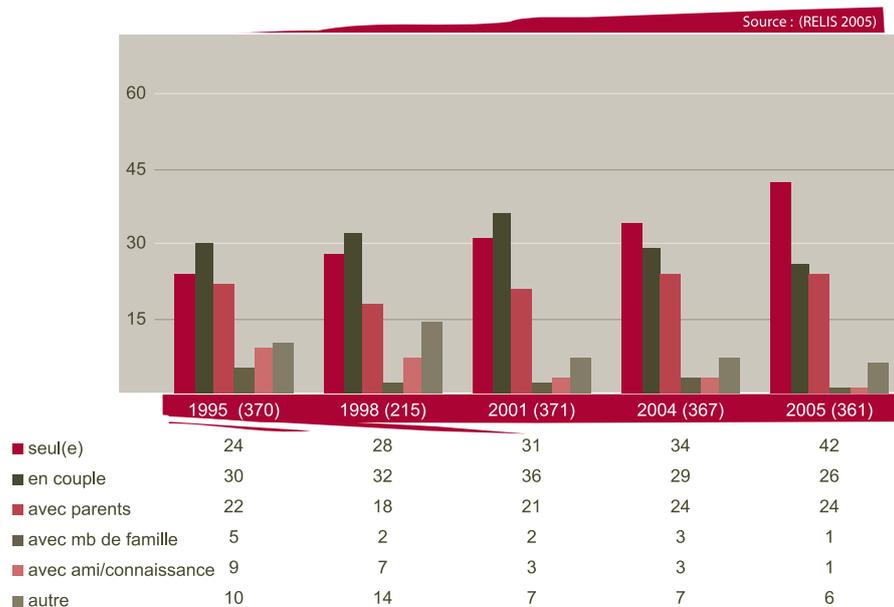
Amélioration continue de la situation résidentielle depuis 1995 au regard de la proportion de personnes qui disposent d'un logement stable.

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. 1995-2005 (% valide)



COMMENTAIRES 42 % des répondants vivent seuls, une proportion qui n'a cessé d'augmenter lors des dernières années.

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 (42%) ou avec leurs parents (24%) 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 56% du partenaire sexuel.

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

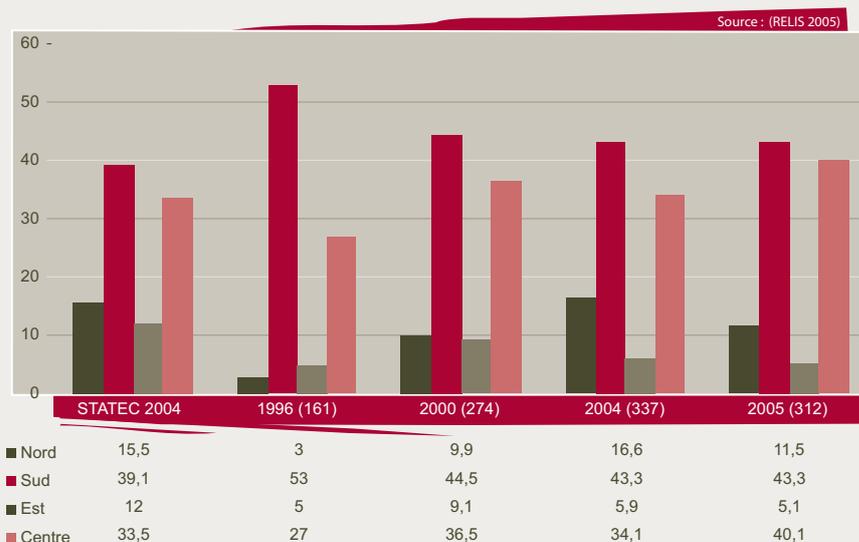
La rubrique " seul(e) " comprend les personnes qui disposent d'un logement et qui y vivent seules ainsi que les "Sans Domicile Fixe".

9.3 SITUATION GÉOGRAPHIQUE DU DERNIER LIEU DE RESIDENCE PRINCIPALE

	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%
RELIS 2004 (%)	43,3%	34,1%	16,6%	5,9%
RELIS 2005 (%)	43,3%	40,1%	11,5%	5,1%
% STATEC 2004 (%)	39,1%	33,5%	15,5%	12%
N. STATEC 2004	176.432	151.187	69.823	54.158

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

Fig 9.3 Situation géographique du dernier lieu de résidence principale 1996-2005. (% 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 était en baisse jusqu'en 2004 alors que celle du nord affichait une hausse. En 2005 cependant la région du centre semble avoir regagné en importance et celle du nord affiche une première baisse depuis 10 ans.

- Pour les circonscriptions du centre et de l'est, les effectifs observés (RELIS 2005) diffèrent sensiblement des effectifs recensés par le STATEC en 2004 (population totale).

DONNÉES COMPLÉMENTAIRES

Distribution selon le nombre d'habitants de la commune d'origine (n=238)

< 2.000 habitants :	10% (13%)
2.000 – 10.000 habitants :	31% (32%)
10.000 – 30.000 habitants :	19% (18%)
> 30.000 habitants :	34% (35%)
autre :	6% (2%)

TENDANCES

Regain en importance de la région du centre

10. SITUATION PROFESSIONNELLE

10.1 SITUATION DE CHOMAGE

Fig 10.1 Situation de chômage. 1996-2005 (% valide)

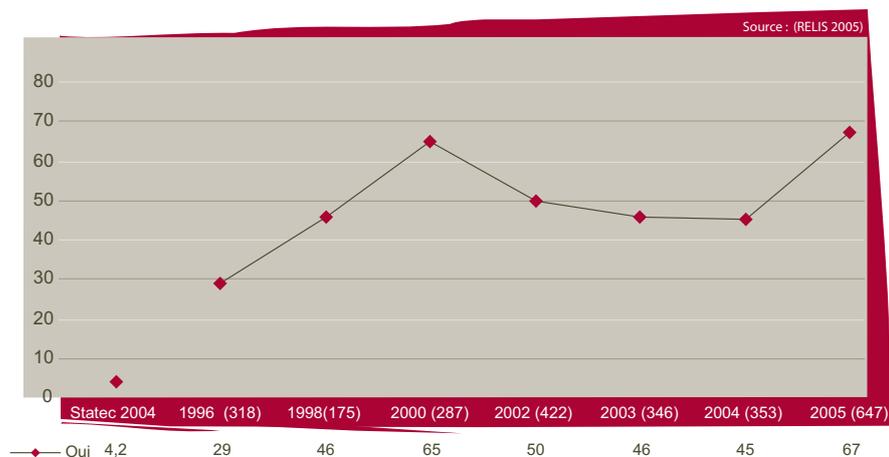
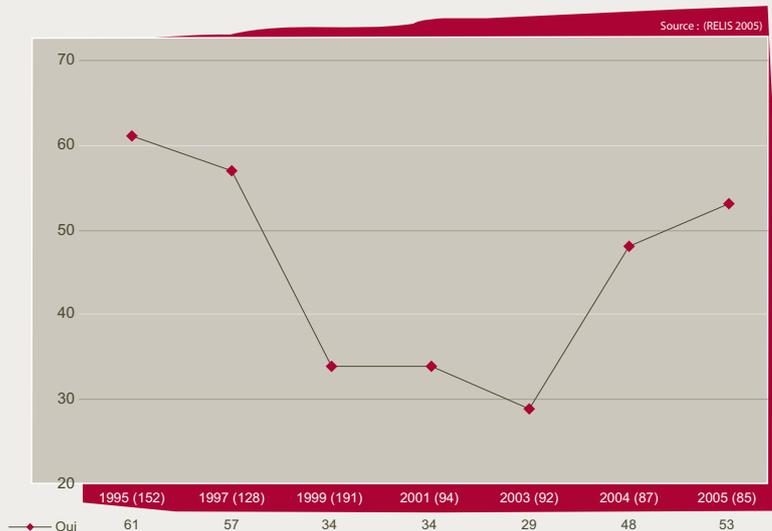


Fig 10.1bis Inscription auprès de l'administration de l'emploi. 1995-2005
(% valide)



COMMENTAIRES

Le pourcentage de **chômeurs** (67%) parmi les répondants affiche en 2005 un accroissement significatif comparé aux dernières 5 années.

DONNÉES

COMPLÉMENTAIRES

- 22% (17%) des personnes en situation de chômage affirmaient entreprendre des **démarches afin de trouver une occupation professionnelle**.

- 47% (52%) 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

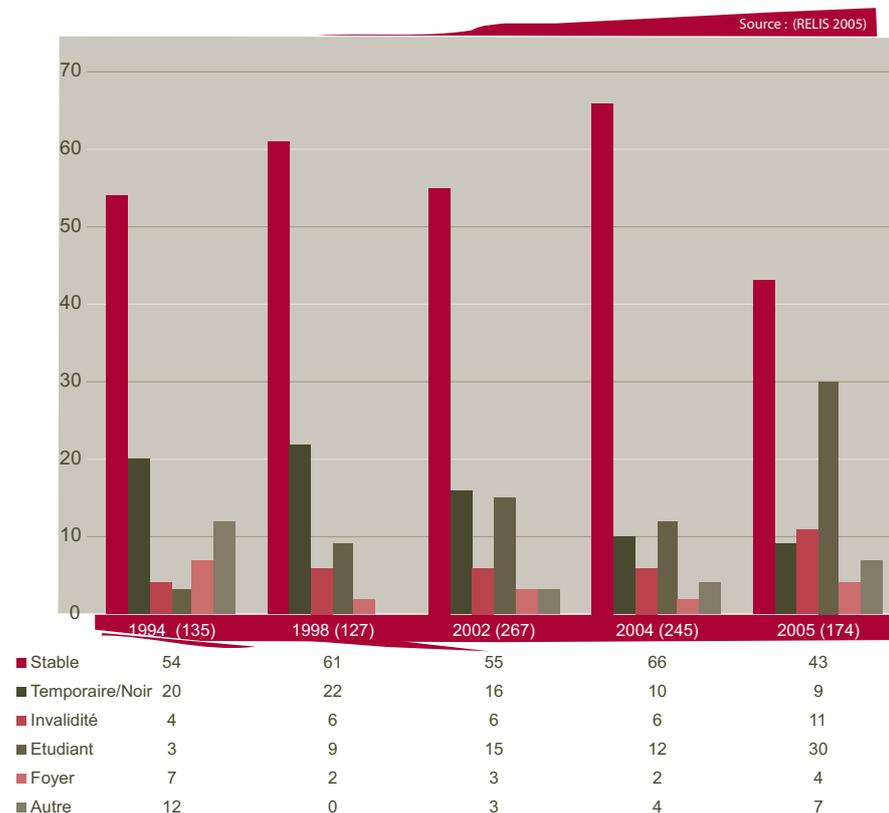
- Accroissement sensible des indicateurs de chômage affichant des valeurs beaucoup plus élevées qu'en population générale.

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. 1994-2005 (% valide)



COMMENTAIRES

Parmi les personnes issues de la population active qui disposent d'un emploi rémunéré, 43% présentent une **situation d'emploi stable**. 9% de ces mêmes personnes ne travaillent qu'occasionnellement, au noir ou bien sous contrat à durée déterminée (tendance décroissante). A souligner que **le pourcentage d'étudiants** au sein de la population de toxicomanes répertoriés a connu un doublement en 2005.

TENDANCES

Tous indicateurs confondus, **la situation d'emploi des répondants n'affiche pas d'évolution favorable** au vu des données des cinq années précédentes. Le taux de chômage connaît une hausse considérable alors que la proportion de personnes qui disposent d'un emploi stable est en baisse. Une attention particulière doit être payée à l'accroissement remarquable de la proportion d'étudiants parmi la population cible.

11. SITUATION FINANCIERE

11.1 SOURCES DE REVENU EN 2005 (% valide)

SOURCES DE REVENU	PRIMAIRE							SECONDAIRE OCCASIONNEL						
	95	97	99	01	03	04	05	95	97	99	01	03	04	05
R.M.G.	15	16	25	33	34	35	38	1	1	2	2	2	3	0
RÉSERVES	4	4	0	1	1	2	1	9	6	4	3	4	6	5
PARENTS	17	18	21	14	13	10	7	20	16	14	25	20	23	27
SALAIRE	31	30	26	27	28	30	23	6	0	4	2	2	2	1
AIDE SOCIALE	3	3	2	2	3	4	5	2	0	3	14	12	11	4
PENSION	2	0	2	2	1	2	1	0	0	0	1	1	1	1
ALLOC. HANDICAP	0	1	1	0	2	1	3	1	1	0,5	0	1	1	2
PARTENAIRE	3	2	2	2	3	2	3	4	8	6,5	9	8	6	8
DÉLITS (N)	21	11	8	6	3	3	3	51	63	54	37	36	33	24
PROSTITUTION	2	2	3	1	0	1	1	5	4	6	2	9	8	13
AUCUN	2	12	9	9	11	10	14	0	0	2	2	1	0	0
AUTRE	0	1	1	3	1	1	1	1	1	4	3	3	5	6
TOTAL	407	243	321	422	439	368	347	259	180	183	171	147	111	83

Fig 11.1 Distribution selon le revenu primaire. 1995-2005 (% valide)



COMMENTAIRES

- Les sources de revenu primaire, par ordre d'importance, sont le R.M.G. 38%(↑), le salaire propre 23%(↓) et les contributions financières des parents 7%(↓).
- Du côté des revenus secondaires, on retiendra que 24% des 83 cas connus ont recours à des actes délictueux, 13% à la prostitution et que 27%(↑) 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. 28% des personnes répertoriées sont elles-mêmes garantes de leur revenu légal (autonomie); 66% 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

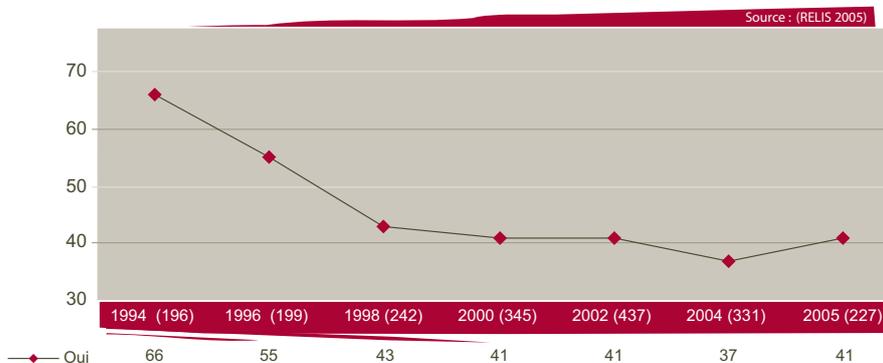
- Les données relatives aux sources de revenus confirment les observations au niveau des situations d'emploi et de chômage:

- 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 2004/2005.

11.2 SITUATION D'ENDETTEMENT

Fig 11.2 Situation d'endettement. 1994-2005 (% valide)



COMMENTAIRES

Une proportion importante mais stable (41%) de toxicomanes présentent une situation d'endettement. La précarité de la situation financière d'un grand nombre d'utilisateurs semble être contrebalancée par l'augmentation des contributions financières provenant du réseau social.

TENDANCES

STABLE

TERMINOLOGIE

Ont été retenues uniquement les personnes qui présentaient des dettes d'un montant supérieur à 2.500.- 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. 1995-2005 (% 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. 76% 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: 12 ans et 1 mois (n :516) (16 ans).
- Durée moyenne entre le début de dépendance physique et la première interpellation: 8 ans et 9 mois (n :504) (12 ans et 8 mois).
- Durée moyenne qui sépare le moment du recueil des données et le dernier contact avec les forces de l'ordre: 3 ans et 3 mois (3 ans et 2 mois).

TENDANCES

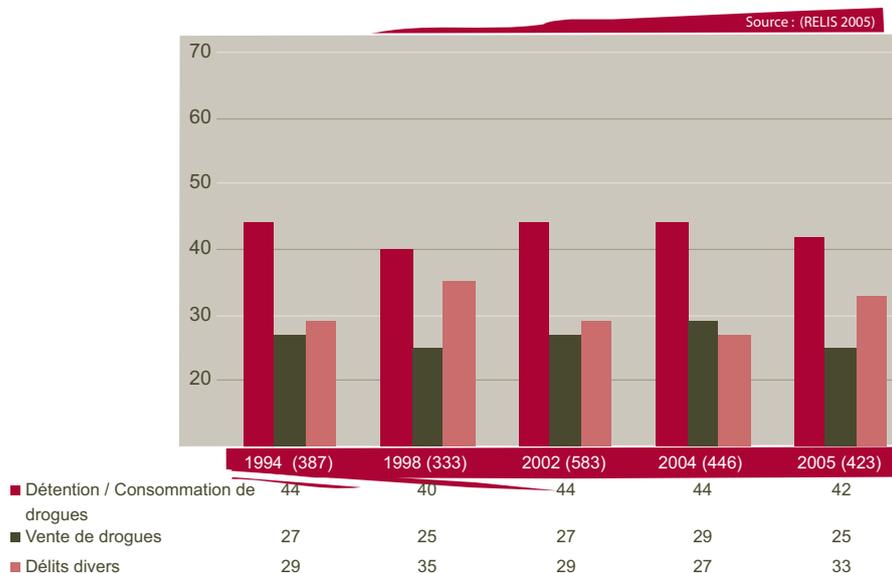
Entre 1995 et 2000, on a observé une augmentation sensible de la fréquence de contact avec les forces de l'ordre. Les années 2001 à 2005 semblent signer une certaine stabilisation à un niveau élevé à cet égard.

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. 1994-2005 (% valide)



COMMENTAIRES

Les délits commis par les sujets concernent avant tout **la détention et la consommation de produits toxiques illicites** (42%). La revente ne compte que pour un quart des infractions.

TENDANCES

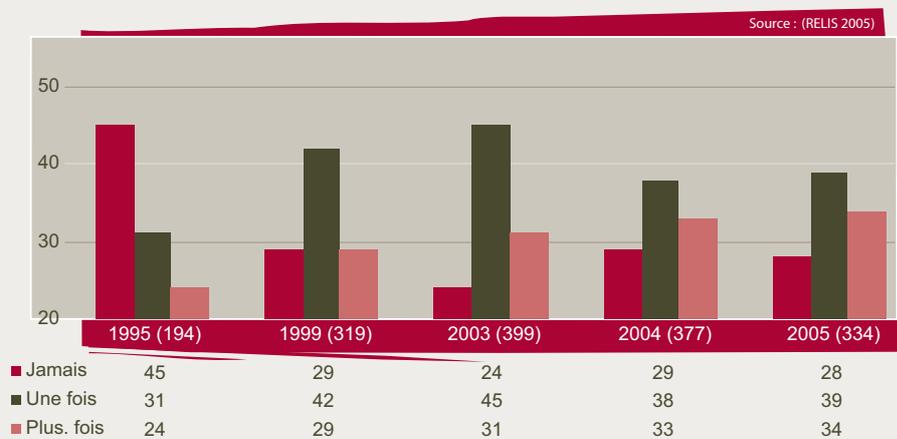
La proportion de **motifs d'interpellation pour infractions diverses** (ex. criminalité liée à l'approvisionnement de drogues) semble s'être stabilisée autour de 30% ce qui est en accord avec la diminution observée au niveau des sources illicites du revenu primaire des répondants.

TERMINOLOGIE

Les pourcentages cités reprennent le **nombre de délits** (2 réponses possibles) commis par les 423 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 979.

12.3 SEJOURS EN PRISON

Fig 12.3 Fréquence des séjours en prison. 1995-2005 (% valide)



COMMENTAIRES

73% (↑) des répondants ont déjà purgé des peines de prison. 39% des répondants ont à leur actif un seul séjour en prison et 34% ont purgé plusieurs peines.

DONNÉES

COMPLÉMENTAIRES

56% (↓) (64%)(n:95) 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.

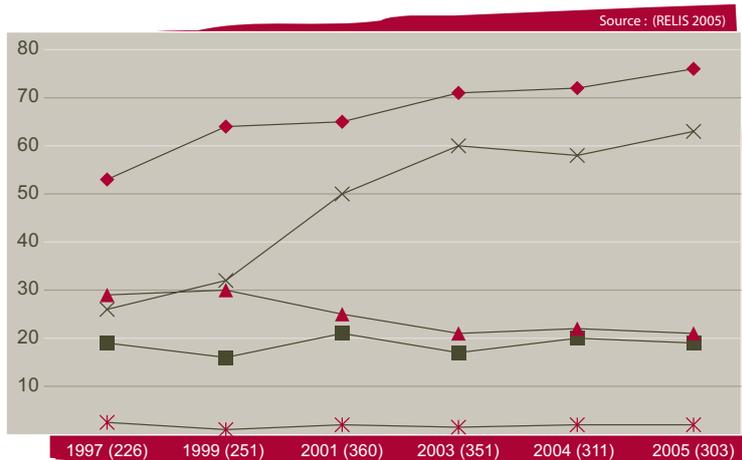
TERMINOLOGIE

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

13. DONNEES MEDICALES

13.1 ETAT DE SANTE ACTUEL

Fig 13.1 Etat de santé. 1997-2005 (% valide)



—◆— "Normal"	53	64	65	71	72	76
—■— Mauvais état général	19	16	21	17	20	19
—▲— Hépatite B	29	30	25	21	22	21
—×— Hépatite C	26	32	50	60	58	63
—*— SIDA déclaré	2,5	1,25	2,03	1,71	2,25	1,98

COMMENTAIRES

21% des répondants ont contracté l'**hépatite B** et 63% l'**hépatite C**. Les cas de **SIDA** (1,98%) regroupent les personnes qui ont effectivement développé la maladie. Au total, 58% (56%) 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

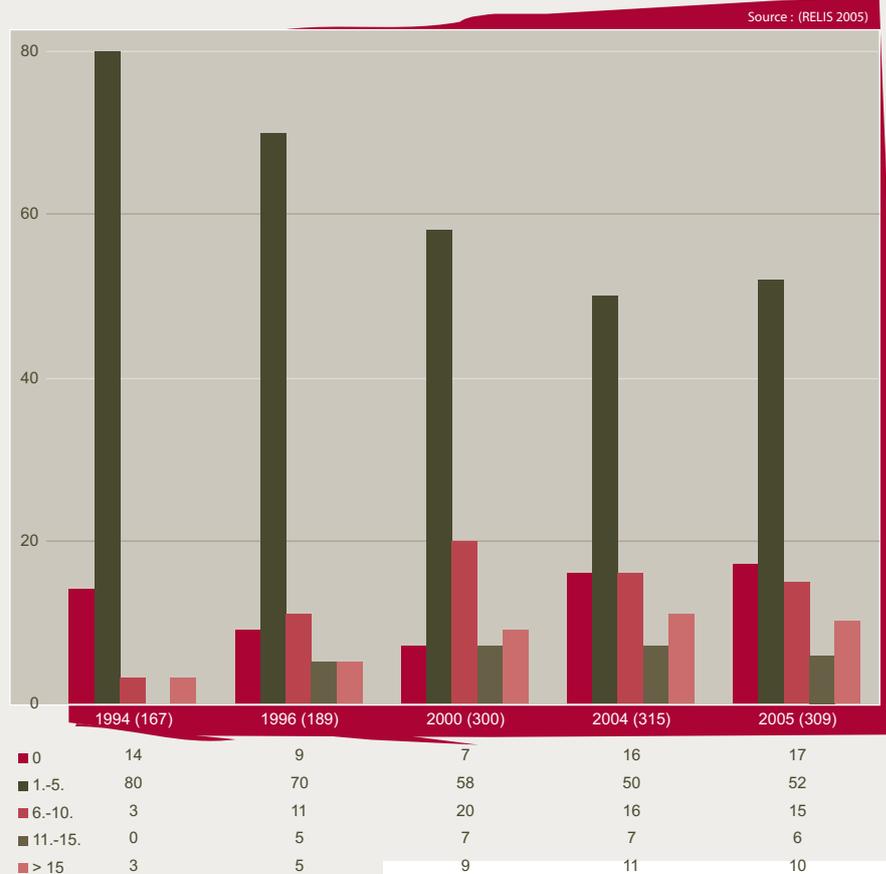
d'infection au VHB a diminué et la prévalence des cas de SIDA parmi les consommateurs i.v. est plus au moins stable. Cependant **l'infection au VHC (hépatite C) a finit par s'ajuster** sur la moyenne européenne réputée élevée.

TERMINOLOGIE

- Dans le cadre du protocole RELIS 2005, 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. 1994-2005 (% valide)



COMMENTAIRES

La grande majorité des toxicomanes recensés par RELIS ont à leur actif au moins une tentative de sevrage physique. La moitié (52%) des sujets ont déjà subi 1 à 5 sevrages et 15% 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

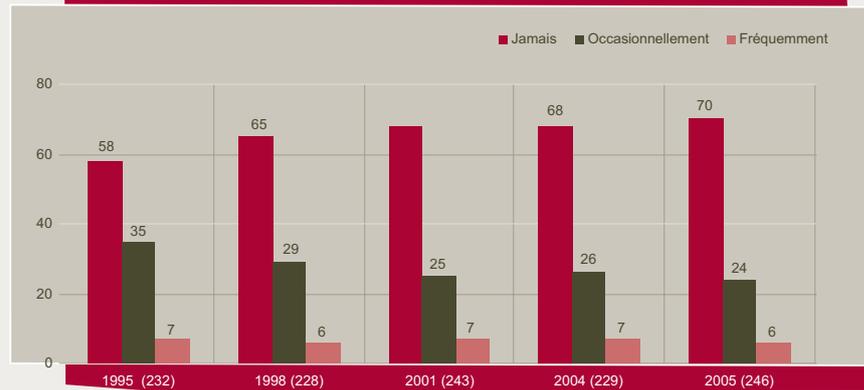
Les données se rapportent aux cures de désintoxication institutionnelles ou aux tentatives de sevrage en privé lors desquelles le sujet a arrêté la consommation de sa drogue préférentielle pendant au moins une semaine.

13.3 HYGIENE ET PRECAUTIONS

Fig 13.3 Utilisation de préservatifs. 1995-2005 (% valide)



Fig 13.3bis Echange de seringues usées au cours du mois écoulé.
1995-2005 (% valide)



COMMENTAIRES

- Plus de deux consommateurs i.v. sur trois (70%) déclarent ne pas échanger de matériel d'injection usé.

TENDANCES

- Le taux d'utilisation de préservatifs affiche une certaine stabilité.
- Amélioration lente mais continue en matière d'échange de seringues.

TERMINOLOGIE

- Utilisation de préservatifs : une réponse affirmative chez les femmes signifie que ces dernières demandent en général à leur(s) (nouveaux) partenaire(s) d'utiliser un préservatif lors des rapports sexuels.
- Echange de seringues usées : 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. 1995-2005 (% valide)

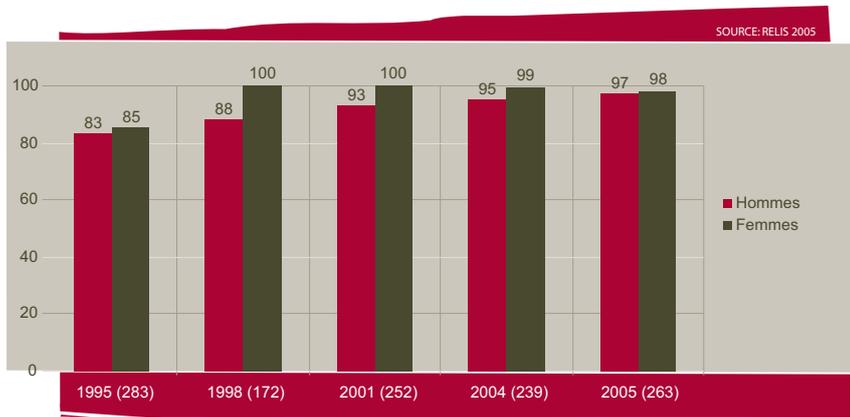


Fig 13.4bis Test HIV au cours des cinq derniers mois. 1997-2005 (% valide)

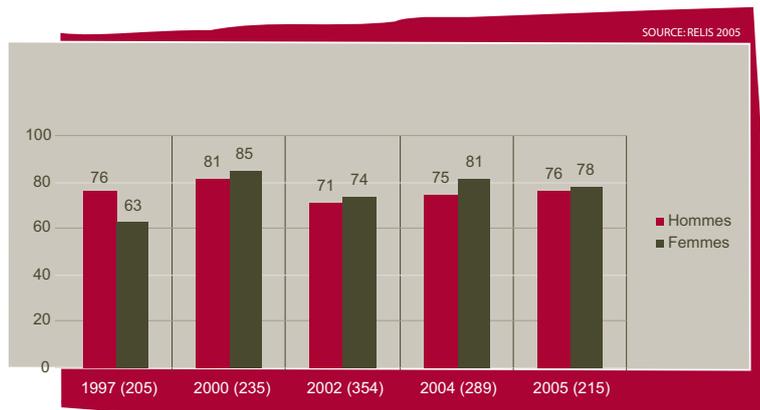


Fig 13.4ter Résultats du test HIV. 1995-2005 (% valide)

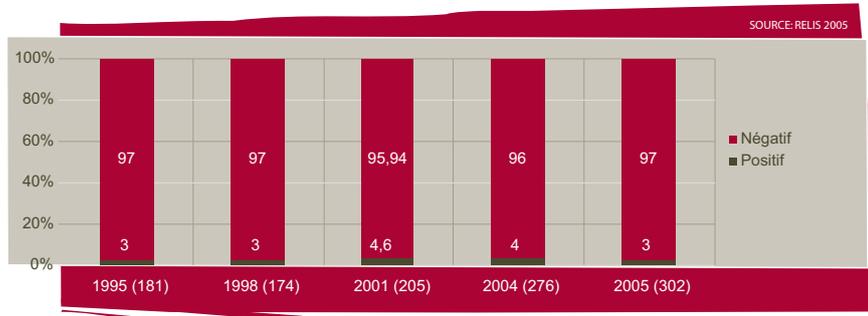


Fig 13.4 quater Maladie du SIDA déclarée. 1995-2005 (% valide)

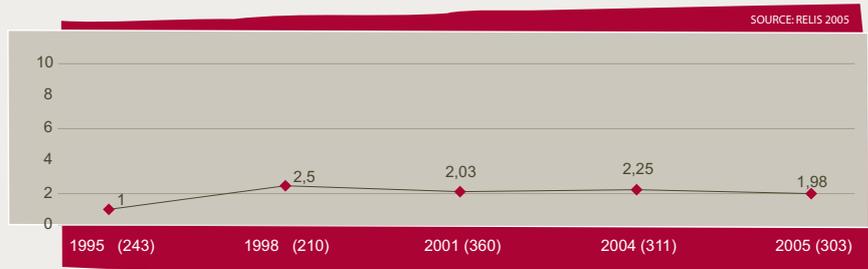
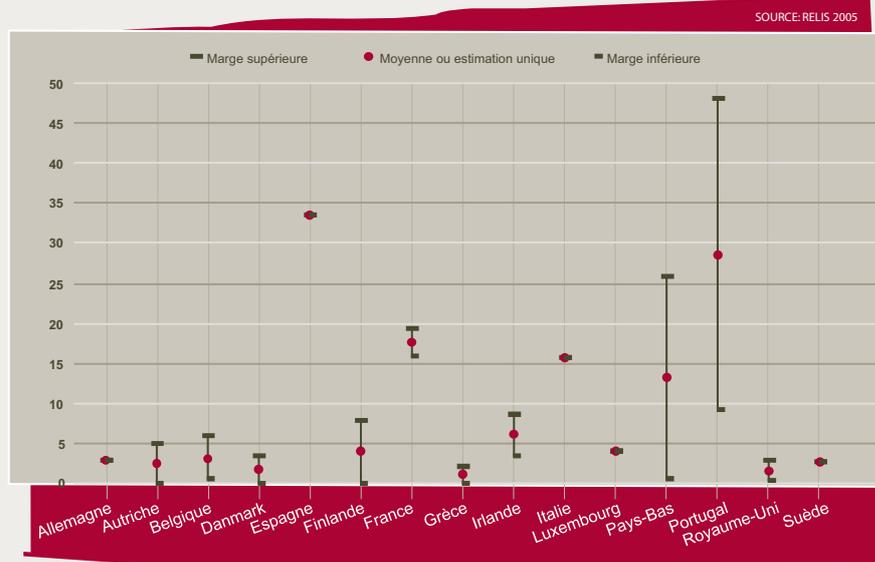


Fig 13.4 quinquies Prévalence d'infections au HIV parmi les usagers intraveineux dans l'UE, 1996 - 2001 (% valide)



Remarque : Les variations entre les pays doivent être interprétées avec prudence car différentes méthodes ont été utilisées et, dans certains cas, il s'agit de données locales.

COMMENTAIRES

- Une majorité (total: 98% (n :263) des usagers recensés ont déjà effectué au moins un test de dépistage HIV au cours de leur existence (Femmes: 98% / Hommes: 97%). 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 (78%, ↓) est légèrement plus élevée que celle des hommes (76%, ↑); une tendance que l'on observe aussi au niveau des tests HIV au cours de la vie.

SÉROLOGIE VIH:

- 3%(↓) 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 4%(↓).

- A rappeler que 1,98 % 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 se situe dans le segment du milieu en référence aux taux récemment 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: 32 ans et 4 mois (n : 421).

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 2005, le **taux d'infection HIV** affiche une baisse par rapport aux années antérieures. Une tendance qu'il s'agira de suivre de près au cours des prochaines années.

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 2000-2005

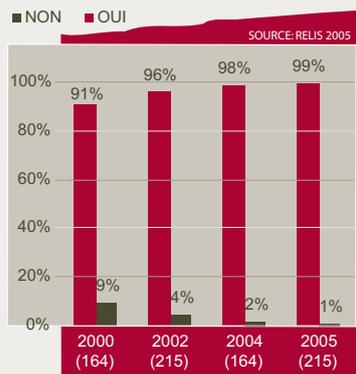


Fig 13.5 bis Test HCV au cours des 5 derniers mois 2000-2005

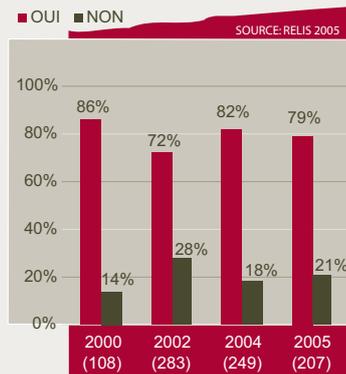
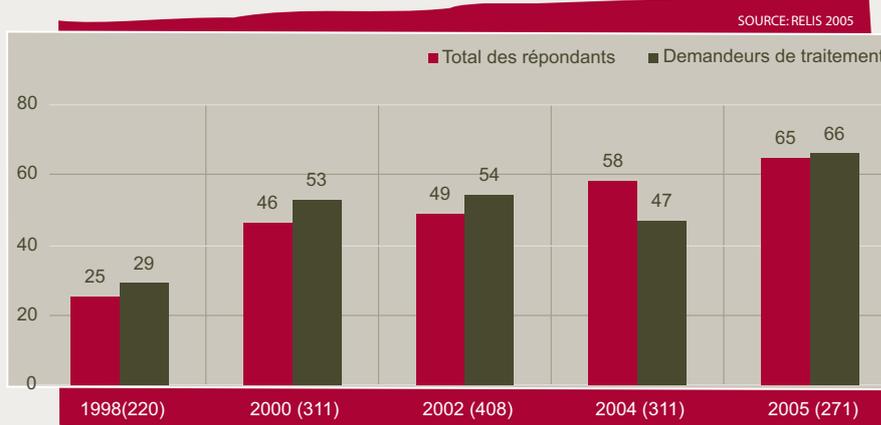


Fig 13.5 ter Statut sérologique HCV positif 1998-2005 (% valide)



COMMENTAIRES

Tendance stable 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 et au cours des cinq derniers mois.

TENDANCES

Accroissement continu du **taux d'infection au HCV** au sein de la population d'UPDs.

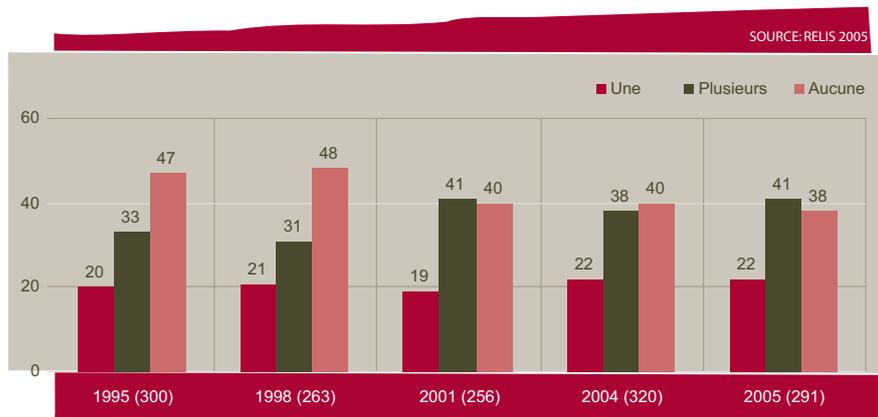
14. SANTE MENTALE

14.1 COMPORTEMENTS A RISQUE

Fig 14.1 Tentatives de suicide. 1995-2005 (% valide)



Fig 14.1bis Surdosages non fatals. 1995-2005 (% valide)



COMMENTAIRES

- Tentative(s) de suicide (une et plusieurs): 54% ↗
- Victimes de surdose(s) non fatales: 63% ↗
- Agression(s) envers autrui: 68% ↗ (63%)

DONNÉES

COMPLÉMENTAIRES

24 % (stable) des personnes concernées font état des trois comportements cités (35% : 2 et 41% : 1).

TENDANCES

Léger accroissement du nombre de personnes rapportant au moins une surdose au cours de leur vie.

14.2 ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES

Fig 14.2 Antécédents psychiatriques. 1996-2005 (% valide)

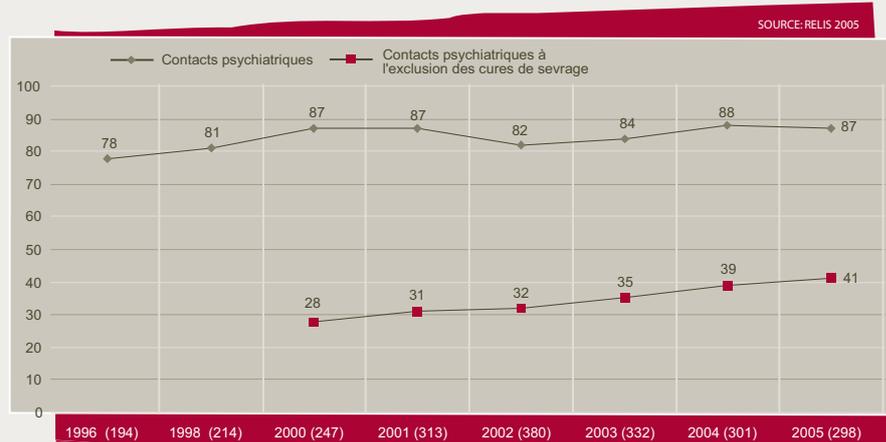
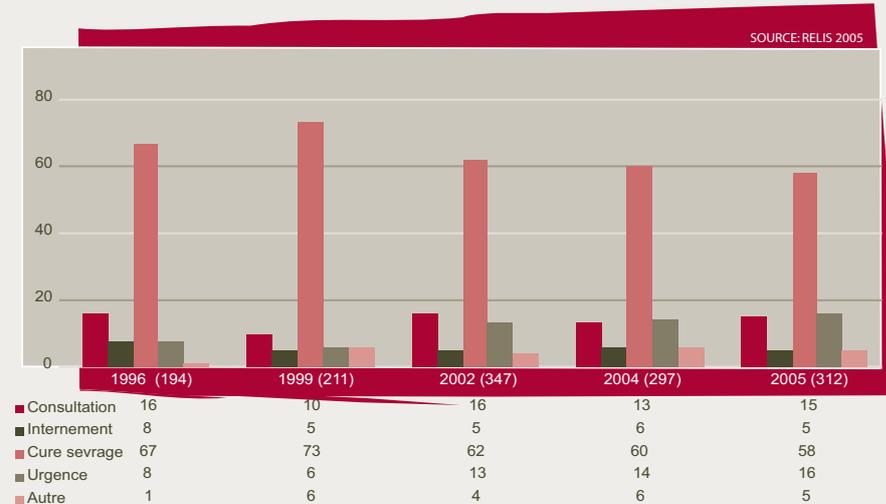


Fig 14.2bis Motifs des contacts psychiatriques. 1996-2005 (% valide)



COMMENTAIRES

- Pour les personnes qui témoignent d'un passé psychiatrique, il s'agit dans 58% des cas de cures de sevrage en unité psychiatrique et, dans 41% des cas, de problèmes psychopathologiques divers. Exprimé en d'autres termes, 41% (39%) de l'ensemble des répondants RELIS ont déjà eu recours à des services psychiatriques pour des motifs autres que le sevrage physique.

TENDANCES

Augmentation modérée mais continue du taux de contacts psychiatriques pour d'autres motifs que le sevrage physique.

MÉTHODOLOGIE

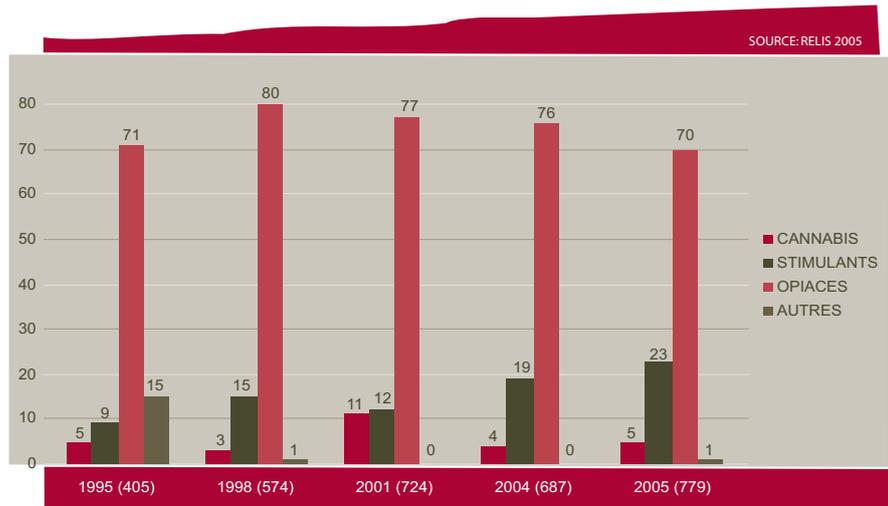
Les cures de sevrage sont retenues étant donné qu'elles s'effectuent en milieu hospitalier psychiatrique.

15. CONSOMMATION DE PRODUITS TOXIQUES

15.1 PRODUITS PRÉFÉRENTIELS

PRODUIT PRÉFÉRENTIEL (% VALIDE)	PRÉFÉRENCE 1					PRÉFÉRENCE 2					PRÉFÉRENCE 3					
	95	98	01	04	05	95	98	01	04	05	95	98	01	04	05	
ALCOOL	2		1			4	2	4	4	4	9		8	10	9	
CANNABIS ET DÉRIVÉS	5	3	11	5	5	20	29	28	21	22	22	41	34	38	41	
INHALANTS, SUBSTANCES VOLATILES															1	
HALLUCINOGENES (LSD,PCP,ETC.)						3	4	1		1	3	5	4	3	3	
HYPNOTIQUES ET SÉDATIFS		1			1	11	4	8	6	5	26	12	14	20	20	
STIMULANTS SNC							1	1								
MDMA (XTC)	1	6	3	2	2	4	7	4	4	5	5	10	7	6	4	
AMPHÉTAMINES		2		1	1	4	3	3	2	2	4	6	3	1	2	
CRACK (EX. COCAÏNE FREEBASE)						1			1		1	1				
COCAÏNE (AUTRES VOIES D'ADMINIS.)	3	4	7	9	12	8	18	14	20	16	6	7	7	6	5	
COCAÏNE (I.V.)	5	3	2	7	8	17	15	12	22	22	6	7	5	5	5	
OPIACÉS/OPIOIDES (NON SPÉCIFIÉS)	2	2	1	2	1											
PRODUITS DE SUBSTITUTION (CONSUM. ILLÉGALE)								2	2	1		1	1	3	2	
PRODUITS DE SUBSTITUTION (SOUS PRESCRIP.)		1	1	6	3	2	1	5	6	6	5	7	4	6	5	5
HÉROÏNE ET AUTRES OPIACÉS	17	36	22	23	23	17	4	9	4	5	3	3	3	3	2	
HÉROÏNE ET AUTRES OPIACÉS (I.V.)	64	41	47	48	44	10	7	8	7	11	8	3	6	1	2	
AUTRES PRODUITS PSYCHOACTIFS							1							1	1	
N	405	574	724	687	779	362	397	561	526	571	235	255	375	350	378	

Fig 15.1 Produits préférés (groupes) (1995-2005) (% valide)



COMMENTAIRES

- **Substance et mode d'administration préférentiels:** héroïne par voie intraveineuse (44%). Substance préférentielle indépendamment du mode d'administration : opiacés / opioïdes d'acquisition illicite : 70% (↘).

- **Substances secondaires** dans l'ordre de préférence: cocaïne 38%, cannabis 22%, héroïne 16%, amphétamines /MDMA 7% (total 83%).

DONNÉES

COMPLÉMENTAIRES

- **Age moyen** des répondants au moment de la première consommation de la drogue préférentielle actuelle: 15 ans et 1 mois (15 ans et 2 mois).

- Taux de **polytoxicomanie: 92% (93%)**.

TENDANCES

- Bien que les **opiacés** continuent à constituer le produit préférentiel (70%) des usagers problématiques répertoriés par le réseau institutionnel, ils affichent une **tendance à la baisse** depuis plusieurs années. La consommation d'opiacés par inhalation: 23% (23%), affiche une certaine stabilité. L'héroïne en mode i.v. (44%) affiche une baisse en 2005.

- Stabilisation à niveau bas de la prévalence de substances de **type ecstasy** (MDMA, etc.) en première (2%) et deuxième préférences (5%) et des stimulants de type amphétamine (**STA**) en premier niveau de préférence.

- La proportion de personnes en contact avec le réseau institutionnel spécialisé pour usage (préférentiel) de **cannabis** témoignait d'une tendance générale à la hausse jusqu'en 2003 (11%) et a fortement diminué depuis pour se stabiliser autour de 5%).

- **Prévalence accrue de la consommation problématique de cocaïne.**

- 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	2005
ALCOOL	8	12	15	19	19	22	21	18
CANNABIS ET DÉRIVÉS	83	80	70	68	68	66	69	74
INHALANTS, SUBST. VOLATILES		2	1	1	1	1	1	1
HALLUCINOGENES (LSD, PCP, ETC.)	2	1	1	1	0	0	0	0
HYPNOTIQUES ET SÉDATIFS	1	1	1		1	0	0	1
STIMULANTS SNC						0	0	0
MDMA (XTC)						0	1	0
Amphétamines		1		1		1	1	1
Crack (ex. cocaïne freebase)						0	0	0
Cocaïne	1	1			1	1	1	1
Cocaïne (i.v.)					1	1	1	0
OPIOIDES/OPIACÉS								
Produits de substitution (cons. illégale)								
Produits de substitution (sous prescrip.)								
Héroïne et autres opiacés	4	1	5	4	4	4	2	2
Héroïne et autres opiacés (i.v.)	1	1	6	4	3	3	3	2
AUTRES PRODUITS PSYCHOACTIFS			1	1				
N	295	287	284	341	418	338	312	323

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



COMMENTAIRES

- **Le premier contact prolongé** avec des produits d'acquisition illicite concerne dans 74% des cas connus le cannabis et ses produits dérivés suivis d'une substance licite à savoir l'alcool (18%) dont la prévalence en tant que drogue de premier contact semble avoir atteint une certaine stabilité.

- **En termes chronologiques**, 36% des répondants ont fait l'expérience de la consommation d'héroïne (21% i.v. / 15% 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 marqué pour 28% des répondants par la consommation de cocaïne (16% i.v. / 12% non-i.v.) et 41% par la consommation d'héroïne (31% i.v. / 10% non-i.v.).

- A remarquer que la cocaïne est très rarement citée (1%) 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: 15 ans et 2 mois (♣) (n=370) (12 ans 8 mois) (2005 – hommes : 15 ans et 8 mois / femmes: 14 ans). (en 2004 13 ans 11 mois pour femmes).
- Age moyen de la première consommation régulière de cigarettes: 13 ans et 9 mois (n: 278) (14 ans et 4 mois). Les hommes commencent en moyenne plus tard à fumer (14 ans et 1 mois) que les femmes (12 ans et 10 mois).

TENDANCES

Au cours des dernières années, on rapportait un contact de plus en plus précoce avec des drogues d'acquisition illicite et une diminution de l'âge de début de consommation de cigarettes. Ces deux tendances, avant tout prégnantes chez les femmes, sont rapportées par un grand nombre d'autres pays au sein de l'UE.

Pour ce qui est de l'âge d'initiation aux cigarettes, la tendance subsiste alors que pour les drogues illicites on observe à nouveau un accroissement de l'âge de première consommation. Il s'agit cependant de nuancer ce résultat en fonction des différents types de drogues consommées et suivre l'évolution future pour pouvoir conclure s'il s'agit d'une tendance ou non.

TERMINOLOGIE

Drogue de premier contact (usage régulier et soutenu): ce terme est préféré à l'appellation plus commune de "drogue d'initiation" dans la mesure où cette dernière suppose d'emblée que la première consommation coïncide avec le début du processus menant le consommateur vers l'usage d'autres drogues ou vers un usage problématique, voire, une dépendance. Appliqués à la population générale, les résultats issus de la grande majorité des études scientifiques menées jusqu'à ce jour ne permettent nullement de confirmer cette hypothèse.

15.3 AGES LORS DES DIFFERENTES ETAPES DE CONSOMMATION (% valide)

AGE 2005 (2004)	10-13	14-15	16-17	18-19	20-21	22-25	26-33	+33
ALCOOL	38(32)	36(37)	15(20)	9(6)	0(2)	1(3)	1(0)	
CANNABIS ET DÉRIVÉS	29(25)	33(35)	23(26)	11(10)	2(2)	1(0)	1(2)	
INHALANTS, SUBST. VOLATILES	67(66)	17(17)	16(17)	0(0)				
HALLUCINOGENES (LSD, PCP, ETC.)	7(8)	37(41)	41(28)	11(15)	0(2)	4(6)	0(0)	
HYPNOTIQUES ET SEDATIFS	7(5)	5(15)	26(25)	24(15)	14(20)	7(7)	14(11)	3(2)
STIMULANTS SNC		14(0)	14(33)	28(0)	28(33)	14(0)		0(33)
MDMA (XTC)	8(2)	43(37)	23(16)	11(18)	11(11)	4(16)	0(0)	
Amphétamines	14(7)	11(7)	36(45)	32(21)	21(10)	0(3)	0(7)	
Crack (ex. cocaïne freebase)		20(33)	20(0)	20(0)	40(33)	0(33)	0(0)	
Cocaïne	1(2)	8(7)	20(19)	26(22)	14(22)	15(12)	12(13)	3(3)
Cocaïne (i.v.)	0(1)	11(11)	13(18)	26(22)	15(18)	14(14)	12(14)	1(2)
OPIOIDES		17(25)	17(50)	33(25)	33(0)			
PRODUITS DE SUBSTITUTION (CONS. ILLÉGALE)			0(0)	0(25)	0(0)	50(25)	25(25)	25(25)
PRODUITS DE SUBSTITUTION (SOUS PRESCRIP.)	0(0)			0(0)	36(26)	21(21)	36(42)	7(11)
HÉROÏNE ET AUTRES OPIACÉS	6(6)	10(7)	25(22)	20(22)	18(16)	5(11)	13(12)	3(4)
HÉROÏNE ET AUTRES OPIACÉS (i.v.)	4(5)	14(15)	22(22)	26(22)	10(15)	17(15)	6(7)	1(0)
AUTRES PRODUITS PSYCHOACTIFS	8(18)	0(0)	8(18)	33(18)	25(27)	8(9)	8(0)	8(9)

N = 1059
Source: RELIS 2005

Fig. 15.3.1 Ages: première consommation de cannabis. 1995-2005 (% valide)

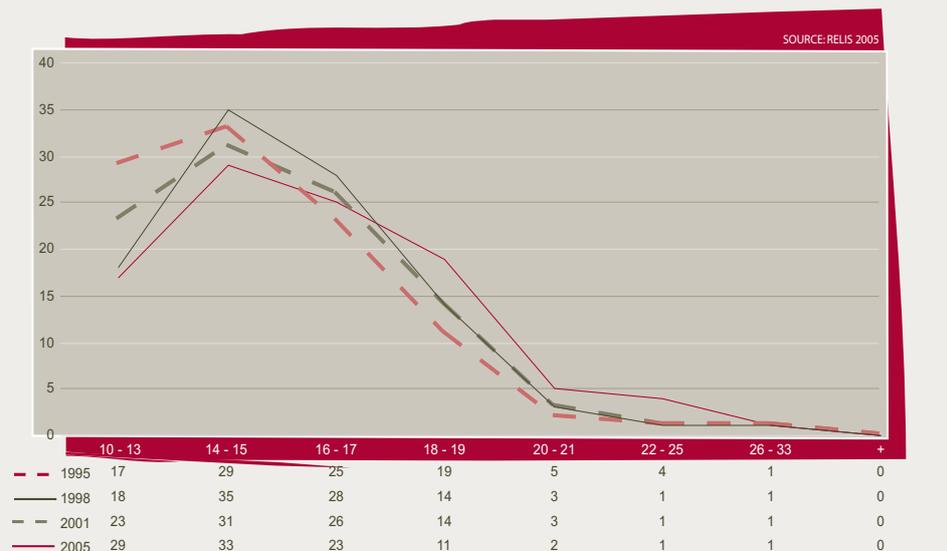


Fig. 15.3.2 Ages: première consommation de cocaïne non-i.v. 1995-2005 (% valide)

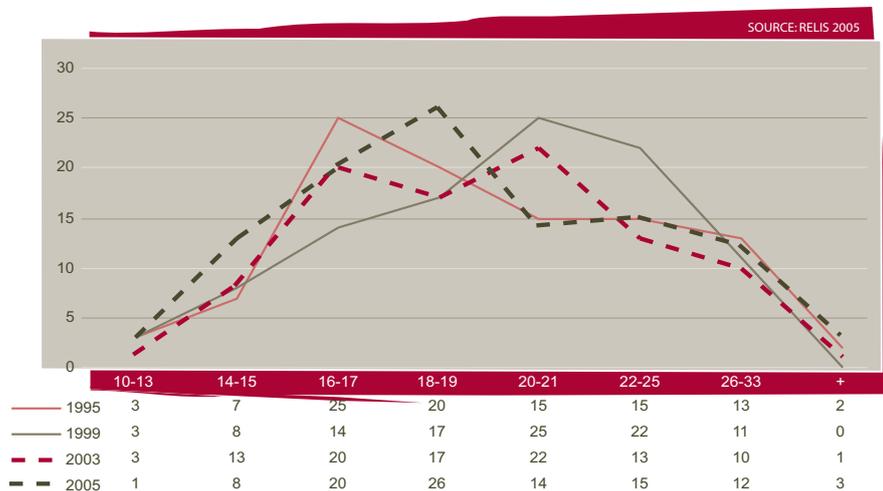


Fig. 15.3.3 Ages: première consommation de cocaïne i.v. 1995-2005 (% valide)

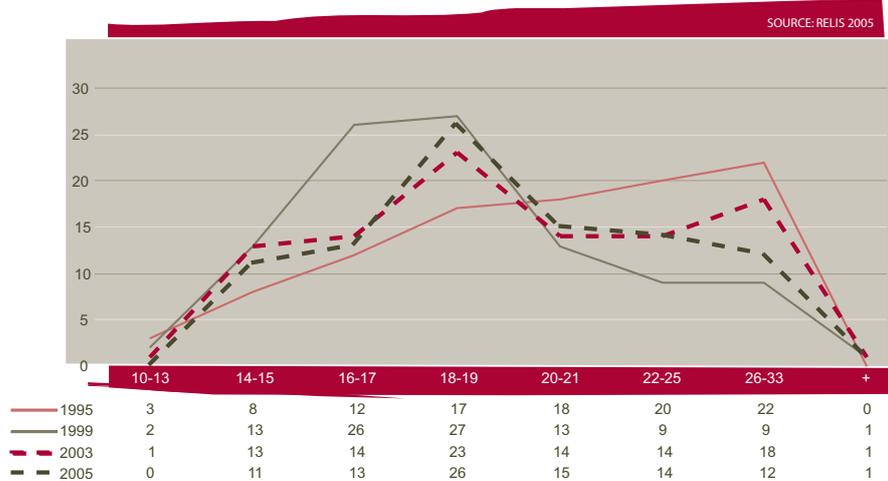


Fig. 15.3.4. Ages: première consommation d'héroïne non i.v. 1995-2005
(% valide)

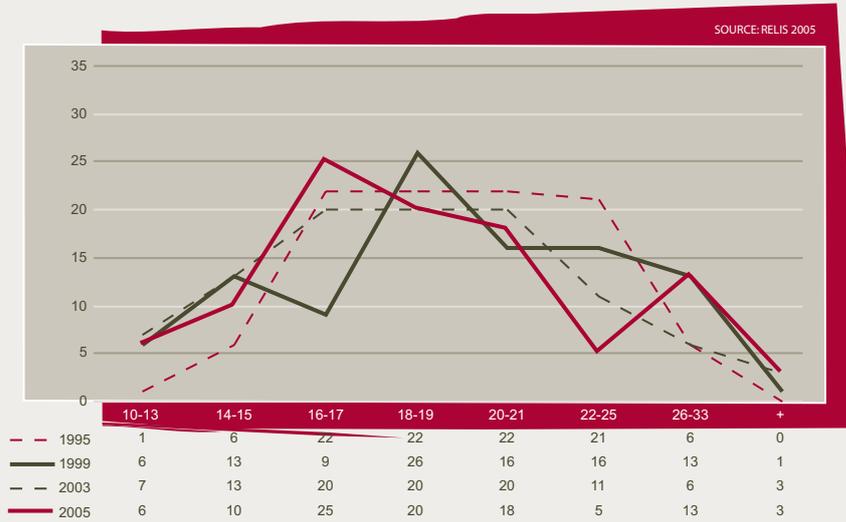


Fig. 15.3.5. Ages: première consommation d'héroïne i.v. 1995-2005
(% valide)



TENDANCES

DROGUES LRC D'ACQUISITION ILLICITE (CANNABIS)

- 29% (↑ depuis 1995) des répondants n'avaient pas encore atteint l'âge de 14 ans au moment de la première consommation de drogues LRC tel que le cannabis. Outre une amplitude plus prononcée pour le groupe d'âge 10-13, la courbe de consommation indique, comme les années précédentes, un pic entre 14 et 15 ans et descend progressivement jusqu'à l'âge de 21 ans pour atteindre son minimum vers l'âge de 33 ans.
- La courbe de 1995 à 2005 présente des décours forts semblables mais se distingue 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 (26% ↑).
- ▶ 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. 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 24% ↓ (30%) 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 étendu situé dans la classe d'âge de 16 à 19 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. 29% consomment de la cocaïne non-i.v. pour la première fois avant d'avoir atteint 18 ans (35% 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. 2005 : **40% (1995: 23%) des répondants n'avaient pas encore atteint l'âge de 18 ans lors de la première injection d'héroïne.**
- ▶ la courbe typique à double pic entre 18 et 19 ans et entre 22 et 25 ans s'observe aussi en 2005 avec cependant un premier pic 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'usagers actuels qui débudent leur consommation d'héroïne à un âge plus avancé.

Héroïne / autres voies d'administration:

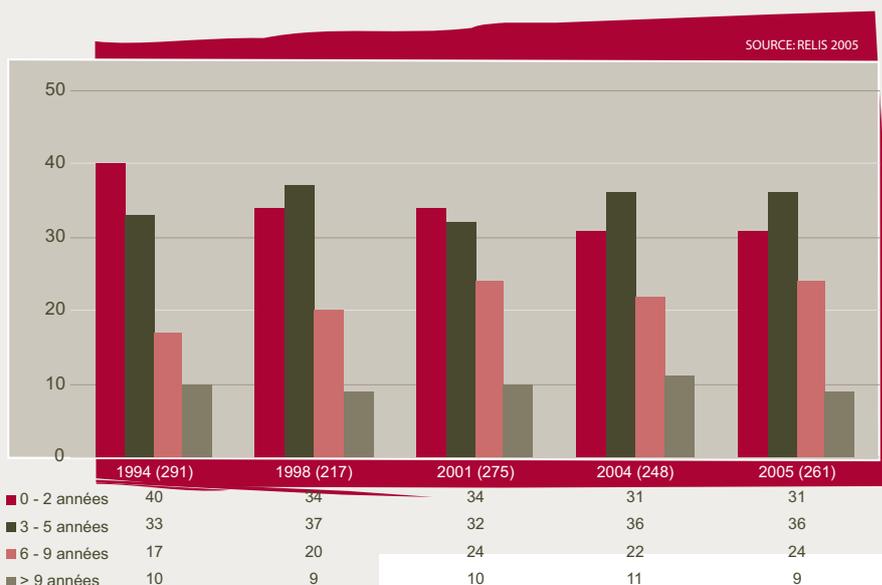
- ▶ de 2003 à 2005 le pic des premières consommations s'est stabilisé entre 16 et 17 ans. Comparées aux années 1995, les premières consommations d'héroïne par inhalation ont tendance à avoir lieu de façon plus précoce.

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.). 1994-2005 (% 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.: 4 ans et 8 mois ↓ (n=263) (7 ans et 7 mois). Pour 31% des répondants, cette durée ne dépasse cependant pas les 2 années.

- **Age moyen lors de la première prise i.v.** toutes substances injectables confondues: 20 ans et 3 mois pour les hommes et 18 ans et 6 mois pour les femmes ↓ (moyenne globale : 19 ans et 9 mois) (n=270). (en 2003 : 19 ans et 6 mois)

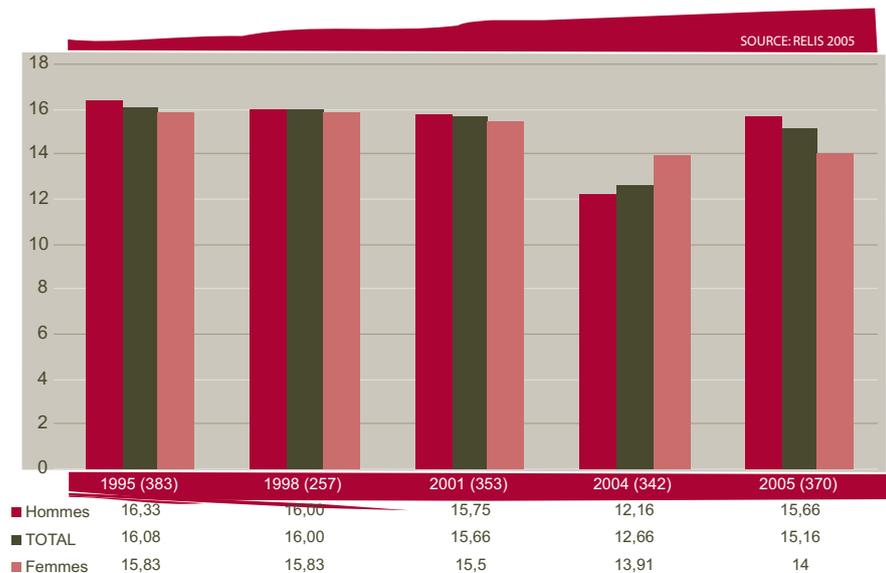
TENDANCES

La durée qui sépare la première consommation de drogues illicites et la première prise i.v. affiche une baisse remarquable en 2005 par rapport aux années précédentes.

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

AGE/PREMIER CONTACT (2005)	<12	12-13	14-15	16-17	18-19	20-21	22-23	24-25	>25
% (N= 370)	8	24	30	19	10	2	2	1	3

Fig. 15.5 Moyennes d'âge lors du premier contact avec des drogues d'acquisition illicite (années). 1995-2005



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:** 15 ans et 2 mois (n=370) (12ans 8mois). Cette même valeur atteint 15 ans et 8 mois pour les hommes (n=266) et 14 ans pour les femmes (n=104).

TENDANCES

Depuis 1995 on observe une tendance à la baisse constatée au niveau de la moyenne d'âge. On constate une **diminution 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.** Les données 2005 vont cependant dans le sens d'une nouvelle augmentation de l'âge moyen.

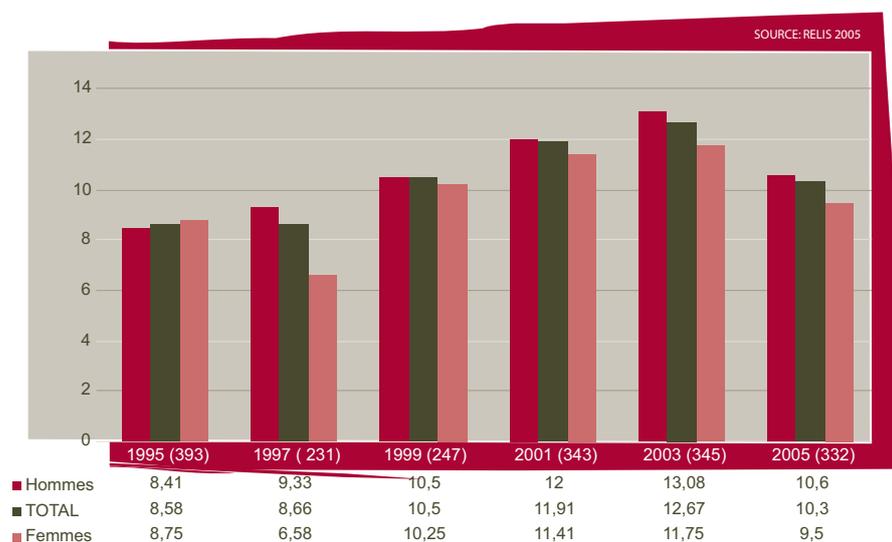
TERMINOLOGIE

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

15.6 DUREE DE LA TOXICO-DEPENDANCE

DUREE DEPENDANCE (2005) (ANNÉES)	0-1	2-3	4-5	6-7	8-9	10-11	12-13	14-15	16-17	≥ 18
% (n=332)	2	5	9	9	9	9	11	10	8	29

Fig. 15.6 Durée moyenne de l'état de dépendance physique (années, mois). 1995-2005



DONNÉES

COMPLÉMENTAIRES

- **Moyenne d'âge au début de l'état de dépendance:** 19 ans et 6 mois (↑) (n:332) (16 ans 6 mois) (hommes : 20 ans et 2 mois / femmes : 17 ans et 8 mois).
- Durée moyenne qui sépare la première consommation de drogues illicites et le moment de la dépendance: 3 ans et 11 mois (n:324) (↓) (4 ans et 0 mois).

TENDANCES

Première diminution de la durée de dépendance après 10 ans.

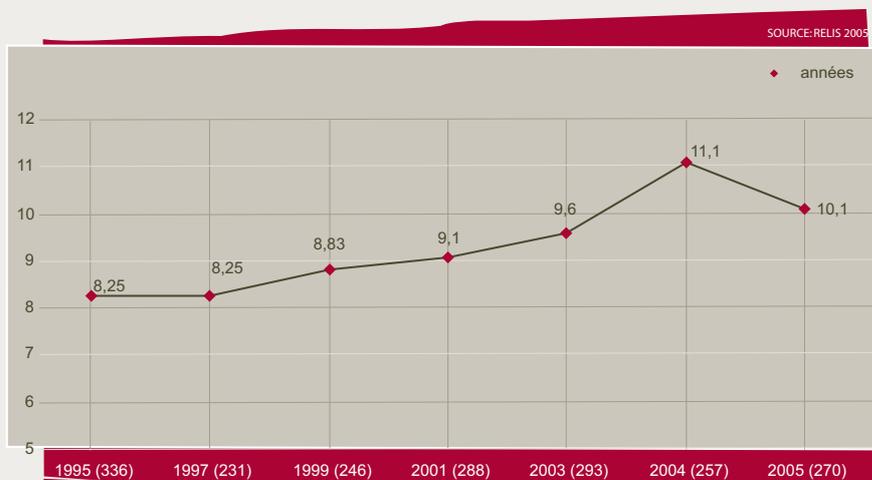
TERMINOLOGIE

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.(2005) (ANNEES)	0-1	2-3	4-5	6-7	8-9	10-11	12-13	14-15	16-17	≥ 18
% (n=270)	4	6	7	8	11	10	11	9	8	27

Fig. 15.7 Durée moyenne de la prise en mode i.v.. 1995-2005



DONNÉES

COMPLÉMENTAIRES

Durée moyenne de la prise i.v.: 10 années et 1 mois (11 ans et 1 mois).

TENDANCES

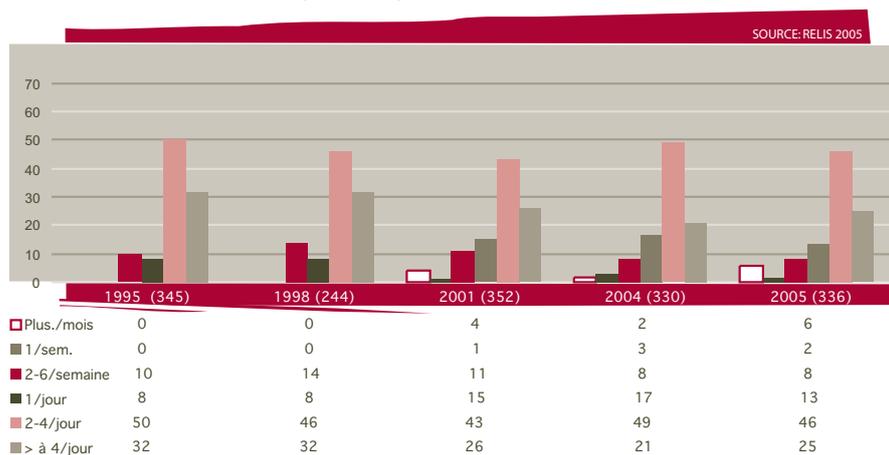
A l'image de la durée de dépendance, la durée moyenne de prise par voie intraveineuse affiche également une tendance à la baisse en 2005 après dix ans de hausse progressive.

TERMINOLOGIE

Prise intraveineuse, toutes drogues injectables confondues.

16. FREQUENCE DE CONSOMMATION

Fig. 16 Fréquence de consommation du produit préféré. 1995-2005 (% valide)



COMMENTAIRES

71% des sujets consomment plusieurs fois par jour leur drogue préférée qui est, dans 68% des cas un produit de la famille des opiacés.

TENDANCES

Variable

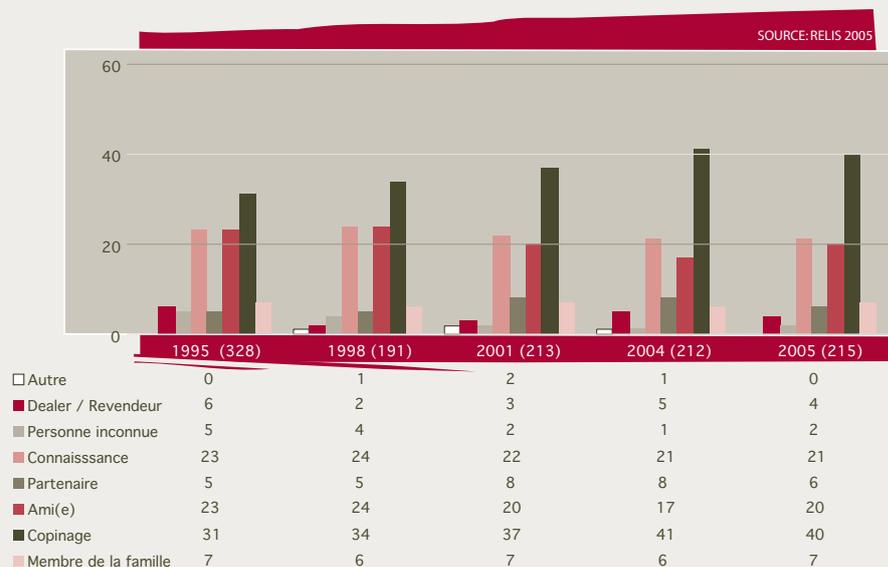
TERMINOLOGIE

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. 1995-2005 (% valide)



COMMENTAIRES

- Le premier contact avec des drogues d'acquisition illicite est avant tout occasionné par des connaissances / copinages (61%) ou des ami(e)s de longue date (20%).

- Le premier contact ne s'effectue que rarement par l'intermédiaire d'un "dealer " (4%). L'initiation aux drogues illicites semble en effet davantage profiter d'un contexte de confiance qui est garanti par un entourage connu (ami(e)s, copains, e.a.).

TENDANCES

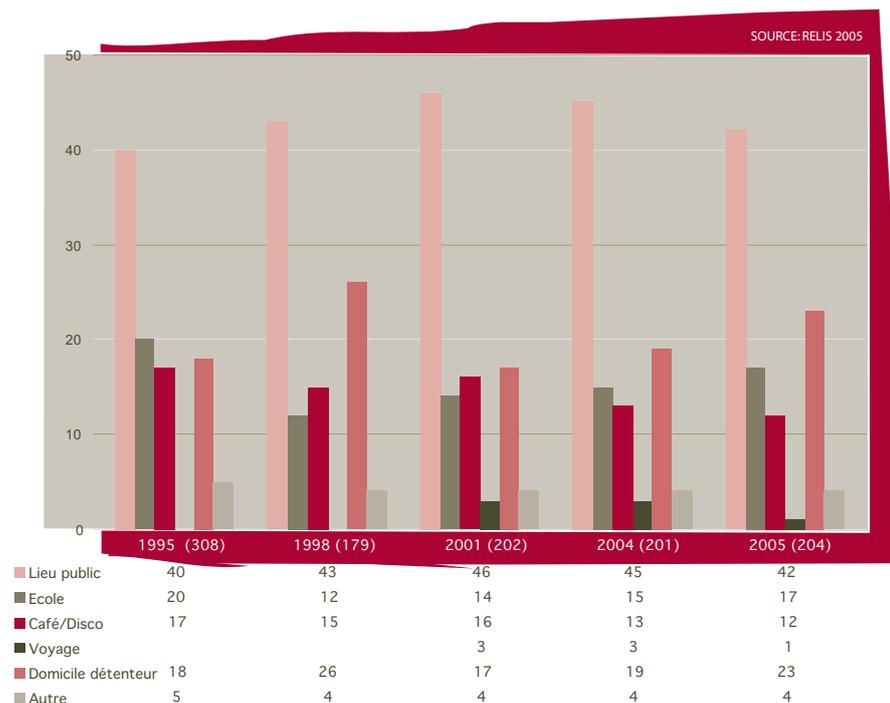
STABLE

TERMINOLOGIE

L'item se rapporte aux personnes qui ont proposé, vendu ou cédé pour la première fois des drogues illicites au répondant ou avec lesquelles 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. 1995-2005. (% valide)



COMMENTAIRES

Les lieux publics continuent à présenter (42%) le principal environnement dans lequel a lieu le premier contact avec des drogues illicites. Les enceintes d'écoles comptent pour 17% des premiers contacts.

TENDANCES

STABLE

TERMINOLOGIE

L'item se rapporte aux lieux où les répondants se sont vus proposer, 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. 1995-2005. (% valide)

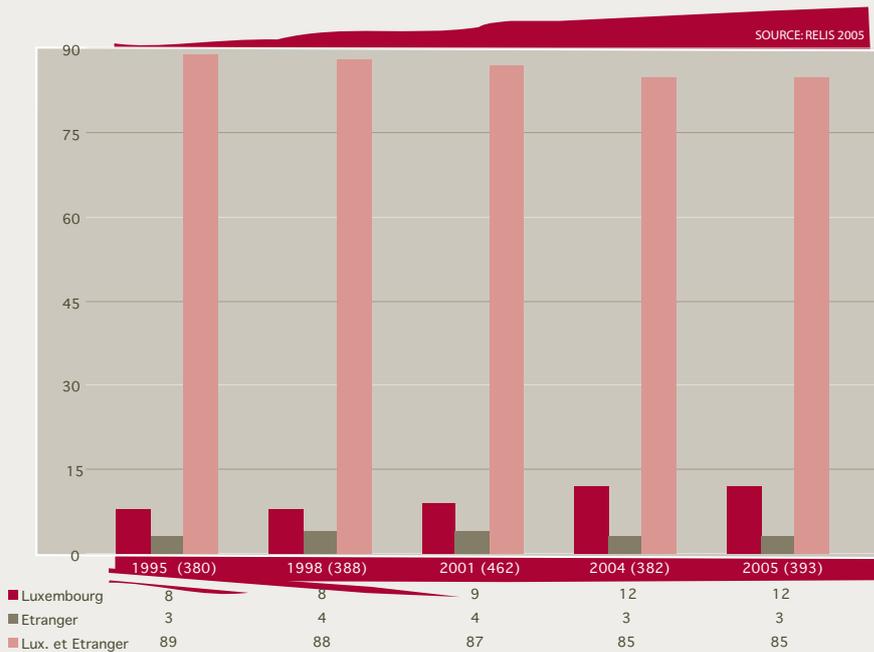
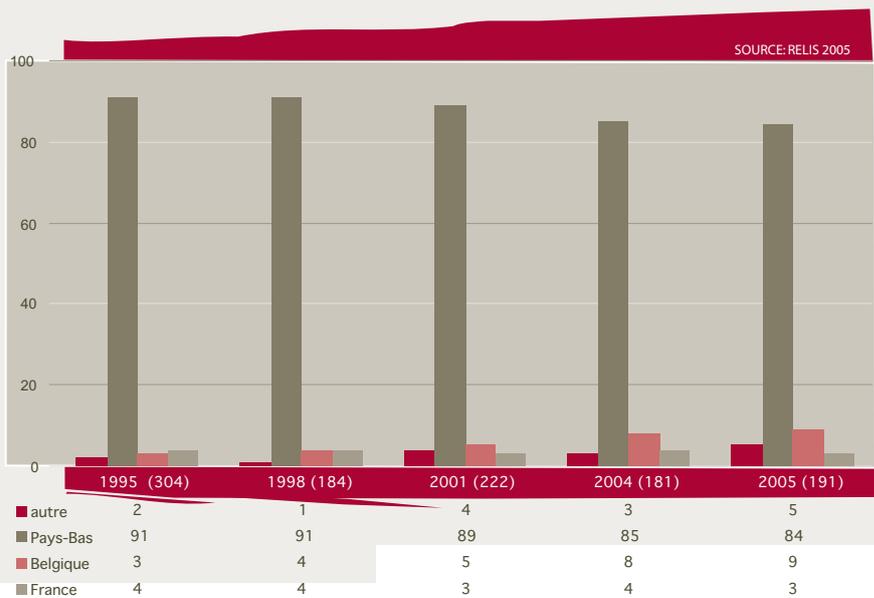


Fig.18 bis Pays étrangers d'approvisionnement. 1995-2005. (% valide)



COMMENTAIRES

- Les personnes qui s'approvisionnent exclusivement au Luxembourg (12%, stable) 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 (85%), il est difficile d'avancer une quelconque hypothèse.
- Au niveau du pays d'acquisition, les Pays-Bas demeurent la destination de préférence (84%).

TENDANCES

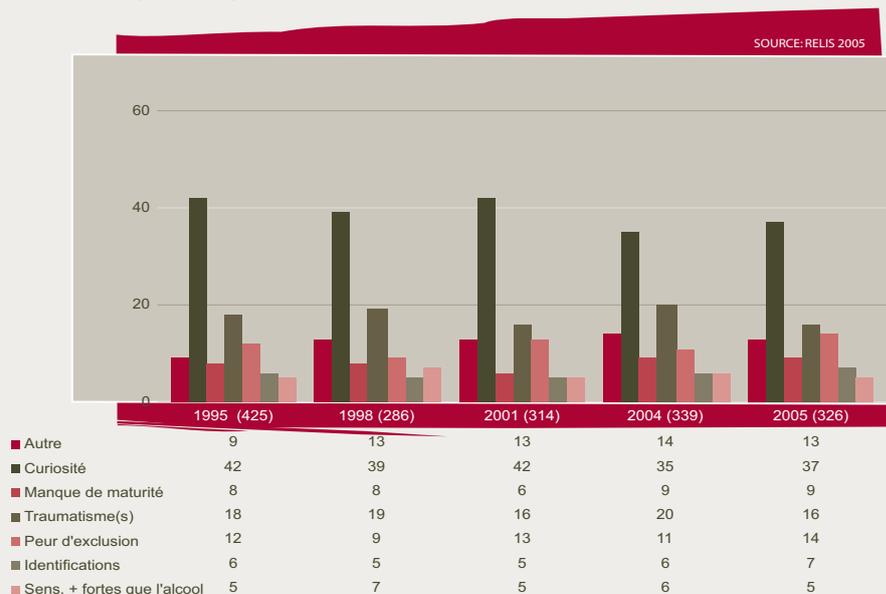
Au cours des dernières années on dénombrait moins d'utilisateurs qui s'approvisionnent exclusivement à l'étranger et une hausse continue des personnes qui s'approvisionnent exclusivement au G.-D. de Luxembourg ce qui constitue un indicateur d'une disponibilité accrue de drogues HRC sur le marché national. Cette tendance affiche une certaine stabilité au vu des données de 2005.

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. 1995-2005. (% valide)



COMMENTAIRES

Conformément aux résultats fournis par d'autres études nationales, une majorité de personnes (37%) 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 évènement traumatique (accident, mort d'un proche, séparation, etc.) (16%) ou dans la peur d'être rejeté(e)s ou d'être exclu(e)s d'un groupe (14%). Il convient néanmoins de ne pas perdre de vue que la curiosité peut également contenir certains éléments réactionnels (ennui, manque de stimulations, etc.).

TENDANCES

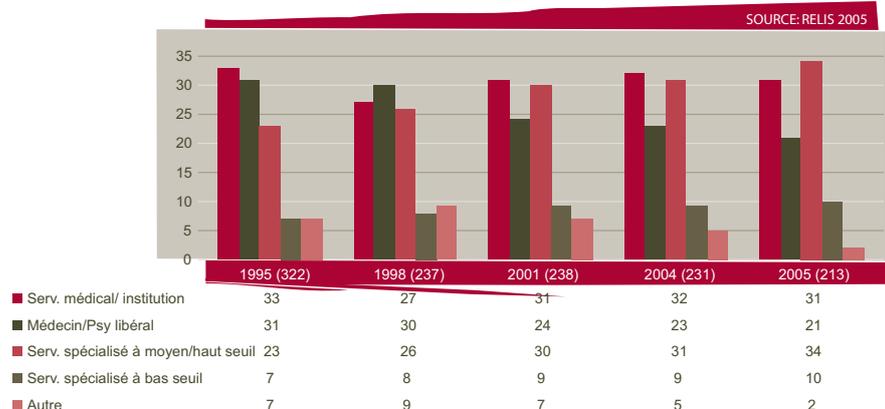
STABLE

20. DEMANDE D'AIDE ET DE TRAITEMENT

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

LIEU / PERSONNE	1995	1997	1999	2001	2003	2004	2005
TRAVAILLEUR DE RUE	5	3	4	4	5	3	5
MÉDECIN GÉNÉRALISTE	28	26	23	20	19	19	15
SERVICE D'URGENCES / HÔPITAL/ CHNP / ETC.	33	34	28	31	27	30	29
SERVICE DE CONSULTATION EXTRAHOSPITALIER	20	20	22	21	21	21	23
CENTRE THÉRAPEUTIQUE RÉSIDENTIEL	3	2	2	3	2	2	2
DISPOSITIF D'INTERVENTION MOBILE	2	2	4	5	9	6	5
CENTRE THÉRAPEUTIQUE POUR ALCOOLIQUES	0	1	0	0	0	0	0
PSYCHIATRE OU PSYCHOLOGUE LIBÉRAL	3	3	4	4	4	4	6
PSYCHOLOGUE OU AGENT SOCIAL EN PRISON	1	4	3	4	2	2	3
CENTRE INFORMATION / PRÉVENTION	0	5	8	6	7	8	8
AUTRE	6	0	2	2	4	4	2
N	322	232	226	238	242	231	213

Fig. 20.1 Lieu ou intervenant du premier contact de soins. 1995-2005. (% valide)



COMMENTAIRES

- Le graphique 20.1 présente les données regroupées en quatre domaines d'intervention.
- Un pourcentage légèrement en hausse (34% / 31%) des sujets répertoriés en 2005 ont été respectivement pris en charge pour la première fois par un service spécialisé à moyen ou haut seuil et par un service hospitalier (malaise, accident de surdosage, demande de sevrage).
- En comparaison à la situation observée en 1995, on observe une baisse au niveau de la consultation de médecins généralistes lors de la première demande d'aide.

TENDANCES

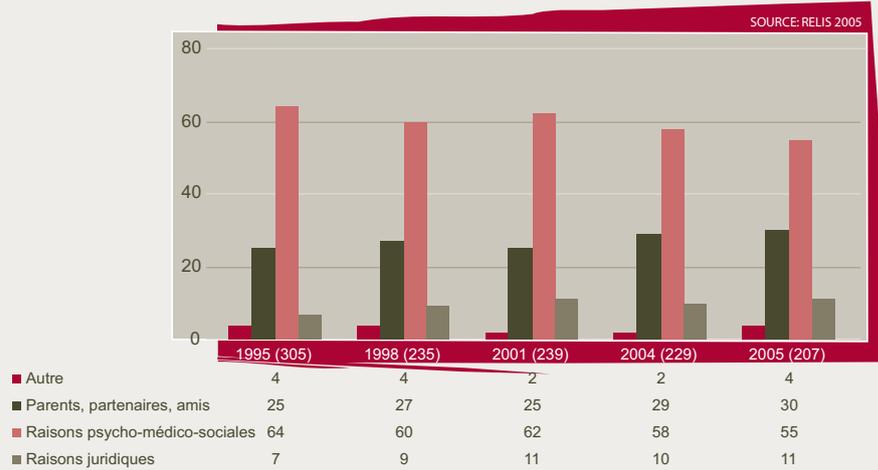
De façon générale, on observe depuis 1995 une tendance qui va dans le sens d'une hausse des premières demandes d'aide adressées aux services spécialisés (44%) au détriment des services psycho-médicaux généraux (52%), qui demeurent toutefois en première position en termes de premier recours.

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 psycho-médico-social.

20.2 MOTIFS ASSOCIES A LA PREMIERE DEMANDE D'AIDE

Fig. 20.2 Motifs associés à la première demande d'aide. 1995-2005. (% valide)



COMMENTAIRES La première demande d'aide s'effectue dans 55% des cas pour des raisons médicales ou psychosociales souvent par initiation personnelle. 45% (49%) des cas rapportent un contexte d'urgence lors du premier recours à un service ou intervenant d'aide.

DONNÉES COMPLÉMENTAIRES

- Age moyen lors de la première consultation ou de la première demande d'aide: 21 ans 7 mois (n=226) (22 a 1 m).
- Age moyen lors des premiers traitements ou prises en charge plus endémiques: 22 ans 10 mois (n=282) (23 a 0 m).
- La moyenne de la durée de dépendance avant le premier traitement endémique tel que défini ci-après équivalait à 3 ans et 4 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. 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. TRAITEMENTS SUIVIS PAR LE RÉPONDANT

DERNIER TRAITEMENT 2005 (2004)	%
DÉSINTOXICATION À COURT TERME	24 (29)
SIMPLE SUIVI MÉDICAL	0 (2)
TRAITEMENT DE SUBSTITUTION	27 (24)
PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE SANS PRESCRIPTION DE MÉDICAMENTS	4 (3)
PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE AVEC PRESCRIPTION DE MÉDICAMENTS	3 (7)
ENGAGEMENT THÉRAPEUTIQUE	23 (30)
CONSEILS ET AIDES PONCTUELS	10 (1)
AIGUILLAGE VERS UNE AUTRE INSTITUTION	6 (0)
AUCUN TRAITEMENT	0 (0)
POSTCURE	1 (6)
AIDE À LA RÉINSERTION SOCIOPROFESSIONNELLE	1 (2)
N	364

TRAITEMENT DE SUBSTITUTION ANTERIEUR (%)

	2001	2002	2003	2004	2005
NON	20	31	26	28	21
OUI	80	69	74	72	79
SUBSTANCES PRESCRITES					
MÉTHADONE LIQUIDE	44	43	44	39	49
MÉPHÉNON EN COMPRIMÉ	55	53	54	59	50
AUTRES OPIACÉS	1	2	2	1	1
AUTRES SUBSTANCES	0	2	0	1	1

DONNÉES

COMPLÉMENTAIRES

- Le temps écoulé depuis la fin du traitement précédant (n-1) et le traitement actuel (n) est en moyenne de 426 jours (545 jours). Exprimé en d'autres termes, une personne répertoriée consulte en moyenne 0,86 (0,67) fois par an (⬆).

- **Première demande de traitement en général**, toutes institutions confondues : 5 % (1998 : 4%). Parmi les premiers demandeurs de traitement, on compte 84% d'hommes et 16% de femmes.

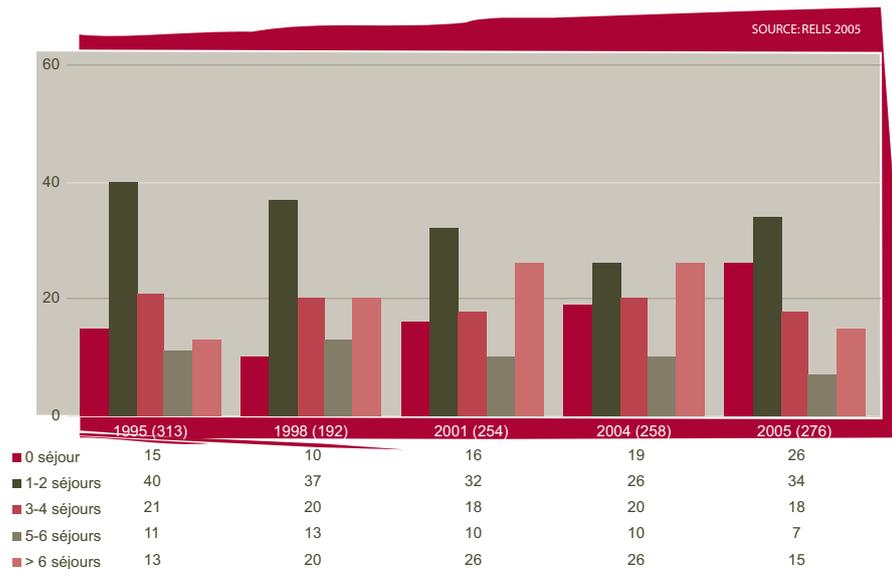
- 79% des répondants (n:268) (⬇) ont déjà suivi au moins un **traitement de substitution** avant le recensement 2005. Il s'agissait pour 49% des cas d'un traitement dans le cadre du programme méthadone et pour 51% d'un traitement dispensé par le réseau de médecine générale (Méphénon® et autres opiacés / opioïdes, et autres substances).

TENDANCES

La proportion de premières demandes de traitement (5%) est stable pour 2005 (4% en 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. 1995-2005



COMMENTAIRES

26% des sujets avaient, au moment du recueil des données, à leur actif, aucun séjour institutionnel (traitement stationnaire) et 15% ont déjà effectué plus de 6 séjours institutionnels au cours de leur carrière de toxicomane. Une majorité de personnes (52%) se situent dans la classe de fréquence de séjours de 1 à 4.

DONNÉES

COMPLÉMENTAIRES

77,6% des 720 (955) séjours rapportés furent effectués au G.-D. de Luxembourg et 21,3% à l'étranger (inconnu: 1,1%).

TENDANCES

- On note une baisse modérée au niveau de la fréquence de séjours stationnaires. Les usagers problématiques recensés par RELIS témoignent cependant en majorité d'un passé thérapeutique étoffé.

- 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. 1995-2005 (% valide)*



TENDANCES

- En 2005, les institutions spécialisées (37%) et les pharmacies (32%) constituent les lieux préférés d'approvisionnement en seringues. En 2001 les institutions spécialisées avaient pour la première fois relayé les pharmacies en tant que lieu préféré d'approvisionnement du matériel d'injection, ce qui est confirmé par les données se rapportant à l'année 2005.
- Tendance stable au niveau du taux d'utilisation des distributeurs automatiques mais nette diminution du nombre d'utilisateurs qui se procurent de préférence leur matériel d'injection dans des établissements hospitaliers.

Partie IV

Données
statistiques
officielles
de 1985 à 2005



édition
(2006)

A. Statistiques annuelles relatives à la production, au trafic et à l'usage illicites de drogues de 1985 à 2005

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	00	01	02	03	04	05	98	00	01	02	03	04	05
S.P.J.	192	231	216	282	239	267	225	224	278	321	469	369	336	287
Gendarmerie	265							339						
Police/SREC	243	965	1126	1261	1326	1072	1152	386	1200	1272	1605	1753	1268	1417
Douanes	125	144	113	89	95	129	224	221	280	182	143	148	204	330
Total	825	1.340	1.455	1.632	1.660	1.468	1.601	1.170	1.758	1.775	2.217	2.270	1.808	2.034

Source : Police Judiciaire. Section des Stupéfiants.

Années	ARRESTATIONS							SAISIES						
	98	00	01	02	03	04	05	98	00	01	02	03	04	05
S.P.J.	19	22	7	14	25	38	26	124	154	155	163	186	185	122
Gendarmerie	7							98						
Police	34	47	45	44	82	103	94	171	650	684	745	770	719	791
Douanes	40	48	40	19	28	37	35	140	165	121	75	85	168	283
Total	100	117	92	77	135	178	155	533	969	960	983	1.045	1.072	1.196

Source : Police Judiciaire. Section des Stupéfiants.

Fig. A.1.1. Activités de lutte anti-drogues des forces de l'ordre (1996-2005)



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		2004		2005	
	Q ¹	N ²	Q	N	Q	N	Q	N	Q	N	Q	N
1. OPIACES ET DERIVES												
1.1. PAVOTS À OPIUM												
1.2. OPIUM												
1.3. OPIUM LIQUIDE												
1.4. MORPHINE	0,068	3	0,460	1								
1.5. HÉROÏNE	7,832	23	0,527	133	13,248	255	11,358	256	6,255	187	4,261	236
1.6. MÉTHADONE ³			565 ml	1	5 doses	2	98 ml	2			85,5 ml	2
2. COCA ET DERIVES												
2.1. FEUILLES DE COCA	2,045	10	0,090	4								
2.2. PÂTE DE COCA	0,690	2	1,000	1								
2.3. COCAÏNE	6,475	11	23,260	32	0,525	48	10,757	51	4,481	113	1,187	118
3. STIMULANTS DU SNC												
3.1. AMPHÉTAMINES					0,03	9	0,157	9	0,951	4	83,3	2
3.2. MÉTAMPHÉTAMINES												
3.3. MDMA (XTC) ⁴					784	25	318	15	2232	14	491,5	14
3.4. PRODUITS PHARMACEUT. ⁴					91	8	849	30	329	6	460,5	11
4. HALLUCINOGENES												
4.1. LSD ⁵			2000	1	100	8	21	1				
4.2. PCP												
4.3. CHAMPIGNONS HALLUC.							0,122	5	0,261	4	355	9
4.4. MÉSALINE												
5. CANNABIS ET DERIVES												
5.1. FEUILLES DE CANNABIS	0,211	29	18,750	46	0,961	75	8,383	311	23,235	433	17,453	518
5.2. RÉSINE DE CANNABIS	15,012	101	13,750	147	11,275	129	1,174	89	0,413	83	4,955	134
5.3. HUILE DE CANNABIS												
5.4. PLANTES DE CANNABIS ⁶							133	6	160	12	2	2
Nb. PERSONNES IMPLIQUÉES												
SAISIES : HÉROÏNE	33		186		321		354		278		449	
Nb. PERSONNES IMPLIQUÉES/TOTAL	242		451		675		1.013		1.213		1.586	

Source : Police Judiciaire. Section des Stupéfiants.

¹Quantités saisies; unité : kg (sauf indication contraire)

²Nombre de saisies

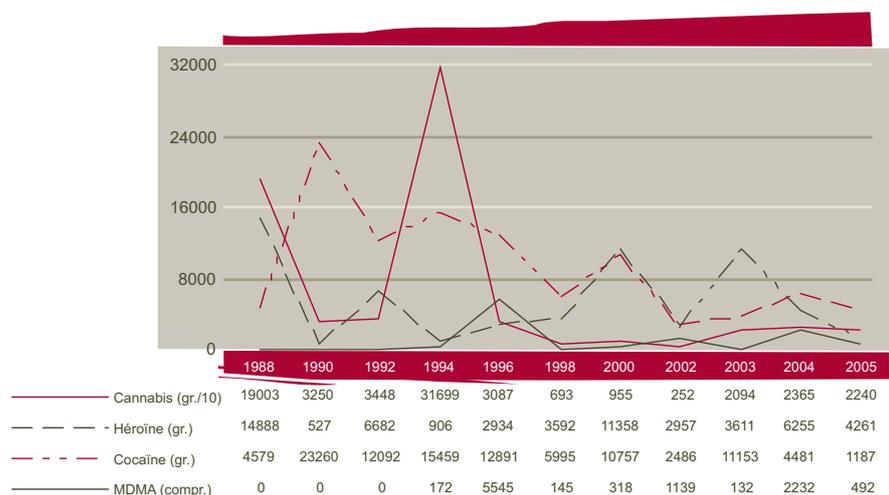
³Unité : "doses"

⁴Unité : "comprimés"

⁵Unité : "trips"

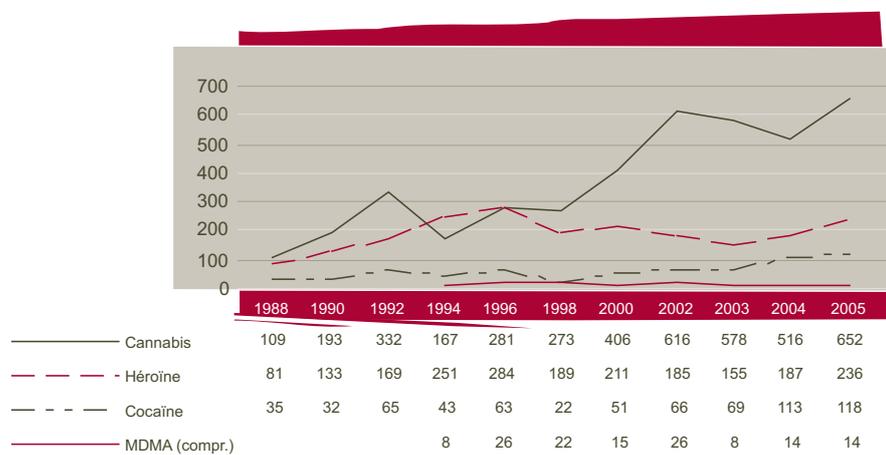
⁶Unités

Fig. A.2.1 Quantités saisies : Cannabis, Héroïne, Cocaïne, MDMA (1988-2005)



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

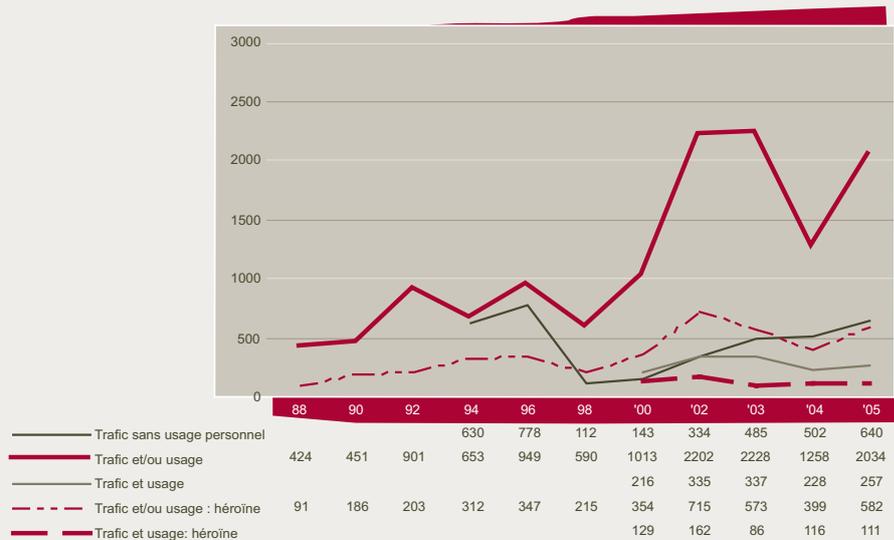
Fig. A.2.2 Nombre de saisies: Cannabis, Héroïne, Cocaïne, MDMA (1988-2005)



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 (1988-2005)



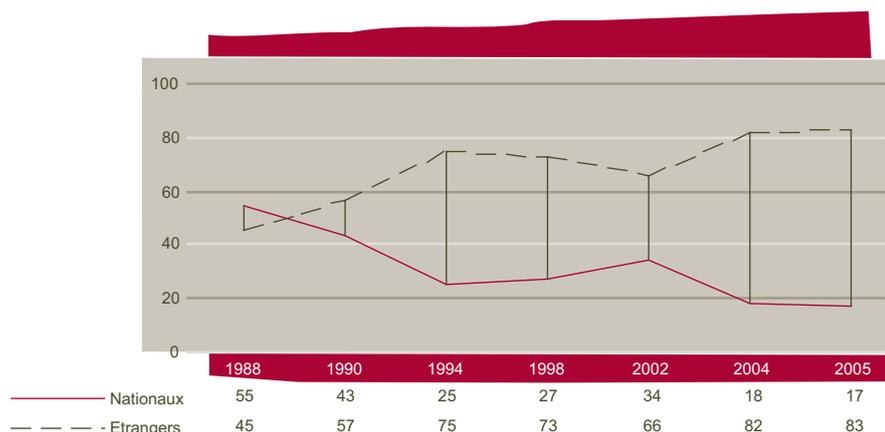
Source : Police Judiciaire. Section des Stupéfiants. (Données formatées par le PFN)

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 d'héroïne et de cannabis (herbe). Les saisies de cocaïne sont très variables depuis le début des années 90. 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 disponibilité peu fiables, on retient une augmentation discontinue du nombre total de saisies à partir de 1993. Une hausse marquée est observée au niveau du nombre de saisies de cannabis et de cocaïne à partir de 2000 et celui de l'héroïne semble s'être stabilisé. A titre d'exemple on retiendra qu'entre 1994 et 2005 le nombre de saisies de cannabis est passé de 167 à 649. Le nombre de saisies de produits de type extasy s'est stabilisé à un niveau bas.

- ▶ Le nombre total de personnes impliquées lors d'affaires de saisies affichait 451 personnes en 1990 et 1.586 en 2005. 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 491,5 comprimés en 2005.

Fig. A.2.2.2 Distribution selon la nationalité des prévenus impliqués dans le trafic et le commerce de substances illicites (1988-2005) (%).



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

A.2.3. Prix moyen 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	2005 PRIX
CANNABIS										
HASCHISCH	5-6	5-6	5-6	7,4	7,4	9,2	7	8,3	7,3	7,3
MARIJUANA			2,5-3	6,2	6,2	7,1		8,1	7,3	7,3
COCAÏNE	100-150	100-150	120-170	90	90	76,5	50	30-85	20-120	20-120
HÉROÏNE										
(BROWN)	65-150	65-150	90-150	90	74,4	70	50	40	82	80
AMPHÉTAMINES		15-26	25-30	n.a.	n.a.		25			n.a.
ECSTASY			9-13	12,4	10,7	9,2	7	10	10	10
LSD	11-13	11-13	11-13	n.a.	n.a.	10	n.a	n.a	10	10

Source : Police Judiciaire. Section des Stupéfiants 2005

Remarques :

Prix : Les prix sont indiqués en EURO et par extrapolation sur les quantités d'achat usuelles. Pour l'héroïne et la cocaïne, les prix minimaux se rapportent à des unités d'achats exceptionnelles. Les prix maximaux et moyens se réfèrent aux unités usuelles. Pour le cannabis, la cocaïne, l'héroïne et les amphétamines, les prix par gramme sont indiqués. Pour les substances de type ecstasy et le LSD, les prix par comprimé, pilule ou unité sont indiqués.

A.3 Analyses toxicologiques sur matières suspectes

A.3.1. Puretés des produits vendus au détail

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005		
	Pur. (%) MOYEN	MIN.	MAX.	Pur. (%) MOYEN							
CANNABIS		3,46	3,46	8,03	7,2	7,96	7,18	6,94	0,6	22,26	10,92
COCAÏNE	60-85	70,66	70,66	60,25	56,09	62,99	58,50	62,37	27,75	94,9	51,52
HÉROÏNE (brown)	17-25	12,17	12,17	17,59	13,62	9,97	14,43	17,05	4,85	57,65	28,18
AMPHÉTAMINE					30,5	15,09	6,63	9,44	1,2	35,01	12,22
ECSTASY² (MDMA) (MDEA) (MDA)				35,5 6,8	67,25	71,11	73,96	29,77 6,25	1,75	38,33	15,82
						24,6					

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 pilules et comprimés vendus de façon illicite et saisis (N protocoles d'analyse)

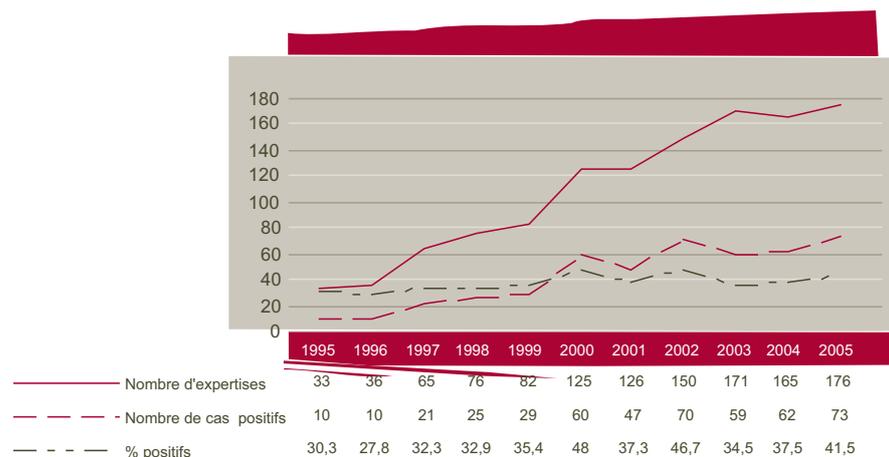
Substances ou groupes de substances détectés	2004		2005	
	% positifs	(n :249)	% positifs	(n :492)
MDMA	179	71,9%	188	38,2%
MDEA	0	0%	0	0%
MDA	0	0%	0	0%
Combinaisons MDMA, MDEA, MDA	1	0,5%	9	1,8%
Amphétamines / métamphétamines	13	5,2%	16	3,3%
Combinaisons MDMA, MDEA, MDA et amphétamines / métamphétamines	0	0%	0	0%
Autres substances psychoactives	40	16%	25	5,1%
Autres substances	16	6,4%	254	51,6%

SOURCE: Laboratoire National de Santé. Division Toxicologie. 2005

²Ecstasy: dosage en mg/cpr

A.3.3. Résultats des expertises toxicologiques en matière de détection de cannabinoïdes chez les personnes impliquées dans un accident de la route au G.-D. de Luxembourg

Fig. A.3.3. Détection de cannabinoïdes - Accidents de la route (1995 - 2005)



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

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

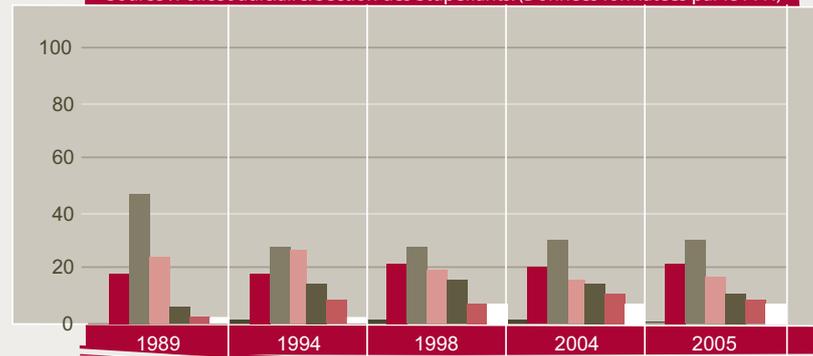
A.4.1 Evolution du nombre de prévenus pour le code " Delit-Stup" selon âge et sexe de 1985 - 2005

	1985	1987	1989	1991	1993	1995	1997	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
AGE														
0-14	5	5		2	12	12	6	27	21	11	15	41	24	9
15-19	121	179	173	293	146	205	257	415	413	399	647	602	334	436
20-24	234	262	461	520	242	456	369	519	497	566	650	557	510	617
25-29	100	110	232	275	255	256	269	448	354	299	388	375	278	345
30-34	65	71	58	98	104	167	151	269	208	194	219	254	250	230
35-39	10	22	21	34	49	98	73	131	113	139	177	162	190	174
> 40	11	28	30	35	29	33	45	84	108	113	82	174	126	153
INCONNU	9	11	25	19	53	36	35	46	44	55	40	106	99	70
TOTAL	555	688	1.000	1.276	890	1.263	1.205	1.939	1.758	1.776	2.218	2.271	1.811	2.034
HOMMES	431	574	887	1.045	674	1.035	1.009	1.658	1.415	1.546	1.905	1.935	1.581	1.751
Femmes	122	114	113	213	183	186	174	248	241	215	292	288	181	237
sexe inconnu	2	0	0	18	33	41	22	33	44	15	21	48	49	46

Source : Police Judiciaire. Section des Stupéfiants.

Fig. A.4.1. Distribution selon les classes d'âge des prévenus en % (1989 - 2005)

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



Classe d'âge	1989	1994	1998	2004	2005
0-14	0	1	1	1	0,5
15-19	18	18	22	20	22
20-24	47	28	28	30	30
25-29	24	27	19	16	17
30-34	6	15	16	15	11
35-39	2	8	7	11	9
40	3	3	7	7	7

**A.4.2 Prévenus: type de délit croisé par la substance impliquée.
(1999-2005)**

SUBSTANCE & DÉLIT	1999			2003		
	N	MODE I.V.	TOTAL	N	MODE I.V.	TOTAL
HÉROÏNE						
USAGE & TRAFIC	329	157	1.050	86	40	572
TRAFIC SEUL	75			92		
USAGE SEUL	646	361		394	294	
COCAÏNE						
USAGE & TRAFIC	85	34	204	63	13	350
TRAFIC SEUL	31			158		
USAGE SEUL	88	31		129	36	
CANNABIS						
USAGE & TRAFIC	326		995	227		1.240
TRAFIC SEUL	43			142		
USAGE SEUL	626			871		
AMPHÉTAMINES						
USAGE & TRAFIC	2		12	20	6	45
TRAFIC SEUL	3			5		
USAGE SEUL	7			20		
ECSTASY (MDMA, ETC.)						
USAGE & TRAFIC	10		25	14		59
TRAFIC SEUL	2			23		
USAGE SEUL	13			22		
LSD						
USAGE & TRAFIC	4		10	0		0
TRAFIC SEUL	1			0		
USAGE SEUL	5			0		
NOMBRE TOTAL DE MOTIFS D'INTERPELLATION CONNUS INDÉPENDAMMENT DES SUBSTANCES IMPLIQUÉES						
USAGE & TRAFIC				337	53	
TRAFIC SEUL				485		2.208
USAGE SEUL				1.386	338	
TOTAL					391	
NOMBRE TOTAL DE PRÉVENUS			1.939			2.270

SUBSTANCE & DÉLIT	2004			2005		
	N	MODE I.V.	TOTAL	N	MODE I.V.	TOTAL
HÉROÏNE						
USAGE & TRAFIC	116	61		111	53	
TRAFIC SEUL	70		469	75		657
USAGE SEUL	283	161		471	307	
COCAÏNE						
USAGE & TRAFIC	54	24		85	32	
TRAFIC SEUL	270		506	180		462
USAGE SEUL	182	86		197	97	
CANNABIS						
USAGE & TRAFIC	119			135		
TRAFIC SEUL	93		836	158		1.100
USAGE SEUL	624			807		
AMPHÉTAMINES						
USAGE & TRAFIC	3	2		0		
TRAFIC SEUL	0		8	3		7
USAGE SEUL	5	1		4		
ECSTASY (MDMA, ETC.)						
USAGE & TRAFIC	4			8		
TRAFIC SEUL	4		18	17		38
USAGE SEUL	10			13		
PSYLOCYBIN*						
USAGE & TRAFIC	1			2		
TRAFIC SEUL	0		7	0		14
USAGE SEUL	6			12		
NOMBRE TOTAL DE MOTIFS D'INTERPELLATION CONNUS INDÉPENDAMMENT DES SUBSTANCES IMPLIQUÉES						
			1.760			2.007
USAGE & TRAFIC						
	228	68		257	63	
TRAFIC SEUL						
	502			383		
USAGE SEUL						
	1.030	235		1.367	369	
NOMBRE TOTAL DE PRÉVENUS						
			1.808			2.034

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.

* Pas d'interpellation pour LSD en 2004/2005

A.4.3. Distribution selon la nationalité des prévenus, tous délits confondus (1990- 2005)



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

A.4.4. Distribution des prévenus selon la catégorie socioprofessionnelle (1996-2005)

CATÉGORIE	1996		1998		2000		2002		2004		2005	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
OUVRIERS	323	24	246	21	418	24,2	477	21,5	226	12,5	342	16,8
FONCTIONNAIRES/ EMPLOYÉS	187	14	112	10	47	2,7	61	2,8	51	2,8	57	2,8
INDÉPENDANTS	59	4	17	1	8	0,5	21	0,9	8	0,4	11	0,5
ÉTUDIANTS	29	2	151	13	262	15,2	342	15,4	212	11,7	266	13,1
SANS PROFESSION	679	50	527	45	898	52,1	916	41,3	1.041	57,5	1.148	56,4
RENTIERS	7	1	38	3	5	0,3	7	0,4	7	0,4	17	0,8
INCONNU	72	5	38	7	87	5	393	17,7	47	2,6	193	9,5

Source : Police Judiciaire. Section des Stupéfiants.

A.4.5. Répartition selon sexe, nationalité et statut de mineur d'âge (1997-2005)

	NATIONALITÉ LUXEMBOURGEOISE																	
	97			99			01			03			04			05		
	H	F	T	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	537	145	682
N. mineurs d'âge	42	7	49	61	21	82	89	19	108	109	46	155	54	22	76	56	27	83

	NATIONALITÉ ÉTRANGÈRE																	
	97			99			01			03			04			05		
	H	F	T	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	1186	92	1278
N. mineurs d'âge		35		63	9	72	1	54	55	135	15	150	72	10	82	67	3	70

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

Remarque : De 1997 à 2005 le nombre de prévenus dont le sexe est inconnu s'élevait respectivement à 22, 19, 33, 44, 15, 21, 48, 49 et 46.

A.4.6. Premiers auteurs (1993-2005)

A.4.6.1. Répartition selon les statuts de premier auteur et de mineur d'âge (1993-2005)

	1993	1995	1997	1999	2001	2003	2004	2005
PREMIERS AUTEURS	331	498	389	645	621	808	585	657
Nombre de mineurs d'âge parmi les premiers auteurs	48	92	84	155	100	189	103	86
% de mineurs d'âge parmi les premiers auteurs	14,5%	18,5%	21,6%	24%	16,1%	23,4%	17,6%	13,1%
NOMBRE TOTAL DE PREVENUS	890	1.263	1.205	1.939	1.776	2.271	1.808	2.034
<i>(toutes catégories confondues)</i>								
% de mineurs d'âge parmi le nombre total de prévenus	5,4%	7,3%	7,0%	8%	9,2%	13,8%	8,7%	7,6%

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 (1993-2005)

TYPE DE SUBSTANCE IMPLIQUÉE AD MINIMA	1993	1995	1997	1999	2001	2003	2004	2005
HÉROÏNE	91	170	104	157	91	97	103	110
COCAÏNE	15	46	20	60	47	112	125	86
AMPHÉTAMINES	0	11	12	14	14	10	2	3
TYPE " ECSTASY "	3	47	26	6	16	23	8	17
MÉDICAMENTS D'ACQUISITION ILLICITE	0	0	0	0	1	3	1	1
PRODUITS DE SUBSTITUTION D'ACQUISITION ILLICITE	0	0	0	0	0	1	0	1
TOTAL (SUBSTANCES HRC)	109	274	162	237	169	246	239	218

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

SUBSTANCE	DÉLIT	1995	1997	1999	2001	2003	2004	2005
HÉROÏNE	USAGE & TRAFIC	68	57	48	41	21	32	28
	TRAFIC/DEAL	21	53	18	8	22	19	14
	USAGE	24	7	27	8	4	20	20
	TOTAL	113	117	93	57	47	71	62
COCAÏNE	USAGE & TRAFIC	20	27	21	27	19	21	21
	TRAFIC/DEAL	7	23	9	9	30	64	42
	USAGE	10	6	12	4	3	9	15
	TOTAL	37	56	42	40	52	94	78
CANNABIS	USAGE & TRAFIC	25	18	32	23	52	16	17
	TRAFIC/DEAL	1	11	8	1	17	20	27
	USAGE	4	4	3	15	9	14	25
	TOTAL	30	33	43	39	78	50	69
AMPHÉTAMINES	USAGE & TRAFIC		2	1	2	2	0	0
	TRAFIC/DEAL				0	0	0	1
	USAGE	2			0	0	0	0
	TOTAL	2	2	1	2	2	0	1
ECSTASY (MDMA,ETC.)	USAGE & TRAFIC	3	3	3	1	1	1	3
	TRAFIC/DEAL	1	3		0	0	1	6
	USAGE	1			0	1	1	3
	TOTAL	5	6	3	1	2	3	12
LSD	USAGE & TRAFIC		1	1	0	0	0	0
	TRAFIC/DEAL				0	0	0	0
	USAGE				0	0	0	0
	TOTAL		1	1	0	0	0	0
NOMBRE TOTAL DE MOTIFS D'ARRESTATION CONNUS								
INDÉPENDAMMENT DES SUBSTANCES IMPLIQUÉES								
	USAGE & TRAFIC				59	57	48	46
	TRAFIC/DEAL				13	61	93	63
	USAGE				20	15	35	45
	TOTAL				92	133	176	154
NOMBRE TOTAL D'ARRESTATIONS INDÉPENDAMMENT DU MOTIF								
		128	154	108	92	135	178	154

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

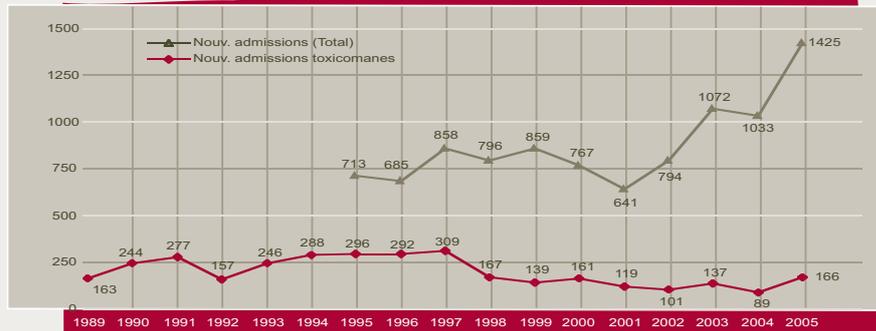
B. Données statistiques relatives à la population de toxicomanes en milieu carcéral de 1990 à 2005

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 2005.

ANNÉE	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05
NOUVELLES ENTRÉES (TOTAL)						713	685	858	796	859	767	641	794	1.072	1.033	1.425
NOUVELLES ENTRÉES "STUP"	244	277	157	246	288	296	292	309	167	139	161	119	101	137	89	166
						41%	43%	36%	21%	16%	21%	19%	13%	13%	9%	11,6%

Source : Administration pénitentiaire 2005

Fig B.1 Détention pour code "Délict-Stup". 1989-2005



C. Cas de décès par surdose au Grand-Duché de Luxembourg (1985-2005)

C.1 Définition

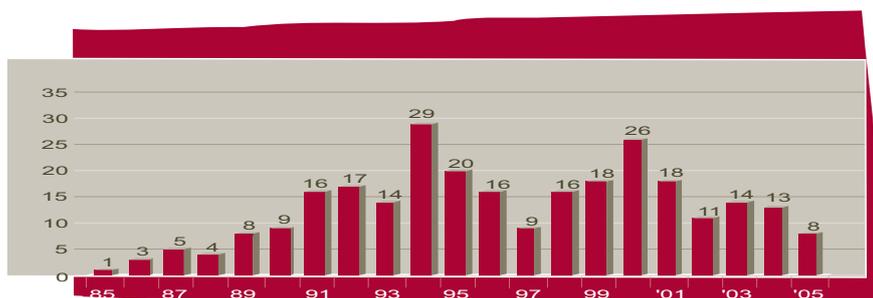
La CIM-10 fait référence à la notion d'"**intoxication aiguë**": (F1x.O) - G.1: Preuves manifestes concernant l'utilisation récente d'une ou de plusieurs substances psycho-actives à des doses suffisantes pour entraîner une intoxication. Dans le cadre restreint du présent chapitre l'occurrence d'une surdose 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 exclut 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 (1985-2005)



Source : Police Judiciaire
Section des Stupéfiants.

C.2 Résultats des analyses toxicologiques sur les victimes de surdosage fatal par le LNS (1992-2005)

ANNÉE	AUTOPSIES (N)	DÉCÈS HÉROÏNE*	DÉCÈS AUTRES OPIACÉS*	TOTAL OPIACÉ	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 tramadol 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

ANNÉE	AUTOPSIES (N)	DÉCÈS HÉROÏNE*	DÉCÈS AUTRES OPIACÉS*	TOTAL OPIACÉS	DÉCÈS AUTRES DROGUES*	TOTAL DÉCÈS DUS AUX DROGUES
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
2005	45	7 dont 1x cocaïne associée	2x MTD dont 1x héroïne associée	9	/	9

Source : Laboratoire National de Santé. Division Toxicologie. 2006

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

C.3 Résultats des analyses toxicologiques effectuées par le LNS en 2000 - 2005 dans les cas d'intoxications aiguës (toutes substances confondues)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
NOMBRE TOTAL DE CAS	252	259	268	291	261	187
NOMBRE TOTAL D'ÉCHANTILLONS ANALYSÉS	419	413	363	390	358	294
SUBSTANCES RECHERCHÉES / DOSÉES	NOMBRE D'ÉCHANTILLONS POSITIFS					
ETHANOL	113	95	119	59	28	63
AMPHÉTAMINES	6	2	2	2	0	0
ANTIDÉPRESSEURS	32	45	53	37	25	23
BENZODIAZÉPINES	208	166	165	134	126	90
CANNABINOÏDES	21	18	17	12	14	13
COCAÏNE	7	7	7	7	19	12
LITHIUM	6	12	1	2	5	2
MÉTHADONE	21	21	25	23	10	5
NEUROLEPTIQUES	24	29	22	28	25	17
OPIACÉS	57	69	52	13	36	26
PARACÉTAMOL	57	67	65	25	44	22
SALICYLÉS	10	9	6	5	6	2

SOURCE: Laboratoire National de Santé. Division Toxicologie. 2005

édition
(2006)

Références bibliographiques

Appenzeller M.R. B., Schneider S., Yegles M., Maul A., Wennig R. (2005). Drugs and chronic alcohol abuse in drivers, Forensic Science International 155, 83-90.

Caballero, F. (1989). Droit de la Drogue. Dalloz. Paris.

Centre d'Études 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 (2006). Bilan d'activités 2005, CePT, Luxembourg.

Comité de surveillance du Sida (2006). Rapport d'activité 2005, 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.europa.eu/>.

EIB, Banque de données européenne sur les instruments d'évaluation <http://eib.emcdda.europa.eu/>. 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 2005. 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/dashop>. 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 (2006). Rapport d'activité 2005, 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. Accès le 10/06/02.

Jugend an Drogenhëllef (1993). Zweiter Bericht zur Evaluation des Methadonprogramms. Luxembourg.

Jugend an Drogenhëllef (2006). Rapport d'activité 2005. 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 résidente 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 Jugendlichen in Luxemburg - HBSC Studie, Luxembourg.

Ministère de la Santé (2006). Rapport d'activités 2005. Luxembourg.

Ministère de la Santé (2000). Plan d'action national en matière de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2000 – 2004. Ministère de la Santé. Luxembourg.

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

Ministère de la Santé (2006). Stratégie et plan d'action national en matière de lutte contre le HIV/SIDA 2006 – 2010. Ministère de la Santé. 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.europa.eu/>. 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 (2006), Annuaire Statistique du Luxembourg 2005. ISSN 1019-6471. STATEC. Luxembourg.

Service Central de la Statistique et des Etudes Economiques (2006), Les activités illégales liées à la drogue : estimation de leur impact économique au Luxembourg, Statnews n° 35/2006 et Bulletin du Statec n° 2-2006", 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 2005
- C. Sommaire des substances et préparations psychotropes, stupéfiantes et toxiques et précurseurs placées sous contrôle national par règlements grand-ducaux entre 1995 et 2005
- 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

	Matheis J. et al. (1995) 'Schüler an Drogen', IEES, Luxembourg. FR.: Etudiants et Drogues
ANNÉE DE COLLECTE DE DONNÉES	1992
TYPE D'ÉTUDE	Etude répétée portant respectivement sur des données de 1983 et de 1992
OBJET PRIMAIRE	Etude de prévalence de l'usage de drogues en milieu scolaire
POPULATION ÉTUDIÉE	5 ^{ème} année d'études des enseignements secondaire et secondaire technique. Total : 3.122 élèves
COUVERTURE	Représentative de la population étudiée au niveau national
ECHANTILLON D'ÉTUDE	Echantillonnage aléatoire : 1.341 cas valides (40%)
TAUX DE RÉPONSE	96%
AGE MOYEN DES RÉPONDANTS	17 ans et 6 mois
INSTRUMENTS D'INVESTIGATION	Questionnaires anonymes auto-administrés en classe (113 items). Participation volontaire
REMARQUES	A signaler l'existence d'une étude basée sur des repères méthodologiques comparables menée par Matheis et Prussen (1995) sur des données de 1983. Il sera question de cette étude lors de l'analyse comparative des résultats.

REFERENCE

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

POPULATION ÉTUDIÉE	Classes de 6 ^{ième} de l'enseignement secondaire et classes de 8 ^{ième} 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 Jugendlichen in Luxemburg – 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 toutes les 4 années sous l'impulsion de l'OMS. Etat de santé de la jeunesse et notamment analyse de la prévalence de l'usage de drogues
POPULATION ÉTUDIÉE	1 ^{ère} et 6 ^{ième} 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 national
DISTRIBUTION D'ÂGE	12 à 21 ans
INSTRUMENTS D'INVESTIGATION	Questionnaires anonymes auto-administrés en classe 3 parties du questionnaire : a) partie internationale générale (analyse pseudo-longitudinale) b) partie internationale spécifique (SIDA, toxicomanie, accidents, etc.) c) partie nationale modulable

► Enquêtes: catégorie 2

REFERENCE

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

ANNÉE DE COLLECTE DE DONNÉES	1997
TYPE D'ÉTUDE	Etude isolée
OBJET PRIMAIRE	Etude de prévalence de l'usage d'ecstasy dans différents milieux de jeunes. Prévention primaire
POPULATION ÉTUDIÉE	Les 2 ^{ème} et 6 ^{ème} années de l'enseignement secondaire classique (N :311) et technique (N :355) issues d'établissements faisant partie du réseau européen " Ecoles Santé ". Total : 666 élèves
MÉTHODE D'ÉCHANTILLONNAGE	exhaustive
ECHANTILLON D'ÉTUDE	666 cas valides
TAUX DE RÉPONSE	100%
COUVERTURE	Non représentative de toutes les classes de 2 ^{ème} et 6 ^{ème} au niveau national
DISTRIBUTION D'ÂGE	13 à 22 ans (13-14 : N347; 15-17: N193; 18-22: N118)
INSTRUMENTS D'INVESTIGATION	Questionnaires anonymes auto-administrés en classe. Participation volontaire

REFERENCE

Fischer U. CH. (2000). Cannabis - Eine Analyse der aktuellen Situation, CePT, Luxembourg.

FR.: Cannabis – Une analyse de la situation actuelle.

ANNÉE DE COLLECTE DE DONNÉES	1999
TYPE D'ÉTUDE	Etude isolée
OBJET PRIMAIRE	Etude de prévalence de l'usage de cannabis
POPULATION ÉTUDIÉE	Les classes des 2 ^{èmes} et 6 ^{èmes} années d'enseignement secondaire et secondaire technique

METHODE D'ECHANTILLONNAGE

5 écoles issues du centre, du nord et du sud du pays. Echantillonnage exhaustif dans les 5 écoles

ECHANTILLON D'ÉTUDE

562 cas valides

TAUX DE RÉPONSE

100%

DISTRIBUTION D'ÂGE

13-20 ans

INSTRUMENTS D'INVESTIGATION

Questionnaire anonyme auto-administré.
Participation volontaire



Annexe B

Classification sommaire des substances psychoactives retenues au niveau du protocole RELIS 2005

I) Substances psychoactives d'acquisition illégale

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 OPIACÉ

4. HALLUCINOGENES

▶ ANTICHOLINERGIQUES

BELLADONE
DATURA
JUSQUIAME
MANDRAGORE

▶ (LRC) CANNABINOLS ET CANNABINOÏDES

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. SÉDATIFS 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. OPIACÉS

(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 2005

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

Substance	Date d'inclusion ou de modification
DEXTROPROPOXYPENE	31/07/95
Delta-9-tétrahydrocannabinol et ses variantes stéréochimiques	09/10/96
ZIPEROL	09/10/96
Flunitrazépam (DCI). La période maximale de couverture d'une prescription pour un médicament contenant la prédite substance est de sept jours	14/01/00
PMMA (paraméthoxyméthamphétamine)	29/04/02
Amineptine	03/10/03

► **Règlement grand-ducal du 20 mars 1974 concernant certaines substances psychotropes - Annexe** (Mém. 1974,468)

Substance	Date d'inclusion ou de modification
ETRYPTAMINE	09/10/96
MBDB (N-Méthyl-1-(1,3-benzodioxol-5-yl)-2-butanamine	09/10/96
MDE (3,4-Méthylendioxy-N-éthylamphétamine)	09/10/96
METHCATHINONE	09/10/96
2,5-Dimethoxy-4-(prophylsulfanyl)phénéthylazane	09/10/96
3,5-Dimethoxy-4-(2-méthylèneoxy)phénéthylazane	09/10/96
4-Allyloxy-3,5-diméthoxyphénéthylazane	09/10/96
4-MTA (4-Méthylthioamphétamine)	06/12/99
2C-1 (2,5-diméthoxy-4-iodophénéthylamine)	07/10/04
2C-T-2 (2,5 diméthoxy-4-(n)-éthylthiophénéthylamine)	07/10/04
2C-T-7 (2,5-diméthoxy-4-(n)-prophylthiophénéthylamine)	07/10/04
TMA-2 (2,4,5-triméthoxyamphétamine)	07/10/04

- ▶ **Règlement grand-ducal du 26 mars 1974 établissant la liste des stupéfiants - Annexe** (Mém. 1974,470)

Substance	Date d'inclusion ou de modification
-----------	--

Variétés de chanvre qui ne sont pas considérées comme stupéfiants:	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 buryl)-5 barbiturique

Partie B

Dénominations communes internationales	Autres noms communs ou vulgaires	Désignation chimique
ALLOBARBITAL		acide diallyl-5,5 barbiturique
ALPRAZOLAM		chloro-8 méthyl-1 phényl-6 4H--s-triazolo(4,3--a)benzodiazépine(1,4)
AMINOREX		2-amino-5-phényl-2-oxazoline
BARBITAL		acide diéthyl-5,5 barbiturique
BENZFETAMINE	benzphétamine	N-benzyl-N,a--diméthylphénéthylamine
BROMAZEPAM		bromo-7 didhydro-1,3(pyridyl-2)-5 2H-benzodiazépine-1,4 one-2
	butobarbital	acide butyl-5 éthyl-5 barbiturique
BROTIZOLAM		2-bromo-4-(o-chlorophényl)-9-méthyl-6H-thiényl [3,2-f]-s--triazolo [4,3-a] [1,4] diazépine
CAMAZEPAM		diméthylcarbamate(ester) de chloro-7 dihydro-1,3 hydroxy-3 méthyl-1 phényl-5 2H-benzodiazépine-1,4 one-2
CHLORDIAZEPOXIDE		chloro-7 méthylamino-2 phényl-5 3H-benzodiazépine-1,4 oxyde-4
CLOBAZAM		chloro-7méthyl-1 phényl-5 1 Hbenzodiazépine-1,5 (3H,5H)dione-2,4
CLONAZEPAM		(o-chlorophényl)-5 dihydro-1,3 nitro-7 2H-benzodiazépine-1,4 one-2
CLORAZEPATE		acide chloro-7 dihyddd-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)sydnone imine
METHYLPHENOBARBITAL	acide éthyl-5 méthyl-1 phényl-5 barbiturique
METHYPRYLONE	diéthyl-3,3 méthyl-5 pipéridinedione-2,4
MIDAZOLAM	chloro-8 (o-fluorophényl)-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-1 phényl-1 1b oxazo [3,2-d] (5H)-benzodiazépine [1,4] one-6
PEMOLINE	amino-2 phényl-oxazolidinone-4
PHENDIMETRAZINE	(+)-(2S,3S)-diméthyl-3,4 phényl-- 2 morpholine
PHENOBARBITAL	acide éthyl-5 phényl-5 barbiturique
PHENTERMINE	a,a-diméthylphénéthylamine
PINAZEPAM	chloro-7 dihydro-1,3 phényl-5 (propinyl-2)-1 2H- benzodiazépine-1,4 one-2
PIPRADOL	
PRAZEPAM	chloro-7(cyclopropylméthyl)-1 dihydro-1,3 phényl-5 2H- benzodiazépine- M one-2
PYROVALERONE	méthyl-4' (pyrrolidinyl-1)-2 valérophénone
SECBUTARBITAL	acide sec-butyl-5 éthyl-5 barbiturique
TEMAZEPAM	chloro-7 dihydro-1,3 hydroxy-3 méthyl-1 phényl-5 2H-- benzodiazépine-1,4 one-2
TETRAZEPAM	chloro-7 (cyclohexène-1yl)-5 dihydro-1,3 méthyl-1 2H-- benzodiazépine-1,4 one-2
TRIAZOLAM	chloro-8 (o-chlorophényl)-6 méthyl-1 4H-s-triazolo[4,3-a] benzodiazépine[1,4]
VINYLBITAL	acide (méthyl-1 butyl)-5 vinyl-5 barbiturique
ZOLPIDEM	

Note : La liste exhaustive des substances placées sous contrôle national avant 1995 est disponible au point focal OEDT.

Annexe D

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

Nous Henri, Grand-Duc de Luxembourg, Duc de Nassau;

Notre Conseil d 'Etat entendu;

De l'assentiment de la Chambre des Députés;

Vu la décision de la Chambre des Députés du 15 mars 2001 et celle du Conseil d 'Etat du 5 avril 2001 portant qu 'il n 'y a pas lieu à second vote;

Avons ordonné et ordonnons:

Art.1^{er} . 1.L'alinéa 5 de l'article 3 de la loi modifiée du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie est modifié comme suit:

«Dans le cas du flagrant délit prévu à l'alinéa 3 du présent article,10 agents de l'administration des douanes et accises, dont 2 appartenant à la carrière moyenne du rédacteur et les autres appartenant à la carrière inférieure à partir de la fonction de «brigadier principal »,désignés par le Ministre de la Justice à ces fins, sont autorisés à constater les infractions des articles 7,8,9 et 10 alinéa 2. Ils rédigeront des procès-verbaux faisant foi jusqu'à preuve du contraire, entendront les personnes suspectes et recevront les déclarations qui leur sont faites par toute personne susceptible de fournir des indices, preuves et renseignements sur les auteurs et les complices de ces infractions. Si les nécessités de l'enquête l'exigent, ils pourront, avec l'autorisation du Procureur d'Etat dans les formes et suivant les modalités de l'article 39 du Code d 'Instruction Criminelle, retenir les personnes contre lesquelles il existe des indices graves et concordants de nature à motiver leur inculpation. De même, ils pourront, avec l'autorisation du Procureur d 'Etat ou du juge d'instruction, effectuer des perquisitions domiciliaires et saisir tous objets utiles à la manifestation de la vérité ainsi que tous objets qui ont servi ou qui ont été destinés à commettre l'infraction.»

2. L'article 3 de la loi modifiée du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie est complété par un alinéa 6 rédigé comme suit:

«Même en dehors du cas de flagrant délit, ils pourront être chargés par le Procureur d'Etat ou le juge d'instruction de tous devoirs utiles pour compléter les enquêtes par eux commencées dans le cadre de l'alinéa précédent».

Art.2. L'article 7 de la loi modifiée du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie est modifié comme suit:

«Article 7.

A.1. Seront punis d'un emprisonnement de huit jours à six mois et d'une amende de 10.001,- à 100.000,- francs, ou de l'une de ces peines seulement, ceux qui auront, de manière illicite, en dehors des locaux spécialement agréés par le Ministre de la Santé, fait usage d'un ou plusieurs stupéfiants ou d'une ou de plusieurs substances toxiques, soporifiques ou psychotropes déterminées par règlement grand-ducal ou qui les auront, pour leur usage personnel, transportés, détenus ou acquis à titre onéreux ou à titre gratuit.

2. Seront punis d'un emprisonnement de un mois à un an et d'une amende de 10.001,- à 500.000,- francs, ou de l'une de ces peines seulement, ceux qui auront, de manière illicite, fait usage des substances visées à l'alinéa A.1. du présent article, devant un ou des mineurs ou sur les lieux de travail.

3. Seront punis d'un emprisonnement de un à cinq ans et d'une amende de 100.000,- à 10.000.000,- francs, ou de l'une de ces peines seulement, les membres du personnel employé à titre d'enseignant ou à tout autre titre dans un établissement scolaire, qui auront, de manière illicite, fait usage des substances visées à l'alinéa A.1. du présent article dans un tel établissement.

B.1. Seront punis d'une amende de 10.001,- à 100.000,- francs, ceux qui auront, de manière illicite, fait usage de chanvre (cannabis) ou des produits dérivés de la même plante, tels qu'extraits, teintures ou résines, ou qui les auront, pour leur seul usage personnel, transportés, détenus ou acquis à titre onéreux ou à titre gratuit.

2. Seront punis d'une amende de 10.001,- à 1.000.000,- francs, ceux qui auront facilité à autrui l'usage, à titre onéreux ou à titre gratuit, des substances visées à l'alinéa B.1. du présent article, soit en procurant à cet effet un local, soit par tout autre moyen.

3. Seront punis d'un emprisonnement de huit jours à six mois et d'une amende de 10.001,- à 100.000,- francs, ou de l'une de ces peines seulement, ceux qui auront, de manière illicite, fait usage devant un ou des mineurs ou dans les établissements scolaires et lieux de travail des substances visées à l'alinéa B.1. du présent article.

4. Seront punis d'un emprisonnement de six mois à deux ans et d'une amende de 20.000,- à 1.000.000,- francs, ou de l'une de ces peines seulement, ceux qui auront, de manière illicite, fait usage avec un ou des mineurs des substances visées à l'alinéa B.1. du présent article, ainsi que le médecin ou médecin-dentiste, pharmacien ou autre dépositaire légalement autorisé à détenir ces substances, qui en aura, de manière illicite, fait usage pour lui-même.

5. Sera puni d'un emprisonnement de un an à cinq ans et d'une amende de 20.000,- à 5.000.000,- francs, ou de l'une de ces peines seulement, le médecin, médecin-dentiste, pharmacien ou autre dépositaire légalement autorisé à détenir les substances visées à l'alinéa B.1. du présent article, qui aura, de manière illicite, fait usage de ces substances pour lui-même dans un établissement pénitentiaire, dans un établissement d'enseignement, dans un centre de services sociaux ou dans leur voisinage immédiat ou en un autre lieu où des écoliers ou des étudiants se livrent à des activités éducatives, sportives ou sociales.»

Art.3. L'article 8 de la loi modifiée du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie est modifié comme suit:

«**Art.8.** Seront punis d'un emprisonnement de un à cinq ans et d'une amende de 20.000,- à 50.000.000,- francs, ou de l'une de ces peines seulement:

1.a) ceux qui auront, de manière illicite, cultivé, produit, fabriqué, extrait, préparé, expédié, importé, exporté, vendu ou offert en vente ou de quelque autre façon offert ou mis en circulation l'une ou l'autre des substances visées à l'article 7;

b) ceux qui auront, en vue de l'usage par autrui, de manière illicite, transporté, expédié, détenu ou acquis à titre onéreux ou à titre gratuit l'une ou plusieurs de ces substances, ou qui auront agi, ne fût-ce qu'à titre occasionnel, comme courtier ou comme intermédiaire en vue de l'acquisition de ces substances;

c) ceux qui auront de manière illicite fait usage avec un ou des mineurs des substances visées à l'article 7 A.1.;

d) ceux qui auront facilité à autrui l'usage, à titre onéreux ou à titre gratuit, de l'une ou l'autre substance visée à l'article 7 A.1., soit en procurant à cet effet un local, soit par tout autre moyen, à l'exception des locaux et des moyens agréés par le Ministre de la Santé;

e) ceux qui auront fait une propagande ou publicité en faveur 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 ¹	Catalogue des peines avant l'entrée en vigueur de la loi du 27 avril 2001	Catalogue actuel des peines
			Emprisonnement et/ou amendes	Emprisonnement et/ou amendes
Art. 1. à 2. (n.m. ²)	Objet de la réglementation Fixation des compétences de contrôle et des modalités de désignation			
Art. 3.	Modification des attributions de certains agents de l'administration des douanes et accises			
Art. 4. à 6. (n.m.)	Conditions et modalités d'examen médical en cas de présomption d'infraction à la loi visée. Sanctions en cas de refus d'examen médical			
Art. 7.	<p>A.1. Usage et détention pour usage personnel</p> <p>A.2. Usage devant mineur(s) ou aux lieux de travail (non prévue expressément avant loi 27/04/2001)</p> <p>A.3. Usage par enseignant et/ou dans établissements scolaires (idem)</p> <p>B.1. Usage et détention pour usage personnel</p> <p>B.2. Facilitation de l'usage à autrui (ex. locaux)</p> <p>B.3. Usage devant mineur(s) ou dans établissements scolaires et lieux de travail (non prévue expressément avant loi 27/04/2001)</p> <p>B.4. Usage avec mineur(s) ou par médecin, pharmacien ou autre dépositaire légal des substances visées</p> <p>B.5. Usage illicite par médecin, pharmacien ou autre dépositaire légal des substances visées dans établissements pénitentiaires, d'enseignement, services sociaux, voisinage immédiat et lieux d'activités éducatives sportives ou sociales</p>	<p>A.³</p> <p>A. 3 mois à 3 ans⁴ 1.000.- à 100.000.-</p> <p>A. 5 ans à 10 ans 50.000.- à 500.000.000.-</p> <p>A. 3 mois à 3 ans 1.000.- à 100.000.-</p> <p>A. 3 mois à 3 ans 1.000.- à 100.000.-</p> <p>B.⁴</p> <p>B. 3 mois à 3 ans 1.000.- à 100.000.-</p> <p>B. 1 an à 5 ans 5.000.- à 50.000.000.-</p> <p>B. 5 ans à 10 ans 50.000.- à 500.000.000.-</p> <p>B. 3 mois à 3 ans 1.000.- à 100.000.-</p> <p>B. 3 mois à 3 ans 1.000.- à 100.000.-</p> <p>B. 5 ans à 10 ans 50.000.- à 500.000.000.-</p> <p>B. 1 an à 5 ans 5.000.- à 50.000.000.-</p> <p>B. 2 ans à 5 ans 10.000.- à 50.000.000.-</p>	<p>8 jours à 6 mois 10.001.- à 100.000.-</p> <p>1 mois à 1 an 10.001.- à 500.000.-</p> <p>1 mois à 1 an 10.001.- à 500.000.-</p> <p>1 an à 5 ans 100.000.- à 10.000.000.-</p> <p>10.001.- à 100.000.-</p> <p>10.001.- à 1.000.000.-</p> <p>8 jours à 6 mois 10.001.- à 100.000.-</p> <p>8 jours à 6 mois 10.001.- à 100.000.-</p> <p>8 jours à 6 mois 10.001.- à 100.000.-</p> <p>6 mois à 2 ans 20.000.- à 1.000.000.-</p> <p>6 mois à 2 ans 20.000.- à 1.000.000.-</p> <p>1 an à 5 ans 20.000.- à 5.000.000.-</p>	

¹ Substances toxiques, sportives ou psychotropes contrôlées au niveau national par règlements grand-ducaux

² n.m.: article, alinéa ou paragraphe non-modifiés par la loi du 17/04/2001

³ Substances A.: substances contrôlées au niveau national autres que le chanvre (cannabis)

⁴ Substances B.: chanvre (cannabis) et dérivés

⁵ Les peines soulignées indiquent les peines supérieures en référence aux textes de loi existants avant la modification du 27 avril 2001. Il peut s'agir de l'ensemble des peines ou seulement des peines minimales ou maximales.

⁶ Unité : FLUX

Article 8.							
Article 8.	1.a. Culture, production, fabrication, extraction, préparation, expédition, importation, exportation, vente, offre ou mise en circulation illicites	A et B.	1 an à 5 ans	5.000.- à 50.000.000.-	1 an à 5 ans	20.000.- à 50.000.000.-	
	1.b. Transport, expédition, détention ou acquisition ou fonction d'intermédiaire (ex. courtier) à titre onéreux ou gratuit en vue de l'usage par autrui	A et B.	1 an à 5 ans	5.000.- à 50.000.000.-		1 an à 5 ans	20.000.- à 50.000.000.-
	1.c. Usage avec mineur(s)	A et/ou B	5 ans à 10 ans (art.9, avant modification du 17/04/2001)	50.000.000.- à 50.000.000.-	Substance A, et B.	1 an à 5 ans	20.000.- à 50.000.000.-
	1.d. Facilitation de l'usage à autrui (ex. locaux)	A et/ou B	1 an à 5 ans	5.000.- à 50.000.000.-	Substance A, et B.	1 an à 5 ans	20.000.- à 50.000.000.-
	1.e. Action(s) de propagande, de publicité ou de provocation en faveur des substances visées	A et B.	1 an à 5 ans	5.000.- à 50.000.000.-		1 an à 5 ans	20.000.- à 50.000.000.-
	1.f. Recours à des ordonnances fausses, fictives ou de complaisance. Délivrance des substances visées en connaissance du caractère frauduleux des ordonnances	A et B.	1 an à 5 ans	5.000.- à 50.000.000.-		1 an à 5 ans	20.000.- à 50.000.000.-
	1.g. Prescription ou administration sans nécessité par un médecin de façon à créer, à entretenir ou à aggraver la toxicomanie	A et B.	1 an à 5 ans	5.000.- à 50.000.000.-		1 an à 5 ans	20.000.- à 50.000.000.-
	1.h. Usage illicite par un médecin, pharmacien ou autre dépositaire légal des substances visées	A et/ou B	1 an à 5 ans	5.000.- à 50.000.000.-	Substance A, et B.	1 an à 5 ans	20.000.- à 50.000.000.-
	1.i. Fabrication, transport, distribution et détention de matériel ou de substances visées à l'art. 7, sachant qu'ils devraient être utilisés dans ou pour la culture, la production ou la fabrication illicites de ces substances	A et B.	1 an à 5 ans	5.000.- à 50.000.000.-		1 an à 5 ans	20.000.- à 50.000.000.-

<p>Art. 8.1 (n.m.)</p>	<p>Infractions visées sous art. 8 commises dans établissements pénitentiaires, d'enseignement, services sociaux ou , voisinage immédiat et lieux d'activités éducatives sportives ou sociales</p> <p>2. Institution d'un programme de traitement de la toxicomanie par substitution</p>	<p>A et B.</p>	<p>2 ans à 5 ans 10.000.- à 50.0000.000.-</p> <p>Non-prévue</p>	<p>2 ans à 5 ans 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>
<p>Art. 9. (n.m.)</p>	<p>1. Facilitation (en connaissance de cause) de la justification mensongère de l'origine des biens ou revenus tirés de l'une des infractions sous art. 8a) et 8b)</p> <p>2. Concours (en connaissance de cause) à une opération de placement, de dissimulation ou de conversion de l'objet ou du produit de l'une des infractions sous art. 8a) et 8b)</p> <p>3. Acquisition, détention ou utilisation de l'objet ou du produit de l'une des infractions sous art. 8a) et 8b), en connaissance de leur provenance illicite</p> <p>4. les infractions visées aux points 1) à 3) sont également punissables lorsque l'infraction primaire a été commise à l'étranger ou/et lorsque l'auteur est aussi l'auteur ou le complice de l'infraction primaire</p>	<p>A et/ou B</p>	<p>1 an à 5 ans 50.000.- à 50.0000.000.-</p>	<p>1 an à 5 ans 50.000.- à 50.0000.000.-</p>
<p>Art. 9. (n.m.)</p>	<p>a) Infractions visées à l'art. 8 si elles ont été commises à l'égard d'un mineur</p>	<p>A et/ou B</p>	<p>5 ans à 10 ans 50.000.- à 50.0000.000.-</p> <p>si substance A. ou B.</p>	<p>5 ans à 10 ans 50.000.- à 50.0000.000.-</p> <p>si substance A.</p>





	b) si l'usage des substances qui a été fait à la suite des infractions a causé, à autrui soit une maladie paraissant incurable, soit une incapacité permanente de travail personnel, soit la perte de l'usage absolue d'un organe, soit une mutilation grave		5 ans à 10 ans	50.000.- à 50.0000.000.-	5 ans à 10 ans	50.000.- à 50.0000.000.-
Art. 10. (n.m.)	Infractions visées aux art. 8 et 8.1 si elles constituent des actes de participation à l'activité principale ou accessoire d'une association ou organisation	A et B.	15 ans à 20 ans	50.000.- à 50.0000.000.-	15 ans à 20 ans	50.000.- à 50.0000.000.-
Art. 10.1	Infractions visées sous art. 8 ont causé la mort	A et B.	travaux forcés de 15 à 20 ans et amende de 50.000.- à 50.000.000.-	50.000.- à 50.000.000.-	15 à 20 ans	50.000.- à 50.000.000.-
	Infractions visées sous art. 8 ont causé la mort d'un mineur	A et B.	travaux forcés à perpétuité	50.000.- à 50.000.000.-	15 à 20 ans	50.000.- à 50.000.000.-
	Si coupable d'infraction(s) visée(s) aux art. 7 ou 8c et l'usage des substances a causé des troubles graves pour la santé, a immédiatement appelé au secours des services spécialisés	A et B.	non prévue		exemption des peines	
	Si coupable d'infraction(s) visée(s) aux art. 9 ou 10 alinéa 2 et l'usage des substances a causé des troubles graves pour la santé, a immédiatement appelé au secours des services spécialisés d'aide	A et B.	non-prévue		réduction des peines	
Art. 11. (n.m.)	L'association ou l'entente en vue de commettre les délits prévus à l'art. 8a) et b) est punissable de la même peine que l'infraction consommée. Il en est de même de la tentative des crimes ou délits prévus aux art. 8 à 10	A et B.				
Art. 12. (n.m.)	En cas de récidive dans le délai de cinq ans après une condamnation au chef d'une infraction prévue aux art. 8 à 11, les peines correctionnelles pourront être portées au double (...)	A et B.				

Art. 13				
Art. 14 (n.m.)	Alinéa 2. Infractions visées aux art. 7 à 11, par une personne (auteur ou complice) exerçant une branche de l'art de guérir, la profession de pharmacien ou une profession paramédical Alinéa 3. Mêmes infractions par personnes (auteurs ou complices) exerçant autre profession si l'infraction a été commise à l'occasion de l'exercice de cette profession	A et B. A et B.	Abrogé par la loi du 11 août 1998 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.
Art. 15.		A et B.	Abrogé par la loi du 7 juillet 1989	
Art. 16 (n.m.)	Infractions visées aux art. 7 à 11	A et B.	Interdiction par les tribunaux de conduire un véhicule 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
Art. 17 (n.m.)	Infractions aux interdictions prononcées en vertu des alinéas 2 et 3 de l'art. 14	A et B.	3 mois à 1 ans 2.501.- à 50.000.-	3 mois à 1 ans 2.501.- à 50.000.-
Art. 18.-22 (n.m.)	Réglementation des modalités de confiscation Réglementation des modalités de fermetures d'établissements ou lieu quelconque ouvert au public	A et B.		
Art. 23. (n.m.)	Alinéa 1. Coupable(s) d'infraction aux art. 7, 8c) ou 8h) qui avant la découverte des faits d'usage illicite se seront soumise(s) à une cure de désintoxication.	A et B.	Arrêt de l'action publique	Arrêt de l'action publique



(n.m.)	<p>Alinéa 2. Procès verbal dressé pour usage illicite d'une des substances visées à l'art. 7.</p> <p>Nouvel alinéa 3. Procès verbal a été dressé pour infraction aux articles 8 a) et b) et s'il appert des éléments de la cause que l'activité dominante de la personne concernée est celle de consommateur</p> <p>Nouvel alinéa 4. Infractions aux articles 7, 8c) ou 8h) et personne concernée s'est conformée à la cure de désintoxication proposée par le procureur d'Etat et l'a suivie jusqu'à son terme</p>	<p>Possibilité du procureur d'Etat de proposer aux personnes visées de se soumettre volontairement à une cure de désintoxication</p> <p>A et B.</p> <p>A et B.</p>	<p>Possibilité du procureur d'Etat de proposer aux personnes contre lesquelles un procès verbal a été dressé de se soumettre volontairement à une cure de désintoxication</p> <p>Possibilité du procureur de proposer aux personnes visées de se soumettre volontairement à une cure de désintoxication</p> <p>Action publique non-exercée également pour les infractions aux art. 8a), b)</p>
Art. 24. (n.m.)	<p>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</p>	<p>A et B</p>	<p>Le juge d'instruction pourra ordonner, sur requête du procureur d'Etat ou de l'inculpé, une cure de désintoxication</p>
Art.25. -29	<p>Réglementation des modalités de l'ordonnance de cure de désintoxication</p> <p>Réglementation des modalités du déroulement de la cure de désintoxication proposée ou ordonnée</p>	<p>A et B</p>	
Art. 30. (n.m.)	<p>Création et modalités de fonctionnement d'un service multidisciplinaire auprès du Ministère de la Santé Publique</p>	<p>A et B</p>	
Art.30.1	<p>Réglementation de la prescription et de la délivrance de substances visées à l'art.7. sur base du carnet à souches.</p> <p>Modalités de contrôle et de renouvellement du carnet à souche</p>	<p>A et B</p>	<p>Nouvel article 30.1</p>
Art. 31. (n.m.)	<p>1.a. Coupables d'infraction(s) aux articles 7, 8c) et 8h) ayant révélé à l'autorité l'identité d'auteurs d'infractions aux art. 8a), b), d), f), g), i), 9, 10 et 11 ou si les auteurs ne sont pas connus, l'existence de ces infractions</p>	<p>A et B</p>	<p>Exemption de peines</p>

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



Annexe E

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

Abus de substance psychoactive [DSM IV]

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

- 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 Volkgezondheid** (Scientific Institute of Public Health)

Marc Roelands
Rue Juliette Wytsman 14
B-1050 Bruxelles/Brussel
Tel. (32-2) 642 50 35
Fax (32-2) 642 54 10
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
PO Box 1881
DK-2300 København
Tel. (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

C/Recoletos, 22
E-28001 Madrid

Tel. (34) 91 822 61 24

Fax (34) 91 822 60 95

e-mail: relinstipnd@msc.es

▶ **France**

Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

(French Observatory for Drugs and Drug Addiction – OFDT)

Jean Michel Costes

3, Avenue du Stade de France
F-93200 Saint-Denis

Tel. (33) 141 62 77 16

Fax (33) 141 62 77 00

e-mail: jean-michel.costes@ofdt.fr

▶ **Greece/Elláda**

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

Hamish Sinclair
73 Lower Baggot Street
IE-Dublin 2
Ireland

Tel. (353-1) 676 11 76 - 160

Fax (353-1) 661 18 56

e-mail: hsinclair@hrb.ie

▶ **Italia**

**Presidenza del Consiglio dei Ministri-Dipartimento nazionale
per le politiche anti-droga Ufficio Monitoraggio**

Andrea Fantoma, Stefania Rota

Via della Mercede, 9
I-00187 Roma

Tel. (39-06) 42 45 42 65

Fax (39-06) 42 08 44 97

e-mail: a.fantoma@palazzochigi.it, s.rota@palazzochigi.it

▶ **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 Pugule
Hospitalu iela 55
LV-1013 Riga

Tel. (371-7) 38 80 18

Fax (371-7) 38 80 01

e-mail: not available

▶ **Lietuva**

Ministry of Health - Drug Control Department under the Government of the Republic of Lithuania

Ernestas Jasaitis
Sv. Stepono str.27
LT-03210 Vilnius
Tel. (370) 5 213 8188
Fax (370) 5 215 9096
e-mail: ernestas.jasaitis@nkd.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
Tel. (352) 45 32 13 39
Fax (352) 45 32 19
e-mail: alain.origer@crp-sante.healthnet.lu

▶ **Magyarország**

**Hungarian National Focal Point
National Center for Epidemiology - Ministry of Health**

Adrienn Nyirády
Gyáli út 2-6.
PO Box 64
HU-1097 Budapest
Tel: (36-1) 476 11 37
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
Fax: not available
e-mail: anna.girard@gov.mt

► **Nederland**

Trimbos-instituut

(Netherlands Institute of Mental Health and Addiction)

Franz Trautmann

Da Costakade 45

PO Box 725

NL-3500 AS Utrecht

Nederland

Tel. (31-30) 297 11 86

Fax (31-30) 297 11 87

e-mail: ftrautmann@trimbos.nl

► **Österreich**

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

Sabine Haas

Stubenring 6

A-1010 Wien

Tel. (43-1) 515 61 60

Fax (43-1) 513 84 72

e-mail: 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

► **Portugal**

Instituto Português da Droga e da Toxicodependência

(Portuguese Institute for Drugs and Drug Addictions - IDT)

Maria Moreira/ João Goulão

Praça de Alvalade, 6,7

PT-1070 - 036 Lisboa

Tel. (351) 211 112 700

Fax (351) 211 112 790 to 98

e-mail: maria.moreira@idt.min-saude.pt, [joao.goulao@idt.min-saude](mailto:joao.goulao@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) 52 05 776

Fax (386-1) 52 05 778

e-mail: mercedes.lovrecic@ivz-rs.si

▶ **Slovensko**

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

Lucia Kissova

Námestie slobody 1

SK-81370 Bratislava

Tel. (421-2) 5729 5757

Fax (421-2) 5249 6759

e-mail: lucia.kissova@vlada.gov.sk

▶ **Suomi/Finland**

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus

National Research and Development Centre for Welfare and Health

Sanna Rönkä

P.O. Box 220

FIN-00531 Helsinki

Tel. (358-9) 39 67 23 78

Fax (358-9) 39 67 24 97

e-mail: sanna.ronka@stakes.fi

▶ **Sverige**

Statens folkhälsoinstitutet (National Institute of Public Health)

Bertil Pettersson

Olof Palmes gata 17

S-103 52 Stockholm

Tel. (46-8) 56 61 35 13

Fax (46-8) 56 61 35 05

e-mail: bertil.pettersson@fhi.se

▶ **United Kingdom**

Sexual Health and Substance Misuse Policy

Department of Health

Alan Lodwick

Wellington House

133-155 Waterloo Road

UK - London SE1 8UG

Tel. (44-20) 79 72 51 21

Fax (44-20) 79 72 16 15

e-mail: alan.lodwick@dh.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

Tel. (32-2) 299 57 84

Fax (32-2) 295 32 05

e-mail: timo.jetsu@ec.europa.eu, elsa.maia@ec.eueuropa.eu

▶ **Norway (Norge)**

Statens institutt for rusmiddelforskning

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: odd@sirus.no

▶ **Bulgaria**

National Centre for Addictions

Momtchil Vassilev

117, Pirotska Str.

BG-1030 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) 316 47 97

Fax (40-21) 326 47 97

e-mail: 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

Annexe G

PARTICIPATION DES ORGANISMES NATIONAUX A DES PROJETS DE RECHERCHE EUROPÉENS OU NATIONAUX DANS LES DOMAINES DES DROGUES ILLICITES ET DE LA TOXICOMANIE

INSTITUTION	PROGRAMME	DATE	DESCRIPTION	SOURCE DE FINANCEMENT
Point Focal O.E.D.T Luxembourg CRP-Santé	RELIS - PFN	1993-96	Mise en place d'un réseau d'information et de recherche sur les drogues illicites et les toxicomanies	OEDT Ministère de la Santé - A.S.T
		1993-94	Etude épidémiologique de la population toxicomane au Grand-Duché de Luxembourg	Idem
		1993/94	Analyse de la population toxicomane en milieu carcéral au Grand-Duché de Luxembourg	Idem
		1993 / 94	Etude des cas de décès par overdose au Grand-Duché de Luxembourg	Idem
		1994 / 95	Etude épidémiologique comparative sur les tendances de l'abus de drogues illicites (Guadeloupe - Le Havre - Luxembourg)	PFN
		1996 - 98	Analyse comparative des systèmes de collecte de données sur les drogues illicites et des procédures permettant d'éviter le biais des comptages multiples	OEDT
		1997/98/ 99	Analyse comparative transfrontalière des toxicomanes en traitement dans la région Saar-Lor-Lux (Allemagne - France - Luxembourg) - Mise en place d'un réseau d'information interrégional	OEDT Ministères et Préfectures compétents des pays et régions concernés. (Fonds de lutte contre le trafic des stupéfiants)

	1997/98/ 99	Enquête auprès des médecins généralistes et des médecins psychiatres concernant la prise en charge de patients toxicomanes	PFN
	1996	Comparative study on the drug population of Portugal and a representative sample of Portuguese drug addicts living in the Grand Duchy of Luxembourg	PFN
	1999/2002	Etude épidémiologique et méthodologique des cas de décès liés à l'usage de drogues (1992-2000)	PFN
	1999/2001	Etude comparative multi- méthodes: Estimation de la prévalence nationale de l'usage problématique de drogues à risque élevé et d'acquisition illicite	PFN
	2000/2002	Etude du coût économique direct des interventions et de la politique publique en matière de drogue et de 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
Programme de travail- Epidémiologie O.E.D.T	1997-2000	Improving the comparability of general population surveys on drug use in the EU	OEDT
	1997	Synthetic Drugs in the EU	OEDT
	1997	Demand reduction activities related to new synthetic drugs in the EU	OEDT
	1997	EMCDDA study on demand reduction activities of the criminal justice system	OEDT



1997-2000	Inventory, bibliography and synthesis of qualitative research in the EU	OEDT
1997-2000	Development of a core item list for monitoring the treatment of drug misusers (CIT 1.0)	OEDT
1998	The use of amphetamines, ecstasy and LSD in the EU	OEDT
1998-2000	Early warning system on new synthetic drugs and the national focal points of the EU	OEDT
1998-2000	Technical development and maintenance of the EDDRA system	OEDT
1998-2000	Study to obtain comparable national estimates of problem drug use prevalence for all EU Member states	OEDT
1998-2000	Implementing standards for collecting data on drug-related deaths in the EU Member States	OEDT
1999	Linguistic equivalences in the field of drug terminology	OEDT
1999-2000	Technical development and maintenance of Evaluation Instrument Bank (EIB)	OEDT
1999-2000	Mapping available information on social exclusion and drugs, focusing on minorities across 15 EU Member states.	OEDT
1999-2000	Set-up of the EMCDDA's legal database on drugs	OEDT
2002	Launch of the Drugs in focus, a series of policy briefings	OEDT

Consultations Auteur : Laboratoire de Recherche CRISIS-ITRS	1999-2000	Etude comparative des réglementations nationales relatives aux remboursements des soins de santé dans la prise en charge des toxicomanes	pas applicable
CePT	1995 -...	Etude et évaluation d'un concept de prévention dans les communes	Commission européenne - DG V
CePT/ZeP F/ PFN	1996-98	Etude exploratoire sur la prévalence de la consommation d'MDMA (XTC) parmi une population de jeunes	Fonds de lutte contre le trafic des stupéfiants
	1999-2000	Etude exploratoire sur la consommation et les attitudes en matière du cannabis et de ses dérivés	CePT, PFN
	2002	Civic engagement in drug addiction prevention	CePT, Commission européenne
	2004	Manuel MOQUAVO: Motivation and qualification of volunteers in drug addiction prevention	CePT, Commission européenne
Laboratoire National de Santé	1981	Contribution à la recherche de drogues toxicomanogènes dans les milieux biologiques	
	1989	Analyses de différents produits en vue de la comparaison de résultats avec d'autres laboratoires européens	Commission européenne - DG V
	1990	The Drugs of Abuse/Scene 90	
	1995	Analyse des causes médicales de la mort des victimes par overdose au Grand-Duché de Luxembourg de 1984 - 1995	Ressources ad-hoc

JDH et Action Sociale pour Jeunes a.s.b.l.	Horizon	1993 - 94	Formation - réinsertion prof. et sociale de populations défavorisées (Toxicomanes)	C.E. + 40% Fonds Social Européen
	REITOX - O.E.D.T	1993- ...	Participation à la mise en place d'un réseau d'information et de recherche sur la toxicomanie	O.E.D.T Ministère de la Santé Luxembourg
C.T.M	Horizon	1993 - 94	Formation - réinsertion professionnelle et sociale de populations défavorisées (Toxicomanes)	CE - + 40% Fonds Social Européen
	REITOX - O.E.D.T	1993-...	Participation à la mise en place d'un réseau d'information et de recherche sur la toxicomanie	O.E.D.T Ministère de la Santé Luxembourg
		1990	Projet pilote sur la toxicomanie au sein des établissements pénitentiaires 1) Information des détenus 2) Formation du personnel 3) Etude des connaissances 4) Etude en double aveugle concernant le sevrage 5) Analyse statistique	CE - DG V
Ministère de la Santé				
Service d'Action Socio-Thérapeutique	Europe contre la Toxicomanie	1992	Organisation de la semaine de prévention	CE - DG V Ministère de la Santé
Direction de la Santé	Europe contre la Toxicomanie	1994	Organisation de la semaine de prévention	CE - DG V Ministère de la Santé
Division de la Santé au travail		1998	Alcohol and drug use at the workplace	Ministère de la Santé
I.E.E.S		1985	Etude longitudinale de la consommation de stupéfiants en milieu scolaire	Ministère de l'Éducation Nationale
		1992		

Fonds de lutte contre le trafic des stupéfiants	Groupe d'Aide Financière G.A.F.I VI...	1994 - ...	Evaluation de l'efficacité des dispositifs de lutte contre la drogue	Fonds de lutte contre le trafic des stupéfiants
Croix Rouge – Aidsberôdung	Careful Communication	1995-...	Analyse du processus de communication entre les médecins, personnel de soins et leurs patients (séropositifs, toxicomanes). Publication d'un manuel de formation	CE – DG V
Centre de Recherche Public - (CRP-Santé)		(88/05)	Etude des résistances cellulaires aux drogues.	Ressources ad hoc
		(94/01)	Biodisponibilité et détection de drogues illicites et de certains médicaments dans les cheveux.	Mémoire de fin de stage
		(96/06)	Impulsive behaviour and genes implicated in serotonin neurotransmission. An association study	
		(96/08)	Evaluation structurée des handicaps (déficiences, incapacités, désavantages) résultant des troubles mentaux et des troubles liés à l'alcool et aux drogues	
Gendarmerie Grand-Ducale		1991	Etude criminologique des cas de victimes d'overdose	Ressources ad hoc
Médecins sans Frontières		1996-...	Projet de recherche sur les mineurs toxicomanes vis-à-vis de la loi et mise en place d'un réseau de prise en charge	Ressources ad hoc
CEPS/ INSTEAD		1982	Analyse critique de la situation actuelle de la toxicomanie et de la consommation de drogues illicites dans les pays de la CE	

		1996	Etude de la consommation de drogues légales et illégales dans l'enseignement secondaire	C.E. - DG V Ressources ad hoc
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	
STATEC	Projet européen : étude de faisabilité	2006	Les activités illégales liées à la drogue : estimation de leur impact économique au Luxembourg	



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 D'ÉTUDES EN SANTÉ (CES)

POINT FOCAL OEDT LUXEMBOURG

(...)

Services conventionnés participant au réseau RELIS

CNDS - TOXIN	3 centres JDH
MSF SOLIDARITE -JEUNES	PRG. METHADONE
AIDSBERODUNG CROIX-ROUGE	KONTAKT 28

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 de 1992. 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 a 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 de correspondants permanents.

Parallèlement, le **groupe de Dublin**, en tant que cadre informel de coordination de l'assistance internationale dans les domaines de la lutte contre la drogue, représente également une enceinte à l'intérieur de laquelle la Commission trouve matière à intervenir. Cette dernière participe aux réunions du groupe qui se tiennent semestriellement à Bruxelles. Le groupe de Dublin, créé en 1990 sur une initiative des États-Unis, passe régulièrement en revue les principaux développements en matière de production, de consommation et de trafic de drogues dans les différentes régions productrices et de transit. Il est structuré en plusieurs formations régionales, appelées «mini groupes de Dublin». Ses membres, à côté des 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 (ONUDC, 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 autre, 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 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 liés 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)⁷

Le PNUCID a été créé en 1991 à la suite de la résolution 45/179 de l'Assemblée générale des Nations unies, en remplacement du Fonds des Nations unies pour la lutte contre l'abus de drogue (FNULAD). La mission principale de cet organe réside dans l'orientation et la coordination de toutes les activités (information, assistance juridique, assistance technique et coopération internationale) entreprises par les Nations unies en matière de lutte antidrogue.

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

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

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.*

III 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.

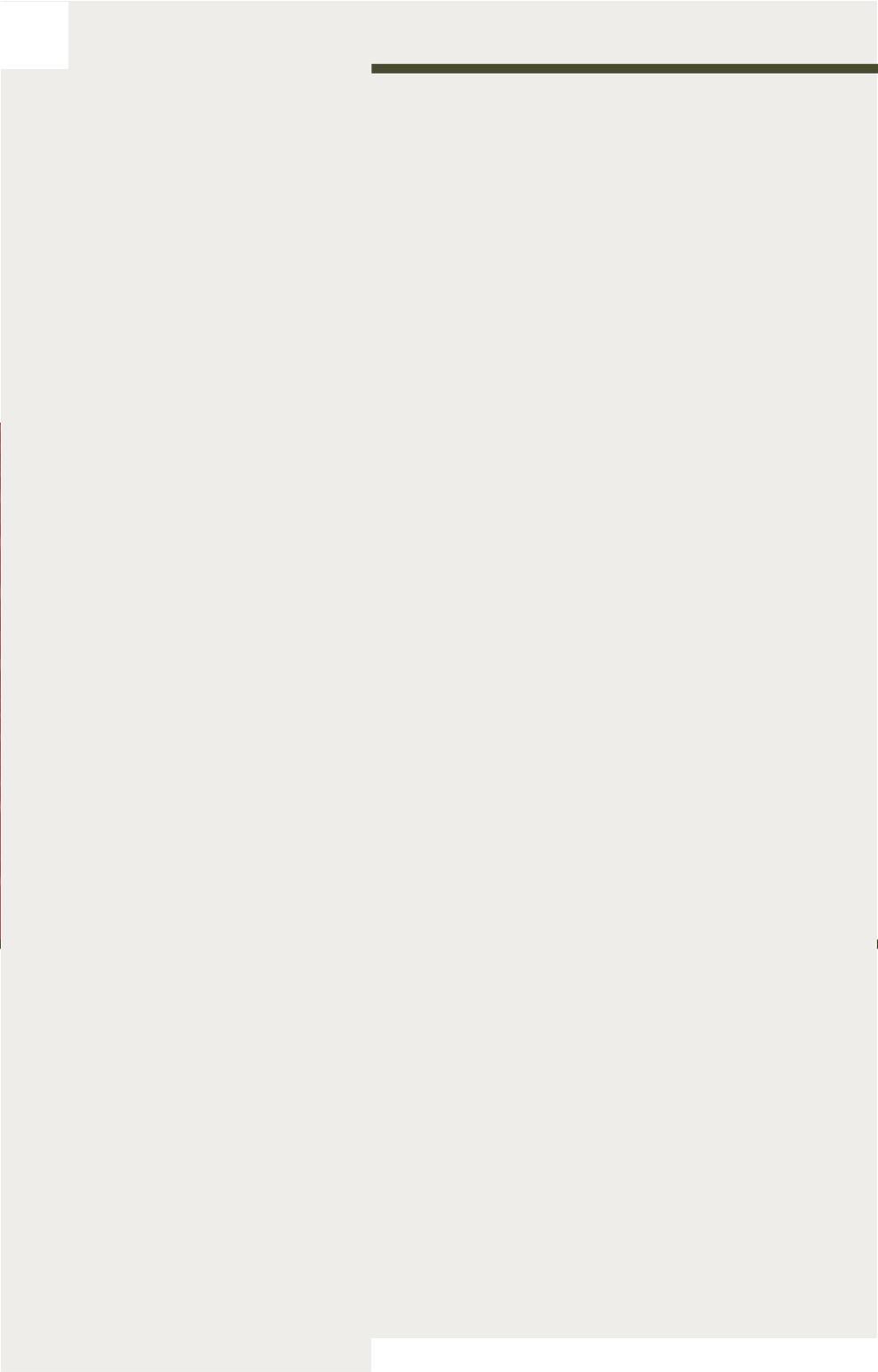
e. Fonds de Lutte contre le Trafic des Stupéfiants

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 23.452.313 (21.392.963) EUR dont à la fin de l'exercice 2005, 20.218.830 (17.861.533) EUR ont été effectivement engagés et 15.665.741 (10.621.109) ont été déboursés. Au 31 décembre 2005, sur le total des engagements, 10.473.430 (9.977.809) EUR ont été engagés pour des projets nationaux. Le Fonds disposait alors d'un actif net de 19.948.746 (17.375.127) EUR. Le Fonds s'est engagé financièrement dans 55 projets nationaux, 11 projets dans des pays PECO, 14 projets en Amérique, 8 projets en Afrique et 18 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/>

edition
(2006)





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
pascale.straus@crp-sante.healthnet.lu

conception **DESIGN**L'ARDO