

CENTRE DE RECHERCHE PUBLIC

crp



SANTÉ

# L'état du phénomène de la **drogue**

au Grand-Duché de Luxembourg

**L'ÉTAT DU PHÉNOMÈNE  
DE LA DROGUE**

au Grand-Duché de Luxembourg

ÉDITION 2008

# L'ETAT DU PHENOMENE DE LA DROGUE AU GRAND-DUCHE DE LUXEMBOURG

EDITION 2008

## CRP-SANTE/CES POINT FOCAL LUXEMBOURGEOIS de l'O.E.D.T.

1A-B, rue Thomas Edison  
L-1445 STRASSEN  
LUXEMBOURG  
Tél. : + 352 26 97 07 - 39 / 49  
Fax : + 352 26 97 07 19  
E-mail : [alain.origer@ms.etat.lu](mailto:alain.origer@ms.etat.lu)  
[sofia.lopes@crp-sante.lu](mailto:sofia.lopes@crp-sante.lu)  
[celine.diederich@crp-sante.healthnet.lu](mailto:celine.diederich@crp-sante.healthnet.lu)

RESEAU NATIONAL D'INFORMATION SUR LES STUPEFIANTS,  
LES SUBSTANCES PSYCHOTROPES  
ET LES TOXICOMANIES (R.E.L.I.S)

### AUTEUR :

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

### ASSISTANTES SCIENTIFIQUES :

**Sofia LOPES DA COSTA**  
CRP-SANTE  
Point focal OEDT

**Céline DIEDERICH**  
CRP-SANTE  
Point focal OEDT

2008



# SOMMAIRE

Liste des acronymes.....	5
RÉSUMÉ .....	8
<b>Orientations politiques et budgétaires.....</b>	<b>8</b>
<b>Indicateurs épidémiologiques .....</b>	<b>9</b>
<b>Indicateurs de réduction de l'offre .....</b>	<b>12</b>
<b>Disponibilité et qualité des drogues illicites au niveau national .....</b>	<b>13</b>
<b>Mesures de réduction des risques.....</b>	<b>14</b>
<b>Tendances essentielles .....</b>	<b>15</b>
<b>1. POLITIQUES ET CONTEXTES NATIONAUX .....</b>	<b>16</b>
• Cadre légal.....	16
• Cadre institutionnel, stratégies et politiques.....	24
• Budget et dépenses publiques.....	27
• Méthodologie.....	29
• Contexte social et culturel .....	38
<b>2. CONSOMMATION DE DROGUES DANS LA POPULATION .....</b>	<b>44</b>
• Consommation de drogues dans la population générale.....	44
• Consommation de drogues dans les milieux de jeunes et les milieux scolaires .....	48
• Consommation de drogues au sein de groupes spécifiques.....	52
<b>3. PRÉVENTION PRIMAIRE .....</b>	<b>53</b>
• Prévention universelle.....	54
• Prévention sélective .....	58
• Prévention indiquée.....	61
<b>4. PRÉVALENCE DE L'USAGE PROBLÉMATIQUE DE DROGUES (UPD) ET INDICATEUR DE DEMANDE DE TRAITEMENT (IDT).....</b>	<b>62</b>
• Estimation de prévalence et d'incidence des UPDs .....	63
• Indicateur de demande de traitement (IDT).....	68
<b>5. LES OFFRES SPÉCIALISÉES DE PRISE EN CHARGE .....</b>	<b>70</b>
• Systèmes de traitement.....	72
• Offres de traitement non centrées sur les médicaments.....	75
• Offres de traitements axées sur la prescription de médicaments .....	78
<b>6. RISQUES ET CONSÉQUENCES SANITAIRES ASSOCIÉS À L'USAGE ILLICITE DE DROGUES .....</b>	<b>81</b>
• Décès associés aux drogues et mortalité au sein de la population d'usagers de drogues.....	82
• Usage illicite de drogues et maladies infectieuses.....	87
• Co-morbidité psychiatrique (double diagnostic) .....	92
• Autres conséquences sanitaires liées à l'usage de drogues .....	94



<b>7. RÉPONSES AUX CONSÉQUENCES SANITAIRES DE L'USAGE ILLICITE DE DROGUES</b> .....	95
• Prévention des décès liés à l'usage illicite de drogues .....	95
• Prévention et traitement des maladies infectieuses associées à l'usage de drogues .....	97
• Interventions liées à d'autres corollaires sanitaires .....	100
• Interventions liées à d'autres corrélats de santé .....	101
<b>8. CONSÉQUENCES ET COROLLAIRES SOCIALES DE L'USAGE ILLICITE DE DROGUES</b> .....	104
• Exclusion sociale (parmi les usagers de drogues et usage de drogues parmi des groupes socialement exclus) .....	105
• Criminalité associée aux drogues .....	108
• Problèmes de drogues en prison .....	112
<b>9. RÉPONSES EN MATIÈRE DE RÉINTÉGRATION SOCIOPROFESSIONNELLE</b> .....	114
• Réintégration sociale .....	114
• Mesures en matière de lutte contre la criminalité liée aux drogues .....	115
<b>10. LE MARCHÉ NATIONAL DE DROGUES ILLICITES</b> .....	120
• Offre et accessibilité .....	121
• Production et modes de distribution de drogues illicites .....	123
• Prix / Pureté .....	125
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	127
• Liste alphabétique des références bibliographiques .....	127
• Liste alphabétique des liens Internet .....	130
<b>ANNEXES</b> .....	131

# LISTE DES ACRONYMES

<b>AST</b>	Service d'Action Socio-Thérapeutique de la Direction de la Santé
<b>CDS (CND)</b>	Commission des Stupéfiants (Commission on Narcotic Drug)
<b>CePT</b>	Centre de Prévention des Toxicomanies
<b>CES</b>	Centre d'Etudes en Santé
<b>CHNP</b>	Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique
<b>CICAD</b>	Commission Interaméricaine pour le Contrôle de l'Abus des Drogues
<b>CNDS</b>	Comité National de Défense Sociale
<b>CNER</b>	Comité National d'Ethique de Recherche
<b>CNPD</b>	Commission Nationale de Protection des Données
<b>CPG</b>	Centre Pénitentiaire de Givenich
<b>CPL</b>	Centre Pénitentiaire de Luxembourg
<b>CPOS</b>	Centre de Psychologie et d'Orientation Scolaire
<b>CRP-HT</b>	Centre de Recherche Public - Henri Tudor
<b>CRP-Santé</b>	Centre de Recherche Public - Santé
<b>CTM</b>	Centre Thérapeutique de Manternach - CHNP
<b>DEA</b>	Drug Enforcement Administration (États-Unis)
<b>EMEA</b>	European Medicines Agency
<b>EUROPOL</b>	Office Européen de Police
<b>FBI</b>	Federal Bureau of Investigation (États-Unis)
<b>FED</b>	Fond Européen de Développement
<b>FEDER</b>	Fond Européen de Développement Régional
<b>FLTS</b>	Fonds de Lutte contre le Trafic des Stupéfiants
<b>GAFI (FATF)</b>	Groupe d'Action Financière Internationale (Financial Action Task Force on money laundering)
<b>GAPC (CATF)</b>	Groupe d'Action sur les Produits Chimiques (Chemical Action Task Force)
<b>GHD</b>	Groupe Horizontal Drogue (du Conseil de l'UE)
<b>GID</b>	Groupe Interministériel « Drogues »
<b>GID</b>	Groupe Interservices Drogue (de la Commission européenne)
<b>Honlea</b>	Chefs des services nationaux de répression compétents en matière de drogues (organe subsidiaire de la Commission des stupéfiants)
<b>JDH</b>	Fondation Jugend- an Drogenhëllef
<b>LNS</b>	Laboratoire National de Santé
<b>MSF</b>	Médecins Sans Frontières
<b>NDLEA</b>	National Drug Law Enforcement Administration (Nigeria)
<b>NIDA</b>	National Institute on Drug Abuse (États-Unis)
<b>OCDE</b>	Organisation de Coopération et de Développement Economiques
<b>OEA (OAS)</b>	Organisation des États Américains (Organization of American States)
<b>OEDT (EMCDDA)</b>	Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction)
<b>OICS (INCB)</b>	Organe International de Contrôle des Stupéfiants (International Narcotic Control Board)



<b>OIPC/Interpol (ICPO)</b>	Organisation Internationale de Police Criminelle (International Criminal Police Organization)
<b>OIT</b>	Organisation Internationale du Travail
<b>OLAF</b>	Office Européen de Lutte Antifraude
<b>OMC</b>	Organisation Mondiale du Commerce
<b>OMD (WCO)</b>	Organisation Mondiale des Douanes (World Customs Organization)
<b>OMS (WHO)</b>	Organisation Mondiale de la Santé (World Health Organization)
<b>ONDCP</b>	Office of National Drug Control Policy of the White House (États-Unis)
<b>PECO</b>	Pays d'Europe Centrale et Orientale
<b>PESC (CFSP)</b>	Politique Etrangère et de Sécurité Commune (Common Foreign and Security Policy)
<b>PFN</b>	Point Focal National de l'OEDT
<b>PNUCID</b>	Programme des Nations Unies pour le Contrôle International de la Drogue
<b>PNUD</b>	Programme des Nations Unies pour le Développement
<b>REITOX</b>	Réseau Européen d'Information sur les Drogues et les Toxicomanies
<b>RELIS</b>	Réseau Luxembourgeois d'Information sur les Stupéfiants et les Toxicomanies
<b>SADC</b>	Southern African Development Community
<b>SAP</b>	Système d'Alerte Précoce en matière de nouvelles drogues synthétiques
<b>SEPT</b>	Semaine Européenne de Prévention des Toxicomanies
<b>SID</b>	Système d'Information Douanier
<b>SIS</b>	Système d'Information Schengen
<b>SMC</b>	Schéma Multidisciplinaire Complet (NU)
<b>SNJ</b>	Service National de la Jeunesse
<b>SPG</b>	Système de Préférences Généralisées
<b>SPJ</b>	Service des Stupéfiants de la Police Judiciaire
<b>UE</b>	Union Européenne
<b>UNGASS</b>	United Nations General Assembly Special Session on Drugs
<b>UNODC</b>	United Nations Office on Drugs and Crime
<b>ZEPP</b>	Zentrum für Empirische Pädagogische Forschung – Universität Landau

## ■ AVANT-PROPOS

Le rapport sur l'état du phénomène de la drogue au Grand-duché de Luxembourg (RELIS) vise à situer le contexte dans lequel s'inscrivent l'usage et le trafic illicites de drogues et les toxicomanies au niveau national en proposant une vue d'ensemble des orientations et des tendances actuellement observées en la matière.

Le présent rapport a été édité sous la direction d'Alain Origer, directeur du point focal luxembourgeois en collaboration avec Sofia Lopes Da Costa et Céline Diederich (PFN/CRP-Santé).

Les experts suivants ont été consultés: Dr Arno Bache (Direction de la Santé), Andrée Clemang (Ministère de la Justice), Dr Jean-Marc Cloos (Hôpital St. Thérèse), Auguste Dicken (Administration des Douanes), Jean-Paul Juchem (UCM), Dr Ferdy Kasel (CHNP-BU-V), Dr Annette Mühe (CHL), Georges Neu (Police Judiciaire - Section Stupéfiants), Romain Pauly (CHNP-CTM), Jean-Marie Schanck et Guy Reinart (Direction de la Santé), Steve Schmitz (Police Judiciaire – Criminalité organisée), Simone Schram (Direction de la Santé), Daniel Schroeder (Consultant), Prof. Dr Robert Wennig (Laboratoire National de la Santé LNS) ainsi que les chargés de direction de toutes les ONG spécialisées.





## ■ RÉSUMÉ

---

### RAPPORT NATIONAL SUR L'ÉTAT DU PHÉNOMÈNE DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES AU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG

(RELIS - ÉDITION 2008)

---

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

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

Les efforts déployés depuis maintenant 15 années ont permis de constituer une base de données nationale annuellement mise à jour, permettant notamment:

- de situer la prévalence, l'incidence et l'évolution de l'usage problématique de drogues au niveau national;
- de suivre des profils de trajectoires institutionnelles des demandeurs de soins;
- de servir de support scientifique et de base de données pour l'activité de recherche;
- d'évaluer les tendances nouvelles et l'impact de certaines interventions sur les comportements et caractéristiques de la population d'usagers problématiques de drogues et de faciliter l'analyse des besoins et 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 antidrogues 2000–2004** par le coordinateur national « Drogues » mandaté par le Ministre de la Santé en 2000 et chargé de la Présidence du **Groupe Interministériel Toxicomanies**, en 2006.

Le programme gouvernemental présenté à la suite des élections législatives de juin 2004 n'a pas introduit de changements en matière de 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 plan d'action actuellement en vigueur a tenu compte des éléments pertinents issus des **traités UE et CE, de la stratégie anti-drogue 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-drogue 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%** couvrant la durée du premier plan d'action national. Le budget 2007, s'élevait à 6.689.000 EUR. En ce qui concerne le budget 2008, 7.288.000 EUR ont été alloués aux services concernés ce qui représente une croissance supplémentaire de 9% en référence à l'exercice 2007. En 2000, le nombre de postes ETP conventionnés par le Ministère de la Santé et alloués aux structures spécialisées issues du domaine des toxicomanies s'élevait à 30,75 ; il a atteint 78,5 ETP en 2008.

### Indicateurs épidémiologiques

**A l'échelle mondiale**, le nombre global de consommateurs de drogues illicites est actuellement (2007) estimé à quelque 208 millions de personnes, ce qui équivaut à peu près à 5% de la population mondiale âgée entre 15 à 64 ans ayant consommé une drogue d'origine illicite au cours de l'année écoulée. L'usage à caractère problématique de drogues illicites concerne environ 0,6 % de la population mondiale dans cette même tranche d'âge.

Le cannabis reste de loin la drogue la plus consommée (quelque 165,6 millions de personnes) suivi des stimulants de type amphétamine (quelque 24,7 millions de personnes) et l'ecstasy (9 millions de personnes). Le nombre de consommateurs d'opiacés est estimé à 16,5 millions de personnes, dont 12 millions sont des consommateurs d'héroïne. Un nombre estimé de 16 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, suivis de la cocaïne et des opiacés. Actuellement on observe une certaine stabilisation uniquement pour la consommation des amphétamines et l'ecstasy.

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, témoignaient 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. 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. Sur base des données les plus récentes mais encore incomplètes (HBSC 2006) sur l'usage de drogues dans les populations scolaires on retiendra une plus grande proportion de jeunes de la catégorie d'âge de 15 ans qui ont déjà expérimenté un état d'ivresse à **l'alcool** comparée à la situation observée en 2002 (HBSC 2002). En référence aux mêmes études sérielles, la **prévalence vie de l'usage de cannabis**



(23%) a augmenté de 1,2% alors que la proportion d'étudiants âgés de 15 ans ayant consommé du **cannabis au cours des derniers 12 mois** (18%) a diminué de 3,8%. Une enquête représentative portant sur la population générale est prévue pour 2009-2010 et permettra de compléter ce tableau.

### PRÉVALENCE DE L'USAGE PROBLÉMATIQUE DE DROGUES (UPDs)<sup>1</sup>

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

**Le nombre d'UPDs indexés par les institutions nationales** en 2007 équivalait à 4.758 personnes (2002: 4.701). Dans ce recensement les comptages multiples sont inclus ce qui signifie qu'une personne donnée a pu être indexée deux fois ou plus si on tient compte de toutes les institutions spécialisées établies sur le territoire national. Dès lors, ce chiffre ne représente pas la prévalence (la taille) effective de la population d'UPDs au niveau national (qui elle, se détermine par des méthodologies différentes).

A titre comparatif on retiendra qu'en 2002, 2.383 personnes furent recensées par les **institutions de réduction de la demande** et 2.318 par les **instances de réduction de l'offre**. En 2007, ces mêmes instances ont recensé respectivement 2.859 et 1.687 personnes.

En 2007, 14% (10%) des répondants ont formulé **leur première demande de traitement** (tout centre de traitement inclus). On observe actuellement une augmentation du nombre de demandes de traitement ambulatoire et une stabilisation des demandes de traitement résidentiel et des demandes de désintoxication, alors que les contacts avec les structures « bas-seuil » (de première ligne) sont en hausse (60.000 contacts en 2007).

Si on associe aux études de prévalence l'évolution des indicateurs indirects et les facteurs contextuels explicités dans le présent rapport, il est raisonnable d'avancer que la prévalence des usagers problématiques de drogues s'est stabilisée lors des cinq dernières années (représentant une fenêtre d'observation épidémiologique pertinente) et se situe actuellement **entre 2.500 et 2.800**.

#### *Caractéristiques socio-démographiques de la population nationale d'UPDs*

La population cible est composée de presque un quart de femmes et trois quarts d'hommes. Sur les dix dernières années on constate que la proportion de **ressortissants étrangers** parmi les UPDs recensés a témoigné d'importantes fluctuations affichant cependant une tendance ininterrompue à la hausse de 2003 à 2006 et une stabilisation consécutive. La population des non-luxembourgeois(es) est principalement composée de ressortissants portugais dont la proportion s'est également stabilisée autour de 40% au cours des trois dernières années tout en restant supérieure à la proportion de citoyens portugais au sein de la population générale. On observe par ailleurs un accroissement 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 30 ans et 9 mois en 2007. L'écart entre les usagers les plus jeunes et les plus âgés continue d'augmenter. 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 également 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 jusqu'en 2006. En 2007, une légère hausse s'observe quant à la proportion de mineurs parmi les prévenus.

<sup>1</sup> Le terme « UPDs » sera utilisé pour désigner des « Usagers problématiques de drogues à haut risque et d'acquisition illicite » tout au long du présent rapport.

Une proportion croissante des usagers problématiques actuels de 89% et 44% ont respectivement consommé du cannabis et de l'héroïne (par voie i.v.) avant avoir atteint l'âge de 18 ans. En 1995 ces mêmes proportions étaient de 71% et 23%. A souligner enfin que les UPDs ont tendance à entrer en traitement de façon plus précoce, ce qui pourrait être dû à une offre de prise en charge actuelle plus diversifiée.

La **situation résidentielle** des personnes répertoriées affiche une amélioration au regard des années précédentes. Si en 1995, 31% des usagers disposaient d'un logement stable, cette proportion est de 73% en 2007, ce qui est en partie le mérite d'une série de projets d'aide au logement pour personnes dépendantes mis en place dans le cadre du plan d'action « drogues ». On doit cependant remarquer que de plus en plus d'usagers déclarent vivre seuls (47%), ce qui pourrait accroître les risques du surdosage. Le regroupement des personnes selon leur **provenance géographique** fait apparaître que les cantons du sud (44,2%) et les cantons du centre (32,1%) figurent en première position. Les cantons du nord confirment une certaine progression (14,2%).

Tous indicateurs confondus, la **situation d'emploi** des répondants s'est légèrement **améliorée en 2007**, sachant que le taux des personnes disposant d'un emploi stable a **augmenté de 10%** par rapport à 2006. Le **taux de chômage**, après s'être stabilisé à un niveau élevé (45-50%) entre 2001 et 2004, affiche une augmentation significative en 2005 (67%) et 2006 (72%). En 2007, une forte chute du taux de chômage à 23%, est survenue qui est due au fait qu'à partir de cette même année uniquement les répondants qui touchent des allocations de chômage ont été pris en considération. On observe **une diminution de l'autonomie financière au profit d'une dépendance sociale accrue**. A souligner cependant que **les revenus d'origine illégale, après une décroissance jusqu'en 2006, marquent une légère hausse en 2007**. Enfin on observe une **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, 2004) on estime actuellement que le nombre d'UPDs se situe entre 2.500 et 2.800.

L'**usage intraveineux d'opiacés** associé à une **polyconsommation généralisée** constitue de loin le comportement le plus fréquent parmi les UPDs répertoriés par le réseau institutionnel. Le passage à l'usage intraveineux s'effectue de plus en plus précocement, surtout en ce qui concerne la cocaïne, mais aussi pour l'héroïne. Le ratio entre usagers intraveineux et non-intraveineux s'est stabilisé à 5 :3. La prévalence de l'usage de cocaïne en tant que drogue préférentielle affiche des signes de stabilisation.

Le nombre de personnes en contact avec le réseau institutionnel spécialisé pour usage (préférentiel) de **cannabis** avait connu une hausse sensible les dernières années (2001, 11%) pour redescendre par après et atteindre des valeurs très basses en 2006 (1%) et en 2007 (3%). Les substances de **type amphétamines et ecstasy** sont faiblement représentées, ce qui ne renseigne nullement sur la prévalence de leur usage en population générale étant donné que les données RELIS portent sur l'ensemble des usagers problématiques actuels et ne recense dès lors pas la totalité des **usagers récréationnels**.

Le taux de **polytoxicomanie** (89%) s'est stabilisé suite à un niveau 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 2007. De façon générale on retiendra que la proportion d'UPDs de plus de 35 ans et celle des usagers de moins de 19 ans continuent leur augmentation.



*Morbidité et mortalité liées à la consommation de drogues*

En termes épidémiologiques les taux d'infection au HBV (hépatite B) et la prévalence des cas HIV/Sida 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 les plus récentes, **la proportion moyenne d'usagers intraveineux de drogues parmi les personnes infectées par le HIV, accusait 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 récente étude (Origer et Removille, 2007) basée sur une méthodologie de dépistage sérologique, confirme une prévalence élevée au sein de la population des UPDs et UIDs, et ce, plus particulièrement en milieu carcéral.

La concrétisation des plans 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 un niveau historiquement bas de 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. En 2007, on a enregistré 5,67 (2006 ; 4,13) cas de surdoses fatales sur 100.000 habitants ce qui représente une légère hausse par rapport à l'année précédente.

Un groupe d'experts nationaux a été constitué afin d'analyser les facteurs qui interviennent dans la genèse des surdosages mortels comme les variations imprévisibles de la pureté des drogues illicites, la généralisation du polyusage incluant la consommation de médicaments présentant des risques d'interactions potentiellement dangereuses avec des drogues illicites. Dans ce contexte, le bureau du coordinateur drogues a procédé à une analyse longitudinale des cas de surdosages survenus entre 1992 et 2006 sur base des **données médico-légales** disponibles. L'analyse en question confirme 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. Il est remarquable que depuis 2000, la présence de **traces de méthadone au niveau des analyses de sang des victimes de surdosage** a connu une hausse importante.

Pour les victimes, il s'agit pour la plus grande majorité d'hommes (74%) dont l'âge moyen au moment du décès a connu une hausse sensible sur les dernières quinze années (1992 : 28,4 années et 2007 : 32,3 années). Le nombre de victimes âgées de moins de 20 ans est resté remarquablement stable alors que celles plus âgées que 35 années a augmenté au cours de la période d'observation. L'écrasante majorité des personnes décédées sont connues par les forces de l'ordre en raison de leurs carrières d'usagers qui dépassent en moyenne les dix années. A noter également que plus de 80% des victimes connues avaient suivi un ou plusieurs traitement(s) avant leur décès et que la moitié disposaient d'un logement que l'on peut qualifier de stable. Une majorité confirmée de victimes sont de nationalité luxembourgeoise. Sur toute la durée d'observation, les citoyens portugais occupent la deuxième place suivis de l'Italie et de la France. Plus récemment, on a cependant observé un nombre croissant de victimes des pays frontaliers (BE, DE, F) et une baisse du nombre de victimes d'origine portugaise.

**Indicateurs de réduction de l'offre<sup>2</sup>**

*Saisies de substances illicites*

D'importantes variations au niveau de l'évolution des **quantités saisies** s'observent depuis le début des années 90 et ceci pour presque tous les types de produits. Une analyse longitudinale indique une tendance générale à la baisse jusqu'en 2002 des quantités d'héroïne, de cocaïne et de cannabis. Plus récemment les

<sup>2</sup> Sauf indication contraire, les données présentées se rapportent à l'année 2007. A défaut d'autres indications, les données entre parenthèses se rapportent à l'année 2006.

saisies d'héroïne ont connu une certaine stabilité et affichent même une baisse en ce qui concerne la cocaïne et le cannabis. Le **nombre de saisies** est également resté stable, à l'exception du cannabis qui affiche une hausse et le nombre de prévenus impliqués dans des affaires de saisies affiche une tendance à la baisse au cours de la même période. Cette évolution suggère que des **quantités plus importantes de drogues illicites sont distribuées par un nombre plus limité de trafiquants**. Une majorité confirmée de ces prévenus sont de nationalité étrangère.

Les saisies considérables de STA de l'année précédente n'ont pas pu être confirmées en 2007. Les quantités de substances de type XTC, saisies la première fois en 1994, sont restées modestes au cours des dernières années.

#### *Mesures judiciaires et pénales*

Le nombre de **procès verbaux** pour motifs d'infraction à la loi modifiée de 1973 est passé de 764 en 1995 à 1.372 en 2007. En ce qui concerne le nombre respectif de **prévenus**, on note une évolution semblable. En 2007, furent enregistrées 226 **arrestations** pour motifs d'infraction à la loi modifiée de 1973. Si on se place dans une optique à plus court terme on constate cependant que le nombre de procès verbaux, le nombre de prévenus et le nombre d'arrestations pour le même motif affichent une certaine stabilité ou ont même diminué au cours des dernières 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 68%. Il s'agissait dans 32% (30%) des cas de **premiers auteurs** en 2007 (baisse considérable depuis 1998). Le pourcentage de **mineurs** parmi les prévenus est passé de 5,4% en 1993 à 13,8% en 2003 et redescendu à 6,8% en 2007.

Les données statistiques fournies par l'**administration pénitentiaire** pour l'année 2007 font état de 1.030 (1.043) nouvelles entrées au CPL et au CPG dont 212 (20,6%) pour infraction(s) à la loi du 19 février 1973 (Code : DELIT-STUP); une proportion qui représentait 42,6% en 1996.

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

Selon les données fournies par la Police Judiciaire et par l'ensemble des unités décentralisées de la Police Grand-ducale (sections de recherche), 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 grande partie 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 a connu l'arrivée 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 se situe autour de 80% depuis les 3 dernières années. 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. 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 provient de l'Afrique du Nord et transite 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. Un phénomène récent consiste dans le fait que **les groupements ethniques ont tendance à interagir** et à se mélanger au niveau de l'organisation de la vente de la drogue, tandis qu'auparavant,



aucune filière criminelle ne cherchait le contact avec les autres groupes. De plus, il a été observé que les trafiquants sont en train de délocaliser leurs points de vente vers des endroits moins visibles à la police, tels qu'appartements privés ou cafés.

Au vu de la position géographique du Luxembourg la Police Grand-ducale travaille en étroite collaboration avec ses pays voisins et les Pays-Bas. Dans le cadre **d'accords de coopération policière internationale**, des opérations à grande échelle sont régulièrement organisées afin de lutter contre le trafic de drogues. Dans le cadre de ces opérations, la Police met en place un dispositif de surveillance, d'observation et d'interpellation afin de combattre les flux illicites de stupéfiants en provenance des Pays-Bas et les phénomènes de trafic et de consommation régionale de stupéfiants.

Comparés à la situation observée en 2003, **les niveaux de pureté** des substances de type ecstasy et les STA affichent une tendance à la baisse alors que la pureté de la cocaïne et de l'héroïne jouit d'une certaine stabilité. Toutefois, il s'agira de suivre attentivement les variations remarquables au niveau des puretés minimales et maximales et plus particulièrement les concentrations de THC du cannabis (herbe) ayant atteint des taux maximaux historiques et à ce jour exceptionnels dépassant les 30% en 2007.

**Les prix** de rue de l'héroïne et de la cocaïne connaissent des marges très importantes alors que les prix pour les produits de type ecstasy continuent à chuter. Pour ce qui est du cannabis et de ses dérivés on retient une stabilisation des prix au cours des dernières cinq années.

Depuis 2003 aucun laboratoire clandestin de production de drogues n'a été découvert sur le territoire luxembourgeois. En 2006 et 2007, des quantités significatives de champignons hallucinogènes et de khat (60kg) ont été saisies sur le territoire national.

### Mesures de réduction des risques

Depuis la mise en place du **programme national d'échange de seringues** en 2004, on notait une augmentation continue du nombre de **seringues stériles distribuées jusqu'en 2005** (2007: 288.247 / 1996: 76.259). Cette même tendance s'observe pour le nombre de **seringues usées collectées** [2007: 260.252 (90%) / 1996: 28.646 (38%)]. En 2005, le nombre de seringues distribuées s'est stabilisé pour la première fois et il a chuté significativement depuis lors. Une majorité d'injecteurs (34%) se procurent leurs seringues auprès d'associations spécialisées suivies des pharmacies (31%) et des distributeurs automatiques.

Le nombre de contacts enregistrés par les **structures d'accueil bas-seuil** a connu un accroissement remarquable lors des dernières 10 années (2007: 60.405 / 1996: 6.456). La diversification et la décentralisation de ces services sont essentiellement à l'origine de cette évolution.

**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 113 en 2007 (tendance décroissante de 1998 à 2006, avec légère reprise en 2007). 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 2007, l'Union des Caisses de Maladie a recensé 122 (1999: 125) médecins ayant prescrits à 979 (2002: 889) patients différents des médicaments avec l'indication de traitement de substitution (MEPHENON ®, METHADICT ®, SUBUTEX ®).

Tous indicateurs de tendances confondus, les données les plus récentes confirment une **stabilisation du nombre d'usagers problématiques de drogues au Grand-duché** de Luxembourg au cours des dernières cinq années.

L'usage intraveineux d'héroïne demeure le mode de consommation préférentiel des usagers répertoriés par le réseau institutionnel. Cependant, la qualité des drogues vendues sur les marchés illicites au niveau national a connu une dégradation importante ce qui a eu comme conséquence, entre autres, l'augmentation sensible du nombre de seringues distribuées<sup>3</sup> et une généralisation désormais confirmée de la polyconsommation. **Le taux de mortalité des UPDs** a diminué significativement depuis l'exécution des plans d'action nationaux en matière de lutte anti-drogue. En 2006 et en 2007, à l'instar de la majorité d'autres pays de l'UE, le nombre de victimes de surdosages mortels a connu à nouveau une hausse modérée qui n'annonce cependant pas une hausse générale de la prévalence des UPDs mais est en grande partie à associer aux variations parfois extrêmes des niveaux de qualité des drogues illicites actuellement sur le marché national et à une polyconsommation généralisée incluant l'usage non thérapeutique de médicaments de prescription présentant des risques **d'interactions potentiellement dangereuses** avec les substances illicites consommées.

Aussi, l'évolution des taux **de pureté des produits dérivés du cannabis** doit être suivie avec attention au vu des valeurs extrêmes des concentrations de THC dans des échantillons isolés saisis sur le territoire national. Une même attention doit être accordée à la demande de **drogues biogènes** en général, pour la plupart en vente sur internet.

Des efforts supplémentaires devront être déployés en matière de **prévention des maladies infectieuses** auprès des usagers de drogues. Si les taux d'infection au HIV/Sida sont bas et stables, il n'en va pas de même pour la prévalence de l'infection HCV (hépatite C) parmi les usagers de drogues et en particulier chez les usagers intraveineux. Les résultats de recherches récentes (Origer et Removille, 2007) basées sur une méthodologie de dépistage sérologique, confirment une prévalence élevée (> 70%) au sein de la population des UPDs et des UIDs et plus élevée encore en milieu carcéral.

Les développements en termes de **réponses** apportées aux problèmes associés à l'usage problématique de drogues sont à mettre en lien direct avec la mise en exécution de la stratégie nationale « drogues » et des plans d'action y associés.

Au cours des dernières années, les services de consultation et de traitement spécialisés ont été largement adaptés aux réalités et défis nouveaux, ce qui a eu comme conséquence positive et documentée que plus de personnes commencent **leur premier traitement à un moment plus précoce de leur carrière** d'usager. Les mécanismes de coordination entre les ONG et les autorités nationales compétentes ont été utilement complétés. Une **planification pluriannuelle concertée** a permis par le biais de plans d'action concrets et transparents d'atteindre une mobilisation de ressources budgétaires significativement plus élevées que lors des années précédant cette première. Si la prévention primaire est au premier plan, on retiendra également des améliorations visibles au niveau des mesures d'intervention précoce. Des efforts importants ont par ailleurs été entrepris au niveau des mesures de réduction de risques et dommages et de la diversification des offres de prise en charge. Les mesures de réintégration socioprofessionnelle ont porté leurs fruits au vu des données récentes en la matière. L'offre de traitement de substitution, et les structures bas seuils se sont développées et continueront à se développer sur la toile de fond de la décentralisation à l'échelle nationale.

<sup>3</sup> Pour atteindre un même niveau d'effet, des injections plus fréquentes sont nécessaires lorsque le produit injecté est de moindre qualité.





# 1. POLITIQUES ET CONTEXTES NATIONAUX

## Sommaire

La consommation de drogues est définie comme comportement potentiellement associé à des conséquences néfastes en termes sanitaires et psycho-sociaux. Par conséquent, la politique nationale s'articule sur des compétences et responsabilités partagées. En termes stratégiques, le concept plus holistique de comportements « addictifs » constitue la toile de fond de toute intervention en la matière. Cette tendance est reflétée par le récent élargissement de compétences du GIT (Groupe interministériel Toxicomanies) et par l'accroissement de sa visibilité externe.

Les élections parlementaires de juin 2004<sup>4</sup> ont donné lieu à une coalition gouvernementale entre chrétiens-sociaux (CSV) et socialistes (LSAP). Les compétences et attributions ministérielles en matière de drogues et de toxicomanie n'ont cependant pas été modifiées. La déclaration gouvernementale de 2004 et les accords de coalition subséquents ont souligné la nécessité de continuer à développer et à diversifier les offres de prise en charge spécialisées, une adaptation des aspects législatifs et la promotion des mesures de réduction des dommages.

En juin 2005, le Ministre de la Santé a présenté la nouvelle stratégie anti-drogue et le plan d'action 2005-2009 élaboré par le bureau du coordinateur national « Drogues », nommé président du GIT par le Ministre de la Santé en 2006. Le plan d'action est basé sur l'évaluation finale du plan d'action précédant et l'analyse des besoins actuels et futurs. Un des premiers acquis du nouveau plan d'action était la mise en place de la première salle de consommation de drogues à Luxembourg ville (juillet 2005). Un bilan mi-parcours de l'état d'exécution du plan d'action 2005-2009 a été publié en avril 2008. Un rapport final des résultats et une évaluation de la stratégie nationale des drogues et du plan d'action 2005-2009 sont prévus pour 2009.

## CADRE LÉGAL

### Lois (2000-2007)

- **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 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.

<sup>4</sup> Déclaration gouvernementale 2004, [http://www.gouvernement.lu/salle\\_presse/actualite/2004/08/04declaration/index.html](http://www.gouvernement.lu/salle_presse/actualite/2004/08/04declaration/index.html)

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.

Les termes de la loi sont volontairement simplifiés afin d'accroître leur lisibilité pour l'ensemble des lecteurs non-spécialistes. Pour toute information complémentaire, on se référera 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.
- **loi du 11 août 2006** relative à la lutte antitabac (Mémorial A, N° 154, page 2726)
- **loi du 13 juillet 2007<sup>5</sup>** relative aux marchés d'instruments financiers et portant transposition de : - la directive 2004/39/CE du Parlement européen et du Conseil du 21 avril 2004 concernant les marchés d'instruments financiers, modifiant les directives 85/611/CEE et 93/6/CEE du Conseil et la directive 2000/12/CE du Parlement européen et du Conseil et abrogeant la directive 93/22/CEE, - l'article 52 de la directive 2006/73/CE de la Commission du 10 août 2006 portant mesures d'exécution de la directive 2004/39/CE du Parlement européen et du Conseil en ce qui concerne les exigences organisationnelles et les conditions d'exercice applicables aux entreprises d'investissement et la définition de certains termes aux fins de ladite directive.

<sup>5</sup> Mémorial A 2007, p. 2076 (Adoption: 13/07/2007, entrée en vigueur: 01/11/2007)



- **loi du 18 septembre 2007<sup>6</sup>** abaisse le taux d'alcoolémie de **0,8‰ à 0,5‰** et introduit un taux de **0,2‰ pour certaines catégories de conducteurs (conducteurs novices et professionnels)**. Le cas échéant, la Police grand-ducale dressera un avertissement taxé respectivement en cas d'alcoolémie supérieure ou égale à 0,5‰ ou supérieure ou égale à 0,2‰.

Il est procédé au **retrait immédiat** du permis de conduire pour une durée de 8 jours ouvrables :

- en cas de constatation d'un **taux d'alcoolémie supérieur ou égal à 1,2‰**,
- en cas de **refus** de se prêter à un **test** d'alcoolémie ou de drogues,
- après la constatation d'un **excès de vitesse** supérieur à 50% de la vitesse maximale autorisée, le dépassement devant être au moins de 40 km/h.

La loi prévoit également un cadre légal pour le dépistage de drogues (illicites) au bord de la route. Sera puni des peines prévues au paragraphe 1er, 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 substances ci-après dans des quantités supérieures ou égales aux seuils maxima correspondants:

- 2 ng/ml de tetrahydrocannabinol (THC),
- 50 ng/ml d'amphétamines,
- 50 ng/ml de cocaïne,
- 20 ng/ml d'opiacés.

- **loi du 18 décembre 2007<sup>7</sup>** portant approbation de la Convention des Nations Unies contre la criminalité transnationale organisée, adoptée par l'Assemblée Générale des Nations Unies à New York, le 15 novembre 2000. L'objet de la Convention est de promouvoir la coopération afin de prévenir et de combattre plus efficacement la criminalité transnationale organisée.

#### Règlements grand-ducaux (2004-2007)

**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.

**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 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 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.

<sup>6</sup> Memorial A 2007, p.3348, (Adoption : 18/09/2007, entrée en vigueur : 01/10/2007)

<sup>7</sup> Memorial A 2007, p. 4410 (Adoption: 18/12/2007, entrée en vigueur : 28/12/2007)

Législation en matière de médicaments et de substances toxiques :

**Règlement grand-ducal du 4 mars 1974** concernant certaines substances toxiques ;

**Règlement grand-ducal du 20 mars 1974** concernant certaines substances psychotropes ;

**Règlement grand-ducal du 26 mars 1974** établissant la liste des narcotiques contrôlés ;

**Règlement grand-ducal du 8 mai 1993** concernant le commerce des narcotiques et substances psychotropes;

**Règlement grand-ducal du 2 février 1995** concernant la production et la distribution de certaines substances utilisées dans la production de substances narcotiques et psychotropes.

Les textes complets concernant les lois de base actuelles, ainsi que les règlements récents peuvent être consultés sur les sites web suivants : <http://www.legilux.public.lu> ou <http://eldd.emcdda.eu.int/>

### 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.

**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.

**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.

**Sommaire du relevé général de la législation en matière de médicaments et de substances toxiques de 2000 à 2007**

**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.



## Projets et propositions de lois

En 2007, aucun projet ni aucune proposition de loi en relation avec les drogues ou la toxicomanie n'a été introduit.

## Application des lois

En référence à la législation nationale, les forces de l'ordre n'ont pas de pouvoir discrétionnaire : toute infraction, une fois constatée, doit être rapportée. Cependant, il peut arriver qu'un prévenu ne soit pas poursuivi (p.ex. première « interpellation » concernant le cannabis). C'est le Procureur d'Etat, qui décide de « l'opportunité de poursuite ».

Les infractions se rapportant aux stupéfiants sont couvertes par la loi du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie (ci-après dénommée 'la loi 1973'), qui a été modifiée par la loi du 27 avril 2001.

La loi modifiée de 1973 reste surtout une loi répressive, pour les consommateurs de drogues aussi bien que pour les trafiquants. En matière d'alternatives à la simple exécution des peines les options suivantes sont prévues.

Conformément à l'article 23 de la loi de 1973, les cas impliquant l'usage personnel de drogues (individuel ou en groupe) et/ou les cas impliquant des infractions contre l'article 8 de la loi de 1973 ne sont pas poursuivis, si la personne concernée a commencé un traitement pour sa toxicodépendance avant que l'usage illégal n'ait été découvert. Par ailleurs, le procureur peut offrir au délinquant l'option d'un traitement volontaire pour sa dépendance. Si le délinquant termine avec succès le traitement proposé par le plaignant, les accusations seront abandonnées.

Conformément à l'article 24 de la loi de 1973, si des accusations préliminaires concernent l'usage personnel de drogues et s'il est établi que l'accusé bénéficierait d'un traitement médical, le juge d'investigation pourra ordonner un traitement de la toxicodépendance du prévenu à la demande du procureur ou de la personne accusée.

L'article 25 de la loi de 1973 permet au tribunal de la jeunesse à soumettre un mineur à un traitement de dépendance.

Finalement, l'article 26 de la loi de 1973, donne aux tribunaux la possibilité d'ordonner à un toxicomane de se soumettre à un traitement. Dans ce cas, le verdict peut être reporté. Si l'accusé remplit toutes les conditions imposées par les tribunaux, les accusations pour usage illégal de drogues pourront être abandonnées.

Les mesures au-dessus s'appliquent exclusivement aux consommateurs de drogues et non pas pour d'autres groupes de délinquants.

En complément des mesures spéciales prévues par la loi de 1973, les tribunaux peuvent encore avoir recours aux mesures de condamnations reformées ou toute application de circonstances atténuantes, prévues pour d'autres types d'infractions, tel qu'ils figurent dans le Code Pénal et le Code d'Instruction Criminelle. Les circonstances atténuantes prévues aux articles 73 à 79 du Code Pénal permettent au juge d'ordonner des travaux d'intérêt général ou une amende, ou même de renoncer à une condamnation en faveur d'une amende de police (entre 25 et 248 EUR).

Les articles 619 à 634(1) du Code d'Instruction Criminelle autorisent le juge à reporter le verdict ou à suspendre la peine, avec ou sans probation et avec une période de probation.

Les dernières mesures sont les plus utilisées (surtout les circonstances atténuantes et la suspension de la peine). L'injonction thérapeutique, prévue par la loi de 1973, est rarement invoquée et ce pour des cas où le juge est convaincu que le toxicomane est sincère dans son désir de traitement.

La **loi du 27 avril 2001**<sup>8</sup> modifiant la loi de base du 19 février 1973 **introduisant entre autres l'abolition de peines privatives de liberté pour usage simple** de cannabis et différenciant les pénalités en fonction de la nature des substances contrôlées impliquées, ainsi que le **règlement grand-ducal du 30 janvier 2002**<sup>9</sup> sur le traitement par substitution ont largement contribué à diminuer le décalage entre la législation en la matière et les routines de poursuite. Ainsi la législation actuelle et la politique des poursuites ciblent davantage le trafic de drogues que la simple consommation et mettent l'accent sur la réduction des dommages et des risques.

La création d'une salle de consommation de drogues supervisée facilite le travail des forces de l'ordre dans la mesure où l'usage de drogues en public et les nuisances y associées peuvent être réduits par ce biais. Par ailleurs, les officiers de police ont la possibilité d'orienter les usagers de drogues (injecteurs) à la salle d'injection comme alternative à l'usage de drogues dans la rue, contribuant ainsi à la stratégie de réduction des risques et dommages.

La réponse à une infraction commise par un usager de drogues doit être proportionnelle au dommage qu'elle essaie de prévenir. Tous les experts légaux du Luxembourg sont d'accord avec cette affirmation et le principe est appliqué en pratique. Aussi longtemps que le toxicomane reste un simple usager, il en subit lui-même les dommages et la réponse légale reste minimale aussi longtemps que l'ordre public n'est pas perturbé de façon significative. Cependant si le toxicomane cause des dommages à autrui, la réponse deviendra plus ferme suivant la gravité des faits.

La plus grande priorité est accordée au trafic de « drogues considérées comme très dangereuses ». Comme le premier objectif de la politique luxembourgeoise des drogues consiste dans la prévention de la dépendance et des risques y associés, la poursuite des distributeurs et revendeurs de ce type de drogues revêt une importance particulière. Aussi longtemps qu'il y a des drogues considérées comme très dangereuses sur le marché, le prix restera relativement bas. Cette situation va en accroître l'attrait pour les consommateurs d'autres drogues (même des drogues légales comme l'alcool ou le tabac) et l'accès à ces drogues dangereuses est facile. Les peines prononcées envers les trafiquants devront avoir un effet dissuasif.

Une autre priorité importante consiste dans les infractions graves (autres que les infractions liées aux drogues) commises par les toxicomanes. La majorité des crimes et des infractions contre la propriété commises par des toxicomanes sont motivées par le besoin de financer leur consommation de drogues, et contribuent largement à la perturbation de l'ordre public. Une réduction significative de ces infractions baisserait inévitablement les troubles d'ordre public, ce qui encouragerait le public de percevoir les toxicomanes comme des gens malades.

Pour les délits de drogues commis en privé, d'autres procédures, comme la médiation criminelle, la décriminalisation, le report ou la suspension des peines, sont des options disponibles – particulièrement appliquées dans des cas de dommages publics minimaux ou de première infraction.

Dans le cadre d'une suspension de la peine les tribunaux peuvent présenter aux prévenus l'option de suivre un traitement afin d'éviter l'emprisonnement. Pourtant, beaucoup de travailleurs sociaux sont d'avis que cette réponse est inappropriée, comme un tel traitement s'avère seulement effectif si le toxicomane décide de l'entamer par son plein gré et non s'il/elle est forcé(e) de le faire.

Au Luxembourg, on est généralement d'accord sur le fait que les usagers de drogues sont principalement des personnes malades qui ont besoin d'un traitement et que le simple usage de drogues ne devra pas être sanctionné par des peines criminelles. Des mesures plus appropriées consistent dans des avertissements, des amendes et des saisies de drogues par confiscation. Il existe cependant un consensus entre les experts légaux que ces mesures ne devront pas être les seules disponibles, comme il existe des cas où le simple usage de drogues peut perturber sérieusement l'ordre public (surtout si cela se déroule dans des écoles, par

<sup>8</sup> Mémorial A 2001, p.1180 (Adoption : 27/04/2001, entrée en vigueur : 17/05/2001)

<sup>9</sup> Mémorial A 2002, p.232 (Adoption : 30/01/2002, entrée en vigueur : 12/02/2002)





exemple) et pour lesquels des sanctions spécifiques devront être prévues. Les experts légaux sont aussi d'accord sur le fait que la police, qui est en contact direct avec les usagers, ne devra pas avoir de pouvoir discrétionnaire. De telles décisions devront être réservées aux magistrats, qui peuvent objectivement évaluer un cas basé sur les faits.

## CADRE INSTITUTIONNEL, STRATÉGIES ET POLITIQUES

### Mécanismes de coordination

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 donné que la lutte anti-drogue est une compétence partagée entre différents portefeuilles ministériels, il est d'une importance primordiale 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 « Toxicomanies » (GIT) qui est présidé par le coordinateur national « drogues ». Si les différents ministères restent compétents au niveau de la définition de leurs actions et de l'engagement des moyens budgétaires, la coordination politique est du ressort du GIT. S'ajoutent à la liste des délégués ministériels représentés au sein du GIT, une série d'experts nationaux qui sont invités en cas de besoin. Le GIT s'occupe actuellement de toutes les questions portant sur les drogues et les comportements addictifs. En mai 2008, le GIT a publié son premier communiqué de presse sur l'usage abusif d'alcool chez les jeunes.

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 à ce dernier au cours de la période législative 1999 à 2004 et après, 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 (E), 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 de la Santé (CRP-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.

Récemment, des recommandations pour réduire la mortalité associée aux drogues ont été éditées, comme un exemple de bonne pratique en matière de la collaboration entre les autorités nationales de santé et les ONG spécialisées.

### Stratégie et plan d'action national

**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 antidrogues 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-drogue 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 sensées 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), réintégration 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 réinsertion socioprofessionnelle et à l'offre proprement thérapeutique.



Un bilan mi-parcours de l'état d'exécution du plan d'action 2005–2009 a été publié en mai 2008 et est téléchargeable du site du Ministère de la Santé : [www.ms.etat.lu](http://www.ms.etat.lu). Une évaluation finale du plan sera entreprise en 2009.

### Exécution des politiques et stratégies anti-drogues

L'impact final d'un plan d'action drogues dépend largement de la manière dont ce dernier a été élaboré. Les plans d'action élaborés à ce jour reflètent la stratégie du Ministère de la Santé et visent à optimiser les interventions de lutte contre les drogues et les toxicomanies en fonction des priorités constatées, des besoins évalués et des ressources mobilisables. Aussi s'agit-il d'un cadre ouvert qui permet l'inclusion de projets complémentaires en cas de besoin. En 2004 le coordinateur national « drogues » a lancé un deuxième processus de consultation multilatéral impliquant différents départements ministériels, des ONG spécialisées et la société civile afin de combler les besoins constatés lors de l'élaboration du plan d'action 2005-2009. Les priorités du Ministère de la Santé ont été discutées, et si besoin il y avait, d'autres mesures ont été ajoutées. Un consensus sur l'hierarchie des actions listées a été obtenu par les parties impliquées. Finalement, toutes les actions retenues ont été structurées d'une façon claire, simple et orientées vers les résultats comme suit : '1. Description/objectif de l'action – 2. Gestionnaire responsable – 3. Budget – 4. Indicateur de résultat – 5. Dates limites de l'exécution et de l'évaluation'.

L'implication active des ONG spécialisées depuis le début du travail de conceptualisation a permis de garantir une mise en exécution efficace des actions considérées essentielles par toutes les parties impliquées. Ainsi 87% de toutes les actions retenues par le plan d'action drogues 2000-2004 ont pu être réalisées dans les limites prévues. Les mesures qui n'ont pas encore été réalisées (p.ex. le programme de distribution contrôlée d'héroïne) ont été planifiées dans les délais mais ont accumulé des retards pour des raisons politiques et stratégiques. Ces actions ont été ajoutées au nouveau plan d'action drogues et déjà au cours de sa phase initiale, une des actions les plus controversées a été réalisée ; à savoir la première salle de consommation de drogues.

En résumé, on retiendra que l'implication multilatérale des acteurs compétents et le fait que la plupart des services impliqués dans l'élaboration des processus sont coordonnés de façon centralisée par le Ministère de la Santé, contribuent largement à l'effectivité du modèle stratégique national.

### Impact des politiques et stratégies nationales

L'exécution du premier plan d'action drogues 2000-2004 a eu comme résultat tangible, une augmentation extraordinaire des moyens budgétaires, ainsi que le développement et la diversification des offres de programmes spécialisés. Le processus d'exécution des plans d'action drogues occupe une place importante dans l'agenda politique nationale, ce qui a exercé une pression constructive sur tous les acteurs impliqués. Les médias ont également contribué à accroître la prise de conscience, et ce, encore davantage depuis qu'ils ont pu s'adresser à un interlocuteur central en la personne du coordinateur national drogues. Un autre effet positif du plan d'action drogues constitue l'engagement accru des ONG et de la société civile en matière de politique de drogues en raison de leur implication précoce dans le processus de planification. Le grand public a bien accueilli les plans d'action drogues, car ceux-ci offrent la possibilité d'observer les efforts relatifs à la lutte contre la toxicomanie et de comparer les objectifs avec les actions réalisées.

Un bilan à mi-parcours de l'état d'exécution du plan d'action 2005-2009, approuvé par le GIT, a été publié en avril 2008. Sommairement, on retiendra que **82% des actions retenues sont en cours dans les délais ou sont déjà accomplies alors que l'on se situe seulement à mi-chemin de la durée effective du plan**. 13% des actions sont en cours hors délais ou ont été accomplies bien qu'avec un certain retard. 7% des mesures ont du être mises en suspens pour des raisons budgétaires ou autres. Il convient de préciser que les délais observés ne sont pas d'ordre conceptuel et attribuables aux gestionnaires des projets en question. Ils sont dus d'une part aux retards au niveau de l'octroi des autorisations de bâtir et de la nécessité d'intégrer les enseignements de certains projets novateurs dans la planification d'autres projets (e.g. Programme de distribution contrôlée d'héroïne).

Outre les efforts déployés par la totalité des acteurs impliqués, le bilan à ce jour positif est également à mettre en relation avec **l'augmentation considérable des moyens budgétaires mobilisés en matière de lutte contre la toxicomanie**. A titre d'exemple, on retient une hausse de 224% du budget investi par le Ministère de la Santé dans les mesures de la réduction de la demande de drogues entre 2000 et 2007.

En ce qui concerne les résultats finaux, il n'existe aucun doute que la stratégie nationale et le plan d'action drogues ont comblé des besoins nationaux spécifiques. Les moyens budgétaires investis ont permis d'accroître les ressources en termes de prévention primaire, d'élargir les capacités d'admission des services de première ligne, d'augmenter le nombre et la diversité des offres post-thérapeutiques, de régionaliser les offres de traitement, d'améliorer les mécanismes de contrôle relatifs au traitement de substitution, de réduire les risques et les dommages, particulièrement en matière de transmission de certaines maladies infectieuses, endémiques à la population des UPDs, de réduire considérablement le nombre de surdoses et finalement de favoriser les activités de recherche en la matière.

Une évaluation finale du plan d'action sera entreprise au cours de l'année 2009.

En attendant, un groupe de travail, présidé par le coordinateur national drogues et composé d'experts du Ministère de la Santé et de services de prise en charge et de psychiatrie spécialisés, a été mandaté par le Ministre de la Santé pour procéder à l'évaluation des besoins dans le domaine des offres de prise en charge et de réhabilitation en matière de toxicomanie. Les recommandations de ce groupe, ensemble avec le bilan de l'évaluation finale, serviront au coordinateur national drogues et au GIT à élaborer le plan d'action drogues 2010-2014.

En ce qui concerne le bilan intermédiaire du plan d'action drogues 2005-2009, les premiers résultats témoignent d'un niveau élevé d'exécution en ce qui concerne la réalisation de projets et une augmentation continue des ressources y affectées.

## BUDGET ET DÉPENSES PUBLIQUES

Les décisions en matière de financement d'actions s'inscrivant dans le domaine des drogues incombent en majeure partie aux structures gouvernementales. La création, le développement 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 spécialisées sont en grande partie conventionnées ou subventionnées par l'un ou l'autre ministère sur base de conventions de collaboration prévues par la loi du 8 septembre 1998 réglant les relations entre l'Etat et les organismes œuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique. 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.



La lutte contre les drogues et les dépendances est multidisciplinaire. Ainsi au Luxembourg, 11 ministères et 13 départements sont impliqués dans l'exécution des différentes mesures nationales de lutte contre les drogues, bien qu'à des degrés divers. Comme dans la plupart des Etats membres de l'UE, la structure du budget national de l'Etat ne permet pas l'analyse du budget, basée exclusivement sur des dépenses directement attribuables à la lutte anti-drogue. Les problèmes suivants apparaissent lors des études des dépenses publiques:

- Les lignes budgétaires peuvent être génériques (drogues légales et illégales), agrégées (prévention de la dépendance), sur-inclusives (solidarité sociale) ou non identifiables,
- Les budgets ne sont pas ventilés selon leurs affectations spécifiques,
- Différence entre un budget provisoire, un budget voté et les dépenses finales (le budget prévisionnel est souvent plus détaillé que le budget voté),
- Les dépenses peuvent être annuelles, pluriannuelles, uniques, ordinaires, extraordinaires, etc. Si elles surviennent durant l'année de référence de l'étude, elles devront être comptabilisées incluses bien qu'elles peuvent donner une image biaisée des moyens effectivement investis, surtout si elles sont importantes (p.ex. investissements immobiliers qui remplacent un loyer mensuel),
- En termes de suivi : les lignes budgétaires peuvent être restructurées, intégrées ou ventilées au cours du temps,
- En ce qui concerne la santé publique, les dépenses peuvent être couvertes par un financement direct de l'Etat ou par un remboursement de la sécurité sociale,
- Il peut y avoir un manque de clarté dû aux financements mixtes (p.ex. centres de recherche public – financement de multiples projets, plusieurs ministères) ou d'un budget avec des origines nationales, européennes et internationales partagé,
- Eligibilité de projets de coopération versus variabilité des contributions annuelles,
- Impossibilité d'évaluer l'effet de l'éducation générale et des interventions éducatives (p.ex.) sur les comportements addictifs et leur coûts attribuables.

Cette liste n'est pas exhaustive. Pourtant les études sur les dépenses publiques en rapport avec la problématique des drogues sont réalisables, bien qu'elles demandent un travail analytique considérable autant pour les lignes budgétaires clairement attribuables que pour les budgets plus globaux. Les chercheurs peuvent être amenés à prendre des décisions, d'inclure ou d'exclure une série de dépenses. Il est important que ces décisions soient prises conformément à des standards reproductibles et dans le meilleur des cas, conformément à des références méthodologiques harmonisées et largement reconnues.

Comme ces standards sont seulement en cours de développement, la réponse à une question d'ordre général devra guider le chercheur dans son analyse ; à savoir : *Est-ce que le service, l'offre, les mesures, l'action, l'institution, etc. existeraient aussi ou serait le/la même, s'il n'y avait pas de toxicomanes ou de problèmes liés aux drogues illicites ?*

Afin d'élaborer une méthodologie optimisée, qui tient compte du contexte national et qui est conforme au plan de travail de l'EMCDDA, une étude nationale sur le coût économique direct de la politique des drogues et des interventions a été réalisée de 1999 à 2002 se rapportant aux données de 1999 (Origer, 2002b). Cette étude (*étude sur le coût économique direct des interventions et de la politique en matière de drogues et de toxicomanies*) fut publiée en 2002 (Origer, 2002) et les résultats peuvent être consultés sous <http://www.relis.lu>. Une description détaillée de la méthodologie appliquée en 2002 peut être consultée dans l'étude originale. La même méthodologie a été appliquée pour la présente mise à jour et les autres mises à jour annuelles.

Vu la taille géographique du Luxembourg et son organisation politique, les dépenses inscrites sont de nature centralisée et nationale. Il n'y a pas de budgets « drogues » régionaux et locaux significatifs qui devraient être considérés dans la présente analyse.

## MÉTHODOLOGIE

L'objectif de la présente analyse consiste dans l'évaluation des dépenses publiques directes attribuables à la lutte contre les drogues et la toxicomanie.

**DIRECT:** Sont exclus les coûts des conséquences indirectes (p.ex. perte de revenu, taxes) et les coûts non quantifiables (p.ex. perte de bien être) ainsi que les dépenses liées à l'acquisition de drogues illicites par le consommateur lui-même.

**ECONOMIQUE:** Impact monétaire et non pas impact social (coûts sociaux) ou perte de qualité de vie p.ex.

**COÛTS:** Dépenses et non pas revenus créés par le marché illégal de drogues

**POLITIQUE NATIONALE DE DROGUES:** Finances publiques et non pas dépenses privées ou investissements

La méthodologie appliquée se réfère aux concepts de la théorie « Coût de Maladie » (C.D.M.) par opposition à l'approche « Coût-Bénéfice ».

Les classifications **COFOG** et **REUTERS** sont appliquées selon les recommandations de l'OEDT.

Les techniques suivantes ont été appliquées et combinées en fonction des contextes d'analyse :

- Analyse du budget d'Etat et du projet de budget d'Etat
- Réunion de clarification avec les autorités financières impliquées
- Entretiens qualitatifs
- Analyse des rapports d'activité des départements ministériels et des ONG
- Analyse des conventions de l'Etat et des déclarations financières des ONG spécialisées
- Analyse détaillée financière et répartition du budget fourni suite à une demande par une série d'institutions (ONG, sécurité sociale, hôpitaux)

### Principaux documents de référence:

- Lois et projets de loi concernant le budget des revenus et des dépenses de l'Etat
- Rapports d'activité ministériels annuels
- Rapports d'activité des ONG spécialisées
- Conventions d'Etat avec les ONG
- Décomptes financiers annuels des ONG spécialisées
- Données statistiques de l'UCM



Les sources de données principales sur lesquelles s'appuient le présent chapitre sont les suivantes :

**Ministère des Finances** (2006). Projet de loi concernant le budget des recettes et des dépenses de l'Etat. Ministère des Finances, Luxembourg.

**Ministère des Finances** (2007). Projet de loi concernant le budget des recettes et des dépenses de l'Etat. Ministère des Finances, Luxembourg.

**Ministère des Finances** (2008). Projet de loi concernant le budget des recettes et des dépenses de l'Etat. Ministère des Finances, Luxembourg.

**Ministère de la Santé** (2008). Rapport d'activités 2007, 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.

**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.

Tab. 1.1 Estimation nationale des dépenses publiques directement attribuables à la lutte anti-drogue (EN)

Ministry/Department	Budget/Title	Budget/Expense (EUR)	COFOG	REUTERS
<b>01</b> Ministry of Foreign Affairs and Immigration	S 01.7 / 35.031 35.40 / 01.53 Cooperation and Development: Voluntary contributions to international organisations Contribution to UNODC	100.000.-	01.2.2.	/
<b>04</b> Ministry of Finances	S 04.3 / 12.310 03.20 Staff and operational costs of the Special Drugs Division of Customs Costs related to drugs dogs brigade	3,773,260.- 40,000.-	01.1.2. (03.06.0)	3
<b>05</b> Ministry of Finances Treasure and Budget	S Operational costs and 2007 national investments of the National Fund against Drug Trafficking I 34.3 74.300 01.22 Acquisition of drug detection equipment for Customs Administration	845,241.- 65,000.-	01.1.2. 03.6.0	1,2,3,4 3
<b>07</b> Ministry of Justice	S 07.0 35.060 03.10 International Relations: Contribution to EUROPOL DRUG UNIT S 12.370 / 12.30 / 03.03 Care programme for drug addicts in prison	6,000.- 700,000.-	01.2.2. 07.2.0.	3 3
<b>10/11</b> Ministry of Education of Professional Training	S 10.0 12.223 04.01 Drug prevention in primary and post primary schools S 11.4 12.301 08.30 Drug prevention and Sport	0.- 2,000.-	07.4.0 07.4.0	1 1
<b>12</b> Ministry of Family, Social Solidarity, Youth	S 12.8 / 12.252 06.32 Drug Prevention in retention centres for minors	12,530.-	03.4.0	1
<b>14</b> Ministry of Health	S 14.0 12.000.05.00 Fees for National Drug Substitution treatment commission S 14.1 12.343 05.00 Control of national enforcement of UN drug conventions S 14.1 33.002 05.00 Co-financing of staff and operational costs of the national EMCDDA focal point S 14.1 / 33.013 05.23 - 33.014 05.23 Staff and operational cost of specialized drug agencies conventionned by state	1,500.- 10,000.- 124,345.- 5,676,983.-	07.4.0 01.2.2. 07.5.0. 07.2.0	2 3 2 1,2,3,4





S 14.1 12.311 05.10 Provision of drug injection material in the framework of the national NEP	510,000.-	07.1.2.	4
S14.2 12.301 05.20 / 12.801 05.20 Toxicological surveillance of drug addicts	152,000.-	07.4.0	/
I 44.7 52.000 05.22 05.23 / 52.002 05.22 Construction works and acquisition of equipment for conventionned specialized drug agencies	500,000.- 55,000.-	07.2.0	2
22 Ministry of Public Buildings			
I 52.4 72.022 05.20 05.22 / 74.092 74.22 Construction works and acquisition of equipment for conventionned specialized drug agencies	30,000.-	07.2.0	2
<b>TOTAL A</b>	<b>12,606,859.-</b>		



Tab. 1.2 Estimation nationale des dépenses publiques indirectes en matière de lutte anti-drogue (EN)

Ministry/Department	Budget/Title	Budget/Expense (EUR)	Attributable proportion	COFOG	REUTERS
<b>01</b> Ministry of Foreign Affairs and Immigration	<b>S. 01.7</b> Staff ,operational and mission cost related to drug related issues	19,790.-	Estimation by MFA based on analysis of work and mission reports and career of involved agents	01.2.2.	/
<b>05</b> Ministry of Finances Treasury and Budget	<b>S. 05</b> Renting of real estate for specialized drug agencies	273,560.-	Standard rent prices according to location and surface	0.1.1.2	2
<b>07</b> Ministry of Justice	<b>S. 07.0</b> Staff ,operational and mission cost of MJ related to drug related issues	6,500.-	Estimation by MJ based on analysis of work / mission / career	03.6.0	3
	<b>S. 07.1. 0</b> Staff ,operational and mission cost of judiciary services (courts, etc) related to drug related issues	1,120,000.-	Total cost of judicial services x proportion of drug offences affairs (based on ad hoc register)	03.3.0	3
	<b>S. 07.2</b> Prison drug related expenditures	9,119,630.-	Total prison budget x proportion of drug law offenders in total prison population	03.4.0	3
	<b>S. 07.4</b> Police drug related expenditures	1,162,360.-	Dedicated staff, operational and mission costs (Special drug units 100%)	03.1.0	3
<b>12/13</b> Ministry of Family, Social Solidarity and Youth	<b>S. 13.1 / 12,140 06. 32</b> Information campaigns on drugs	14,960.-	Internal budget breakdown	07.4.0	1
	<b>S. 13.1 / 11.000 11.00</b> Staff ,operational and mission costs of MF related to drug related issues	22,092.-	Estimation by MF based on analysis of work / mission / career	07.4.0	1



<p><b>14</b> Ministry of Health</p>	<p><b>S 14.0</b> Staff, operational and mission cost of MH related to drug related issues</p>	<p>22,092.-</p>	<p>Estimation by MH based on analysis of work / mission / career</p>	<p>076.0</p>	<p>1,2,4</p>
<p>14.1 Directorate of Health</p>	<p><b>S 14.1</b> / 33,014 05.23 Staff and operational cost of National Aids counselling Centre</p>	<p>188,217.-</p>	<p>25% of total budget : average proportion of PLWHIV/AIDS infected via IDU in clients</p>	<p>072</p>	<p>1</p>
<p>14.2 Public Health Laboratory</p>	<p><b>S 14.1</b> / 11,000 05.00 / 12,010 05.00 Staff and mission costs of Directorate of Health allocated to drug related issues</p>	<p>244,000.-</p>	<p>Dedicated staff to drug issues + Estimation by MH based on analysis of work / mission / career</p>	<p>076.0</p>	<p>1,2,4</p>
<p>14.2 Public Health Laboratory</p>	<p><b>S 14.2</b> / 11,000 05.20 Staff, operational and mission costs of Laboratory related to drug related issues</p>	<p>22,092.-</p>	<p>Estimation by Laboratory based on analysis of work / mission / career</p>	<p>074.0</p>	<p>2</p>
<p><b>17</b> Ministry of Social Security</p>	<p><b>S 17.2</b> Staff, operational and mission costs for agents in charge of drug treatment referral abroad</p>	<p>77,694.-</p>	<p>Estimation by MSS based on analysis of work / mission / career</p>	<p>074.0</p>	<p>2</p>
<p>Health / Social security</p>	<p><u>A. Substitution treatment</u></p>	<p>265,025.-</p>	<p>Detailed breakdown by Union of Sickness Funds (UCM)</p>	<p>072.2</p>	<p>2</p>
	<p>- Reimbursement of prescription substitution drugs (methadone, buprenorphin, etc.) (Net, patient's contribution excluded)</p>	<p>41,975.-</p>	<p>Detailed breakdown by Union of Sickness Funds (UCM)</p>	<p>072.2</p>	<p>2</p>
	<p><u>B. Inpatient hospital drug treatment</u></p>	<p>2,320,805.-</p>	<p>ICD-10: F11, F12, F14, F15, F16, F18 and F19 hospital episodes x cost per episode (provided by UCM)</p>	<p>073.2</p>	<p>2</p>
	<p>- Reimbursement of inpatient hospital drug treatment costs (e.g. detoxification)</p>	<p>153,645.-</p>	<p>Number of medical consultations x reimbursed fees according to duration of stay</p>	<p>073.2</p>	<p>2</p>
	<p>- Medical counselling costs associated to hospital treatment episodes</p>				

	<p><u>C. Drug treatment abroad</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reimbursement of drug treatment costs abroad (e.g. residential therapy or specialized therapeutic offers not available in Luxembourg)</li> </ul>	1,220,000.-	Adjusted breakdown provided by UCM in 2005	07.3.2	2
	<p><u>D. Cost of HIV/AIDS treatment provided to patients infected via IDU</u></p>	1,830,000.-	Number of HIV/AIDS patients infected via IDU in treatment x yearly average cost of HIV/AIDS treatment (+/- 20,000.- EUR) x reimbursable proportion	07.2.2 07.3.2	2
<b>TOTAL A</b>	<b>Non-Labelled Public drug-related expenditures</b>	<b>21,816,037</b>			
<b>TOTAL A+B</b>	<b>Labelled + Non-Labelled Public drug-related expenditures</b>	<b>34,344,916</b>			



Tab. 1.3 *Dépenses publiques en fonction de la classification COFOG, premier niveau (2007)<sup>10</sup>*

COFOG 1 <sup>st</sup> level function	Labelled expenditures	Non-labelled expenditures	TOTAL
3 (Public Order and Safety)	4,736,031.-	15,100,090.-	19,836,121.- (58%)
7 (Health)	7,751,828.-	6,422,597.-	14,174,425.- (42%)
TOTAL			34,010,546.-

Tab. 1.4 *Dépenses publiques en fonction de la classification COFOG, deuxième niveau (2007)*

COFOG 2 <sup>nd</sup> level function	Labelled expenditures	Non-labelled expenditures	TOTAL
3.1 (Police services)	3,838,260.-	4,853,960.-	8,692,220.-
3.3 (Law courts)	/	1,120,000.-	1,120,000.-
3.4 (Prisons)	12,530	9,119,630.-	13,898,711.-
7.1 (Medical Products, appliances and equipment)	510,000.-	/	318,151.-
7.2 ( Outpatient services)	6,961,983.-	495,217.-	7,457,200.-
7.3 ( Hospital services)	/	5,524,450.-	5,524,450.-
7.4 (Public Health services)	155,500.-	136,838.-	292,338.-
TOTAL			32,728,368.-

<sup>10</sup> Les sommes des tableaux 1.3 et 1.4 ne sont pas égales à la somme du tableau général étant donné qu'il existe des dépenses qui ne tombent pas sous les fonctions 3 et 7 de COFOG

La somme totale des dépenses publiques directement et indirectement attribuables à la lutte anti-drogue est estimée à 34.344.916.- EUR pour l'année 2007. 58% de ce même budget sont affectés à la sauvegarde de l'ordre et la sécurité publics et 42% au volet sanitaire.

Le PFN suit également le budget annuel à l'aide d'un indicateur partiel mais représentatif, à savoir le budget annuel du Ministère de la Santé, alloué aux activités liés aux drogues. Le tableau 1.1 présente la progression budgétaire depuis l'exécution du premier plan d'action en 2000 et le tableau 1.2 résume la progression annuelle du budget du Ministère de la Santé, ainsi que les ressources humaines allouées aux activités liées aux drogues jusqu'au mi-parcours du plan d'action 2005-2009.

Fig. 1.1 Budget annuel du Ministère de la Santé alloué à des activités liées à la toxicomanie 2000 - 2007

Année	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<b>Budget (EUR)</b>	2.066.000.-	3.210.000.-	4.294.000.-	4.862.000.-	5.771.000.-	6.196.000.-	6.584.000.-	6.689.000.-
<b>Taux de Progression</b>	Année Référence	55%	108%	135%	180%	200%	217%	224%

Source: Projet de loi concernant le budget des recettes et des dépenses de l'Etat pour l'exercice 2008. Volume 1. (Ministère des Finances 1999-2007)

Fig. 1.2 Progression annuelle du budget du Ministère de la Santé et les ressources humaines allouées aux activités liées à la toxicomanie 2004 - 2008

Année budgétaire	2004	2005	2006	2007	2008
<b>Budget (EUR)</b>	<b>5.771.000.-</b>	<b>6.196.000.-</b>	<b>6.584.000.-</b>	<b>6.689.000.-</b>	<b>7.288.000.-</b>
Taux de progression annuelle	Année Référence	7.36%	6.27%	1.59%	8.97%
Taux de progression annuelle cumulé	Année Référence	7.36%	14.09%	15.91%	26.29%
<b>Ressources humaines dédiées (Temps Plein)</b>	<b>59.5</b>	<b>63.5</b>	<b>69.25</b>	<b>73.5</b>	<b>78.5</b>
Taux de progression annuelle	Année Référence	6.72%	9.06%	6.14%	6.80%
Taux de progression annuelle cumulé	Année Référence	6.72%	16.39%	23.53%	31.93%

Source: Projet de loi concernant le budget des recettes et des dépenses de l'Etat pour l'exercice 2006/2008. Volume 1. (Ministère des Finances 1999-2007)

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.

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.



### Modèles de financement

Le financement des mesures retenues par le plan d'action 2005-2009 est 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 service ministériel compétent 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 dégagent définissent en fin de processus les contours réels de la mise en œuvre du plan d'action. 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.

## CONTEXTE SOCIAL ET CULTUREL

### Opinion publique en matière de drogues et de toxicomanies

En mai 2008, la DG Justice, Liberté et Sécurité de la Commission Européenne a publié un sondage public intitulé « Les jeunes et la drogue (15-24 ans) » (N°233) dans le cadre des sondages Eurobaromètre. En 2002 et 2004, deux enquêtes ont été réalisées parmi les jeunes de 15 pays membres de l'UE (Eurobaromètre Spécial N°172 et Flash Eurobaromètre N°158).

Pour le nouveau Flash Eurobaromètre N°233 (2008) le questionnaire a été revu et des entretiens téléphoniques ont été réalisés au lieu d'entretiens face à face.

Au Luxembourg l'institut Gallup Europe a mené les entretiens téléphoniques entre le 14 et le 18 mai 2008. Un total de 250 jeunes âgés entre 15 et 25 ans ont participé à ces entretiens.

### 1. Comment les problèmes de drogues de la société devront-ils être abordés?

Le tableau suivant présente les réponses à la question: Quelle approche de la part des autorités publiques pensez-vous être la plus efficace, dans la lutte contre les problèmes de drogues de la société? Quelle serait la deuxième approche la plus efficace ?

	Approche la plus efficace	2 <sup>ème</sup> approche la plus efficace	Total %
<b>Mesures sévères contre les revendeurs et trafiquants de drogues</b>			
Luxembourg	33	22	55
EU27	39	24	63
<b>Campagne d'information et de prévention</b>			
LU	24	23	47
EU27	24	22	47
<b>Traitement et réhabilitation des usagers de drogues</b>			
LU	21	18	39
EU27	14	19	33
<b>Mesures sévères contre les usagers de drogues</b>			
LU	6	15	21
EU27	7	16	23
<b>Réduction de la pauvreté/chômage</b>			
LU	6	13	19
EU27	6	9	15
<b>Légalisation des drogues</b>			
LU	8	4	12
EU27	8	5	13

En général et conformément à la moyenne européenne, les jeunes du Luxembourg considèrent les mesures sévères contre les revendeurs et trafiquants de drogues comme la manière la plus efficace pour les autorités publiques pour rencontrer les problèmes liés aux drogues, suivies des campagnes d'information et de prévention, le traitement et la réhabilitation des usagers de drogues, les mesures sévères contre les usagers de drogues, la réduction de la pauvreté et du chômage et finalement la légalisation des drogues.

Toutefois, concernant les mesures sévères contre les revendeurs et trafiquants de drogues, les jeunes du Luxembourg (55%) considèrent les réponses répressives sévères de l'Etat comme moins efficace que la moyenne européenne (63%). On observe également une légère différence en matière d'efficacité du traitement et de la réhabilitation des usagers de drogues au sens que les répondants luxembourgeois (39%) considèrent le traitement des toxicomanes comme plus efficace que la moyenne des répondants au niveau européen (33%). Les jeunes originaires du Luxembourg (19%) semblent être plus en faveur de la réduction de la pauvreté et du chômage comme mesure efficace que la moyenne européenne (15%).





## 2. Canaux d'information utilisées pendant l'année passée

Le tableau suivant représente les résultats de la question: « A travers quels canaux vous êtes vous informés à propos des effets et risques de l'usage de drogues illicites pendant l'année dernière ? » (Choisissez jusqu'à trois possibilités svp.)

	LU	EU27
A travers les campagnes médiatiques	34	46
A travers un programme de prévention à l'école	50	39
Par internet	35	35
Par des ami(e)s	33	26
Par les parents/proches	19	18
Par la police	22	10
Par les matériaux de centres spécialisés de consultation	11	7
Par une helpline téléphonique pour drogues /ou alcool	5	2
Je n'ai pas été informé sur les effets et risques de l'usage de drogues illicites	5	8

Contrairement à la moyenne européenne, qui montre que les campagnes médiatiques (46%) sont la source d'information la plus populaire concernant les effets et risques de l'usage de drogues illicites, les jeunes du Luxembourg considéraient les programmes de prévention scolaire (50%) comme la source d'information la plus importante, suivie par l'internet (35%) et seulement en troisième place des campagnes médiatiques (34%).

Une différence importante peut également être notée en rapport avec le pourcentage de jeunes considérant la police comme canal important d'information sur les effets et risques de l'usage de drogues illicites. Comme contraste à la moyenne de l'UE (10%), 22% des jeunes du Luxembourg déclarent avoir été informés par la police, qui se trouve en deuxième position du classement européen.

### Attitude par rapport aux drogues et usagers de drogues

Dans le cadre de l'Eurobaromètre 57.2 (Eurobaromètre Spécial 172), un sondage public intitulé « Les attitudes et opinions des jeunes citoyens de l'Union européenne par rapport aux drogues »<sup>11</sup> a été menée dans 15 pays membres entre avril et juin 2002, sous l'égide de la Commission Européenne. Cette enquête inclue un échantillon représentatif de la population nationale âgée entre 15 et 24 ans. Au Luxembourg cette enquête a été menée par l'ILRES en 2002.

En 2004 un sondage Eurobaromètre Flash 158 « Les jeunes et la drogue »<sup>12</sup> a été mené à la demande de la Commission Européenne, avec l'objectif d'étudier l'évolution des attitudes du groupe cible envers la drogue et les phénomènes associés. Le même questionnaire utilisé pour le sondage Eurobaromètre 57.2 a été utilisé auprès de 7.659 jeunes âgés entre 15 et 24 ans interviewés en face-à-face entre avril et mai 2004. Au Luxembourg le sondage a été mené par l'ILRES auprès de 571 jeunes.

<sup>11</sup> EORG (Octobre 2002) : Les attitudes des jeunes citoyens de l'Union européenne par rapport aux drogues.  
[http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_172\\_fr.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_172_fr.pdf)

<sup>12</sup> <http://www.tns-ilres.com/tnsi%2Dcms/Web/News/Les%20jeunes%20et%20la%20drogue%20dans%20/>

Tab. 1.5 Principales raisons pour essayer, arrêter la drogue et les conséquences (2002/2004)

**QUESTION a. Principales raisons pour essayer de la drogue**

	1. Curiosité		2. Pression des autres jeunes		3. Recherche de stimulation		4. Problèmes familiaux		5. Effets attendus	
	2002	2004	2002	2004	2002	2004	2002	2004	2002	2004
<b>LU</b>	58.5	63	44.2	37	17.6	26	45.6	44	26.7	32
<b>EU</b>	61.3	64	46.4	45	40.7	37	29.7	32	21.5	22

**QUESTION b. Principales raisons pour lesquelles il est difficile d'arrêter de consommer des drogues**

	1. Dépendance		2. Manque de volonté		3. Effets de la drogue		4. Pression des autres jeunes		5. Solitude	
	2002	2004	2002	2004	2002	2004	2002	2004	2002	2004
<b>LU</b>	66.6	78	44.0	50	45.3	45	24.6	20	21.1	20
<b>EU</b>	73.9	72	50.5	50	40.5	41	27.4	28	16.2	16

**QUESTION c. Conséquences de la consommation de drogues**

	1. Dépendance		2. Problèmes avec la justice		3. Problèmes mentaux		4. Maladies infectieuses		5. Soulagement de la douleur et du stress	
	2002	2004	2002	2004	2002	2004	2002	2004	2002	2004
<b>LU</b>	52.3	63	32.1	36	33.2	32	32.4	30	26.5	22
<b>UE</b>	63.0	64	38.3	39	35.4	40	33.7	33	26.4	25

En 2004, les « effets attendus » et les « problèmes familiaux » sont les principaux arguments des jeunes au Luxembourg pour essayer des drogues. Comparé à 2002, l'argument de « recherche de stimulation » a gagné de l'importance en 2004, même si celui-ci reste en-dessous de la moyenne européenne. Il n'y a pas de variation significative dans le classement des raisons les plus citées en 2004 comparé à 2002. En 2004, il semble que, par rapport à la moyenne européenne, moins de jeunes mentionnent les « problèmes avec la justice », les « problèmes mentaux », la « contamination par des maladies transmissibles » et le « soulagement de la douleur et du stress » comme conséquence de la consommation de drogues.

Tab. 1.6 Perception du danger des produits psychoactifs listés (2002/2004)

**Mesure du danger de trois produits: % de réponses « très dangereux »**

	1. Héroïne		2. Ecstasy		3. Cannabis	
	2002	2004	2002	2004	2002	2004
<b>Luxembourg</b>	87.2	87	60.6	63	16.2	19
<b>UE</b>	88.8	89	63.5	66	20.6	24

Le pourcentage de réponses relatives au « danger perçu » parmi les jeunes au Luxembourg est proche de la moyenne européenne. En 2004, la population de jeunes au Luxembourg donne un pourcentage de réponses « très dangereux » toutes catégories de produit, plus élevé qu'en 2002. Au Luxembourg les jeunes semblent percevoir le cannabis comme moins dangereux que la moyenne européenne.



Tab. 1.7 Moyens les plus efficaces en matière de gestion des problèmes de drogue (2002/2004)

**Moyens les plus efficaces de gestion**

	1. Mesures contre les dealers et les trafiquants		2. Mesures de traitement et de réinsertion		3. Campagnes d'information	
	2002	2004	2002	2004	2002	2004
<b>Luxembourg</b>	70.2	65	34.2	37	46.4	41
<b>UE</b>	59.1	60	53.5	53	38.9	42

L'opinion des jeunes du Luxembourg diffère de celle de la moyenne européenne. La priorité est accordée aux mesures de répression contre les dealers et trafiquants de drogues. En seconde priorité, les jeunes au Luxembourg mentionnent les campagnes d'information, ce qui rejoint l'opinion européenne. Néanmoins, les mesures de traitement et de réinsertion sont perçues comme moins efficaces (en comparaison avec les chiffres de la moyenne de l'UE) dans la gestion des problèmes de drogue.

Par ailleurs, 82% de jeunes au Luxembourg déclarent connaître des personnes qui consomment du cannabis (moyenne européenne : 68%) et 56% déclarent connaître des personnes qui consomment d'autres produits que le cannabis (moyenne européenne : 47%). 59% des jeunes ont déclaré s'être déjà vu proposer du cannabis (moyenne UE : 50%).

**Initiatives parlementaires et débats en société civile**

En mai 2006 le parlement a organisé une séance d'actualité sur le phénomène des drogues en portant une attention particulière à l'état de progression du plan d'action UE, à la stratégie nationale, aux plans d'action et aux activités du PFL, ce qui reflète l'implication effective des membres du parlement dans le suivi des politiques antidrogues.

En mars 2007, une question parlementaire sur l'état de progression du plan d'action national et le travail du Groupe Interministériel sur les drogues était adressée au Ministre de la Santé.

En septembre 2007, une interpellation sur l'état d'exécution du plan d'action 2005-2008 de l'UE était introduite par un parlementaire.

En matière de Sécurité routière l'amendement du code de la route permet, entre autres, aux forces de l'ordre d'utiliser de nouvelles méthodes de détection de drogues auprès des conducteurs. En 2006, une nouvelle loi anti-tabac est entrée en vigueur. Celle-ci interdit de fumer dans les restaurants ainsi que la vente de cigarettes aux mineurs. Les taxes concernant les « alcopops » (boissons alcoolisées fortement sucrées) ont également été augmentées.

Le projet de construction d'une structure permanente pour le centre TOXIN à Luxembourg Ville a été un des principaux sujets de discussion entre le Ministère de la Santé, la Ville de Luxembourg et la société civile et a fait l'objet d'une motion parlementaire. Bien que le besoin d'une telle structure soit admis et reconnu par toutes les parties impliquées, le site proposé pour cette structure est largement controversé par les habitants du quartier en question. Dans ce contexte, le Parlement a adopté en octobre 2007 une motion qui invite le gouvernement à implanter le nouveau centre sur un site adéquat et de développer des projets complémentaires afin de décentraliser les offres de bas seuil de ce type.

Une revue de presse nationale et internationale des articles sur le problème des drogues est compilée conjointement par le Service information et presse de l'Etat et par le point focal OEDT depuis 1998. Celle-ci permet un suivi de la documentation des phénomènes associés à la drogue et aux toxicomanies par les médias à l'échelle nationale.

Une analyse des principaux quotidiens et hebdomadaires luxembourgeois publiés entre août 2007 et juillet 2008 effectuée par le PFN fait état des thèmes suivants:

- Presque 30% des articles parus dans des journaux luxembourgeois concernent la réduction de l'offre. Il s'agit principalement d'articles traitant du trafic de drogues, de saisies de drogues, d'arrestations et de décisions du parquet, ainsi que de l'évolution du milieu de la drogue.
- En 2007, à l'instar de l'année 2006, un intérêt particulier a été accordé à l'impact du fonctionnement de la salle de consommation ainsi qu'à la future construction de locaux définitifs pour le centre TOXIN (devant remplacer l'actuelle structure temporaire).
- D'autres articles sur la conduite sous influence (d'alcool, de cannabis et d'autres substances) sont largement représentés, à cause de la nouvelle loi sur l'abaissement du taux d'alcoolémie et au dépistage de drogues.
- Suite au Tour de France et aux diverses compétitions avant les jeux olympiques, une importante quantité d'articles sur le doping reste à citer.
- Concernant les ONG, les médias font principalement référence à la publication de rapports annuels, ainsi qu'à leurs activités locales.
- La totalité des quotidiens ont abordés la politique des drogues ainsi que le plan d'action drogues national et la parution des éditions 2007 du rapport annuel de l'OEDT ainsi que du rapport RELIS du PFN, en incluant les données essentielles de la situation des drogues à niveau national et européen.
- Quelques articles ont mentionné la thématique sur la prescription d'héroïne par l'Etat.
- En ce qui concerne les sujets internationaux, les articles sur des saisies importantes de drogues et le trafic ont été les plus récurrents.

Malgré une grande variété des thèmes, la presse s'intéresse majoritairement aux sujets nationaux.



## 2. CONSOMMATION DE DROGUES DANS LA POPULATION

### Sommaire

Les drogues citées dans le présent rapport incluent les stupéfiants et les substances psychotropes couverts par les conventions internationales de contrôle de drogues (la convention unique sur les stupéfiants de 1961, telle qu'elle a été modifiée par le protocole de 1972, la convention des substances psychotropes de 1971 et la convention contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes de 1988). Les drogues non listées dans les conventions des UN sont uniquement considérées dans leur contexte d'usage associé avec les drogues listées.

« L'usage de drogues » est défini comme l'auto-administration d'une substance psycho-active qui, une fois ingérée, affecte les processus mentaux. Les substances psycho-actives peuvent être produites, vendues et consommées de façon licite ou illicite. Les risques y associés sont variables.

Les estimations de prévalence sur l'usage de drogues au sein de la population générale peuvent être basées sur des données collectées à partir d'échantillons plus ou moins représentatifs de la population nationale (ex. écoles ou population générale où le groupe d'âge est de 15-64 ans).

Selon les études les plus récentes, le cannabis et ses dérivés sont les substances psycho-actives illicites les plus utilisées dans la population nationale, suivi des amphétamines de type stimulant (ATS). L'usage de cannabis témoigne de la prévalence la plus importante, toutes catégories d'âge confondues, alors que la prévalence d'autres substances psycho-actives varie en fonction de l'âge et de facteurs en rapport avec la collecte de données.

Le grand public considère les drogues dites « dures » et l'ecstasy comme les substances les plus dangereuses. L'estimation subjective des risques associés aux drogues citées est indépendante de l'âge des répondants.

### CONSOMMATION DE DROGUES DANS LA POPULATION GÉNÉRALE

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

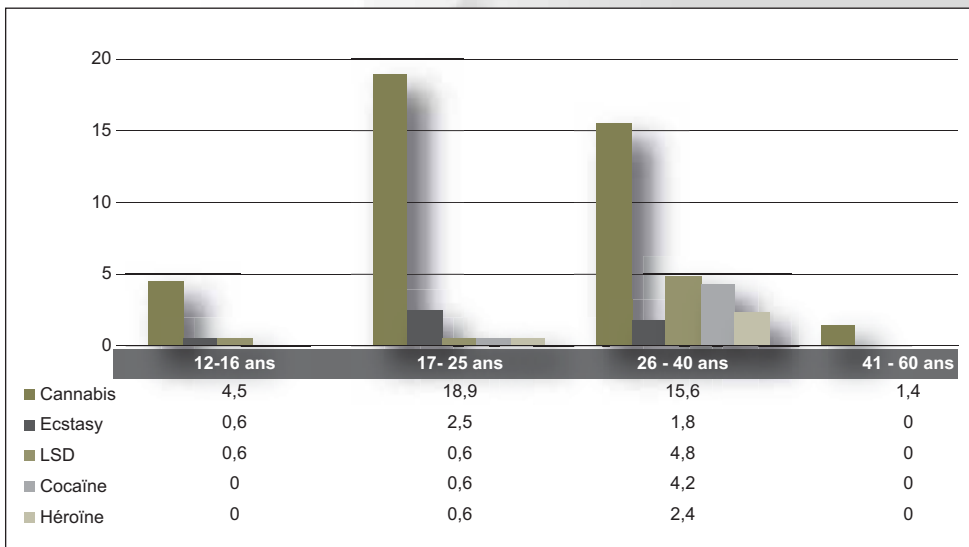
En 1995, le CePT a initié un projet de prévention au niveau communal auquel participent actuellement 12 communes. Dans le cadre de ce projet une étude non-représentative a été menée en population générale (référence 1 : étude Fischer, 1999).

REFERENCE 1.

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

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

Fig 2.1 Prévalence vie de l'usage de drogues illicites selon l'âge (% valides)  
(Fischer 1999)





**Tableau 2.1** Prévalence vie et prévalence au cours des 30 derniers jours de l'usage de drogues d'acquisition illicite chez des jeunes adultes âgés entre 15 et 35 ans (Fischer 1999)

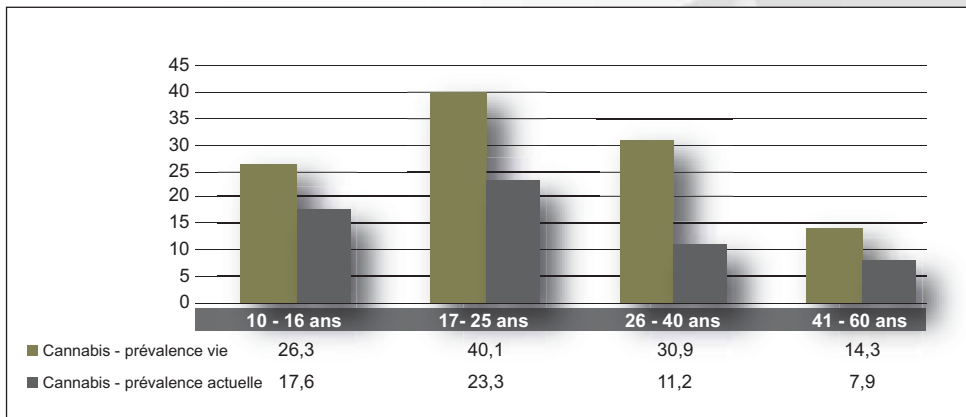
Substance	Prévalence : usage au cours de la vie	Prévalence : usage au cours des derniers 30 jours
Cannabis	15.8%	5.6%
Ecstasy	1.2%	0%
Héroïne	1.9%	0.3%
Cocaïne	0.3%	0.3%
LSD	1.3%	0.0%
Champignons (psilocybine)	2.6%	1.3%

Une seconde enquête menée par le CePT a été publiée en 2000. La consommation de cannabis est le sujet principal de l'étude mais d'autres substances ont été prises en compte. Les échantillons ont été constitués à partir de clients de cinéma de la ville de Luxembourg (réf. : 2.1) et dans 6 communes différentes du pays (réf. : 2.2).

**REFERENCE 2.1 :** 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
Contexte d'étude	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
Année de la collecte des données	1999

Fig. 2.2 Prévalence vie/actuelle de l'usage de cannabis selon l'âge: Echantillon cinéma (% valides)  
(Fischer 2000)



#### REFERENCE 2.2 :

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

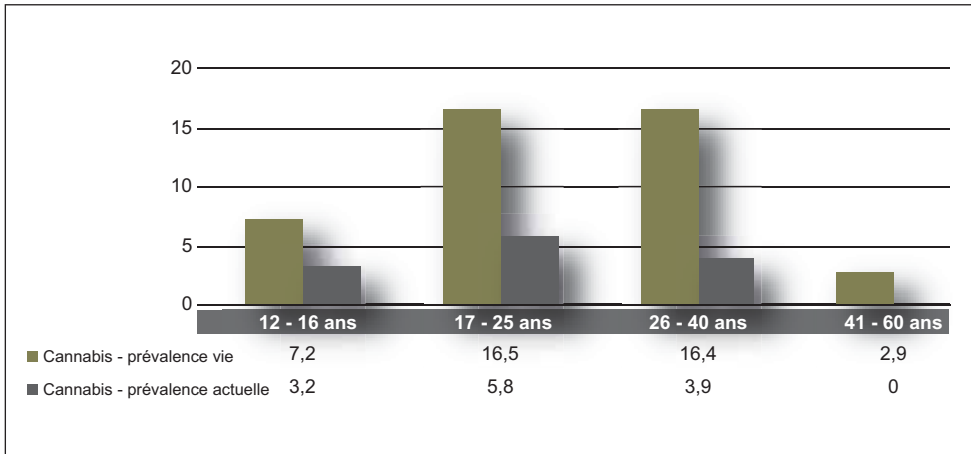
FR: Cannabis – Une analyse de la situation actuelle

Année de la collecte des données	1999
Type d'étude	Enquête isolée
Contexte de l'étude	Prévention des comportements addictifs. Etude de la prévalence de l'usage de cannabis au niveau communal
Population cible	Population dans 6 communes luxembourgeoises
Méthode d'échantillonnage	Aléatoire
Echantillon d'étude	486 cas valides
Taux de réponse	27,7%
Couverture	6 communes du Grand-duché de Luxembourg – non représentative de la population nationale
Distribution d'âge	12 à 60 ans
Instruments d'investigation	Questionnaire anonyme auto-administré transmis par voie postale. Participation volontaire





Fig. 2.3 *Prévalence vie/actuelle de l'usage de cannabis selon l'âge: Echantillon communes (% valides)  
(Fischer 2000)*



En ce qui concerne la « prévalence vie », l'étude Fischer 1999 révèle que les jeunes âgés de 17 à 25 ans (18.9%) (Fig. 2.1) sont les plus gros consommateurs de cannabis. L'étude Fischer 2000 (échantillon cinéma) montre que 40,1% dans cette même tranche d'âge ont déjà consommé au moins une fois du cannabis au cours de leur vie.

## CONSOMMATION DE DROGUES DANS LES MILIEUX DE JEUNES ET LES MILIEUX SCOLAIRES

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 combinant des données collectées en milieu scolaire et dans les milieux de jeunes en général. 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. Une nouvelle étude HBSC se rapportant aux données 2005/2006 a été publiée en 2008. La partie sur l'usage de drogues des jeunes permet de mettre à jour une série de données actuelles.

**Tableau 2.2**

Résultats comparatifs des études sérielles HBSC 2002 et HBSC 2005/2006

âge 11	HBSC 2002						HBSC 2005/2006					
	âge 13		âge 15		âge 11		âge 13		âge 15			
	GARÇON	FILLE	GARÇON	FILLE	GARÇON	FILLE	GARÇON	FILLE	GARÇON	FILLE	GARÇON	FILLE
<b>TABAC</b>												
Jamais fumé de tabac	-	-	39,4%	38,8%	59,6%	57,9%	13%	8%	34%	29%	57%	60%
Au moins une fois par semaine	0,5%	0%	9,2%	8%	24,7%	26,1%	2%	1%	6%	6%	17%*	21%*
Fumer au quotidien	0,5%	0%	5%	5,5%	20%	21%	1%	0%	4%	5%	13%	16%
<b>ALCOOL</b>												
Ivresse (proportion rapportant avoir été ivre au moins 2 fois)	2,3% (11 et 12 ans)	1,4% (11 et 12 ans)	6% (HBSC 2006: 5,5%)		21,9% (HBSC 2006: 23,5%)		2%	1%	6%	5%	27%	20%*
Boire chaque semaine (proportion qui rapporte boire de l'alcool au moins chaque semaine)	-	-	17,1%	13,4%	37,7%	22,9%	4%*	2%*	9%	6%	30%*	19%*
<b>CANNABIS</b>												
Au cours de la vie (au moins une fois)	3,9%	0,2%	3,5%		21,8% (HBSC 2006: 23%)		2%				25%	21%
Usage récent- pendant les 30 derniers jours											13%*	7%*
Usage de cannabis pendant derniers 12 mois	3,8% (11 et 12 ans)	0,6% (11 et 12 ans)	3,5%		21,8% (HBSC 2006: 18%)						21%	16%

\* indique une différence de sexe significative ( p <0,05)



**PRÉVALENCE VIE: POPULATION SCOLAIRE**

Fig. 2.4 *PREVALENCE VIE: Population scolaire - 12 à 20 ans*

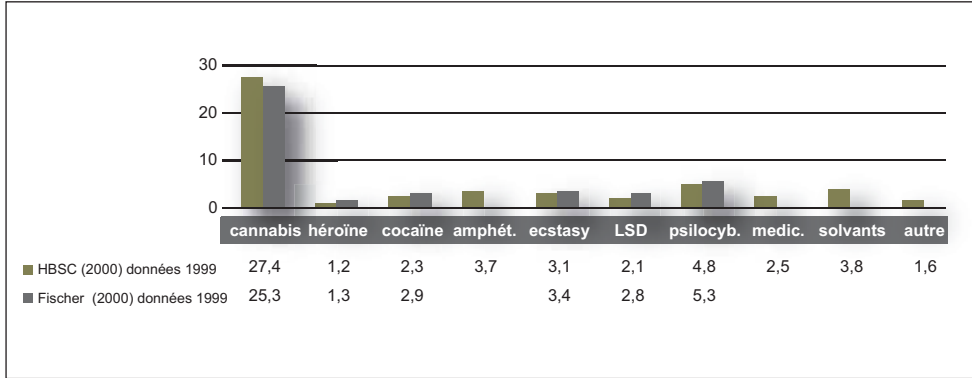


Fig. 2.5 *PREVALENCE VIE: Population scolaire - 16 à 20 ans*

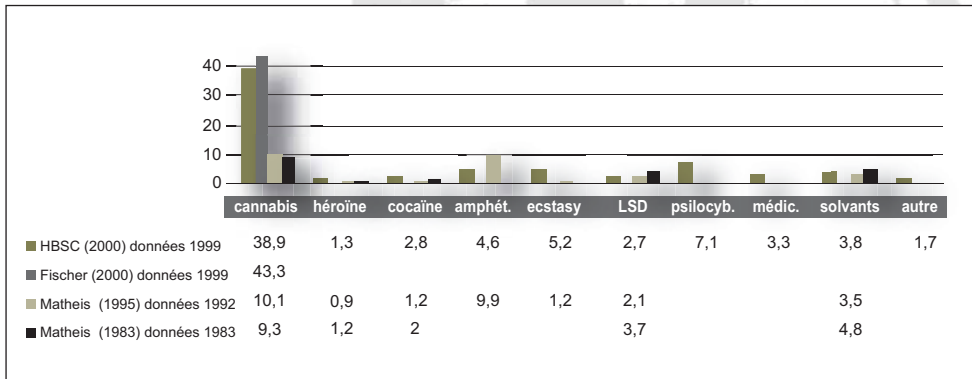
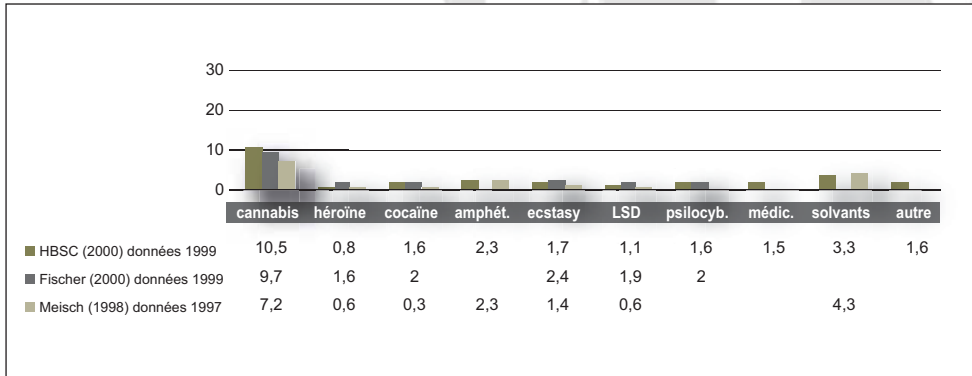


Fig. 2.6 *PREVALENCE VIE: Population scolaire - 13 à 14 ans*



## PRÉVALENCE AU COURS DES DERNIERS 12 MOIS: POPULATION SCOLAIRE

Fig. 2.7 PREVALENCE VIE: Population scolaire - 15 à 16 ans

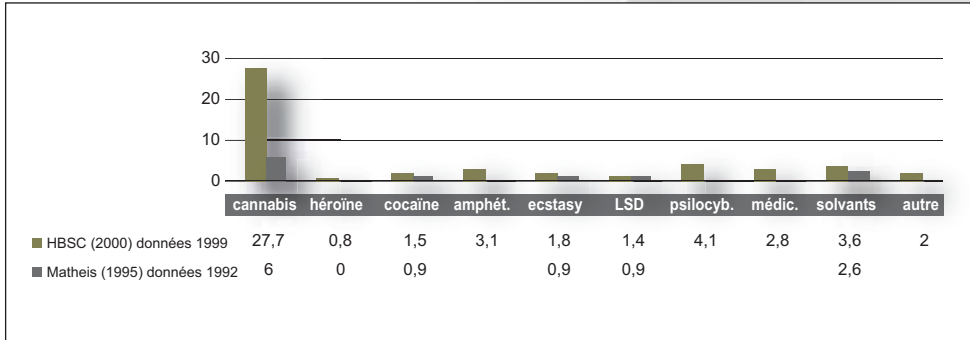
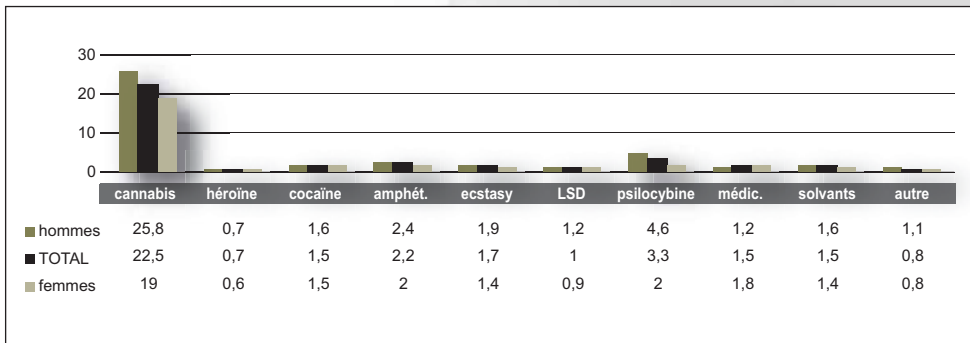
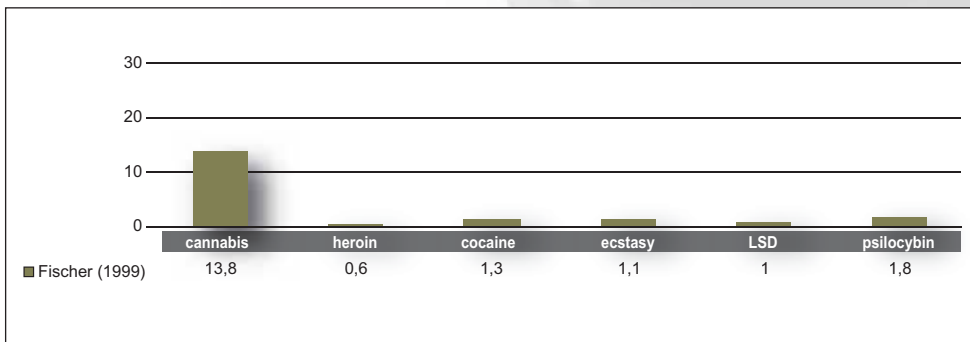


Fig. 2.8 PREVALENCE DERNIERS 12 MOIS: Population scolaire - 12 à 20 ans (HBSC 2000)



## PRÉVALENCE AU COURS DES DERNIERS 30 JOURS: POPULATION SCOLAIRE

Fig. 2.9 PREVALENCE DERNIERS 30 MOIS: Population scolaire - 13 à 20 ans (Fischer 2000)





## CONSOMMATION DE DROGUES AU SEIN DE GROUPES SPÉCIFIQUES

En 2007, le point focal national de l'OEDT a publié les résultats d'une étude recherche-action sur l'HIV et les infections aux hépatites de personnes usagers de drogues (Origer et Removille, 2007). Des données sur l'usage de drogues en milieu carcéral ont été collectées dans le cadre de ladite étude.

### REFERENCE c.1

Origer A., Removille N., (2007) Prévalence et propagation des hépatites virales A,B,C et du HIV au sein de la population problématique de drogues d'acquisition illicite, Point Focal OEDT / CRP-Santé. Luxembourg.

Année	2005/2006
Type d'étude	Etude isolée
Contexte de l'étude	HIV, HCV et prévalence de l'injection de drogues au sein de la population nationale des UPDs
Couverture	Services résidentiels et ambulatoires du domaine de la drogue et centres pénitentiaires nationaux
Type d'échantillon	Echantillonnage aléatoire durant 8 mois en 2005
Distribution d'âge	> 17
Procédure de collecte de données	QUESTIONNAIRES ANONYMES AUTO-ADMINISTRÉS ET ANALYSES SEROLOGIQUES
Echantillon	366
Méthode d'échantillonnage	Echantillonnage aléatoire
Taux de réponse (M, F, T)	33,96%

### Résultats principaux:

- 67,21% des UPDs ont rapporté au moins un épisode de détention endéans les dernières 10 années
- 56,1% de cette population ont rapporté une consommation de drogues au sein du centre pénitentiaire
- 54,3% de la population des UPDs qui ont rapporté au moins un épisode de détention endéans les dernières 10 années, ont rapporté un usage intraveineux de drogues au sein de la prison

# 3. PRÉVENTION PRIMAIRE

## Sommaire

L'information objective, le renforcement des capacités, la prise de conscience, la mobilisation des ressources personnelles et collectives et la promotion de facteurs protecteurs sont les points clés en ce qui concerne les stratégies de prévention nationales. Les mesures peuvent cibler soit le public en général, soit des populations ou communautés sélectives, plus ciblées ou vulnérables.

Le présent chapitre présente un sommaire des mesures sélectives et générales de prévention entreprises au niveau national au cours des dernières années. Des données supplémentaires et plus détaillées peuvent être consultées dans la base de données européenne EDDRA de l'OEDT sous : <http://eddra.emcdda.eu.int/>.

Le **plan d'action national drogues 2005-2009 considère la prévention primaire comme un des domaines principaux d'intervention.**

Les priorités du plan d'action prévention approuvé en 2005 sont les suivantes :

- interventions au sein d'établissements scolaires et milieu de jeunes ;
- drogues en milieu du travail ;
- consommation de cannabis, d'alcool et de STA par les jeunes ;
- méthodes de prévention primaire et d'évaluation ;
- campagnes médias ;
- programmes multidisciplinaires de formation ;
- stratégies de documentation.

Un acteur important dans le domaine de la prévention est la **Division de la Médecine Préventive et Sociale** de la Direction de la Santé. Elle coordonne les activités du domaine de la promotion de la Santé Publique et de la prévention mais elle joue aussi un rôle primordial, en collaboration avec le **Centre de Prévention des Toxicomanies (CePT)**, dans la définition des mesures de prévention des toxicomanies au niveau national.

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. ([www.cept.lu](http://www.cept.lu)). A noter que le CePT a mis en place en 2007 un nouveau outil de communication en ligne ([frono@cept.lu](mailto:frono@cept.lu)) remplaçant le dispositif Suchtteléfono.

Le Service d'Action Socio-Thérapeutique (**AST**) de la Direction de la Santé, ainsi que le **bureau du coordinateur national drogues**, ont pour compétence la coordination générale des activités liées à la **consultation, au traitement et aux mesures de réduction des risques dans le domaine de la toxicomanie**. L'AST a des missions de coordination et de contrôle financier (suivi des conventions avec des ONG spécialisées) dans le domaine de la toxicomanie et de la psychiatrie extrahospitalière. Le coordinateur national « Drogues » est également responsable de la conceptualisation et la réalisation des activités du **plan d'action drogues 2005-2009**.



En ce qui concerne les aspects financiers, **les dépenses directes liées à la prévention des toxicomanies** ont été chiffrées à 672.000.- euros en 2000 et à 900.000.- euros en 2007. Ces dépenses incluent les coûts de personnel et de fonctionnement des services et du département ministériel spécialisé<sup>13</sup> dans la prévention des toxicomanies.

Les **offres de formation** dans le domaine de la réduction de la demande ont été considérablement développées au niveau national. Le CePT publie annuellement un manuel de formation ayant pour cible **les acteurs de la prévention des toxicomanies et de la Santé Publique, les éducateurs, les animateurs de jeunesse, le corps enseignant, les étudiants, les parents, etc.** L'offre inclue également des activités allant de l'évaluation de méthodologies aux stratégies d'action-recherche de réduction de la demande. Le département « Recherche et Innovation Pédagogiques et Technologiques (SCRIPT) » est également activement impliqué dans la formation professionnelle continue. Le « département de recherche scientifique et appliquée » peut financer des activités de formation continue sur demande.

En ce qui concerne les **formations continues** d'acteurs nationaux du domaine de la drogue, la plupart des services spécialisés sont conventionnés et sont soumis à la réglementation de la formation continue du Ministère de la Santé.

## PRÉVENTION UNIVERSELLE

### Ecoles

#### 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;
- curriculums 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.

<sup>13</sup> L'estimation exacte des coûts de prévention est hasardeuse car un nombre élevé de facteurs influence le développement d'une personne. L'éducation, les activités de loisirs, les sports, etc. peuvent avoir un impact positif sur le développement de ressources ; pourtant elles ne peuvent pas être quantifiées en termes d'impact sélectif.

Le Ministère de l'Éducation Nationale, de la Formation Professionnelle et des Sports, par le biais du SCRIPT, coordonne un projet de prévention des toxicomanies et de la violence « **Waat soll daat ?** », s'adressant aux élèves de 6<sup>e</sup>, aux enseignants et aux parents. Par la méthode du théâtre interactif, le projet vise à enseigner aux élèves une meilleure gestion des conflits, à 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'Éducation Nationale, de la Formation Professionnelle et des Sports. Le projet « **d'Schoul um Wee...zesumme staark gin** » a pour but de mettre en place des programmes d'éducation visant la prévention en matière d'addictions. Après la mise en place en 1999 de 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'enquête sérielle « **Das Wohlbefinden der Jugendlichen in Luxemburg** » (HBSC) portant sur les années 2002 et 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'Éducation 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 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 œuvre;
- 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 de favoriser un travail en réseau;
- découvrir différentes méthodes actives d'enseignement et discuter leur application en classe.





Ainsi, « Extra Tour 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*).

« Extra Tour 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 psychosociales 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'Education Nationale, de la Formation Professionnelle et des Sports et le Ministère de la Santé ont participé à une enquête qui a lieu tous les quatre ans dans plus de 25 pays européens et qui porte, entre autres, sur les habitudes de consommation de drogues illicites d'étudiants issus de l'enseignement secondaire. En 2007 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 parue l'étude HBSC « Bien-être des jeunes au Luxembourg - une comparaison internationale ». Un sommaire des résultats des études figure au chapitre 2.

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, le service Solidarité Jeunes (Jongenheem asbl) 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 Solidarité Jeunes se veut complémentaire aux offres de prévention lancées par le Centre de Prévention des Toxicomanies dans le cadre du projet « d'Schoul op der Sich » et aux interventions organisées par la Police Judiciaire.

L'offre 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, le service 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.

### Familles

Les interventions visant à promouvoir les expériences positives au sein de la famille et des jardins d'enfants occupent une place importante dans les stratégies de prévention. Il existe un certain nombre d'initiatives locales et régionales centrées sur l'information, la concertation 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 de prévention locaux, organise des séances d'information et de discussion pour parents. En 2006, les communes participantes ont pu profiter de différentes offres telles que des conférences, des soirées de discussion « Alcopops » et centrées autour de l'exposition « Trampoline » 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.

### Communauté(s)

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. 12 communes (6 en 2000) 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.



## PRÉVENTION SÉLECTIVE

### Milieus récréatifs

De nombreuses activités et programmes sont mis en place en milieu récréatif, que ce soit au niveau communautaire, lors d'événements festifs, au sein des organisations de jeunesse ou clubs divers. Ces derniers ne sont toutefois pas nécessairement spécifiques aux drogues ou toxicomanies et comme tels, difficiles à lister de manière exhaustive.

Depuis sa création en 1995, le CePT a initié des projets dans le cadre d'organisations œuvrant dans le domaine des loisirs, discos anti-drogues, art, théâtre, médias, séminaires, expositions itinérantes, expériences de voyage, etc.

Actuellement, un large éventail d'activités pour jeunes autour de la prévention de drogues se développe comme élément intégrant de **l'éducation à la santé**. Cette approche semble avoir plus d'impact sur les jeunes (usagers et non-usagers de drogues) qu'une approche centrée sur les drogues proprement dites. En effet, les interactions humaines dans des situations quotidiennes de vie telles que les activités de loisir et de sport sont un cadre conceptuel propice à l'intégration progressive d'initiatives de prévention de drogues.

Dans cet ordre d'idées, les activités de prévention organisées par le « Groupe de Mondorf » (initiatives conjointes des régions frontalières du G.-d. de Luxembourg : la France, l'Allemagne et la Belgique) en collaboration avec le CePT et le SNJ combinent **une approche non-centrée sur les drogues** avec des **éléments interculturels** en organisant des activités de loisirs pour jeunes venant des régions voisines et basées sur le concept et méthodologies de la « **pédagogie de l'aventure** ». Les « **semaines d'aventure**<sup>14</sup> » annuelles sont issues d'un programme plus vaste nommé « Pédagogie de l'aventure et prévention primaire des toxicomanies ». Ces activités ont principalement comme but de donner la possibilité aux jeunes de faire l'expérience de dynamiques de groupe, de gestion de conflits, d'expérience des limites et des risques ainsi que le sentiment de solidarité au sein d'un groupe de personnes socialement et culturellement différentes. Le programme cible aussi la réduction des risques et le renforcement des facteurs de protection en mettant l'accent sur les jeunes et leur environnement, plutôt que sur les drogues et les dépendances. Actuellement des équipes régionales se rencontrent au sein de groupes de travail autonomes et rapportent leurs activités au Groupe de Mondorf.

A citer également que l'exposition itinérante **Trampoline – Sprongkraft am Alldag**, dont le but est la prévention des toxicomanies et la promotion de la santé à grande échelle, a fait halte dans 3 grandes villes du Luxembourg en 2007.

### Milieus festifs

Actuellement il n'existe pas de **cadre légal** réglementant la prévention et les interventions de réduction des risques associés aux drogues dans des milieux festifs (ex. l'offre d'informations ou l'analyse des substances dans les boîtes de nuit). Des discussions et une motion parlementaire élaborée durant le processus d'amendement de la législation nationale (qui a été modifiée en 2001) n'ont pas apporté de solutions finales à ce sujet. Du matériel de prévention et des dépliants sur les drogues synthétiques et le poly-usage de drogues sont mis à disposition dans des bars et des établissements de nuit sur initiative du CePT ou sur demande. Néanmoins, il persiste un manque d'interventions dans le milieu en question. L'amélioration des systèmes de données sur la qualité de drogues synthétiques à évaluer par le système national d'alerte précoce permet toutefois de disposer d'informations sur la qualité des drogues circulant dans les milieux festifs.

<sup>14</sup> Voir EDDRA

Les principaux organisateurs de manifestations festives ou gérants de boîtes de nuit contactent occasionnellement le bureau du coordinateur drogues ou les forces de l'ordre afin d'obtenir des conseils ou bien pour signaler les événements à venir.

La **loi du 29 juin 1989**<sup>15</sup> portant réforme du régime des cabarets régit le fonctionnement des établissements agréés à servir des boissons alcooliques en termes de mesures de contrôle et de sécurité (définies par des règlements grand-ducaux y relatifs). Aucune référence aux drogues illicites n'a été faite. Le Ministère des Finances contrôle l'application de cette loi au niveau national. En ce qui concerne l'organisation d'événements, les organisateurs doivent respecter des standards de sécurité et d'hygiène définis et contrôlés par des départements spécifiques du Ministère du Travail<sup>16</sup> et du Ministère de la Santé.

La déclaration gouvernementale de 2004 met l'accent sur les risques de consommation de boissons alcooliques mélangées (alcopops) et la prévalence accrue de leur consommation par les jeunes. Un groupe de travail spécifique du Ministère de la Santé a proposé des mesures supplémentaires afin de réduire la consommation d'alcool et d'alcopops. Les mesures prises en 2006 ont été une augmentation importante des taxes perçues sur les alcopops (depuis 01.01.2006), l'interdiction de vente ou d'offre de boissons alcooliques à tout mineur de moins de 16 ans (depuis le 22.12.2006). Le groupe de travail a décidé de poursuivre ces activités.

### Prévention par le sport

Le CePT collabore étroitement avec l'Ecole Nationale de l'Education Physique et des Sports (ENEPS) dans le cadre d'un projet appelé « Kanner staark maachen », qui s'est constitué en asbl en 2005. Des séances d'information et de formation en présence de professionnels du sport de haut niveau ont été organisées. Un groupe de travail a été mis en place afin d'élaborer un concept pour des activités futures. Un programme appelé « **Sports et prévention de drogues** » a commencé au cours de l'année 2002.

### Groupes à risque

En janvier 2006, MSF-Solidarité Jeunes en collaboration avec le Ministère de la Santé, le Parquet Protection de la Jeunesse et la Police Judiciaire - Section Stupéfiants ont démarré un projet appelé **CHOICE** qui est inspiré d'un projet pilote allemand « d'intervention précoce auprès de jeunes consommateurs de drogues » (FreD). 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 2007, 48 séances CHOICE ont été organisées. Une évaluation externe en est prévue pour 2008.

Le programme gouvernemental 2004-2009 met aussi l'accent sur le besoin de développer des programmes de prévention pour jeunes faces aux comportements de polyconsommation de plus en plus prégnants et particulièrement à l'augmentation de la consommation des « alcopops ».

Un projet appelé « **DIMS** » (Dispositif d'Intervention Mobile) née de la collaboration entre le Ministère de la Santé et l'Aidsberödung de la Croix-Rouge luxembourgeoise est en phase de planification. L'objectif principal de DIM est d'informer sur les comportements à risque, de promouvoir la prévention et de proposer un dépistage gratuit de certaines maladies infectieuses au sein de populations difficilement accessibles. (e.g. **immigrants**). Le projet DIMS sera opérationnel en début 2009.

<sup>15</sup> Loi du 29 juin 1989 portant réforme du régime des cabarets. Entrée en vigueur le 29/06/1989

<sup>16</sup> Un département spécialisé du Ministère du Travail appelé ITM a pour compétence la mise en place et le contrôle de standards de sécurité pour les lieux de travail et les lieux publics. L'ITM fait parvenir une autorisation formelle avant l'ouverture d'un évènement particulier.



Dans ce même contexte et face au constat d'une recrudescence de la prévalence des nouvelles infections HIV et des problèmes liés aux drogues dans la population lusophone du Grand-duché de Luxembourg, le Comité de surveillance du SIDA en collaboration avec le Ministère de la Santé ont commissionné une étude exploratoire sur les besoins et connaissances actuelles de la communauté lusophone en matière de prévention du HIV (Dellucci, 2006).

Par le biais de questionnaires anonymes et d'interviews semi-structurés, 270 personnes, dont 24 personnes interviewées, ont répondu à des questions sur le mode de vie, l'importance perçue à l'égard de la prévention HIV, le dépistage HIV, la dépendance aux drogues, le comportement sexuel, le besoin en informations.

Une attention particulière a été portée sur la section « SIDA et drogues » du questionnaire. L'usage intraveineux de drogues (29,1%), les rapports sexuels (28,9%) et les rapports homosexuels (12,4%) ont été rapportés en premier lieu comme facteurs de risque de transmission HIV. Aussi 93,2% des répondants ont identifié un risque accru d'infection associé au partage du matériel d'injection avec une personne infectée au HIV. En conséquence, 82,9% recommanderaient un test HIV au cas où le matériel d'injection aurait été utilisé auparavant par une autre personne. En général, la moitié des répondants estimaient être suffisamment informés sur le SIDA. Cependant, 11,1% des répondants ont demandé des informations concernant le sujet « SIDA et drogues ». La plupart des répondants se montraient sensibilisés à l'égard des dangers d'une transmission par l'usage intraveineux de drogues.

Une analyse de contenu des entretiens semi-structurés a montré que les répondants questionnés sur leur perception des risques placent une transmission HIV par des seringues infectées dans un contexte de consommation de drogues en seconde place suivi par les rapports sexuels. En ce qui concerne la protection contre le HIV, l'échange de seringues n'a été mentionné que rarement. En outre, en ce qui concerne l'évaluation des groupes à risque, les répondants ont déclaré les usagers de drogues comme source principale des nouveaux cas d'infection au HIV au Luxembourg et ce, notamment en relation avec l'usage intraveineux de drogues. En général, le SIDA était perçu comme maladie concernant surtout des groupes à risque comme les personnes homosexuelles, prostitué(e)s, non-résidents et usagers intraveineux de drogues.

Les résultats ont montré que les répondants qui n'appartenaient pas à un groupe à risque perçu, ont sous-estimé les risques d'une infection pour eux-mêmes et surévaluaient les risques associés à des groupes plus vulnérables. L'étude a identifié des besoins en information concernant les facteurs à risque et facteurs de protection, les mesures de prévention, le SIDA et sexualité, le SIDA et la dépendance aux drogues, le diagnostic et l'aide médico-sociale. Cependant un programme de prévention HIV spécifique à la communauté lusophone n'a pas été recommandé, puisque la focalisation sur une communauté spécifique pourrait engendrer une dynamique de stigmatisation et générer des résistances diverses. L'étude recommande néanmoins une diversité linguistique en matière de messages de prévention et de la composition d'équipes de consultation.

Il convient enfin de citer les activités de la fondation JDH ciblées sur les groupes à risques :

- la fondation JDH a développé un programme de « **prévention de rechutes** ». Il s'agit de (18) modules pré-structurés hebdomadaires, proposés la première fois en 2003 à un groupe de clients sélectionnés. <sup>17</sup>

## Familles à risque

Depuis 2003 la fondation JDH gère le projet parentalité avec le but de fournir un soutien psychosocial aux parents toxicomanes et à leurs enfants. Le premier objectif du projet consiste dans l'assurance et le bien-être des enfants et dans le renforcement/consolidation des compétences éducatives parentales. Ce projet à long terme est basé sur des engagements contractuels, la co-intervention, des visites à domicile et fonctionne en étroite collaboration avec les autres services impliqués. En 2007, 53 situations de famille différentes ont été traitées, dont 56.6% étaient des situations monoparentales impliquant 85 enfants. Une partie essentielle du projet est constitué par le travail sur le terrain. Des rencontres et des entretiens sont organisés avec des acteurs du milieu social de la famille (à domicile).

Le projet « O Mamm o Kanner, Mammen staark machen, Kanner staark machen » a été initié par le CePT en collaboration avec la fondation JDH. Une formation continue de 8 séances est proposée à des mères en difficulté avec l'objectif d'encourager et d'appuyer ces dernières dans leur rôle de parent et dans leur relation avec l'enfant.

## PREVENTION INDIQUEE

### Enfants à risque et facteurs de risque

Aucune étude, s'appliquant spécifiquement aux jeunes à risque issus de milieux défavorisés et présentant des problèmes liés aux drogues, n'a été réalisée jusqu'à présent. Pourtant, le centre de recherche sur la situation des jeunes en Europe coordonne et encourage des projets sur les conditions de vie des jeunes et réalise des projets de recherche pour contribuer à la politique nationale de la jeunesse. Une étude récente « Les jeunes dans les agglomérations urbaines » (in press), bien que ne concernant pas exclusivement les problèmes liés à l'usage de drogues pourra donner un aperçu des problèmes rencontrés par les jeunes issus de milieux défavorisés.

Un arrêt précoce du cursus scolaire est considéré sous certaines conditions comme un obstacle au développement des enfants et des jeunes. L'étude sur les élèves quittant prématurément l'école<sup>18</sup> porte sur une population de 37.347 étudiants de l'école secondaire. Pendant la période du 1<sup>er</sup> novembre 2004 au 30 avril 2006, un total de 2.422 étudiants ont quitté l'école sans certificat professionnel (des départs temporaires de l'école ont également été considérés). Cette étude se rapporte à une proportion de 6.5% de sortants d'école. Cette proportion représente 3.6% du nombre total des étudiants qui ont été contactés et qui ne réintégraient plus d'école au Luxembourg. Concernant cette catégorie de sortants d'école, composée d'étudiants suivant des cours à l'étranger, qui sont employés, qui suivent des mesures d'insertion professionnelle et ceux sans occupation (N=1.357), la situation s'est présentée comme suit : 41.2% d'étudiants qui ont quitté l'école ont joint le marché de l'emploi (travail ou mesures d'insertion professionnelle), 39.8% ne travaillent pas et ne vont pas à l'école et 19% suivent des cours à l'étranger. En général, les garçons, les jeunes étrangers et les jeunes âgés de plus de 15 ans (âge de l'obligation scolaire) sont les plus vulnérables aux risques de l'abandon scolaire.

### Interventions en milieu de travail

En coopération avec la Ville de Luxembourg /VDL), le CePT a lancé en 2008 un projet pilote intitulé « Suchtprävention als Teil des innerbetrieblichen Gesundheitsmanagements ». Sur base d'une série d'ateliers avec le personnel de plusieurs services de la VDL, le CePT a élaboré et présenté une analyse de situation actuelle qui a servi de point de départ pour des changements internes.

<sup>18</sup> Ministère de l'Education nationale et de la Formation professionnelle (2006). Le décrochage scolaire au Luxembourg. Luxembourg



## 4. PRÉVALENCE DE L'USAGE PROBLÉMATIQUE DE DROGUES (UPD) ET INDICATEUR DE DEMANDE DE TRAITEMENT (IDT)

### Sommaire

Au niveau national « l'usage problématique de drogues » (UPD) ou « l'utilisation nocive<sup>19</sup> » est défini selon le lexique de termes d'alcool et drogues publié par l'OMS (Genève, 1994)<sup>20</sup>: « *Mode de consommation d'une substance psycho-active qui est préjudiciable à la santé. Les complications peuvent être physiques (par exemple hépatite consécutive à des injections de substances psycho-actives par le sujet lui-même) ou psychiques (par exemple épisodes dépressifs secondaires à une forte consommation d'alcool).* » Contrairement à la définition de l'OEDT, le mode d'administration (injection) ne constitue pas un critère de sélection dans la définition nationale bien que les types de substances impliquées sont les mêmes. Un usage régulier/de longue durée d'héroïne par inhalation est inclus par exemple au niveau national. Conformément à la définition nationale, l'usage problématique de drogues est associé à une grande probabilité d'intervention ou de besoin d'implication d'une partie tierce du secteur répressif ou du secteur de la prise en charge psycho-médico-social. Cette approche explique aussi pourquoi les systèmes de surveillance des UPD sont basés sur l'indicateur de contact institutionnel et non pas exclusivement sur l'indicateur de demande de traitement.

Les données présentées dans ce chapitre sont issues du système national de monitoring épidémiologique RELIS du point focal national de l'OEDT. Le réseau de collaboration **RELIS** inclut les services spécialisés de consultation et de traitement, certains services psychiatriques d'hôpitaux généraux, les services de répression et les centres pénitentiaires.

Selon les données les plus récentes, on estime actuellement la prévalence d'UPDs de 2.500 à 2.800 en référence à la population générale âgée entre 15 et 64 ans. Globalement, la plupart des indicateurs de réduction de la demande et de l'offre confirment une **stabilisation de la prévalence d'UPDs au niveau national**.

**L'usage intraveineux d'héroïne** associé à la polyconsommation généralisée continue d'être le mode de consommation le plus répandu parmi les UPDs. La récente augmentation de l'usage de cocaïne (de qualité très variable) associée à l'héroïne n'a pas été confirmée par les données de 2006 et 2007. L'usage de méthamphétamines est très limité au Luxembourg. L'usage de la plupart des « nouvelles substances synthétiques<sup>21</sup> » récemment détectées dans d'autres Etats membres de l'UE n'a pas été rapporté jusqu'à présent.

<sup>19</sup> Utilisation nocive pour la santé (F1x.1): A. Preuves manifestes que l'utilisation d'une substance psycho-active a entraîné (ou a contribué de façon significative à) la survenue de troubles psychologiques ou physiques, y compris une altération du jugement ou des troubles du comportement, pouvant être à l'origine d'une incapacité ou d'une altération des relations interpersonnelles. B. La nature des conséquences nocives doit être clairement identifiée (et précisée). C. Utilisation continue de substances psycho-actives pendant au moins un mois ou de façon répétée au cours des douze derniers mois. D. Le trouble ne répond pas aux critères d'un trouble mental ou d'un autre trouble du comportement, lié à la même substance pendant la même période (à l'exception d'une intoxication aiguë, (F1x.0))

<sup>20</sup> [http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/who\\_lexicon/en/index.html](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/index.html)

<sup>21</sup> Des substances comme p.ex. MBDB, 4-MTA, Ketamin, PMMA 2C-I, 2C-T-2, 2C-T-7, 2C-D, 2C-E, TMA-2, BZP, TFMPP, 5-MeO-DIPT, 5-MeO-DMT, AMT, ALEPH 7, DXM, DPT, mCPP.

Tous les indicateurs relatifs à la **consommation de cannabis** (problématique et récréative) ont connu une tendance sensible à la hausse au cours des dernières années. Le cannabis avec de hautes concentrations de THC (max: 31.05%, moyen: 9.61%) est apparu sur la marché national. Il s'agit de valeurs extrêmes qui représentent l'exception pour l'instant. La marijuana fait état des concentrations les plus élevées, mais également des variations les plus importantes en termes de qualité.

Le ratio entre consommation **intraveineuse** d'opiacés et le mode d'inhalation (« blow ») a baissé de 2:1 en 2006 à 5:3 en 2007.

L'âge moyen lors de la première consommation de cannabis, d'ecstasy et d'héroïne i.v. a diminué pendant beaucoup d'années consécutives. **L'âge moyen** des victimes par surdose a augmenté considérablement les dernières 6 années et s'est stabilisé en 2007. La proportion des UPDs âgés de 40 ans et plus et de ceux plus jeunes que 20 ans a constamment augmenté, aussi bien que l'écart-type de la distribution d'âge observée continue à augmenter. En d'autres termes, l'écart entre les UPDs les plus jeunes et les plus âgés tend à s'accroître. De plus, une augmentation de la proportion de mineurs parmi la population totale des UPDs, ainsi qu'une augmentation du nombre d'étudiants ont été observées jusqu'à 2003. En référence aux données des forces de l'ordre des années 2004 à 2007, une tendance discontinue à la baisse des proportions de mineurs a été observée.

La moyenne d'âge des UPDs de nationalité luxembourgeoise et celle des non-luxembourgeois tend à s'équilibrer. Les âges moyens lors de la première consommation de la drogue préférentielle témoignent d'une tendance lente mais continue à la baisse depuis les 8 dernières années. L'âge moyen au moment de la première consommation de drogues illicites manifeste d'importantes fluctuations, mais fait apparaître en général une lente tendance à la baisse discontinue. Par rapport aux données de 1995, le passage à l'usage intraveineux se fait de manière plus précoce en 2007.

## ESTIMATION DE PRÉVALENCE ET D'INCIDENCE DES UPDS

Grâce à son système de codification unique et à sa représentativité institutionnelle quasi exhaustive, RELIS a permis pour la première fois en 1997 d'estimer la **prévalence des usagers problématiques de substances à risque élevé** (HRC, cf. annexe) à 2.100, (Origer 2000), et ce, sur base de diverses méthodes de scientifiques largement reconnues. 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  $8,8/1000$ .

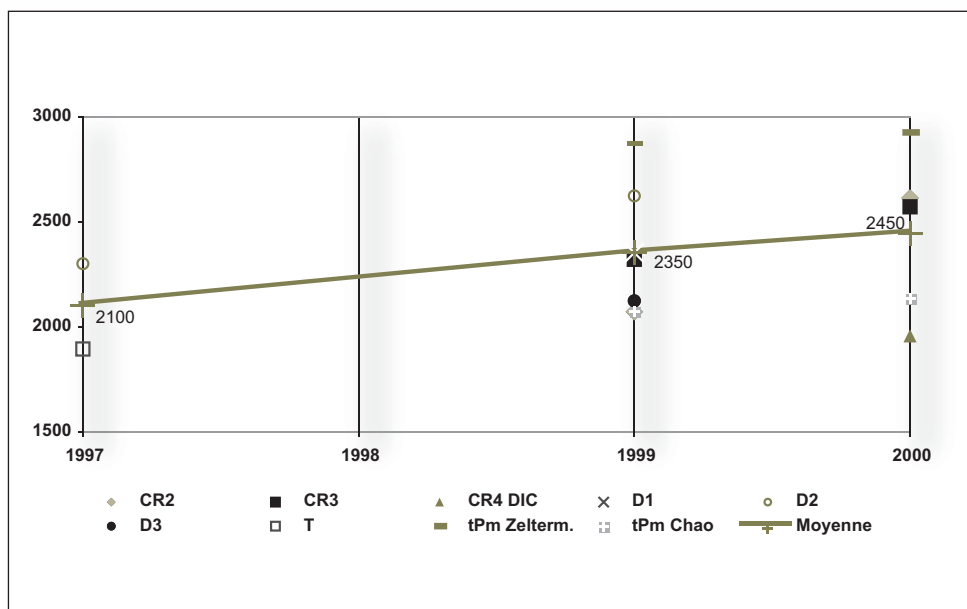
Dans le souci de valider les résultats de 1997 et de disposer d'estimations de prévalence fiables en référence aux années 1999 et 2000, le PFN a effectué une étude multi-méthodes de prévalence de la population d'usagers problématiques de drogues illicites au Grand-duché de Luxembourg sur base de standards 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 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 multisectorielles par l'application d'une batterie de méthodes d'estimation qui, de par sa diversité, constituait une première au niveau national, voire européen.





Fig. 4.1 Prévalence de l'usage problématique de drogues à risque élevé (HRC) (1997 – 2000)



Source: Origer 2001

Tab. 4.1 Prévalence et taux de prévalence moyens selon différents groupes cibles (1997 – 2000)

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

Source : Origer 2001

On retiendra que la prévalence moyenne absolue et les taux de prévalence de l'usage problématique de drogues HRC affichaient des tendances à la hausse jusqu'à la fin du 20<sup>ème</sup> siècle. La courbe de croissance observée entre 1999 et 2000 est déjà moins prononcée que celle relative à la période 1997 à 1999. Cette constatation est en accord avec une stabilisation actuelle de la prévalence et du taux de prévalence de l'usage problématique d'héroïne et de l'usage intraveineux, toutes substances confondues.

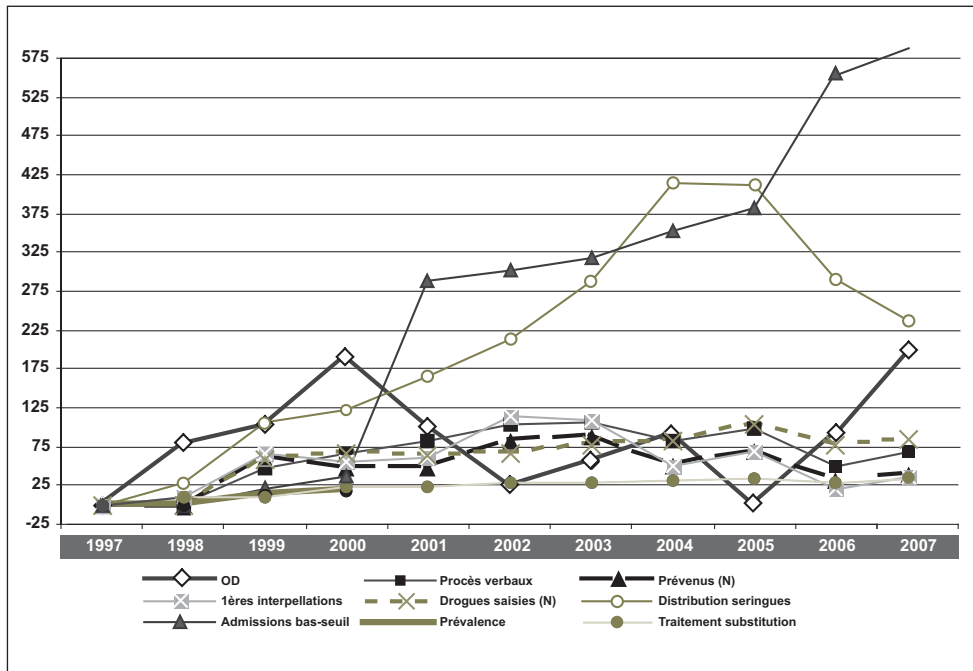
En ce qui concerne les **indicateurs indirects** de prévalence, excepté le nombre de décès directs liés aux drogues et les contacts de bas-seuil, ainsi que le nombre de seringues distribuées, la figure 4.2 confirme l'hypothèse d'une stabilisation de prévalence au cours des 5 dernières années ce qui représente une fenêtre d'observation épidémiologique pertinente dans le domaine de la toxicomanie. Le fait que le nombre de surdoses a augmenté de 2006 à 2007, est en contradiction avec l'évolution de tous les autres indicateurs. Un groupe national d'experts a étudié ce phénomène et a isolé un certain nombre de facteurs comme la grande variabilité de la pureté des substances, l'augmentation de la polyconsommation et spécialement la combinaison de drogues de rue et de drogues de substitution ou de prescription en général dans le cadre de prises en charge ambulatoires et résidentiels et les lacunes dans le suivi des patients après leur sortie des institutions (désintoxication, thérapie, prison, etc.).

Toutes ces évolutions représentent des facteurs à risque au niveau de la morbidité et de la mortalité associées aux drogues mais ne viennent pas soutenir l'hypothèse d'une augmentation significative de la prévalence des UPDs en général. Le nombre d'admission dans des services à bas-seuil a connu une augmentation, d'abord parce que les offres à bas-seuil ont été diversifiées et ensuite parce que les heures d'ouverture ont été étendues, ce qui ne permet pas non plus d'affirmer que la prévalence de la population de UPDs a augmenté. Le nombre de seringues stériles distribuées a baissé depuis 2005 ce qui n'est pas en accord avec l'augmentation observée de la demande des services à bas-seuil. En sachant que le mode d'inhalation des opiacés semble être devenu plus populaire, que différents types de seringues sont actuellement distribués, que les comportements d'injection ont changé (p.ex. usage plus fréquent d'une même seringue) et que les seringues utilisées dans la salle d'injection ne sont pas comprises dans le comptage final, cette tendance à la baisse doit également être interprétée avec prudence. Enfin l'offre en matière de traitement a été diversifiée et les capacités ont été étendues ce qui a un impact sur le nombre de personnes en traitement sans pour autant nécessairement signer une augmentation du nombre total des UPDs.

En tenant compte des commentaires précédents, l'on peut soutenir qu'au niveau national, **la prévalence des UPDs** affiche une stabilité à moyen terme. Une deuxième étude de prévalence, prévue en 2009, dans le cadre d'une évaluation finale du plan d'action drogues, fournira de plus amples informations sur la situation actuelle.



Fig. 4.2 Prévalence (usage problématique de drogues à haut risque) et évolution d'indicateurs indirects



Source: Origer 2008

Les raisons pour les hausses au niveau des admissions bas seuil et du nombre de seringues distribuées sont expliquées sous le point « Tendances essentielles » en début d'ouvrage.

### Caractéristiques des UPDs répertoriés par le réseau institutionnel

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. 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, 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.

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 sur le site: <http://www.relis.lu/>.

Le nombre d'UPDs répertoriés par les institutions nationales en 2007 s'élevait à 4.758 (en 2002 : 4.701) doubles comptages inclus, c'est-à-dire qu'un individu peut avoir été répertorié deux fois ou plus par des institutions différentes. Ce chiffre ne représente pas la prévalence actuelle; ce calcul nécessitant des méthodes plus complexes.

A titre comparatif, les agences spécialisées en réduction de demande ont répertorié 2.383 usagers, et les agences de réduction de l'offre ont répertorié 2.318 prévenus pour infraction à la législation « drogues » en 2002. En 2007, ces mêmes instances ont répertorié 2.859 (en 2006 : 2.764) respectivement 1.687 individus.

La distribution hommes/femmes de la population des UPDs est de 3:1. Ces 10 dernières années le nombre d'UPDs de nationalité étrangère répertoriés a témoigné d'importantes variations et il accuse une tendance à la hausse depuis 2003, qui semble s'être stabilisée en 2007. La population des UPDs étrangers est principalement constituée de citoyens portugais, une proportion en croissance jusqu'en 2004 mais stable depuis lors, bien que toujours supérieure à la proportion en population générale. Parallèlement, on observe une augmentation des UPDs d'origine française (23%). Cette tendance est confirmée par les données des forces répressives sur les 7 dernières années.

L'âge moyen des UPDs répertoriés est passé de 28 ans et 4 mois en 1995 à 30 ans et 9 mois en 2007. L'écart entre les usagers les plus jeunes et les plus âgés continue à augmenter. On observe un vieillissement général des injecteurs établis, ainsi qu'un rajeunissement des « nouveaux » UPDs. A souligner également l'augmentation de l'âge des victimes de surdosage mortel ainsi qu'une proportion significative (légèrement à la hausse en 2007) de prévenus mineurs. Respectivement 89% et 44% des UPDs actuels ont essayé le cannabis et l'héroïne (en i.v.) avant leur majorité. En 1995, ces mêmes pourcentages s'élevaient à 71% et 23%. La durée entre la première consommation non-i.v. et la première consommation i.v. s'est écourtée. Aussi, les premières demandes de traitement sont formulées à un stade plus précoce des carrières d'usagers, ce qui est en partie dû à une offre plus diversifiée en matière de structures d'aide spécialisées.

Les âges moyens des UPDs de nationalité luxembourgeoise et non-luxembourgeoise sont actuellement assez alignés. L'âge de la première consommation de drogues illicites (HRC) a diminué de 3 ans entre 1995 et 2004, pour augmenter à nouveau en 2006. Une nouvelle diminution de l'âge moyen lors de la première consommation de drogues illicites s'observe en 2007 (2004 : 12ans 8 mois ; 2006: 15 ans 3 mois ; 2007: 14 ans 10 mois). En 2007, l'âge moyen lors de la première consommation de cocaïne i.v. et non i.v. a baissé. Pour ce qui est de l'héroïne (i.v.), la situation semble lentement se stabiliser. Pour l'héroïne non-i.v., l'âge moyen de la première consommation a fortement diminué en 2007, car la majorité des personnes commencent entre 14 et 17 ans, ce qui correspond à une diminution de 3-4 ans, comparé à 2006. De même l'âge de la première consommation de cannabis (1/3 des répondants n'avaient pas encore atteint l'âge de 14 ans au moment de leur première consommation de cannabis) a baissé. De façon générale, la proportion d'UPDs de plus de 35 ans et celle des usagers de moins de 19 ans continue à augmenter, de même que le fossé entre ces deux groupes.

L'usage intraveineux d'héroïne associé à un comportement de polyconsommation est rapporté par la grande majorité d'UPDs. La proportion de polysusagers de 89% s'est stabilisée après un niveau record de 92% en 2004. La prévalence de la cocaïne en tant que drogue préférentielle semble lentement se stabiliser depuis 2004. Les **STA**<sup>22</sup> sont sur la voie de la stabilisation.



Tous les indicateurs relatifs à la **consommation de cannabis** (problématique et récréatif) ont connu une hausse sensible au cours des dernières années. Du cannabis à haute concentration de THC (max: 31% dans un échantillon de marijuana) est sporadiquement trouvable sur le marché national, bien que la moyenne de pureté des produits du cannabis pendant la même période de temps, n'accuse qu'une hausse très faible.

Le nombre total de personnes en contact avec le réseau national spécialisé pour l'usage de cannabis a connu une augmentation sensible au début des années 2000, mais baissait à nouveau en 2004 pour se stabiliser en 2005/2007. L'usage **d'ecstasy** et de **STA** n'est que faiblement représenté, ce qui n'informe cependant pas sur sa prévalence en population générale, étant donné que le réseau RELIS cible les usagers problématiques de drogues et non la population générale ou les usagers récréatifs.

La situation résidentielle des UPDs a évolué favorablement durant les dernières années. La distribution géographique montre une concentration d'UPDs dans les régions *sud* (44,2%) et du *centre* du pays (32,1%). La région *nord* (14,2%), après une baisse en 2005 (11,5%) affiche une nouvelle tendance à la hausse depuis les deux dernières années.

Les données récentes suggèrent une légère amélioration de la situation occupationnelle/professionnelle, comme la proportion des personnes avec un emploi stable a augmenté de 10% par rapport à 2006. Le taux de chômage parmi la population cible a diminué en 2007 (23%). Ce changement est expliqué par le fait, que seulement les personnes, qui reçoivent effectivement des allocations de chômage sont retenues. La baisse de l'autonomie financière est dans la plupart des cas associée à une pérennisation de la dépendance sociale. Par ailleurs, une stabilisation des revenus d'origine illégale est observée pendant les dernières années.

## INDICATEUR DE DEMANDE DE TRAITEMENT (IDT)

### Profil des clients en traitement (Caractéristiques et modes de consommation)

Le pourcentage d'hommes parmi les clients en traitement revient à 73% contre 27% de femmes. La moyenne d'âge globale se situe à 31 ans, alors que la moyenne d'âge des femmes (28 ans 5 mois) est sensiblement plus basse que celle des hommes (31 ans et 5 mois). La moyenne d'âge a significativement augmenté au cours des dix dernières années (1997 : 28 ans / 2007 : 31 ans) et ce principalement à cause d'une hausse de l'âge moyen des hommes (1997 : 28 ans et 2 mois / 2007 31 ans et 5 mois). Le groupe des clients en traitement se compose de 68% de luxembourgeois et 32% d'étrangers. Pour les clients étrangers, la majorité est de nationalité portugaise, suivie des Italiens, Allemands et Français.

Concernant le niveau d'éducation des clients en traitement, 45% ont terminé le niveau primaire, 53% ont fini un niveau secondaire et 1% a même atteint un niveau supérieur. 58% du groupe en traitement dispose d'un emploi stable (légère baisse : 1997 : 65%) contre 10% qui se trouvent au chômage. De plus, 22% suivent ou bien des cours comme étudiants ou bien dans l'intérêt d'un contrat d'apprentissage.

Presque la moitié des demandeurs de traitement ont au moins une fois au cours de leur vie effectué une tentative de suicide (45%) et subi au moins une surdose (47%). Pour ce qui est de l'échange de seringues, 76% disent ne jamais avoir partagé leurs seringues.

La tendance à la polytoxicomanie est généralisée (88%).

L'usage d'héroïne comme substance préférentielle est rapporté par 76% (54% i.v. / 22% non-i.v.), alors que la cocaïne ne représente que dans 12% des cas le produit préférentiel (8% i.v. / 4% non i.v.). Pour ce qui est de la voie d'administration de l'héroïne, l'injection a un peu diminué de 1997 (60%) à 2007 (54%), alors que l'héroïne par d'autres voies d'administration montre une tendance à la hausse (1997 : 15% / 2007: 22%). L'âge moyen à la première prise de la drogue préférentielle se situe à 14 ans et 3 mois, alors que l'âge moyen à la première prise par voie intraveineuse est de 19 ans et 6 mois. Un peu plus que la moitié des clients en traitement sont des injecteurs au moment où ils entrent en traitement (52,5%). 72% des demandeurs consomment plus d'une fois par jour des drogues illicites.

### **Par substance consommée**

Les demandes de traitement portent principalement sur les problèmes associés à l'usage d'héroïne en tant que substance préférentielle. Les taux de prévalence se situent entre 70% et 80% (50% i.v. / 30% non i.v.). En 2007, on note une diminution de 10% de l'usage en i.v. comparé à 2006.

La population de consommateurs d'héroïne en i.v. représente la moyenne d'âge la plus élevée (31 ans 10 mois). 10% des derniers sont des demandeurs de premier traitement (25% pour les non-injecteurs).

La cocaïne comme principale raison de demande de traitement était légèrement à la hausse en 2004 et 2005 (20%) et diminuait à nouveau en 2007 (12%). L'âge moyen des demandeurs de traitement pour abus de cocaïne se situe à 29 ans et 6 mois. L'abus de cocaïne comme premier motif des demandes de traitement représente 15%, dans 37% des demandes, elle constitue la drogue secondaire (tendance à la baisse comparée aux 43% en 2004).

**L'usage de crack (en tant que substance primaire)** n'a pas été rapporté en tant que motif de traitement à ce jour et n'est mentionné que très rarement comme drogue secondaire ou occasionnelle (1%).

Le pourcentage des demandes de traitement liées à l'usage de cannabis est passé de 4% en 1997 à un maximum de 11% en 2002, pour ensuite marquer son minimum en 2006 avec 1%. Une légère hausse quant à l'usage de cannabis est à nouveau observée en 2007 (3%).

Les demandes de traitement pour **l'ecstasy** sont relativement rares (1-3%) et stables lors des dernières années. Il en est de même pour les **STA**.

### **Par types de traitement**

Le **nombre d'admissions**, toutes structures confondues, n'a cessé d'augmenter au cours des 10 dernières années. Plus récemment, une stabilisation des demandes de traitement de type ambulatoire a pu être observée ainsi qu'une augmentation des demandes de prise en charge en milieu résidentiel et auprès des services à bas-seuil. La proportion de premières demandes de traitement était de 13% en 2007 (1998 : 4%). Pour de plus amples informations sur les différents type de traitement et les statistiques d'admission y relatives on consultera le chapitre 6.



## 5. LES OFFRES SPÉCIALISÉES DE PRISE EN CHARGE

### Sommaire

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 psychosociales 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.

**Le traitement de la toxicomanie** se définit comme : « l'application de techniques spécifiques médicales et/ou psychosociales visant la réduction ou l'abstinence de la consommation illégale de substances en améliorant dès lors l'état de santé physique et psychique du client ». <sup>23</sup>

Les infrastructures spécialisées de traitement de la toxicomanie sont en grande majorité financées par l'Etat et soumises à une série de mécanismes de contrôle et de garantie de qualité, arrêtés dans les conventions de collaboration ministérielles. Les offres de traitement sont en partie décentralisées et assurées par des organismes gestionnaires agréés à ce titre.

Afin de faciliter la lecture du présent chapitre, la classification suivante a été appliquée :

- **Traitement ambulatoire**
- **Traitement résidentiel**
- **Traitement de substitution**
- **Mesures bas-seuil** <sup>24</sup>

Au cours des dernières années, les demandes de traitement ambulatoire et les demandes de traitement résidentiel ont accusé une légère augmentation. Le nombre de demandes de traitement de substitution est stable, alors que les demandes auprès des structures à bas-seuil marquent une hausse remarquable depuis plusieurs années. En général, une augmentation lente mais continue du nombre de demandeurs de traitement au cours des dernières années est observée. Une tendance plus récente consiste dans la hausse des demandes de traitement pour des problèmes liés à l'usage de cannabis et un abus d'alcool combiné par les jeunes au niveau national, comme rapporté notamment par le département de contrôle médical, en charge des transferts de traitements spécialisés à l'étranger. Les demandes de traitement liées à l'usage de cocaïne sont difficiles à estimer, comme pour la plupart des UPDs un usage concomitant d'héroïne est observé.

<sup>23</sup> **Source:** Classification du traitement de la toxicomanie dans les Etats membres de l'UE et la Norvège. Réunion d'experts, 8-9 février 2002

<sup>24</sup> Bien que les mesures de réduction des dommages ont été spécifiquement abordées sous les chapitres 6 à 9, les services bas-seuil constituent une alternative ou un complément de traitement et dès lors, doivent être inclus dans l'analyse des demandes de traitement.

Les plans d'action drogues consécutifs ont contribué largement à combler une série de lacunes dans le réseau de traitement de la toxicomanie. Le nombre accru d'admissions des offres bas-seuil peut être expliqué par le fait que de nouveaux services de réduction des risques et dommages ont été mis en place sous le plan d'action antérieur. Les résultats du plan d'action drogues 2000-2004 ont par ailleurs été pris en considération pour l'élaboration du plan d'action drogues 2005-2009.

La distribution géographique des structures de traitement et de prise en charge (carte 5.1) fait apparaître que ces dernières sont en grande partie décentralisées avec une proportion plus élevée dans les régions et villes à haute prévalence. A noter qu'en juin 2005 la première salle de consommation supervisée a été ouverte à Luxembourg Ville, et intégrée au centre « TOX-IN » qui assure également une prise en charge durant le jour, un hébergement de nuit et des services bas-seuil pour personnes toxicodépendantes.





## SYSTÈME DE TRAITEMENTS

Carte 5.1 Couverture géographique de structures spécialisées dans la prise en charge de la toxicomanie au Grand-duché de Luxembourg (statut 2008)



- **JDH** : Consultations, substitution, bas-seuil et suivi post-thérapeutique
- **TOX-IN (CNDS)** : Bas-seuil
- **TOX-IN (CNDS)** : Hébergement de nuit, salle d'injection
- **SOLIDARITE JEUNES** : Prise en charge de jeunes
- **CENTRE EMMANUEL** : Consultations et orientation
- **CHNP** : Traitement et orientation
- **CTM (CHNP)** : Thérapie résidentielle, mesures de réintégration
- **CTM (CHNP)** : Suivi post-thérapeutique, logement supervisé
- **Hôpitaux généraux** : Désintoxication

Toutes les associations et fondations spécialisées dans le traitement de la toxicomanie qui disposent d'un agrément y relatif, dépendent du soutien financier et du contrôle de l'Etat, contractuellement arrêtés par des conventions de collaboration, renouvelables annuellement. Les ONG impliqués dans le traitement de la toxicomanie tombent sous l'obligation de la loi dite « ASFT » (8/09/98)<sup>25</sup> et du règlement grand-ducal subséquent du 10 décembre 1998<sup>26</sup>, réglemant la relation (droits et obligations) entre Etat et ONG ou organisations offrant une prise en charge médico-sociale et thérapeutique. La concertation avec les ONG impliquées est assurée par des « plates-formes de coordination » dans lesquelles participent des membres de l'institution concernée et au moins un représentant du ministère compétent. Toutes les institutions concernées travaillent en collaboration étroite et peuvent être considérées comme une chaîne **thérapeutique interdépendante**. Toutes les associations agréées acceptent les patients consommateurs de drogues indépendamment du type de substance impliquée.

L'agrément, prévu par la loi « ASFT » du 8 octobre 1998, constitue le cadre du contrôle de qualité. Les ONG doivent procéder à l'évaluation de leurs activités par des moyens qu'ils estiment adéquats et rapporter périodiquement l'état de leurs activités au ministère de tutelle. L'évaluation des offres actuelles du domaine de l'intégration socioprofessionnel, dont le développement futur est largement promu par le plan d'action drogues, la mise en place d'un registre national du traitement de substitution et des interventions de prévention par le CePT, constituent des exemples récents.

Aussi la **base de données RELIS** sur les usagers problématiques de drogues, fournit des indicateurs appropriés aux fins d'évaluation puisqu'elle fournit des données détaillées sur les modes de consommation, la situation socio-économique, le comportement à risque et les contacts avec les forces de l'ordre, etc.. A moyen terme, le dispositif RELIS permet également de suivre les « carrières institutionnelles », les demandes de traitement et les contacts avec les forces de l'ordre des usagers problématiques de drogues indexés. Ces données peuvent être utilisées pour évaluer l'impact et la performance d'offres de traitement spécifiques. Un exemple pratique de cette application de résultats d'évaluation est la conceptualisation du plan d'action national drogues 2000-2004 lequel était principalement basé sur les données RELIS et des initiatives d'évaluation ad hoc d'institutions de terrain. Le tableau 5.1 résume les statistiques d'admission et de contacts d'institutions nationales du domaine de la toxicomanie de 1994 à 2007. Les **comptages multiples intra-institutionnels** sont exclus ce qui signifie que chaque individu indexé par une institution donnée n'est indexé qu'une fois par cette même institution durant l'année de référence. Les comptages multiples inter-institutionnels ne sont pas exclus, car un demandeur de traitement donné peut avoir contacté plusieurs institutions nationales différentes pendant une année donnée. De ce fait, ces données ne rapportent pas la prévalence nationale des UPDs mais permettent de faire le suivi d'une augmentation ou d'une diminution de celle-ci.

<sup>25</sup> Loi du 8 septembre 1998 réglant les relations entre l'Etat et les organismes œuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique (entrée en vigueur: 24/09/1998)

<sup>26</sup> Règlement grand-ducal du 10 décembre 1998 concernant l'agrément à accorder aux gestionnaires de services dans les domaines médico-social et thérapeutique (entré en vigueur: 18/12/1998)

Tab. 5.1 *Contacts institutionnels de la population toxicomane (Comptages multiples inter-institutionnel inclus)*

INSTITUTION	NOMBRE D'ADMISSIONS ET/OU CONSULTATIONS ET/OU CONTACTS				NOMBRE DE DEMANDEURS DE TRAITEMENT (comptages multiples intra-institutionnels exclus)									
	98	2000	2002	2004	2005	2006	2007	98	2000	2002	2004	2005	2006	2007
<b>REDUCTION DE LA DEMANDE: TRAITEMENT SPECIALISE</b>														
<b>AMBULATOIRE</b>														
- Non-centré sur les médicaments	1.089	2.185	3.412	4.312	4.682	4.597	4.833	535	636	828	916	876	928	1.143
- Substitution	/	/	/	/	/	/	/	989	1.002	1.040	1.065	1.084	1.044	1.092
<b>RESIDENTIEL</b>														
- Non-centré sur les médicaments	39	43	57	53	35	44	128	127	158	153	182	176	183	124
- Désintoxication	/	/	/	/	/	531	550	243	316	429	476	503	484	500 <sup>27</sup>
<b>SERVICES A BAS-SEUIL</b>	9.499	13.083	29.536	39.526	47.730	55.808	60.405							
<b>SOUS TOTAL A: Nombre des demandeurs de traitement</b>														
(Avec comptages multiples)	1.891	2.112	2.450	2.639	2.639	2.639	2.639	1.891	2.112	2.450	2.639	2.639	2.639	2.859
(Sans comptages multiples)	n.a.	637	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	637	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
<b>REDUCTION DE L'OFFRE: INSTITUTIONS JUDICIAIRES ET PENALES</b>														
Etablissements pénitentiaires nationaux								167	161	101	92	247	243	212
Police Grand-Ducale – Police Judiciaire – Douanes								1.170	1.758	2.217	1.808	2.034	1.573	1.687
<b>SOUS TOTAL B: Nombre de prévenus</b>	1.337	1.919	2.318	1.900	2.281	1.816	1.899	1.337	1.919	2.318	1.900	2.281	1.816	1.899
(Avec comptages multiples)														
<b>TOTAL</b>														
<b>Nombre de personnes en contact avec le réseau institutionnel (Avec comptages multiples)</b>	3.228	4.031	4.768	4.539	4.920	4.455	4.758	3.228	4.031	4.768	4.539	4.920	4.455	4.758

Source: RELIS 2007

<sup>27</sup> nombre estimé, les données ICD-10 n'étaient pas encore disponibles

De façon générale, on observe une légère augmentation des personnes ayant été entrées en contact avec des institutions de type sanitaire ou répressif pour problèmes liés à la drogue, et ce après 4 années de décroissance continue. Cette situation est avant tout expliquée par une plus grande proportion d'UPDs qui se soumettent à un traitement, tandis que la proportion de contacts avec les forces de l'ordre a diminué au cours de la même période. Le nombre d'UPDs en traitement de substitution est resté stable au cours des dernières 5 années alors que la demande en consultations ambulatoires et en offres de bas seuil (60.000 contacts en 2007) a augmenté considérablement.

En 2007, 14% (10%) des répondants ont formulé leur première demande (tout centre de traitement inclus). On observe actuellement une augmentation du nombre de demandes de traitement ambulatoire et une stabilisation des demandes de traitement résidentiel et des demandes de détoxication, alors que les contacts avec les structures « bas-seuil » (de première ligne) sont en hausse.

Si on associe à ces indicateurs les données récentes sur les infractions liées aux drogues, il est raisonnable d'avancer que la prévalence de l'Usage Problématique de Drogues s'est stabilisée depuis 2002.

## OFFRES DE TRAITEMENT NON CENTRÉES SUR LES MÉDICAMENTS

**Définition :** « Les traitements non centrés sur les médicaments mettent l'accent sur des techniques psychosociales et psychothérapeutiques et ne sont pas principalement axés sur la prescription routinière d'une substance ou d'un médicament avec l'objectif de stabiliser, de réduire ou de faire arrêter la consommation illégale de substances en visant ainsi d'améliorer l'état de santé général du client ».

### Traitement ambulatoire : Adultes

**Tendance actuelle:** Accroissement du nombre total de clients. **Augmentation** des pourcentages de **première demande**. Légère augmentation à long terme du pourcentage de demandeurs féminins depuis 1997. De même une proportion croissante de clients âgés de plus de 30 ans et de moins de 20 ans. **Nombre stable des demandeurs de traitement mineurs et pour les patients se présentant pour des problèmes liés à la consommation de cannabis**, à cause de l'introduction de services spécialisés dans la prise en charge de mineurs. Une autre tendance actuelle s'observe dans le nombre croissant de jeunes mères et enfant(s) qui sont à la recherche de traitements ambulatoires et résidentiels.

Après une baisse de plusieurs années, les centres d'accueil ambulatoires présentent des **taux d'admission stables** de 2004 à 2007 (477 clients) et une hausse des pourcentages de première demande (55%) dans et entre les agences. La distribution selon le sexe montre une augmentation à long terme des clients féminins (2007: 37% / 1997: 34%). La proportion de **demandeurs de traitement de plus de 30 ans** a sensiblement augmenté durant les dernières années (2007 : 60%) (2006 : 57%). La proportion des demandeurs de traitement de moins de 20 ans (6,5%) a également augmenté pendant les dernières années (2006 : 5,6%). La proportion de **mineurs demandeurs de traitement** (4,8%) a augmenté jusqu'en 2004. Cette proportion a diminué depuis, principalement parce que des centres spécialisés pour les jeunes ont été développés entre-temps. Les demandes de traitement pour consommation d'opiacés en i.v., associée à une polyconsommation généralisée, reste clairement la demande principale de prise en charge et est en hausse depuis 3 ans maintenant (2007 : 57% / 2006 : 51% / 2005 : 47% / 1997: 72%). Les demandes concernant le cannabis montrent une tendance clairement à la hausse depuis 2000 (2003: 15% alors qu'en 1997: 1%) et une diminution depuis 2003 (2006: 13% / 2007 : 6,3%). Cette tendance est également à associer au développement des centres pour mineurs. La prévalence de **consommation problématique de cocaïne** montre une légère augmentation comparée aux données de 2006.



### Infrastructures et offres

Le principal centre de traitement ambulatoire au niveau national est la « fondation JDH ». Des antennes régionales de la fondation JDH se trouvent à Luxembourg Ville, au sud et au nord du Grand-duché et sont toutes financées par le Ministère de la Santé. Le Centre Emmanuel constitue un centre de consultation, d'orientation et de suivi.

Un troisième service ambulatoire spécialisé se situe à Luxembourg-Ville (centre de consultation alternative). Les objectifs principaux de ce centre sont les suivants :

Établir un premier contact avec les clients toxicomanes.

- Aider les clients toxicomanes dans l'élaboration d'un projet thérapeutique avec orientation soit vers la structure à moyen terme BU5, soit vers le Centre Thérapeutique Syrdallschlass Manternach.
- Organisation de sevrages dans les services psychiatriques régionaux et encadrement des toxicomanes pendant leur prise en charge médicale.
- Entretiens informatifs et thérapeutiques avec les toxicomanes et les familles concernées avant et après le sevrage.

D'autres centres offrent des prises en charge sociales et thérapeutiques pour des personnes toxicomanes. Ces centres n'offrent cependant pas de traitements spécifiques liés à la toxicomanie et ne documentent pas ces derniers de façon sélective.

### Traitement ambulatoire : Mineurs

**Tendance actuelle :** Nombre de clients en hausse ce qui est principalement dû à l'orientation accrue des clients mineurs des structures pour adultes vers les structures spécialisées pour mineurs. Le taux de demandes a augmenté de manière discontinue depuis l'implémentation de ces centres. La proportion de clients âgés de moins de 16 ans (30%) a diminué depuis 2002. Les problèmes liés à l'usage de cannabis sont principalement à l'origine de demandes d'intervention (67,7%), marquant cependant une tendance à la baisse. Par contre l'abus de drogues licites et la polyconsommation occupent de plus en plus le devant de la scène. Une proportion croissante de jeunes avec des symptômes psychiatriques et/ou un comportement social déviant en plus de l'abus de drogues est rapportée par les agences spécialisées de première ligne.

### Infrastructures et offres

Des structures spécialisées ambulatoires pour les mineurs existent actuellement uniquement dans le centre du pays (Jongenheim asbl).

### Traitement résidentiel

**Tendance actuelle :** La proportion de **nouvelles demandes** de traitement (59%) dans des structures résidentielles a augmenté les dernières années, mais semble en voie de stabilisation. Une proportion croissante de patients (59%) dans des structures résidentielles suit parallèlement un traitement de substitution. La proportion de **demandeurs de sexe masculin** s'est stabilisée autour de 70%. L'âge moyen des demandeurs a fortement diminué en 2007 (28 ans) (2006 : 30 ans et 2 mois / 2004: 31 ans 11 mois / 1998: 27 ans). La distribution d'âge mentionnée, reflète une tendance générale observée dans la plupart des demandeurs de traitement adultes, à savoir, une diminution des patients de moins de 25 ans et une augmentation des patients de **plus de 30 ans**. Cette augmentation est surtout observée pour les **sujets luxembourgeois**. Presque toutes les demandes de traitement sont liées à l'abus d'opiacés, principalement en i.v..

## Infrastructures et offres

Au niveau national il existe un seul centre thérapeutique résidentiel pour personnes toxicomanes appelé « Syrdallschlass » (CTM-CHNP) qui est situé à l'est du Grand-duché de Luxembourg. Le programme thérapeutique est divisé en trois phases progressives qui ont été révisées en 1997. La durée de la thérapie varie de 3 mois à 1 an.

En complément aux thérapies individuelles et de groupe, le centre offre des formations issues de différents domaines professionnels, ainsi que des logements supervisés. L'objectif final consiste en une réintégration psychologique, professionnelle et sociale des clients. La collaboration avec un réseau d'employeurs disposés à engager des ex-toxicomanes et l'implication active de services sociaux garantissent un cadre social et professionnel pour les patients lors de leur sortie.

Le **plan d'action drogues national** avait prévu l'extension des offres du CTM en créant un réseau d'**annexes thérapeutiques modulaires et de logements avec niveaux de prise en charge variable** pour groupes cibles spécifiques comme par exemple des femmes, femmes enceintes, des couples toxicomanes, etc.. Ces foyers sont opérationnels depuis septembre 2002 et se trouvent dans les environs du centre principal (voir carte 5.1) afin de pouvoir pleinement profiter des formations et des mesures de réintégration offertes par le CTM. Le plan d'action 2005-2009 prévoit par ailleurs la création de nouvelles annexes. En 2008 une nouvelle annexe thérapeutique qui s'adresse à des clients spécifiques, comme des mères avec un/des enfant(s) ou des patients, qui sont dans la dernière phase de leur thérapie, a été inauguré sur le site même du CTM.

Le CHNP gère une structure résidentielle d'une capacité de 15 lits appelée « unité à moyen terme » dans le nord du pays. Sa mission est la suivante :

- Aider à poursuivre la stabilisation physique et psychique du patient après sevrage physique.
- Encadrer le patient pendant la période allant du sevrage à l'admission en thérapie ou offrir un lieu protégé pour développer son projet de réinsertion sociale.
- Décharger les services psychiatriques régionaux en admettant des patients sevrés.

Puisque les places de thérapies résidentielles restent limitées et n'assurent pas toute la palette des offres de prise en charge spécialisées (double diagnostic etc.), une partie des patients sont orientés vers des institutions spécialisées à l'étranger.

Tab. 5.2 Traitements de la toxicomanie à l'étranger répertoriés par l'UCM (1996-2007)

Groupe d'âge	1996	1998	2000	2002	2004	2005	2006	2007	Hommes (2007)		Femmes (2007)	
	N	N	N	N	N	N	N		N	%	N	%
< 20 ans			3	5	3	3	1	5	5	14	0	0
20 à 25 ans			33	33	37	29	41	32	10	28	22	25
> 25 ans			66	63	72	89	74	86	21	58	65	75
<b>TOTAL</b>	<b>55</b>	<b>71</b>	<b>102</b>	<b>101</b>	<b>112</b>	<b>121</b>	<b>116</b>	<b>123</b>	<b>36</b>	<b>100</b>	<b>87</b>	<b>100</b>
Age moyen			27A9M	28A	28A5M	30A7M	30A	30A1M	28Y		31Y	

Source : Administration du Contrôle Médical : Cures de désintoxication (drogues dures et polytoxicomanie) à l'étranger - Exercices 1996-2007



## OFFRES DE TRAITEMENTS AXÉES SUR LA PRESCRIPTION DE MÉDICAMENTS

### Désintoxication / prise en charge médicale : type résidentiel

**Tendances actuelles** : Toutes les unités nationales de sevrages montrent une augmentation significative concernant le nombre d'admissions de patients (382 patients en 2004 vs. +/- 500 patients en 2007 avec une tendance à la stabilisation). **Les demandes de premiers sevrages** semblent diminuer. La distribution selon le sexe est restée inchangée depuis plusieurs années et l'âge moyen des sujets affiche une baisse constante depuis les six dernières années. **Les problèmes liés à une polyconsommation soutenue**, héroïne incluse, sont les principales raisons de demandes de sevrages.

### Infrastructures et offres

Cinq hôpitaux régionaux offrent actuellement des services de désintoxication physique (sevrage) par le biais de leurs services psychiatriques respectifs. L'Hôpital du Kirchberg a rejoint cette liste en 2005. Des interventions médicales et un soutien psycho-social sont offerts afin de contrôler, réduire et éliminer les symptômes de sevrage dans le cadre d'un programme de désintoxication de 1 à 2 semaines. Idéalement, les patients désintoxiqués sont ensuite orientés vers d'autres institutions spécialisées.

La désintoxication fait partie de l'offre des unités psychiatriques des cinq établissements hospitaliers suivants :

- Clinique St. Louis – Ettelbrück (Nord)
- Centre Hospitalier Emile Mayrisch – CHEM (Sud)
- Centre Hospitalier de Luxembourg – CHL (Centre)
- Clinique Ste. Thérèse (Centre)
- Hôpital du Kirchberg (Centre)

### Traitement de substitution : type ambulatoire

**Tendances actuelles** : **Stabilisation du nombre de patients dans le programme structuré et du traitement de substitution assuré par le réseau des médecins agréés – stabilisation du sex-ratio (2 hommes/1 femme) – Augmentation des demandeurs de traitement de substitution âgés de plus de 35 ans.**

Le nombre de patients admis dans le programme national de substitution, après une baisse de 2000 à 2006, s'est stabilisé à 113 patients en 2007, ce qui est probablement dû à l'accès croissant du traitement de substitution à bas seuil par les médecins généralistes. La proportion de femmes en traitement de substitution (30% stable) est supérieure à la proportion de femmes dans les autres types de traitement.

L'âge moyen de tous les patients substitués a augmenté significativement pendant les 10 dernières années, principalement dû à l'augmentation des demandeurs de plus de 39 ans (39%). La proportion de demandeurs luxembourgeois s'est stabilisée depuis plusieurs années (70-75%). **La situation socio-économique** des patients en traitement de substitution est clairement plus favorable que celle d'autres demandeurs de traitement. Ces données ont été confirmées par la dernière évaluation externe (Dellucci, 2003). Le nombre de patients ayant bénéficié d'un traitement de substitution, **prescrit par des médecins indépendants** semble également stabilisé [979 patients en 2007 (comptages multiples exclus) pour 970 en 2005]. En 2007, 122 médecins différents ont prescrits des médicaments avec l'indication thérapeutique de substitution.

## Infrastructures et offres

La substitution est actuellement définie comme un traitement médicalement assisté de la prescription d'agonistes et d'antagonistes opioïdes (et des agonistes antagonistes). Les objectifs des traitements de substitution sont multiples. Ils vont de la maintenance ambulatoire bas-seuil aux offres de réhabilitation orientées vers l'abstinence. L'objectif premier est la stabilisation psychosociale et médicale du patient en remplaçant opiacés de « rue » par des substances de substitution de qualité contrôlée. La poursuite et la fin du traitement sont évaluées individuellement. Les deux composantes, notamment l'état du patient et la réduction des nuisances publiques sont en jeu dans cette approche.

Le programme de substitution a été mis en place par le Ministère de la Santé et l'actuelle fondation JDH en 1989. Jusqu'en 2001 il n'existait pas de **cadre légal** propre au traitement de la toxicomanie par substitution. La loi du 27 avril 2001 modifiant la loi modifiée du 19 février 1973, loi de base en matière de lutte anti-drogue, a introduit un cadre légal pour le traitement de substitution. Le règlement grand-ducal du 30 janvier 2002<sup>28</sup> définit les modalités pratiques de la substitution. La nouvelle législation régit le traitement de substitution en général plutôt qu'elle ne légalise un programme de substitution national unique. Aussi, les médecins prescripteurs et associations spécialisées doivent disposer d'un **agrément pour le traitement de substitution** et se soumettre aux contraintes de pratiques et de formation prévues par la loi. La loi stipule également l'importance de mettre en place des mécanismes de contrôle adéquats pour enrayer les **prescriptions multiples** (p.ex. registre central de patients substitués). Il faut noter que suite à l'application du nouveau cadre légal, il existe toujours un **programme structuré de traitement de substitution** (JDH – principalement de la méthadone liquide orale – 113 patients en 2007) et une offre de traitement de substitution par des médecins disposant de l'agrément requis.

Le règlement grand-ducal du 30 janvier 2002 liste les médicaments et les préparations contenant de la méthadone (sous forme orale dans le programme et sous forme de comprimé dans la prescription par le réseau des médecins agréés) et de **buprénorphine** si la notice indique le traitement de substitution comme indication thérapeutique. En plus, des médicaments **basés sur la morphine (sel)** peuvent être prescrits si les substances listées sont jugées inadéquates par l'autorité médicale. Par ailleurs, le règlement grand-ducal en question permet la **prescription d'héroïne** dans le cadre d'un projet pilote géré par la Direction de la Santé. Les médicaments de substitution les plus prescrits actuellement sont : MEPHENON®, METHADICT® et SUBUTEX®.

Afin d'endiguer les prescriptions multiples de produits de substitution et leur détournement possible vers les marchés illicites, la Direction de la Santé envisage actuellement la mise en place d'un **registre central des traitements de substitution** conjointement avec la « Commission de Surveillance du Traitement de Substitution »<sup>29</sup> et le coordinateur national « Drogues ». Au moment de la rédaction du rapport des discussions avec l'AMMD se poursuivent. Il s'agit de trouver une solution pour rendre la mise en place du registre compatible avec une pratique médicale quotidienne.

L'Union des Caisses de Maladie dispose du nombre de patients ayant bénéficié de prescriptions de substitution ainsi que le nombre des médecins prescripteurs. On observe une stabilisation récente des demandes de substitution en général et une diminution pendant 4 ans des patients qui ont choisi le programme de substitution officiel de la fondation JDH, lequel est plus exigeant en termes de programme thérapeutique.

<sup>28</sup> Le règlement grand-ducal du 30 janvier 2002 déterminant les modalités du programme de traitement de la toxicomanie par substitution peut être téléchargé : <http://www.eldd.emcdda.org>

<sup>29</sup> Le règlement grand-ducal du 30 janvier 2002 remplace l'ancienne « Commission Méthadone » par la « Commission de Surveillance du Traitement de Substitution » qui est sensée contrôler tous les aspects du traitement de substitution au niveau national. Etablie en 2002, elle est composée par des délégués du programme, la Direction de la Santé, deux pharmaciens et deux médecins agréés au programme, et s'occupe des admissions, des sorties et exclusions des demandeurs de traitement de substitution. La composition de la nouvelle commission est similaire à la composition de l'ancienne Commission Méthadone.





Tab. 5.3 Prescription ambulatoire de substances de substitution par le réseau national de médecins agréés 1999 - 2007

ANNEE	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Nombre de patients bénéficiaires (sans comptages multiples)	745	844	849	820	913	/	970	939	979
Nombre de patients bénéficiaires (avec comptages multiples)	/	/	/	1.487	1.554	1.553	/	1.516	-
Nombre de médecins prescripteurs (sans comptages multiples)	125	145	147	157	154	158	163	121	122

Source : Union des Caisses de Maladie 2007

En 1995 la première **évaluation** scientifique du programme de substitution structuré de JDH a été menée. En 1998 un nouveau programme informatique a été développé en collaboration avec le PFN qui permet une documentation harmonisée des traitements en cours. En 2003 une troisième évaluation par un expert externe a été menée sur base de données fournies par le programme informatique.

Les **conclusions principales de l'exercice d'évaluation** (Dellucci 2003) font état d'améliorations significatives du statut résidentiel, de l'indépendance sociale des patients, de la situation occupationnelle, de la situation financière et du statut d'endettement, des indicateurs de santé et des comportements à risque et une diminution de la fréquence des contacts pénaux et judiciaires.

#### Services bas-seuil / réduction des risques et dommages

##### • Tendances actuelles :

Le **nombre de contacts** répertoriés par les structures bas-seuil a dramatiquement augmenté depuis les dix dernières années (2007: 60.405 / 2005: 47.739 / 1996: 6456), tout comme le nombre des seringues distribuées par ces mêmes structures. En 2005, cependant, le nombre des seringues distribuées s'est stabilisé et a baissé pour la première fois en 2006, de même qu'en 2007, et ce la première fois depuis le début du programme d'échange (voire Fig.4.2). La proportion de **nouveaux clients** dans les structures bas-seuil est en augmentation. La proportion de **clients féminins** a connu une baisse modérée mais continue (actuellement à 17%). Approximativement 57% des usagers ont entre 25 à 34 ans, et la proportion de clients âgés de plus de 35 ans est à la hausse (28%). 56% (53%) des clients sont de nationalité luxembourgeoise.

##### Infrastructures et offres

Actuellement des offres de réduction des risques sont proposées par la fondation JDH à Luxembourg-Ville, à Esch-sur-Alzette et à Ettelbrück et par le CNDS à Luxembourg Ville, comprenant des offres de jour et des foyers nuit, ainsi que la salle d'injection supervisée (actuellement seulement au centre). Un foyer d'accueil bas seuil pour personnes dépendantes supplémentaire est actuellement en planification à Esch-sur-Alzette.

# 6. RISQUES ET CONSÉQUENCES SANITAIRES ASSOCIÉS À L'USAGE ILLICITE DE DROGUES

## Sommaire

Les données sur les **maladies infectieuses** traitées dans le présent chapitre proviennent d'une part du système national de monitoring épidémiologique des UPDs (RELIS) et de l'autre, d'une étude de prévalence toute récente basée sur la méthodologie de dépistage sérologique (Origer et Removille, 2007) appliquée sur un échantillon représentatif de la population nationale d'UPDs. Les données des différentes sources sont concordantes et confirment qu'en termes épidémiologiques les taux d'infection au HVB (hépatite B) et la prévalence des cas HIV et de SIDA déclarés au sein de la population d'UPDs sont largement stabilisés. Cependant l'infection au HCV (hépatite C) témoigne d'une nette progression.

En matière de **mortalité associée à l'usage illicite de drogues**, il existe au G.-D. deux routines distinctes d'enregistrement:

1. Le registre des décès (RD) est placé sous la responsabilité de la Direction de la Santé. Le RD est alimenté des données contenues sur les déclarations de décès à fournir par le corps médical. Il est basé, depuis 1998, sur la version 10 de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10). Un programme d'extraction conçu sur base de critères diagnostiques reconnus au niveau européen permet de procéder à une estimation comparable des décès liés aux drogues au sein de l'Union européenne.
2. La section-stupéfiants de la Police Judiciaire effectue pour sa part une documentation des cas de surdosages mortels survenus sur le territoire national en incluant des données contextuelles des décès et les données toxicologiques sur la cause de décès. La police est systématiquement informée par les services d'urgence en cas d'une surdose présumée. Les indices du lieu de l'incident et les résultats de l'analyse toxicologique permettent ainsi de se prononcer sur la cause exacte du décès.

La définition d'une surdose directe et mortelle appliquée dans le cadre de RELIS est la suivante: « *Intoxication létale, volontaire accidentelle ou d'intention non déterminée, confirmée par des données toxicologiques et contextuelles et causée de façon directe par l'usage illicite d'une ou de plusieurs drogue(s). Le décès est dû aux effets pharmacologiques aigus de la (des) substance(s) consommée(s).* »

Les deux sources citées sont indépendantes. Le registre de la SPJ se base sur les procès verbaux et les données médico-légales, alors que le RD est mis à jour sur base des informations produites sur les certificats de décès. Des différences entre les deux registres proviennent principalement des routines d'encodage propres (p.ex. les certificats de décès ne mentionnent souvent que la cause primaire de décès), expliquant ainsi le fait que le DRD v 0.3 sous-estime systématiquement le nombre de décès liés aux drogues de la SPJ (cf. tab. 6.1.).

La concrétisation des plans 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 qui ont cependant connu une recrudescence récente avant tout tributaire des pratiques de consommation à haut risque actuellement observées et abordées plus en détail par la suite.

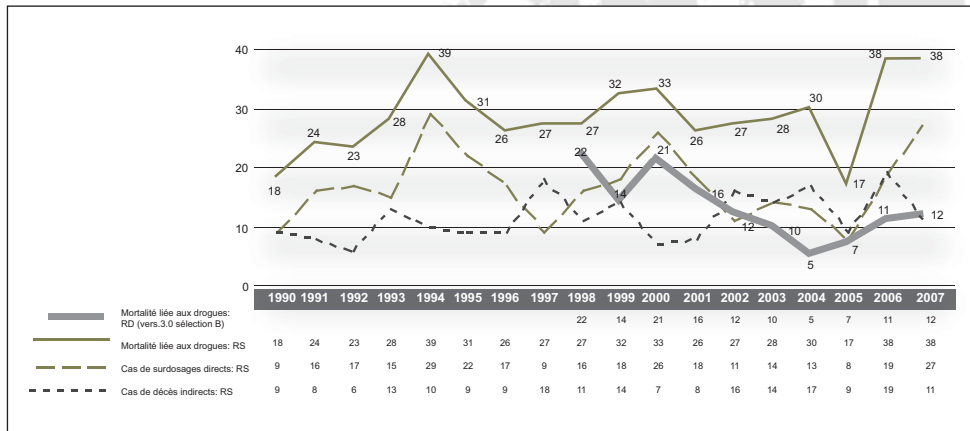


## DÉCÈS ASSOCIÉS AUX DROGUES ET MORTALITÉ AU SEIN DE LA POPULATION D'USAGERS DE DROGUES

### Surdosages et décès indirects liés aux drogues

Sur base des enseignements tirés de l'étude épidémiologique des cas de décès associés à l'usage illicite de drogues et des routines nationales d'enregistrement entre 1992 et 2000 (Origer & Dellucci 2002), les auteurs recommandent de combiner les données RD (extraction sur base d'un protocole standardisé - vers. 3.0 sélection B) et les données fournies par la Police judiciaire (SR). Ces dernières sont à la base de la détermination officielle du nombre de cas de décès par surdosage au niveau national.

Figure 6.1 Mortalité associée à l'usage illicite de drogues (directe-indirecte-mortalité totale) de 1990 à 2007 (Origer 2008)



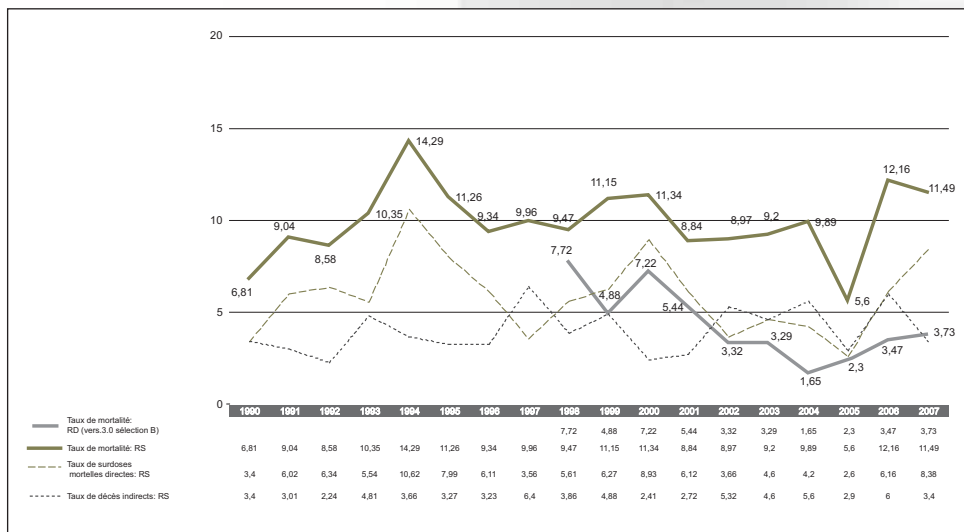
Le graphique 6.1 montre que le standard DRD v. 3.0 (sélection B) constitue un indicateur peu valide des décès de drogues directs, indirects et totaux tels que répertoriés au niveau national par le RSPJ. C'est pour cette raison que l'évaluation de la mortalité associée aux drogues au Luxembourg doit s'appuyer sur une analyse spécifiquement nationale.

Le nombre de **décès par surdosage** au Grand-duché de Luxembourg a connu une nette tendance à la hausse entre les années 1985 et 1994 (29 cas), suivie par une lente décroissance jusqu'en 1997 (10 cas). Un décaissement similaire a été observé entre 1997 et 2000 accusant un pic de 26 cas en 2000 pour redescendre à nouveau à un niveau historiquement bas de 8 cas en 2005. Les données 2006 indiquent une certaine recrudescence des cas de surdose, confirmée par les données de 2007 (27 cas), qu'il s'agira d'analyser plus en détail par la suite en sachant toutefois que cette tendance est observée dans la plupart des pays de l'UE et qu'il s'agira de considérer des facteurs telle que la nature du marché et des comportements de consommation actuels.

Confrontés aux données relatives à la prévalence des usagers problématiques de drogues au niveau national en 2000 (N = 2.450), en 1999 (N = 2.350) et en 1997 (N = 2.100) (Origer 2001), les taux de mortalité par **surdosage** variaient entre 0,48% en 1997 et 1,1% en 2000 (0,77% en 99). En référence au nombre total de décès associés à l'usage illicite de drogues (décès directs et indirects), le même taux témoigne de variations moins prononcées: 1,346% en 2000, 1,361% en 1999 et 1,333% en 1997.

Le **taux de surdose en population générale** s'élevait à 6,43 surdoses mortelles par 100.000 habitants<sup>30</sup> en 2000 (2,09 en 1997). Une comparaison internationale montre que le taux de surdose en 2000 au Luxembourg était parmi les plus élevés dans l'UE. En 2007 ces mêmes taux étaient respectivement de 5,67 et de 8,38 par 100.000 habitants et 100.000 habitants âgés entre 15 et 64 années.

Figure 6.2 Taux de mortalité associée à l'usage illicite de drogues (directe-indirecte-mortalité totale) par 100.000 habitants âgés de 15 à 64 de 1990 - 2007 (Origer 2008)



La tendance **générale et discontinue à la baisse des cas de surdosages** mortels à partir de 1994 est à mettre en rapport avec la régionalisation et le développement du traitement de substitution au Grand-duché tout comme la création de nouvelles capacités en termes d'offres de réduction des risques. La tendance fortement décroissante entre 2000 et 2002 est associée à une proportion documentée plus élevée d'UPDs consommant par inhalation. La chute des cas de surdoses mortelles entre 2004 et 2005 pourrait s'expliquer par l'ouverture de la première salle de consommation supervisée de drogues au Luxembourg. En 2006 et 2007, le nombre de cas de surdosages a connu à nouveau une hausse modérée et ce pour des raisons abordées plus loin. Sachant cependant que depuis l'ouverture de ladite salle d'injection en 2005 plus de 250 victimes de surdosage ont pu être prises en charge sur place et ainsi sauvées, l'efficacité d'une telle salle en termes de réduction des risques et dommages n'est plus à démontrer. Aussi, l'actuelle hausse au niveau du nombre de cas de surdosages serait beaucoup plus importante à défaut d'une salle de consommation supervisée et les facteurs sous-jacents à cette tendance doivent être de nature structurelle considérant que la majorité des autres Etats membres de l'UE sont actuellement confrontés à la même réalité.

<sup>30</sup> Tous groupes d'âge confondus



En 1999 le PFN a mené une étude sur les aspects épidémiologiques et méthodologiques associés aux décès de drogues. Les résultats étaient publiés en 2002 : « *Etude épidémiologique sur les décès liés aux drogues et analyse des aspects méthodologiques des procédures enregistrées/indexées, qui sont appliquées au Luxembourg de 1992 à 2000* » (Origer & Dellucci 2002). La partie épidémiologique de l'étude était destinée à apporter des informations sur les facteurs de risque de mortalité due aux drogues illicites et à contribuer de la sorte à l'exécution des mesures de prévention.

Plusieurs facteurs ou contextes de risque ont été mis en évidence par l'étude:

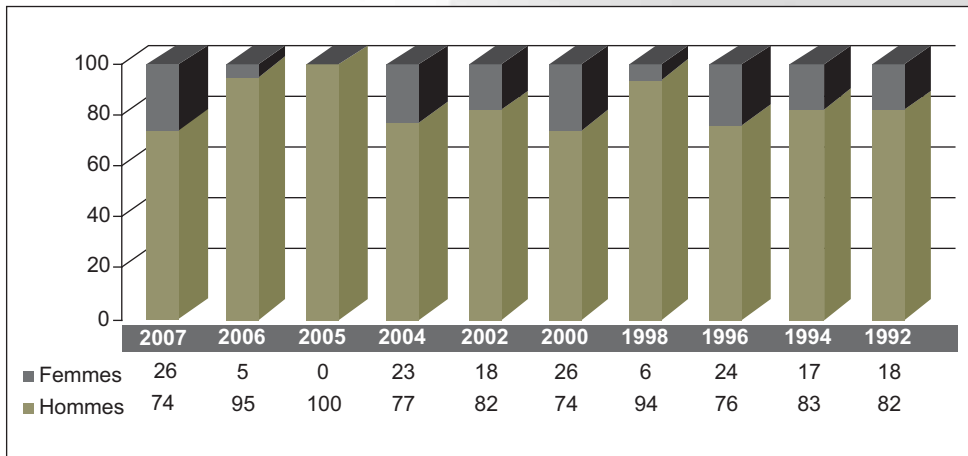
- Une différence d'âge significative entre les victimes de surdose masculins et féminins a été observée (F : 25,65 ans, M : 29,17 ans). Le même résultat s'applique au nombre total des cas de décès associés aux drogues. Les UPD féminins rapportent souvent des relations avec des partenaires usagers de drogues plus âgés, qui les ont initiées à l'usage de drogues et qui ont accéléré leur carrière de drogues, au sens d'une transition rapide de l'usage non-i.v. à l'usage i.v. et d'une disposition accrue à travers des comportements dangereux comme l'échange de seringues et la prostitution (Origer & Dellucci 2002).
- La sortie ou la décharge du milieu institutionnel (p.ex. prison, thérapie résidentielle, etc.) crée souvent un contexte très dangereux pour les personnes concernées en termes de privation sociale et de niveaux de tolérance physique aux substances psychoactives. Un nombre significatif de cas de décès associés aux drogues se produisent rapidement après la sortie institutionnelle (parfois seulement quelques heures après).
- Une majorité des victimes (décès directs et indirects) sont de nationalité luxembourgeoise (64,6 à 90,9%). La même observation s'applique aux décès directs et indirects, si on les analyse séparément. La sous-population étrangère des victimes est principalement composée de citoyens portugais, dont la proportion est beaucoup plus grande que celle observée dans la population générale. Les Italiens se trouvent en troisième position suivis des citoyens des pays frontaliers, pour qui la proportion est restée relativement stable pendant les quatre dernières années.
- Une étude rétrospective (1992-2006) sur les décès liés aux drogues, réalisée en 2007, a permis par la suite une meilleure compréhension des facteurs de risque et de protection (Origer, 2008).
- En référence aux données médico-légales fournies par le département de Toxicologie du Laboratoire National de Santé, la substance la plus fréquemment associée aux cas de décès par surdosage est l'héroïne, suivie de la méthadone et de la cocaïne. Il est remarquable que depuis 2000, la présence de traces de méthadone au niveau des analyses de sang des victimes de surdosage a connu une hausse sensible.
- Pour les victimes, il s'agit pour la grande majorité d'hommes (83%) dont l'âge moyen au moment du décès a connu une hausse sensible sur les dernières dix années (1992: 28,4 années et 2006: 32,5 années). Même si l'âge moyen des victimes a augmenté, le nombre de victimes âgées de moins de 20 ans est resté remarquablement stable au cours de la période d'observation.
- La grande majorité des victimes sont de nationalité luxembourgeoise. Pendant toute la période d'observation, les citoyens portugais occupaient la deuxième place, suivis par les citoyens italiens et les résidents français. Récemment, un nombre croissant de victimes des pays frontaliers (BE, DE,F), ainsi qu'un recul des victimes d'origine portugaise s'est observé.

- L'écrasante majorité des personnes décédées sont connues par les forces de l'ordre (75%) notamment en raison de leurs carrières d'usagers qui dépassent en moyenne les dix années. A noter également que plus de 80% des victimes connues avaient suivi un ou plusieurs traitement(s) avant leur décès et que la moitié disposait d'un logement que l'on peut qualifier de stable. Quant au lieu du décès, on retiendra que depuis 2004 environ 50% des décès sont survenus au domicile des victimes suivi des lieux publics et du centre pénitentiaire.

Les raisons de la toute récente recrudescence des cas de surdoses ont été étudiées par un groupe d'experts conjointement avec le Ministère de la Santé. A cette fin, le bureau du coordinateur national « Drogues » a procédé à une analyse longitudinale (1992-2006) des cas de surdoses mortelles afin de mieux appréhender les facteurs de risques et protectifs sous-jacents.

Tout comme une étude plus ancienne (Origer & Dellucci 2002), le groupe d'experts s'est également penché sur les comportements de polyconsommation des usagers et des risques associés à la co-consommation de drogues illicites et certaines drogues de prescription.

Figure 6.3 Distribution selon le sexe des victimes de surdoses mortels (1992 - 2007) %



Source: RELIS 2007



Tab. 6.1 Distribution selon l'âge des victimes de surdosages mortels (1992 à 2007)

	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	1999	1998	1997	1996	1995	1994	1993	1992	Total
< 20	3	1	1				2	1	1			1		3	3		16
20-24	1	4	2	1		4	2	8	3	2	2	5	6	6	6	6	59
25-29	6	4	1	4	2	1	5	6	6	5	5	5	10	13	2	6	81
30-34	8	2	1	3	4	3	2	6	3	2	2	4	5	6	3	3	58
35-39	5	5	1	2	3	1	5	4	3	4		1	2	1	1		38
40-44	2	2	1	2	3		2	1	1	3			2			1	20
45-49	1			1	2	2		1					1			1	9
> 50	1	1	1									1					4
Age moyen	32,33	32,4	31,48	32,17	36,64	31,18	31,5	29	29,35	32,3	26,7	28,5	29,85	26,8	24,6	28,4	285

L'âge moyen des victimes féminines est considérablement plus bas que celui des hommes. Ceci peut être dû à plusieurs facteurs, comme un début et une évolution précoce de la carrière des drogues, des comportements de haut risque dans l'usage et les stratégies d'acquisition de drogues (p.ex. plus haute polyconsommation avec pharmaceutiques et prise de risque durant la prostitution), plus grande proportion de suicide dans la population générale et parmi les UPDs pour les femmes.

A noter aussi que la plus jeune victime avait seulement 15 ans et 11 mois et la plus âgée avait atteint 60 ans et 8 mois. Trois victimes mineures ont été rapportées pour l'année 2007. La durée des carrières de toxicomanie pour les victimes masculines se situe autour de 10 ans, alors que pour les femmes elle ne revenait qu'à 7 ans et 6 mois. Pour des données plus détaillées sur les décès liés aux drogues en 2007 veuillez vous référer aux tableaux 5 et 6.

#### Mortalité et causes de décès des UPDs

L'étude citée précédemment (Origer & Dellucci 2002)<sup>31</sup>, a montré que la juxtaposition des données issues du Registre National des Décès et les données fournies par la Police Judiciaire est la méthode la plus valide pour déterminer la **mortalité totale liée à l'usage illicite de drogues** (décès directs et indirects).

En 2007, 38 cas de décès directs et indirects furent enregistrés au Grand-duché. Depuis 1996 cette même prévalence variait entre 17 et 38 cas.

En 2000, une première **étude de cohorte** rétrospective de la mortalité observée au sein des clients d'un centre thérapeutique (CTM) fut entreprise par le PF OEDT (Origer & Pauly 2000). La cohorte était composée de 242 usagers d'opiacés suivis entre 1991 et 1999. Les données sur la mortalité furent collectées à partir de sources différentes telles les centres de traitement, la base de données RELIS, le registre national des décès, et la Police Judiciaire. Sur base de cette méthodologie un **taux de mortalité** variant entre 2,36 et 2,51 a pu être déterminé.

A titre comparatif on retiendra que l'étude Origer & Dellucci (2002) a déterminé un nombre de 38 cas de décès directs et indirects en 2000. En référence au nombre estimé d'UPDs au niveau national en 2000 (2.450) (Origer 2001), on obtient un taux de mortalité se situant autour de 1,51%. La différence entre les résultats des deux études citées est due au fait que la première portait exclusivement sur des usagers intraveineux et la deuxième sur les UPDs en général.

<sup>31</sup> La version intégrale de l'étude peut être téléchargée sous <http://www.relis.lu>

Depuis 1998, année de la première application de la CIM-10 par le registre des décès, la grande majorité des cas de surdoses mortels directs furent enregistrés en tant que « intoxication accidentelle » (X40-X49), ce qui est concordant avec la définition nationale des cas de surdoses mortels. A ce jour quelque 60% des cas de surdoses furent indexés par la séquence CIM: X42.-, T40.-, T42.-, T43.-. Lorsqu'on ne considère que les deux premières positions, on retiendra que 70% des cas portent la séquence: X42.-, T40.-.

Les **principales causes de décès indirects** des UPDs entre 1996 et 2007 sont par ordre d'importance: le suicide (32%)<sup>32</sup>, les accidents de la circulation (22%), les complications pulmonaires ou cardio-vasculaires associées (15%), des intoxications indéfinies (11%), pharmacodépendance (7%), troubles hépatiques (6%), troubles du système immunitaire (4%) et autres (2%).

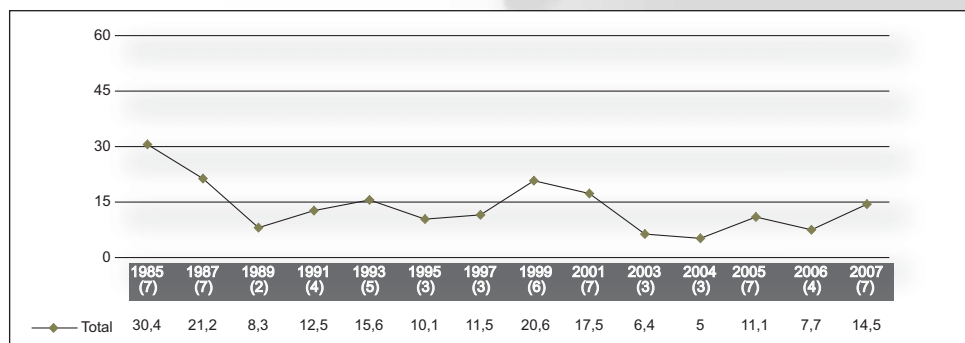
## USAGE ILLICITE DE DROGUES ET MALADIES INFECTIEUSES

### HIV/Sida, hépatites virales, MST, tuberculose et autres maladies infectieuses

Le Laboratoire national de Rétrovirologie (CRP-Santé) fournit le nombre total et la **proportion de patients HIV infectés suite à l'usage intraveineux de drogues**. Entre 1984 et 2007, un total de 814 personnes HIV positives furent enregistrées au niveau national; 110 de ces derniers ont eu un passé d'usage intraveineux de drogues, ce qui représente une proportion moyenne de 13,51 % d'UIDs parmi la population nationale des personnes HIV positives depuis 1984, année lors de laquelle le premier cas d'HIV fut diagnostiqué au Grand-duché de Luxembourg.

En ce qui concerne les **voies de transmission HIV**, l'usage intraveineux de drogues se situe actuellement en troisième position depuis 1989 (après la transmission par relations homo/bisexuelles et hétérosexuelles, qui occupent les deux premières places). Le **taux de transmission par UID a connu une baisse considérable** entre 1998 (23%) et 2004 (5%), alors que le **nombre de cas d'infection HIV nouvellement diagnostiqués** est passé de 30 à 60 cas au cours de la même période et s'élevait à 47 en 2007. Après 2004, les données montrent une hausse discontinue du mode de transmission par UID, s'élevant à 14,5% en 2007.

Figure 6.4 Proportion (%) d'UIDs parmi les nouveaux cas d'HIV (1985 - 2007)



Source : Laboratoire de Rétrovirologie – CRP-Santé. 2008 (données reformatées par le PFN)





Depuis 1996, le dispositif RELIS renseigne sur la prévalence HIV/Sida au sein de la population des UID. En 2007, (N=736) 81% des UPDs répertoriés par RELIS rapportaient avoir subi un test HIV au cours des derniers 5 mois. Les femmes témoignent de taux de dépistage plus élevés que les hommes.

En 1997, une baisse significative du taux d'infection HIV auprès des UPDs avait lieu. On observe actuellement (RELIS 2007) **un taux d'infection HIV au sein de la population d'UPDs de 3,73%. Les demandeurs de traitement (pour problèmes liés à l'usage intraveineux de drogues) présentent les taux les plus élevés (4,89%).**

Une étude de prévalence du **HIV et HCV en milieu carcéral** (Schlink, 1998), sur demande du Ministère de la Justice confirme les données RELIS. L'étude en question portait sur 90% de la population carcérale nationale et appliquait des dépistages par tests salivaires d'anticorps.

**Une étude plus récente (Origer et Removille, 2007)<sup>33</sup>** portait sur la prévalence des infections dues au virus de l'immunodéficience humaine (HIV), et aux virus des hépatites C (HCV), B (HBV) et A (HAV) dans la population des usagers problématiques de drogues d'acquisition illicite (UPDs) au G.-D. de Luxembourg et ce sur base de tests sérologiques. Les auteurs ont procédé à une analyse transversale de la relation entre les infections étudiées et d'autres facteurs observables. En cas d'indication médicale, une offre de vaccination contre les hépatites A et B fut proposée, afin d'améliorer la couverture vaccinale au niveau national et d'orienter les personnes infectées vers les structures appropriées de prise en charge médicale.

Au cours des 8 mois de recueil de données en 2005, 1.167 contacts ont été établis avec des UPDs dont 395 ont été concluants et un nombre important de nouveaux cas d'infections ont pu être diagnostiqués. Il s'agit de la première étude de ce type au niveau national. Les principaux résultats sont les suivants :

Tab. 6.2 *Prevalence of hepatitis B surface antigens (HBsAg), antibodies to hepatitis B core antigen (anti-HBc), hepatitis C virus (anti-HCV), and HIV (anti-HIV 1 and 2) in PDU and ever-injectors according to national recruitment settings*

	Total number of respondents	Anti-HB and/or (HBsAg)			Anti-HCV			Anti-HIV 1 and 2		
		N†	n	(%; 95% CI)	N	n	(%; 95% CI)	N	n	(%; 95% CI)
Total sample	362*	310	67	(21.6; 17.1 to 26.2)	343	245	(71.4; 66.6 to 76.2)	272	8	(2.9; 0.9 to 4.9)
Ever injectors ‡	310	239	59	(24.7; 19.6 to 29.8)	268	218	(81.3; 71.4 to 91.2)	202	5	(2.5; 0.2 to 4.8)
Outpatient drug treatment centres	159	147	24	(16.3; 10.3 to 22.3)	158	92	(58.2; 50.5 to 65.9)	158	3	(1.9; 0.0 to 4.0)
Inpatient drug treatment centres	61	53	8	(15.1; 5.5 to 24.7)	61	46	(75.4; 64.6 to 86.2)	49	0	(0.0; 0.0 to 0.0)
Prisons	135	110	35	(31.8; 23.1 to 40.5)	124	107	(86.3; 80.2 to 92.3)	65	5	(7.7; 1.2 to 14.2)

\* Antibody prevalence of respondents for whom valid blood test serology for at least one infection (HBV, HCV or HIV) was available

† Number of respondents for whom valid blood test serology for HBV was available

‡ Respondents that have injected at least once in their lifetime a drug for non therapeutic reasons.

source: Origer, A. & Removille, N. (2007)

Concernant la prévalence HAV, aucun cas aigu n'a été dépisté dans le cadre de l'étude. On retient que 43% des UPDs ayant participé ne présentent pas de protection vaccinale contre l'hépatite A. En terme de co-infection parmi les UPDs avec des résultats valides dans les tests sérologiques (N= 248) collectés durant l'étude, 2% montrent des infections HIV, HCV (aigu) et HBV (aigu) et 3,2% sont HIV positifs et infectés par l'HCV.

On retiendra que parmi les personnes infectées par le HCV, le HBV et le HIV, respectivement 96%, 95,2% et 71,4% sont des injecteurs-vie. Aussi, les taux de prévalence les plus élevés sont observés au sein de la population carcérale. Ce constat est à confronter au fait que plus de la moitié des répondants (56,1%) déclarent avoir consommé des drogues illicites en prison dont la moitié (54,3%) rapportent un usage intraveineux lors de leur détention. Parmi ces injecteurs-vie en milieu carcéral, 20% rapportent l'usage exclusif de seringues nouvelles et stériles, 53,3% déclarent ne jamais avoir échangé des seringues avec d'autres détenus et 26,7% rapportent un échange de seringues en prison.

Les chercheurs ont également mis en évidence une série de facteurs d'association tels que des méthodes de désinfection inefficaces (nettoyage du matériel d'injection avec de l'eau ou de l'urine), des modes d'élimination inadéquats de seringues, une proportion élevée d'UPDs qui n'utilisent pas de préservatifs lors des relations sexuelles, surtout avec des nouveaux partenaires ou partenaires irréguliers, la non- ou la méconnaissance du statut sérologique et finalement des stratégies de protection basées davantage sur des critères subjectifs que sur des connaissances établies.

Bien que nombre de stratégies soient en place pour la réduction des risques dans la population des usagers problématiques de drogue au G.-D. de Luxembourg, cette étude met bien en évidence la prévalence élevée de certaines maladies infectieuses au sein de la population cible et tout particulièrement de l'hépatite C (HCV).

L'offre existante en matière de prévention doit être complétée en mettant l'accent sur les jeunes et nouveaux consommateurs. Bien que l'étude ait confirmé la faible adhérence de la population cible, le dépistage et les offres de vaccination doivent être davantage développés. Les auteurs proposent dans ce contexte une série d'approches qui pourraient contribuer à réduire l'incidence et les risques associés aux maladies infectieuses concernées.

L'étude a permis de mettre en évidence que les données auto-déclarées ne reflètent pas de façon valide les prévalences (toutes deux fournies par l'étude) mais que celles-ci recourent avec une concordance satisfaisante les données auto-rapportées fournies par le système de surveillance épidémiologique RELIS.

Le taux de prévalence du HCV au sein de la population d'étude totale s'élève à 71,4% et à 81% parmi les injecteurs-vie<sup>34</sup>. Le taux de prévalence le plus élevé (86,3%) a été observé pour les répondants en prison, suivi des centres de traitement résidentiel (75,4%) et des centres de traitement ambulatoire (58,2%). L'étude n'a par contre pas pu déterminer la proportion d'hépatites chroniques actives<sup>35</sup>.

La prévalence de l'hépatite B (comprenant l'infection aiguë/chronique et ancienne infection guérie) au G.-D. de Luxembourg parmi les UPDs est de 21,6% et s'élève à 24,7% au sein des injecteurs-vie. Dans les centres de traitement ambulatoire elle est de 16,4%, dans les centres de traitement résidentiel de 15,1%, et elle s'élève à 31,8% en milieu carcéral. 32% des UPDs pourraient bénéficier de la vaccination contre l'hépatite B, 46% ont déjà une immunité acquise par vaccination.

Le taux global de prévalence HIV au sein des UPDs fourni par l'étude s'élève à 2,9% alors qu'elle atteint 2,5% parmi les injecteurs-vie. Le taux de prévalence HIV s'élève à 1,9% dans les centres de traitement ambulatoire, à 7,7% en milieu carcéral et il est nul dans les centres de traitement résidentiel.

<sup>34</sup> Un injecteur-vie a consommé au moins une fois dans sa vie pour une raison non thérapeutique une drogue par injection.

<sup>35</sup> Hépatite chronique active : infection qui dure depuis plus de 6 mois avec une réaction inflammatoire au niveau du foie.



Tab. 6.3 Sommaire des études nationales de prévalence d'HIV au sein des populations d'usagers de drogues

ANNEE	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Taux HIV dans UPDs (RELIS auto-report)	3	2,9	2,9	4,3	4,07	4,49	3,88	3,98	3,31	2,9	3,73
Taux HIV dans UPDs (Origer & Removille, 2007)									2,90	/	/
Taux HIV dans demandeurs de traitement (RELIS auto-report)	3,8	2,6	3,4	4,87	4,78	4,32	3,88	4,93	3,84	3,49	4,76
Taux HIV dans UIDs actuels (RELIS auto-report)	3,6	3,5	3,3	3,6	3,41	4,08	4,17	5,10	3,96	2,76	3,81
Taux HIV dans UIDs actuels en traitement (RELIS auto-report)	4,5	3,4	3,9	3,9	4,24	4,32	4,24	6,41	4,59	3,33	4,89
Taux HIV dans injecteurs-vie (Origer & Removille, 2007)									2,50	/	/
Taux HIV dans injecteurs actuels en prison (Schlink 1998)	/	4,4	/	/	/	/	/	/	/	/	/

Source: RELIS 2007

Tab. 6.4 Sommaire des études nationales de prévalence du Sida au sein des populations d'usagers de drogues

ANNEE	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Prévalence Sida dans UPDs (RELIS)	2,5	2,5	1,25	1,35	2,03	1,72	1,71	2,13	1,81	1,19	1,86
Prévalence Sida dans demandeurs de traitement	/	/	1,66	1,76	2,43	1,60	2,04	2,69	2,37	1,65	2,64

Source: RELIS 2007

La prévalence auto-rapportée de l'hépatite B (HBV) parmi les UPDs a montré une tendance décroissante au cours des dernières années. Les résultats de l'étude Origer et Removille (2007) basée sur le dépistage sérologique fournissent des taux légèrement plus élevés qui sont toutefois cohérents avec les données RELIS. L'accroissement remarquable des taux d'infection à l'hépatite C (HCV) au cours de la même période d'observation est particulièrement marqué pour les usagers par voie intraveineuse (UIDs), allant de 64,94% à 81% selon les groupes cibles (ex. injecteur actuel ou vie) et en fonction des méthodologies appliquées (auto-reports vs. dépistage sérologique).

Tab. 6.5 *Sommaire des études nationales de prévalence d'HBV au sein des populations d'usagers de drogues*

ANNEE	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Taux HBV dans UPDs (RELIS auto-report)	29	30	30	28	25	22	20,51	21,34	18,67	17,21	15,55
<b>Taux HBV dans UPDs (Origer &amp; Removille)</b>									<b>21,6</b>		
Taux HBV dans demandeurs de traitement (RELIS auto-report)	/	27	32	27	24	20	19,79	22,69	18,58	16,46	18,50
Taux HBV dans UIDs (RELIS auto-reports)	/	33	35	30	30	25	22,76	23,93	20,08	18,32	18,45
<b>Taux HBV dans injecteurs-vie (Origer &amp; Removille)</b>									<b>24,7</b>		

Source: RELIS 2007

Tab. 6.6 *Sommaire des études nationales de prévalence d'HCV au sein des populations d'usagers de drogues*

ANNEE	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Taux HCV dans UPDs (RELIS auto-report)	26	25	32	46	50	49	59,92	64,55	64,94	64,95	76,27
<b>Taux HCV dans UPDs (Origer &amp; Removille)</b>									<b>71,40</b>		
Taux HCV dans demandeurs de traitement (RELIS auto-report)	/	29	41	53	54	54	60,49	66,16	66,22	63,23	79,41
Taux HCV dans UIDs en prison (tests salivaires)	/	37	/	/	/	/	/	/	/		
Taux HCV dans UIDs (RELIS auto-reports)		45	50	53	56	53	67,97	74,14	74,38	69,58	85,79
<b>Taux HCV dans injecteurs-vie (Origer &amp; Removille)</b>									<b>81</b>		

Source: RELIS 2007

Sommairement on retiendra que la prévalence HBV au sein des UPDs et parmi les demandeurs de traitement est assez stable alors que la prévalence du HCV a connu une hausse significative au cours des dernières 5 années et semble avoir atteint un plateau à haut niveau de prévalence. Les taux de prévalence HIV accusent une tendance légère à la baisse particulièrement prégnante pour les UIDs.



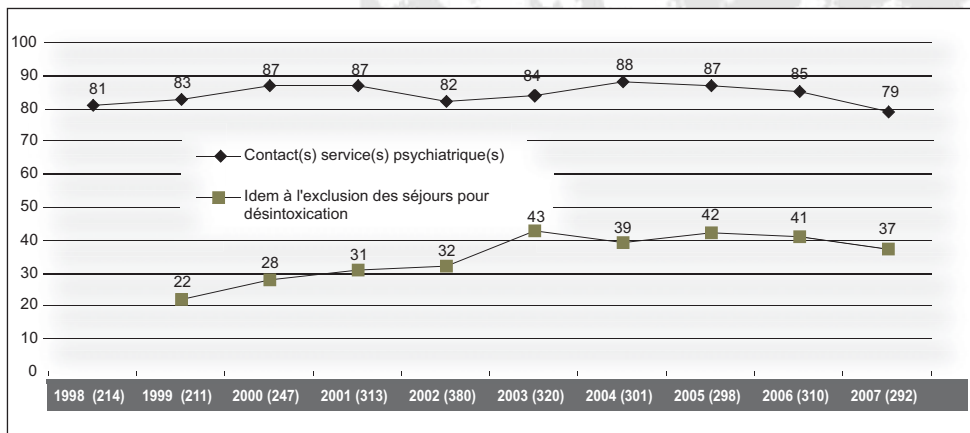
## CO-MORBIDITÉ PSYCHIATRIQUE (DOUBLE DIAGNOSTIC)

### Troubles de la personnalité, dépressions, anxiété, désordres affectifs

A ce jour, aucune étude spécifique sur les troubles de co-morbidité au sein de la population nationale d'UPDs n'a été menée. Les données présentées dans le présent chapitre proviennent des associations spécialisées ainsi que de la base de données RELIS. Les tendances observées au cours des années récentes permettent de constater que les troubles de stress post-traumatiques (PTSD) sont très fréquents. Ils s'apparentent symptomatologiquement des comportements « borderline » avec des composantes autodestructives plus ou moins prononcées et une importante versatilité de l'humeur.

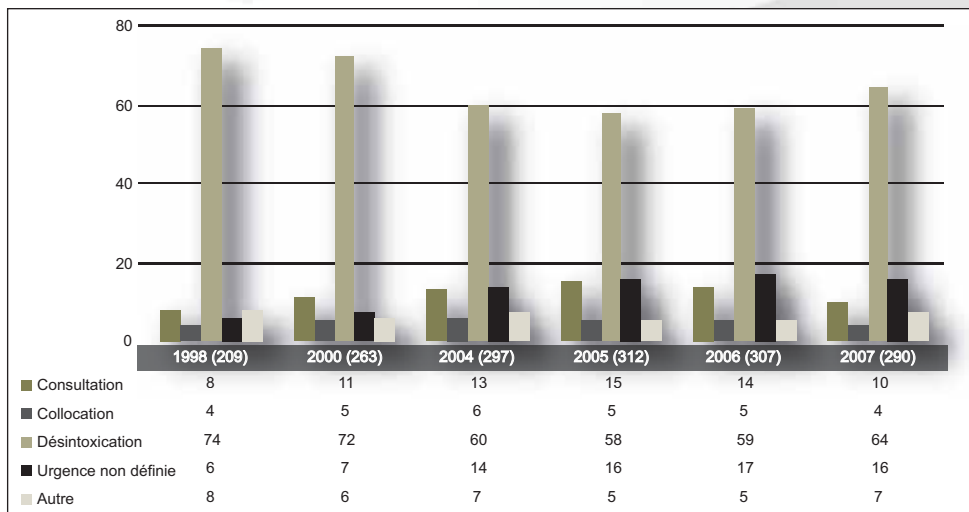
En référence aux données fournies par RELIS, le tableau suivant se dégage :

Fig. 6.5 Contacts avec des service(s) d'aide psychiatrique 1998-2007



SOURCE: RELIS 2007

Fig. 6.6 Raisons de la prise en charge psychiatrique 1996-2007



SOURCE: RELIS 2007

Le graphique 6.5 distingue entre les contacts psychiatriques en général et les contacts à l'exclusion des cures de désintoxication. Cette distinction est nécessaire puisqu'au Grand-duché les traitements de désintoxication ont lieu en milieu (neuro)-psychiatrique hospitalier.

Les données de 1996 à 2007 révèlent une proportion assez stable d'UPDs présentant un passé psychiatrique. Cependant si l'on retient que les personnes qui sont entrées en contact avec le milieu psychiatrique pour des raisons autres qu'un traitement de désintoxication, on constate que la prévalence des troubles psychiatriques au sein de la population d'UPDs a connu une tendance à la hausse, si elle est comparée aux données de la fin des années 90.

Les comportements de consommation des patients à double diagnostic (DD) sont souvent imprévisibles, allant de moments d'abstinence à des abus autodestructifs. Une tendance à la polyconsommation est observée chez pratiquement tous les patients DD. Ce groupe de patients est considéré comme des demandeurs de traitement présentant des besoins spécifiques qu'il est souvent difficile de rencontrer dans les structures de traitements traditionnelles. On parle dans ce contexte de « *vulnérabilités multiples* ». Nombre d'intervenants des structures de traitement déplorent ne pas être assez formés pour prendre en charge cette population jugée difficile. Les approches telles que le « *case management* » et les « *contraintes/tolérance modulables* » sont souvent proposées pour encadrer les patient DD. A défaut de structures spécialisées un grand nombre de patients DD sont orientés vers des institutions à l'étranger.



## AUTRES CONSÉQUENCES SANITAIRES LIÉES À L'USAGE DE DROGUES

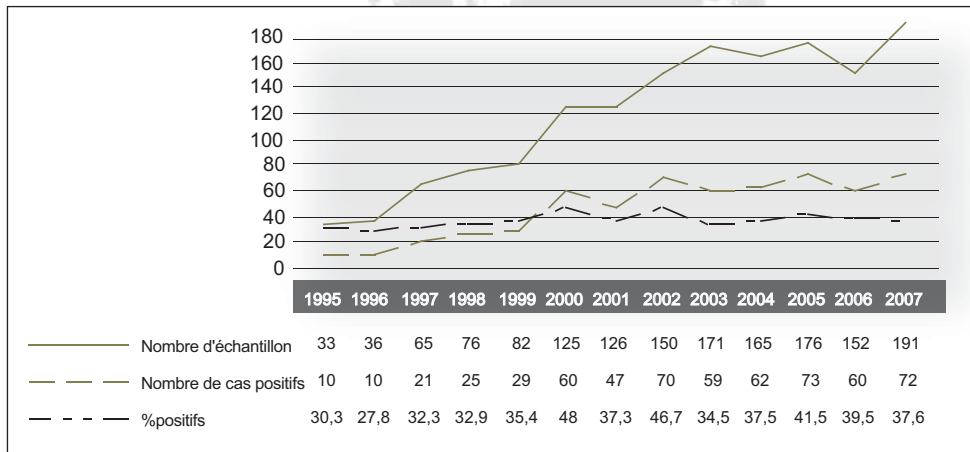
### Comorbidité somatique

Les indicateurs RELIS suggèrent une stabilisation de l'état de santé général des UPDs à l'exception de la prévalence des infections au HCV. En 2007, 82% (84%) des UPDs indexés ont rapporté un état de santé satisfaisant contre seulement 53% en 1997. La moitié des UPDs indexés rapportent une ou plusieurs tentatives de suicide et pas de surdose fatale au cours de leur vie. Aucun changement significatif n'a pu être observé pendant les 6 dernières années.

### Accidents de la route et autres

Le graphique 6.7 produit les données sur la détection de traces de cannabis chez les personnes impliquées dans des accidents de la route entre 1995 à 2007. Environ 40% des personnes testées étaient positives au cannabis. Cette proportion est restée relativement stable pendant les 4 dernières années.

Fig. 6.7 Détection de cannabis - Accidents de la route (1995-2007)



SOURCE: RELIS 2007

# 7. RÉPONSES AUX CONSÉQUENCES SANITAIRES DE L'USAGE ILLICITE DE DROGUES

## Sommaire

Les réponses aux corollaires et aux conséquences de l'abus de drogues ont pour but de minimiser les dommages pour l'utilisateur lui-même ainsi que pour son environnement et d'accroître les ressources individuelles et collectives. Le concept de « réduction de risques et de dommages » est intimement lié à ces réponses, tandis que la notion de « réduction de nuisances » est dérivée de ce dernier.

En règle générale, les usagers de drogues consultent les services spécialisés de prise en charge ainsi que les services généraux de soins de santé. En ce qui concerne les derniers, et pour des raisons évidentes, peu de données sélectives sur la demande de soins généraux des usagers de drogues sont actuellement disponibles, à l'exception des demandes de sevrage rapportées par les départements psychiatriques des hôpitaux généraux et des traitements de substitution ambulatoires prescrits par le réseau des médecins agréés.

A signaler qu'en mai 2006 le Ministère de la Santé a lancé un nouveau **plan d'action national HIV/SIDA** couvrant la période 2006 à 2010. Le plan d'action est basé sur 8 piliers et inclut la prévention de maladies infectieuses et la réduction des dommages pour la population d'usagers de drogues. Ce plan complète les mesures incluses dans le plan d'action national drogues 2005-2009. Le document est téléchargeable sous <http://www.ms.etat.lu>.

## PRÉVENTION DES DÉCÈS LIÉS A L'USAGE ILLICITE DE DROGUES

### Prévention des surdoses

L'étude (Origer & Dellucci 2002) mentionnée plus haut recommande les mesures suivantes:

- mise en place de salles de consommation de drogues supervisées prévues par le plan d'action drogues national (1)
- programme de distribution d'héroïne sous contrôle médical (prévu par le plan d'action drogues national) (2)
- cours de premiers secours pour usagers de drogues, les membres de leur famille ainsi que leurs partenaires (3)
- interventions ethno-spécifiques et spécifiques au genre (4)
- mise à disposition d'antagonistes des récepteurs de la morphine (5)
- mise en place de « centres transitoires » pour anciens usagers de drogues ou usagers de drogue quittant le milieu institutionnel (6)
- développement de programmes de resocialisation pour détenus dans le cadre du programme de « prise en charge globale pour usagers de drogues au sein de centres pénitentiaires » (7)





Au moment de la rédaction du présent rapport, les recommandations 5 et 7 ont déjà été réalisées. Les mesures 2 et 6 sont en phase de planification. Finalement, en se basant sur les recommandations de l'étude Origer et Dellucci (2002), un service de bas seuil en collaboration avec le Ministère de la Santé a publié une documentation sur les risques et la prévention des surdoses. Cette documentation contient des 'flyers' sur les sujets suivants : premiers secours lors d'une surdose, interventions inutiles (comme les injections de sel), crises épileptiques, risque potentiel de substances associées, soins des veines, risque potentiel des sites spécifiques pour l'injection, inhalation et autres modes d'administration, risque d'abcès et d'endocardite. Les services à bas-seuil offrent aux usagers de drogues et à leurs pairs des soins infirmiers et les sensibilisent aux mesures de réduction des dommages.

Aux fins de clarification, on retiendra qu'une **salle d'injection de drogues** est définie comme facilité permettant à des UDIV<sup>36</sup>, sous certaines conditions strictes, de s'injecter des drogues (qu'ils apportent eux-mêmes) dans un environnement médical supervisé. Les salles de consommation de drogues connaissent la même définition ; en termes de population cible, elles donnent cependant accès à des UDIV et UD non-IV qui rencontrent les critères d'admission.

Les articles 2 et 3 de la loi du 27 avril 2001 introduisent le cadre légal « des salles de consommation de drogues » agréés par l'Etat, ainsi que la distribution contrôlée de certains stupéfiants (p.ex. héroïne). Le plan d'action drogues 2005-2009 du Ministère de la Santé inclut par ailleurs la mise en place de telles facilités.

La création d'une salle d'injection de drogues fait partie d'une stratégie orientée vers la réduction des dommages et des nuisances et se veut d'être complémentaire aux autres offres de prise en charge spécialisée déjà existantes. En juillet 2005, la première salle de consommation nationale a été ouverte et a été intégrée dans l'offre plus vaste du centre d'accueil pour personnes toxicomanes TOXIN. L'objectif principal de cette structure est la réduction des dommages et des nuisances associés à l'usage de drogues. Plus précisément, le projet cible la réduction de maladies infectieuses et des surdoses chez les usagers, les nuisances publiques, le contact avec des populations difficiles à atteindre et la mise à disposition d'un hébergement de nuit.

Le bureau du coordinateur national drogues a élaboré le concept opérationnel de la salle d'injection basé sur les expériences faites à l'étranger. Le concept prévoit que les parties concernées se réunissent périodiquement (nommé « l'assemblée du lundi ») afin d'évaluer la situation actuelle et les problèmes liés au fonctionnement de la salle de consommation. Actuellement la salle de consommation est ouverte 7/7 jours, de 15 heures à 22 heures.

En référence à l'évaluation des deux premières années de fonctionnement de la salle d'injection (juin 2007), 381 injecteurs ont signé le contrat d'utilisation obligatoire et procédé à 14.330 injections supervisées. L'offre est prioritairement utilisée par des hommes (79%) ; les drogues les plus utilisées ont été l'héroïne (81%), la cocaïne (12%) ou les deux (4%) ; la catégorie d'âge de 25 à 34 ans a été la plus représentée (56%). Aucune surdose fatale n'est survenue à ce jour, mais plus de 80 cas de surdoses ont été enregistrées, ce qui signifie que 80 issues potentiellement fatales ont pu être évitées, les victimes assistées, réanimées et leurs vies sauvées, grâce aux interventions immédiates du personnel qualifié. 600 consultations concernant le « safer use » ont été organisées pour les clients. En décembre 2007, plus de 482 usagers contractuels étaient enregistrés et 13.727 injections supervisées ont été réalisées en 2007. De janvier à juillet 2008, 104 usagers supplémentaires ont été enregistrés (total : 586 contrats) et 14.526 injections étaient exclusivement rapportées pour les 7 mois de l'année 2008. En septembre 2008, un total de 620 contrats d'utilisation ont été comptés. Le concept de la salle d'injection peut être commandé auprès du Ministère de la Santé ([alain.origer@ms.etat.lu](mailto:alain.origer@ms.etat.lu)).

Etant donné que les scènes de drogues principales se concentrent dans la Ville de Luxembourg et à Esch-sur-Alzette, des discussions sont actuellement menées avec la commune relative à la mise en place d'une structure similaire sur le territoire de la ville d'Esch-sur-Alzette. Le but consiste à continuer à décentraliser les offres bas-seuil et d'impliquer davantage les autorités locales dans la gestion de problèmes régionaux et urbains associés aux phénomènes de la drogue. Les autorités concernées ont trouvé un accord sur le site géographique d'un tel service alors que les aspects conceptuels sont encore sujet de discussion.

En ce qui concerne la prévention de surdoses, la loi du 27 avril 2001 a introduit une modification importante au niveau de la législation de base. D'après l'article 10-1 de la loi citée, l'usager de drogues qui a immédiatement fait toutes les diligences pour procurer à un autre usager de drogues les services de secours spécialisés, sera exempté des peines privatives de liberté. Cet amendement vise à réduire le nombre de décès liés aux drogues au sein de groupes de toxicomanes. Par ailleurs, le GIT discutera les implications de la routine policière, qui prévoit une présence des forces de l'ordre sur place lors d'une surdose présumée.

Basé sur les résultats de l'étude (Origer & Dellucci, 2002), l'étude rétrospective (Origer 2008) ainsi qu'une analyse similaire réalisée par les services spécialisés de terrain ensemble avec le Ministère de la Santé, une série de mesures sont recommandées, comme l'information et l'éducation des pairs des usagers de drogues, la nécessité d'endiguer les prescriptions multiples de drogues de substitution et la prise en compte de l'interaction entre le traitement de substitution et l'usage concomitant de drogues illicites, et le besoin d'assurer une continuité des soins surtout pour les consommateurs ou ex-consommateurs, qui quittent la prison ou un traitement de type résidentiel.

## PRÉVENTION ET TRAITEMENT DES MALADIES INFECTIEUSES LIÉES À L'USAGE DE DROGUES

### Prévention

Des interventions ciblant la prévention de maladies infectieuses liées aux drogues ont été initiées et développées bien avant la mise en place d'un cadre légal propre. Le dernier amendement de la loi de base en la matière a permis non seulement de maintenir et de développer les offres de réduction des dommages existants, mais a également permis la réalisation de nouveaux services telles que les salles de consommation de drogues et la distribution médicale contrôlée d'héroïne comme prévue par le plan d'action drogues.

Les objectifs de ces interventions sont clairs ; à savoir, une gestion optimisée des facteurs de risque et des dommages psycho-medico-sociaux associés à la consommation illicite de drogues. Traditionnellement, les mesures de réduction des dommages ont ciblé les UDIVs qui sont le plus exposés à différents risques de santé. Néanmoins, des initiatives comme l'offre de feuilles d'aluminium pour les fumeurs d'héroïne mettent en évidence que c'est la population d'UPDs en générale qui constitue le véritable groupe cible. En outre, la prévention de maladies infectieuses se focalise non seulement sur les UDIVs comme l'a montré le projet récent de recherche-action sur le HIV et infections hépatiques au sein de la population des UPDs (Origer & Removille, 2007).

Une des mesures de prévention des maladies infectieuses parmi les usagers de drogues les plus populaires et les moins controversées entretemps est le **programme national d'échange de seringues**, fonctionnel depuis 1993 et coordonné par la fondation JDH. En complément à l'offre gratuite de seringues par des services spécialisés du domaine de la drogue et du HIV/Sida, des distributeurs automatiques de seringues ont été placés aux endroits les plus appropriés de 5 villes différentes au Luxembourg. En ce qui concerne la



quantité de seringues distribuées, le tableau 7.1 fait état d'une **augmentation de 470% durant la période de 1996 à 2005**. Cependant, pour la première fois depuis le début du programme d'échange de seringues, le nombre des seringues distribuées s'est stabilisé en 2005 et a significativement diminué depuis 2006. Les causes possibles de cette tendance ont été étudiées par un groupe de travail composé d'experts nationaux. L'hypothèse que l'approvisionnement en seringues se fait davantage par l'intermédiaire d'acteurs qui ne font pas directement partie du programme d'échange de seringues (PES) (p.ex. pharmacies) n'a pas pu être confirmée, étant donné qu'au cours des cinq dernières années, la proportion de seringues distribuées par les points PES a accru en comparaison avec d'autres pourvoyeurs/fournisseurs. Les facteurs suivants ont peut être influencé les tendances de distribution :

- déménagement de la JDH LU en 2006 et impact transitoire sur son fonctionnement,
- présence soutenue des forces de l'ordre dans le quartier de la gare et aux environs directs du service Drop-In,
- les seringues fournies aux clients de la salle de consommation ne sont actuellement pas comptabilisées dans les statistiques nationales (127.975),
- le K28 note une augmentation de la distribution de feuilles d'aluminium en 2007 (07 : 1.204/06 : 766) ; une recrudescence du mode de consommation par inhalation n'est cependant pas confirmée par les autres services,
- la qualité des drogues sur le marché illicite influence largement les comportements de consommation et la fréquence d'injection,
- le fait d'avoir introduit un nouveau type de seringues (dont l'aiguille est plus solide) peut avoir eu comme résultat qu'un même consommateur utilise une même seringue plus souvent.

Après des années de hausse continue, le taux de retour des seringues semble s'être stabilisé autour de 90%. Pour des raisons évidentes, les distributeurs automatiques de seringues montrent les taux de retour les plus bas.

Tab. 7.1 Programme national d'échange de seringues 1996-2007

	Seringues distribuées							Seringues usées collectées						
	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2007	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2007
TOTAL	76.259	109.743	189.413	254.596	435.078	332.347	288.247	28.646 (38%)	58.886 (46%)	112.625 (59%)	211.621 (83%)	376.491 (87%)	282.909 (93%)	260.252 (90%)

Source: RELIS 2008

Des préservatifs et des seringues sont mis à disposition pour distribution aux professionnels de terrain par la **Division de Médecine Préventive** (Direction de la Santé) dans le cadre du programme de prévention des maladies infectieuses. Des vaccinations contre l'hépatite A et B sont offertes gratuitement aux patients de moins de 18 ans. D'autres activités de prévention sont réalisées, comme la prise de contact avec les « sex workers » dans leur environnement de travail journalier et l'offre de dépistages de certaines maladies infectieuses. Ces activités sont notamment développées par le centre « **Drop-IN** » (**Croix-Rouge**) pour les travailleurs du sexe.

Par ailleurs, des interventions orientées vers les (consommateurs/trices de drogues) prostitué(e)s, visant à établir des contacts et à prévenir la propagation de maladies contagieuses, ont eu lieu. Dans le but

d'améliorer les données nationales et en référence aux indicateurs-clés de l'OEDT, le PFN a mis en place une étude **recherche-action**. Un des objectifs de cette recherche était l'estimation de la prévalence HCV et HIV auprès des UPDs, sur base de méthodes de dépistage sérologique (échantillons de sang) et dans le but de compléter les offres existantes (Origer & Removille, 2007).

L'étude était de type transversal, et a procédé à l'analyse de la relation entre prévalence des hépatites A, B, C et du HIV dans la population de consommateurs de drogues et une série de facteurs potentiellement impliqués.

Parallèlement, un questionnaire quantitatif (composé de questions autour d'informations sociodémographiques, la consommation de drogues acquises illicitement, modes de consommation, les comportements sexuels, la consommation en prison, les piercings/tatouages) a permis l'analyse de facteurs associés. Des analyses sérologiques ont permis de déterminer le nombre d'infections aux hépatites A, B, C et au HIV au sein des groupes ciblés. En cas d'indication médicale, une vaccination contre l'hépatite A et/ou B a été proposée. Les répondants ont été recrutés dans les centres de consultations et de traitements ambulatoires et résidentiels, les hôpitaux et dans les prisons du Luxembourg. Le projet a été entièrement financé par le FLTS.

Le rapport complet est disponible sur <http://www.relis.lu>.

Ci-après, quelques recommandations du rapport :

- Promouvoir le dépistage de certaines maladies infectieuses dans la population générale et dans les groupes à risque.
- Inclure les consommateurs de drogues dans le processus de planification des stratégies préventives.
- Assurer la disponibilité et l'accès gratuit au matériel d'injection stérile (seringues, cuillers, filtres à usage unique) afin de minimiser, voire neutraliser les facteurs de risque de propagation (depuis 2007).
- Informer et prévenir à propos de méthodes inefficaces et efficaces de désinfection des seringues. Souvent, en effet, les utilisateurs de drogues croient connaître les moyens de réduction de risques, mais leurs stratégies sont souvent inefficaces dû à de « fausses connaissances » (p.ex. utiliser de l'eau pour désinfecter les seringues, jeter les aiguilles et ne ramener que les pistons aux centres d'échange).
- Garantir la disponibilité de seringues stériles 24h/24 ainsi que des cuillers et filtres dans les points de distribution (l'agence principale de bas-seuil TOXIN a élargi ses horaires d'ouverture sur 7/7 jours en juin 2008).
- Assurer une meilleure couverture vaccinale et surtout un suivi des vaccinations incluant le système de santé général. Un projet pilote fournissant des tests sérologiques sur place et des vaccinations Twinrix® gratuites dans les services spécialisés pour les soins de drogues a été approuvé par les autorités nationales de santé et devrait commencer au cours de l'année 2009.

### Consultation et dépistage

**L'AIDSBERÔDUNG** (CROIX-ROUGE) est le principal centre national de consultation et de prévention pour le HIV et le Sida conventionné par l'Etat. Des campagnes de prévention sont conceptualisées par l'équipe de l'AIDSBERÔDUNG en collaboration avec le Ministère de la Santé et une importante équipe de volontaires. L'AIDSBERÔDUNG fait partie du réseau RELIS. Le dépistage HIV est proposé gratuitement et anonymement par le CHL et le LNS. La recherche-action mentionnée plus haut visait par ailleurs à augmenter la couverture du dépistage au sein de la population d'UPDs étant donné qu'elle incluait un dépistage sur place. De plus, le dépistage HIV, HAV, HBV, HVC est proposé à toute personne entrant en prison.

Un nouveau projet mis en place par le plan d'action HIV/Sida national 2006-2010 vise lui aussi d'atteindre des groupes vulnérables, difficilement accessibles. Le projet DIMS (Dispositif d'Intervention Mobile pour la santé sexuelle) vise justement des groupes cibles difficiles d'accès et propose une consultation de prévention et le dépistage de maladies infectieuses sur place. Le projet offrira des tests rapides gratuits, ainsi que des conseils et devrait être opérationnel fin 2008.



### Traitement des maladies infectieuses

Les traitements du HIV et des infections hépatiques sont couverts par la sécurité sociale. L'unité 20 du CHL est spécialisée en matière de maladies infectieuses et travaille en étroite collaboration avec la Croix Rouge/AIDSBERÖDUNG dans le cadre de la prise en charge psychologique des personnes atteintes du HIV/Sida. Dans certains cas, les coûts du traitement HIV/Sida peuvent être pris en charge par l'Etat.

## INTERVENTIONS LIÉES À D'AUTRES COROLLAIRES SANITAIRES

### Co-morbidité psychiatrique (Double Diagnostic)

Le groupe de travail mentionné au-dessus comme « chaîne thérapeutique » a réalisé une évolution des besoins en termes de soins des usagers de drogues, présentant une co-morbidité psychiatrique. Le groupe a constaté en premier lieu que pour cette sous-population à double diagnostic (DD) les offres de prises en charge sont lacunaires. Bien que le plan d'action 2005-2009 en matière de lutte contre les drogues et les toxicomanies prévoit la création d'une structure thérapeutique pour personnes à double diagnostic, il n'y a à ce jour pas eu de négociations entre le CHNP et l'UCM à cet égard. Le nombre de personnes toxicomanes à DD est estimé à 40-50 personnes (adultes). Ces personnes toxicomanes présentant des troubles psychiatriques manifestes, sont pour la plupart socialement désintégréées et nécessitent un encadrement individuel bien qu'elles soient nombreuses à être réfractaires aux offres de prise en charge existantes. Le groupe considère qu'il existe un besoin en petites unités de logement encadré pour ce groupe cible. En outre le personnel des associations spécialisées doit être formé spécifiquement à accueillir cette population cible. Au lieu de créer une structure de prise en charge spécialisée, on devrait dans un premier temps tenter de mieux encadrer ces patients en adaptant les offres ambulatoires existantes, sachant que les personnes en question ne s'intègrent que difficilement dans des structures à caractère et contraintes résidentiels.

Les patients à double diagnostic (DD) sont des demandeurs de traitement spécifiques et aux demandes hautement diversifiées, difficiles à rencontrer par les services de traitement traditionnels. Le concept de « vulnérabilités multiples » c'est-à-dire, de vulnérabilités concomitantes liées à l'abus de drogues et aux troubles mentaux tend à être reconnu par les professionnels. Les patients DD présentent souvent un manque de structure ou de stabilité. Généralement, ces patients sont inaptes à fonctionner dans un environnement régulé. Ils peuvent témoigner de grandes difficultés à respecter les cadres temporels (ex. : les rendez-vous, la durée des sessions thérapeutiques...) ou toute autre forme de contrainte. De plus, l'admission dans la plupart des structures thérapeutiques requiert une désintoxication préalable. Cette condition est souvent vécue comme impossible à remplir par les patients DD, étant donné que l'ingestion de drogues est souvent un moyen d'automédication, dont l'arrêt brutal peut s'avérer dangereux en début du processus thérapeutique. Dès lors, il peut s'avérer particulièrement difficile d'intégrer les patients DD dans les offres de prise en charge traditionnelle.

Par ailleurs, les patients DD requièrent des stratégies de prise en charge onéreuses en termes de temps et des moyens investis comme p.ex. : « case management » (gestion de cas) individuel(le), des interventions d'urgence. Ce type de services additionnels mène souvent à des conflits en termes de gestion de ressources humaines et de limites budgétaires au sein des structures en place. Actuellement, une majorité de patients DD est adressée à des centres spécialisés à l'étranger.

En ce qui concerne les patients DD dans les prisons, une convention de collaboration entre le CPL et le CHNP a été signée en 2002. Cette convention mettait la base pour une meilleure prise en charge psychomédicale à l'intérieur de la prison, et réglemente la prévention et les offres de soins pour les détenus présentant des troubles mentaux, tout comme pour les détenus dépendants à l'alcool et aux drogues. Des prises en charge thérapeutiques, des traitements de substitution ainsi que des consultations spécialisées sont offertes. Dans le cas de désordres mentaux sévères, les détenus sont transférés dans un département de haute sécurité dans l'enceinte du CHNP.

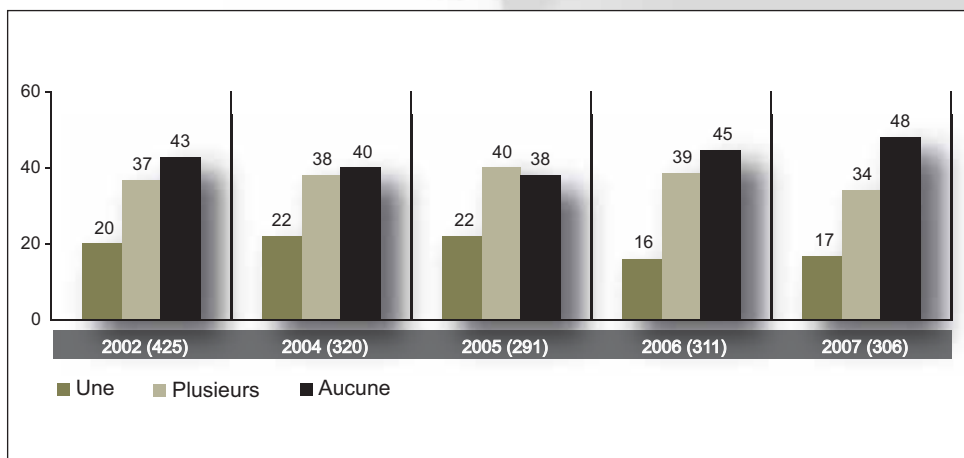
## INTERVENTIONS LIÉES À D'AUTRES CORRELATS DE SANTÉ

La grande majorité des services de prise en charge ambulatoire, résidentielle et à bas-seuil incluent des soins médicaux et paramédicaux dans leur offre. Au besoin, les patients sont orientés vers des services médicaux spécialisés. Les coûts liés sont couverts par l'assurance de maladie ou par le Ministère de la Santé au cas où le patient ne dispose pas d'une assurance valide.

### Urgences non-fatales et traitement de la santé générale

Le point focal national OEDT ne dispose pas de données officielles relatives aux urgences non-fatales liées à l'usage illicite de drogues. On peut cependant estimer que 25% des urgences au G.-D. de Luxembourg sont liées à un abus de produit psycho-actif (tous produits confondus) (Rauchs, 2006). Le tableau 7.1 fait référence à des données auto-rapportées issues de RELIS. La proportion d'usagers rapportant au moins une surdose (telle que définie) (51%) au cours de leur vie, a lentement diminué au cours des cinq dernières années, ce qui est partiellement dû au développement continu des services à bas-seuil, comme la salle d'injection supervisée.

Fig. 7.1 Surdoses non fatales, médicalement assistées rapportées par les répondants RELIS (2002-2007) (% valides)



SOURCE: RELIS 2007



### Prévention des accidents de la route liés à l'usage de drogues

La loi du 18 septembre 2007 modifie le code de la route national et introduit le dépistage de drogues illicites chez les conducteurs. L'homologation des tests de salive et d'urine doit encore être soumise à une réglementation y afférente. Plus de détails sur la législation peuvent être trouvés sous le chapitre 1 (lois).

### Autres mesures de réduction des risques sanitaires

La création d'une seconde salle de consommation dans le sud du pays, et d'un programme de prescription contrôlée d'héroïne, tels que prévus par le plan d'action drogues 2005-2009, permettront de compléter l'offre de réduction des risques et dommages associés à la consommation de drogues. Concernant le dernier programme, le GIT a marqué son accord de principe relatif à l'opportunité de la création d'un programme national de prescription de certains stupéfiants en septembre 2007 et le coordinateur national a été chargé d'élaborer ensemble avec des experts nationaux un concept cadre basé sur une étude de faisabilité et d'opportunité du traitement visé. Les conclusions principales du rapport (Origer 2008) sont les suivantes :

- L'opportunité et la faisabilité de la mise en place conditionnelle d'un programme de distribution contrôlée d'héroïne (PDCH) au Grand-Duché de Luxembourg est donnée.
- Le PDCH se conçoit comme une offre à moyen/haut seuil. Il s'adresse à un groupe restreint d'héroïnomanes, notamment au vu des contraintes multiples inhérentes à la participation au programme.
- Les objectifs primaires du PDCH sont l'amélioration de l'état de santé physique et mentale des bénéficiaires, la réduction des risques et dommages pour l'usager de drogue(s), l'accès à une population en « décrochage thérapeutique » pour lesquels l'offre existante n'est pas adaptée, la réduction des nuisances/dommages publiques et la réduction de la délinquance et de la criminalité associées à l'usage de drogues.
- Il existe un consensus pour qualifier le programme de distribution contrôlée d'héroïne d'offre à haut-seuil qui gagne à être associé de façon générale au traitement de substitution plutôt que de compléter les offres bas-seuil existantes. De ce constat se dégage l'idée de la création d'un ou de plusieurs centre(s) de substitution qui outre la distribution contrôlée d'héroïne inclu(e)nt l'intégralité de l'offre de substitution actuelle.
- Dans le cadre du programme, la diacétylmorphine (héroïne) pourra être prescrite sous forme injectable, en comprimé ou à des fins d'inhalation (dans une deuxième phase) en fonction des indications médicales et contextuelles.
- Au lieu d'envisager des critères de sélection au programme héroïne, il y a lieu de définir des « facteurs d'évaluation de l'opportunité d'un traitement à l'héroïne ». Ces facteurs seront à pondérer selon leur importance relative au niveau de la décision d'admission afin de pouvoir apprécier l'état du demandeur de façon holistique. Ce système n'exclut cependant pas que les facteurs retenus soient soumis à une définition univoque des marges de tolérance.
- Il sera mise en place une Commission d'admission et de surveillance (CAS). La CAS devra se prononcer sur l'opportunité d'admission au programme de toute personne formulant une demande. Elle devra également veiller au respect des conditions posées par le programme et de la conformité avec la législation y afférente. Enfin, elle suit l'évolution des programmes de traitement à l'héroïne sur le plan international et fait, s'il y a lieu, des propositions d'adaptation du programme national au Ministre de la Santé.

- Le PDCH est conçu en tant que projet pilote d'une durée de 2 années.
- L'évaluation du PDCH comprend deux volets ; à savoir l'évaluation fonctionnelle du programme et l'évaluation de l'impact du programme sur les bénéficiaires. L'issue de cette évaluation décidera de la suite réservée au programme pilote.

### Interventions visant les femmes enceintes et les enfants d'usagers de drogues

Depuis quelques années, et ce, dans le contexte du développement national de la pédiatrie sociale, les professionnels de l'enfance et les pédiatres soulignent la nécessité de développer des structures spécialisées pour les enfants à risque. L'approche de la pédiatrie considère l'enfant dans son contexte global et comme partie intégrante de son environnement physique, psychologique, social et culturel, familial et environnemental et essaie de promouvoir la coordination et la collaboration entre ces différents services sociaux et médicaux.

Depuis 2003, la fondation JDH offre des interventions en matière de parentalité avec le but de fournir une aide psychosociale aux parents dépendants de drogues et à leurs enfants. L'objectif principal du projet consiste de contribuer à assurer la sécurité et le bien-être des enfants et de renforcer les qualités éducatives des parents. Ce projet à long terme est basé sur des engagements contractuels, la co-intervention, des visites à domicile et fonctionne en étroite collaboration avec d'autres services impliqués. En 2007, 53 situations de familles différentes ont été gérées, dont 56,6% étaient des situations monoparentales impliquant 83 enfants.

Afin de rencontrer les besoins spécifiques d'enfants et de parents à risque, et notamment d'enfants dont les parents sont dépendants aux drogues, le Ministère de la Famille et de l'Intégration soutient une structure extrahospitalière conventionnée. La maison Françoise Dolto offre un hébergement pour jeunes enfants (0 à 3 ans) dont la situation familiale est telle qu'une prise en charge institutionnelle au moins temporaire est nécessaire. Le centre tente de répondre à des admissions temporaires de ces enfants et de compenser le manque d'investissement des parents par une prise en charge multidisciplinaire. La structure offre également un soutien thérapeutique, des interventions diagnostiques et des fonctions de support aux parents. Le projet a une capacité d'accueil d'environ 20 enfants et a débuté au printemps 2007.





## 8. CONSÉQUENCES ET COROLLAIRES SOCIALES DE L'USAGE ILLICITE DE DROGUES

### Sommaire

Au niveau des répercussions sociales associées aux phénomènes des drogues et des toxicomanies, différentes compétences ministérielles sont en jeu. Le Ministère de la Santé et le Ministère de la Famille interviennent tous les deux dans la réduction des conséquences sociales par des mesures allant de la détection précoce de l'usage de drogues à des mesures de réhabilitation socioprofessionnelle. La réduction de la criminalité liée à la drogue implique le Ministère de la Justice, compétent en matière de mesures de réduction de l'offre. D'autres ministères tels que le Ministère de l'Education, le Ministère des Transports et le Ministère des Finances sont également engagés mais pour des questions en grande partie fort ciblées.

Dans un souci de clarté terminologique, il est utile de fournir les définitions des instruments légaux auxquels le présent chapitre fait référence :

- *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).

## EXCLUSION SOCIALE (PARMI LES USAGERS DE DROGUES ET USAGE DE DROGUES PAR DES GROUPES SOCIALEMENT EXCLUS)

### Exclusion sociale

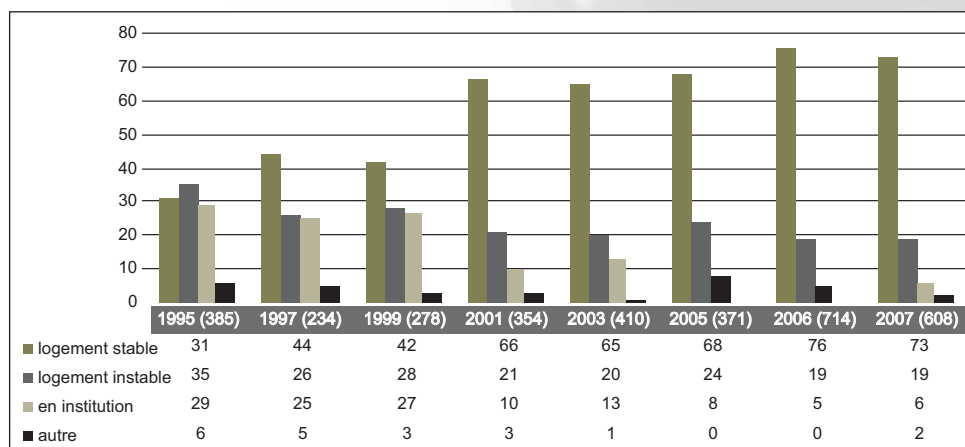
La question de savoir si l'usage de substances enclenche un processus de dégradation sociale et d'exclusion ou si les facteurs sociaux (p.ex. situation familiale, pauvreté, bas niveau d'éducation ou manque de perspectives professionnelles) mènent les individus à la consommation de substances ne peut pas être définitivement tranchée. Ce que l'on peut avancer est qu'une grande majorité des personnes sans domicile fixe et socialement exclues présentent, à des degrés divers, des comportements d'abus de substances licites et/ou illicites. Un traitement des symptômes ne suffit pas, puisque la situation sociale de ces personnes doit être améliorée en parallèle si l'on veut que les résultats d'un traitement de la dépendance aient un impact à long terme. C'est pourquoi la stratégie nationale de prise en charge pour les personnes socialement exclues est basée sur le principe d'une réintégration progressive par le renforcement des capacités et l'amélioration des compétences sociales et de l'environnement. Des associations comme la « Stëmm vun der Strooss », financée par le Ministère de la Santé, vise à engager la population cible (à nouveau) dans la vie active en lui procurant un environnement sécurisé et partagé, tout en respectant les capacités et ressources individuelles par une gestion au cas par cas décrite plus en détail dans le chapitre 9.

### Le sans-abrisme

Selon les dernières estimations, 715 personnes seraient pour l'instant sans logement fixe au Grand-Duché de Luxembourg<sup>37</sup>. L'étude à la base de cette estimation rapporte une proportion de 54% d'hommes et de 46% de femmes, ainsi qu'un âge relativement jeune de la population sans abri. La moitié de cette population est âgée entre 18 et 34 ans et seulement 9% ont plus de 55 ans.

La situation de logement des usagers de drogues a connu une amélioration sensible au cours des dernières années et tend actuellement à se stabiliser. Depuis 1995, la proportion de personnes disposant d'un logement stable a plus que doublé. Actuellement 73% (76%) des UPDs rapportent une situation de logement stable. Cette évolution positive est à mettre en relation avec une meilleure connaissance des problèmes de logement et avec la mise en place de nouvelles offres de logement pour personnes socialement défavorisées par le Ministère de la Santé et les associations citées dans le chapitre 9.

Fig. 8.1 Dernier lieu de résidence connu 1995 - 2007



SOURCE: RELIS 2007

<sup>37</sup> Centre d'Etudes de Populations, de Pauvreté et de Politiques Socio-Economiques (2007). L'exclusion liée au logement des personnes prises en charge par les centres de jour, les foyers de nuit, les centres d'accueil et les logements encadrés. Luxembourg

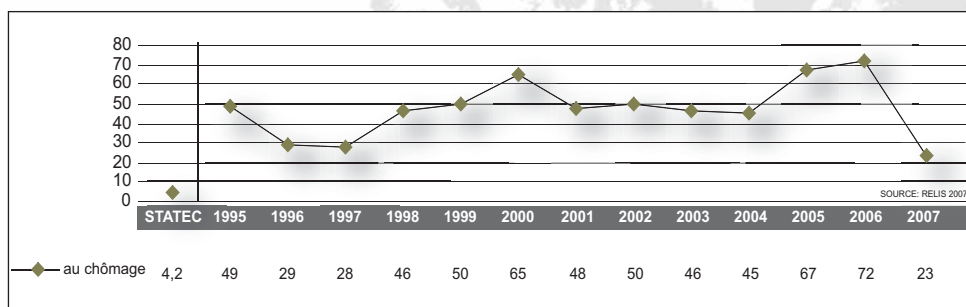


Les jeunes âgés de moins de 25 ans et vivant dans la rue sont considérés comme une réalité assez nouvelle et liée à l'évolution sociétale en général. Les changements sociaux, comme l'augmentation des familles monoparentales, un nombre accru de divorces, la baisse des couples mariés et la nécessité de travailler pour les deux membres du couple parental, obligés d'avoir un emploi pour des raisons économiques sont susceptibles d'exercer un impact négatif sur le développement psychologique des jeunes et leur éducation.

### Situation occupationnelle

En référence aux données les plus récentes, la situation occupationnelle des répondants témoigne d'une légère amélioration, comme le taux des personnes avec un emploi stable a augmenté de 10% en 2007 par rapport à 2006. Le taux d'inoccupation professionnelle a augmenté de 2004 à 2006 (72%). En 2007 le taux de chômage marque une forte diminution (23%), puisque les personnes bénéficiant du RMG ne sont plus considérées sous cette rubrique.

Fig. 8.2 Taux d'inoccupation professionnelle (1995 - 2007)



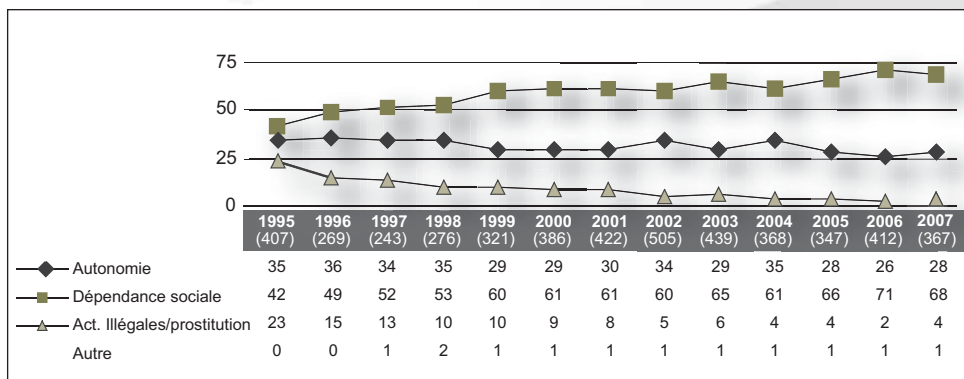
SOURCE: RELIS 2007

**Remarque :** STATEC : Service Central de la Statistique et des Etudes Economiques du Luxembourg – taux de chômage dans la population générale active.

Les données sur les revenus confirment les tendances observées :

- Dépendance sociale stable en 2007 associée à une autonomie financière également stable. Le revenu minimum garanti constitue la première source de revenus des UPDs ;
- les activités illégales comme revenu principal montrent une tendance continue à la baisse depuis 1996
- une proportion élevée de répondants rapportent des dettes majeures ( $\geq 2,500$  EURO) (42%)

Fig. 8.3 Distribution selon le revenu primaire (1995 - 2007)



SOURCE: RELIS 2007

Un nouveau centre occupationnel et d'hébergement est prévu par le plan d'action 2005-2009 et sera placé sous la gestion de la « Stëmm vun der Strooss ». Cette structure, qui devrait voir le jour en 2010, comblera une lacune actuelle en matière d'encadrement et de réinsertion sociale pour personnes dépendantes au niveau national.

### Décrochage scolaire

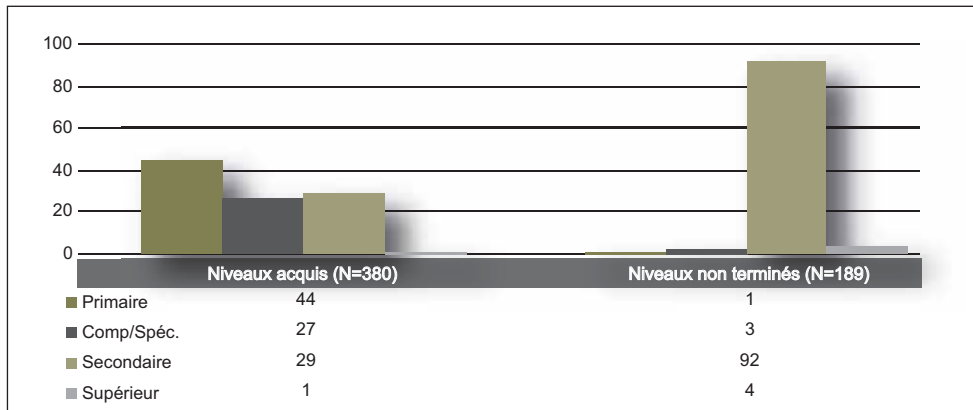
L'étude « Décrochage scolaire au Luxembourg »<sup>38</sup> (2006) étudiait une population de 37.347 étudiants issus de l'école secondaire. Pendant la période du 1<sup>er</sup> novembre 2004 au 30 avril 2006, un total de 2.422 étudiants ont quitté l'école sans certification ou diplôme (abandons temporaires d'école ont également été considérés). L'étude fait état d'un taux de 6,5% d'étudiants ayant prématurément quitté l'école. Cette proportion représente 3,6% si l'on considère le nombre total des étudiants qui ont été contactés/, mais qui ne réintégraient plus d'école au Luxembourg. Au sujet de cette catégorie de sortants d'école, composée d'étudiants suivant des cours à l'étranger, qui sont employés, qui suivent des mesures d'insertion professionnelle et ceux sans occupation (N=1.357), la situation se présentait comme suit : 41,2% d'étudiants qui ont quitté l'école ont joint le marché de l'emploi (travail ou mesures d'insertion professionnelle), 39,8% ne travaillent pas et ne vont pas à l'école et 19% suivent des cours à l'étranger. En général, les garçons, les jeunes étrangers et les jeunes âgés de plus de 15 ans (âge de l'obligation scolaire) sont les plus vulnérables à l'abandon de l'école.

Globalement le **niveau d'éducation** des UPDs est bas et affiche une détérioration lente mais continue depuis 1999. Cependant, une proportion de plus en plus élevée des répondants entrent en enseignement secondaire sans toutefois terminer ce cycle d'études. L'âge moyen à la fin de la scolarité montre une tendance globale à la baisse et se situe actuellement en dessous de 17 ans.

<sup>38</sup> Ministère de l'Education nationale et de la Formation professionnelle (2006). Le décrochage scolaire au Luxembourg. Luxembourg



Fig. 8.4 Niveau scolaire des répondants RELIS (2007)



SOURCE: RELIS 2007

### Problèmes financiers

Concernant la population totale des UPDs, environ la moitié présente des dettes (2007 : 42% / 1997 : 54%). Sur les dernières dix années, après un pic en 1997, les taux sont restés relativement stables (42%-46%) jusqu'en 2004 (37%), où ils ont atteint un minimum, pour ensuite remonter à 43%.

Le RMG (34%-42%) et le propre salaire (21%-28%) représentent les revenus principaux des UPDs. Au cours de la période de 1997 à 2007, de légères fluctuations s'observent quant à ces deux revenus. Pour le RMG, une légère hausse est constatée à partir de 2003, contrairement au salaire, pour lequel on observe une légère baisse pendant les trois dernières années. Par ailleurs une légère hausse des UPDs sans revenu dans la rubrique du revenu primaire s'observe depuis les quatre dernières années. Pour ce qui est du revenu secondaire, les premières positions sont occupées par le soutien financier des parents (23%-34%) et la vente de drogues, bien que la dernière a fortement diminué durant la période de 1997 (35%) à 2007 (15%). Globalement, la dépendance sociale affichait une tendance à la hausse au cours des dernières années. L'autonomie financière par contre accusait une tendance à la baisse au cours des 6 dernières années.

## CRIMINALITÉ ASSOCIÉE AUX DROGUES

Le PFN collecte et exploite des données nationales agrégées et anonymisées sur des infractions liées aux drogues fournies par les autorités répressives. Un membre du personnel du PFN collabore activement avec l'équipe SPJ (Police Judiciaire) afin d'harmoniser les données disponibles et les aligner sur les standards requis pour éditer le rapport national sur les drogues et la toxicomanie et la contribution au rapport annuel de l'OEDT.

## Infractions à la législation nationale sur les drogues

Les données présentées dans le tableau 8.1 permettent de constater que le nombre total des arrestations (226) a augmenté de manière discontinue les 10 dernières années. Traditionnellement l'héroïne était la substance la plus souvent impliquée dans les arrestations liées aux drogues. En 2004 la cocaïne fût la substance la plus impliquée dans les arrestations (confirmé par les données 2005), suivie par l'héroïne et le cannabis. Le croisement des données en fonction du type d'infraction n'est pas disponible pour l'année 2007 en raison de la mise à jour informatique de la base de données RELIS et la non-opérationnalité de certaines fonctions statistiques dû à cet exercice.

Tableau 8.1 Arrestations par type d'institution (1995-2007)

Année	ARRESTATIONS								
	1995	1997	1999	2001	2003	2004	2005	2006	2007
S.P.J.	27	25	27	7	25	38	26	39	49
Gendarmerie	8	15	15	45	82	103	94	124	79
Police	32	32	32	40	28	37	35	62	41
Douanes	61	82	34	92	135	178	155	225	226
<b>Total</b>	<b>128</b>	<b>154</b>	<b>108</b>						

Tableau 8.2 Arrestations: type de délit, croisé par la substance impliquée (1995-2006)

Substance	Délit	1995	1997	1999	2001	2003	2004	2005	2006		
Héroïne	Usage & Trafic	68	57	48	41	21	32	28	40		
	Trafic/Deal	21	53	18	8	22	19	14	29		
	Usage	24	7	27	8	4	20	20	26		
	<b>Total</b>	<b>113</b>	<b>117</b>	<b>93</b>	<b>57</b>	<b>47</b>	<b>71</b>	<b>62</b>	<b>95</b>		
Cocaïne	Usage & Trafic	20	27	21	27	19	21	21	26		
	Trafic/Deal	7	23	9	9	30	64	42	38		
	Usage	10	6	12	4	3	9	15	21		
	<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>56</b>	<b>42</b>	<b>40</b>	<b>52</b>	<b>94</b>	<b>78</b>	<b>85</b>		
Cannabis	Usage & Trafic	25	18	32	23	52	16	17	42		
	Trafic/Deal	1	11	8	1	17	20	27	36		
	Usage	4	4	3	15	9	14	25	15		
	<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>33</b>	<b>43</b>	<b>39</b>	<b>79</b>	<b>50</b>	<b>69</b>	<b>93</b>		
Amphétamines	Usage & Trafic		2	1	2	2	0	0	0		
	Trafic/Deal				0	0	0	1	0		
	Usage	2			0	0	0	0	2		
	<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>		
Ecstasy (MDMA, etc.)	Usage & Trafic	3	3	3	1	1	1	3	4		
	Trafic/Deal	1	3		0	0	1	6	1		
	Use	1			0	1	1	3	2		
	<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>12</b>	<b>7</b>		
LSD	Usage & Trafic		1	1	0	0	0	0	0		
	Trafic/Deal				0	0	0	0	0		
	Usage				0	0	0	0	0		
	<b>Total</b>		<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>		
Nombre total de motifs d'arrestation connus indépendamment des substances impliquées	Usage & Trafic				59	57	48	46	85		
	Trafic/Deal				13	61	93	63	87		
	Usage				20	15	35	45	47		
	<b>Total</b>				<b>128</b>	<b>154</b>	<b>108</b>	<b>92</b>	<b>133</b>	<b>178</b>	<b>154</b>



Données sur les activités répressives

Le nombre de procès verbaux pour des infractions commises à l'égard de la loi modifiée 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie (code : DELIT-STUP) a connu une certaine stabilité entre 1996 et 1998, et témoigne d'une augmentation importante de 1998 à 2003 (825 à 1.660) pour se stabiliser depuis lors (2007 : 1.372 procès verbaux).

Le nombre de prévenus pour le même motif a diminué de 1.368 en 1996 à 1.170 en 1998 suivi par une augmentation subséquente. Depuis 2003, on observe une diminution significative (1.687) du nombre de prévenus. Le nombre d'arrestations est passé de 154 en 1997 à 135 en 2003 et a de nouveau augmenté et s'est stabilisé (2007: 226 arrestations).

Le tableau 8.3 retrace le nombre total des interventions judiciaires et le nombre de prévenus au niveau national fournis conjointement par la Police Judiciaire, Section Stupéfiants (SPJ), la Police Grand-ducale et les Douanes de 1995 à 2007.

Tableau 8.3 Nombre d'interventions répressives (1995-2007)

Année	PROCÈS VERBAUX								PRÉVENUS							
	95	97	99	2001	2003	2004	2006	2007	95	97	99	2001	2003	2004	2006	2007
S.P.J.	123	137	343	216	239	267	190	177	152	182	434	321	369	336	248	203
Gendarmerie	198	255	782	1.126	1.326	1.072	824	998	319	335	916	1.272	1.753	1.268	1.007	1.160
Police <sup>39</sup>	199	177	1895						371	280	283					
Douanes	244	236	173	113	95	129	186	197	421	408	306	182	148	204	320	324
<b>Total</b>	<b>764</b>	<b>805</b>	<b>1.187</b>	<b>1.455</b>	<b>1.660</b>	<b>1.468</b>	<b>1.200</b>	<b>1.372</b>	<b>1.263</b>	<b>1.205</b>	<b>1.939</b>	<b>1.776</b>	<b>2.270</b>	<b>1.808</b>	<b>1.575</b>	<b>1.687</b>

Source: Police Judiciaire. Section des Stupéfiants

La population des prévenus est composée de 88% d'hommes ; une proportion qui a varié entre 79% et 89% au cours des dernières 10 années. Depuis 1997, les personnes non-luxembourgeoises ont représenté la majorité des prévenus (52-68%). L'augmentation spectaculaire en 2002/2003 de la proportion des premiers auteurs d'infractions à la loi modifiée de 1973 n'a pas été confirmée par les données 2006/2007 qui confirment au contraire une diminution de 808 en 2003 à 533 en 2007. Aussi le pourcentage de mineurs (< 18 ans) parmi les prévenus qui avait augmenté entre 1994 (4,9%) et 2000 (8,7%) accuse une diminution sensible en 2004 (5,7%) et semble s'être stabilisée en 2007 (6,8%). La cocaïne et l'héroïne sont les drogues principales impliquées dans les infractions pour le code « Délit-Stup » commis par les premiers auteurs.

<sup>39</sup> Le rapport d'activité général du Gouvernement du Grand-duché de Luxembourg peut être téléchargé: [http://www.gouvernement.lu/publications/informations\\_gouvernementales/rapports\\_activite/index.html](http://www.gouvernement.lu/publications/informations_gouvernementales/rapports_activite/index.html)

Tableau 8.4 Données socio-démographiques des prévenus (1986-2007)

Année	1986	1988	1990	1992	1994	1996	1998	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<b>AGE</b>															
<b>0-14</b>	9		7	6	1	3	7	21	11	15	41	24	9	8	11
<b>15-19</b>	121	212	179	320	169	270	249	413	399	647	602	334	436	279	318
<b>20-24</b>	264	569	383	527	403	447	321	497	566	650	557	510	617	415	480
<b>25-29</b>	119	220	278	371	309	304	220	354	299	388	375	278	345	323	321
<b>30-34</b>	49	67	124	159	186	191	187	208	194	219	254	250	230	188	216
<b>35-39</b>	17	29	27	52	65	80	76	113	139	177	162	190	174	136	162
<b>&gt;40</b>	17	19	43	46	21	42	78	108	113	82	174	126	153	181	165
<b>inconnu</b>	27	21	30	50	20	31	32	44	55	40	106	95	70	43	14
<b>TOTAL</b>	<b>623</b>	<b>1.137</b>	<b>1.071</b>	<b>1.531</b>	<b>1.174</b>	<b>1.368</b>	<b>1.170</b>	<b>1.758</b>	<b>1.776</b>	<b>2.218</b>	<b>2.271</b>	<b>1.808</b>	<b>2.034</b>	<b>1.575</b>	<b>1.687</b>
<b>Hommes</b>	503	970	851	1.248	938	1.138	958	1.415	1.546	1.905	1.935	1.581	1.751	1.319	1.484
<b>Femmes</b>	120	166	220	256	209	173	193	241	215	292	288	181	237	218	190
<b>Sexe inconnu</b>	0	1	0	27	27	57	19	44	15	21	48	49	46	38	13

Source: Police Judiciaire. Section des Stupéfiants. 2007.

Tableau 8.5 Répartition selon les statuts de premier auteur et de mineur d'âge (1992-2007)

	1992	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2005	2006	2007
Premiers auteurs	697	382	508	422	608	828	585	657	471	533
Nombre de mineurs d'âge parmi les premiers auteurs	96	57	102	79	154	145	103	86	72	80
<b>TOTAL (« Prévenus »)</b>	<b>1.531</b>	<b>1.174</b>	<b>1.368</b>	<b>1.170</b>	<b>1.758</b>	<b>2.218</b>	<b>1.808</b>	<b>2.034</b>	<b>1.575</b>	<b>1.687</b>

Source: Police Judiciaire. Section des Stupéfiants. (Données formatées par le PFN) 2007.

Tableau 8.6 Répartition selon le statut de premier auteur (consommateur et consommateur/revendeur) et substance impliquée ad minima (1992-2007)

	1992	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2005	2006	2007
<b>Substance a haut risque impliquée ad minima</b>										
Héroïne	162	154	121	109	133	114	103	110	84	83
Cocaïne	64	39	34	30	37	64	125	86	52	37
Amphétamines	5	15	11	18	9	12	2	3	3	1
Type « Ecstasy »	1	9	20	26	11	34	8	17	4	4
Médicaments d'acquisition illicite	1	3	0	1	7	0	1	1	4	1
Produits de substitution	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0
<b>TOTAL (substances HRC)</b>	<b>233</b>	<b>221</b>	<b>186</b>	<b>184</b>	<b>197</b>	<b>225</b>	<b>239</b>	<b>218</b>	<b>148</b>	<b>126</b>

Source: Police Judiciaire. Section des Stupéfiants. (Données formatées par le PFN) 2007.





### Autres infractions liées aux drogues

Le protocole de données du système national de monitoring des drogues et des toxicomanies (RELIS) inclut une série d'items sur les infractions liées aux drogues. Les résultats suivants ont été retenus pour 2007 :

- 92% des usagers de drogues indexés<sup>40</sup> par les institutions spécialisées de prise en charge ont déjà été interpellés par les forces de l'ordre au moins une fois au cours de leur vie. 78% (stable) de la population totale des UPDs présentent des contacts multiples avec la justice.
- La proportion des interpellations pour d'autres raisons que des infractions à la loi sur les stupéfiants (p.ex. petite délinquance) a diminué depuis 1997 (38%) et s'est stabilisée les dernières années. En 2007 par contre s'observe une nouvelle hausse des interpellations pour d'autres raisons que des délits liés à la drogue (2007 : 44%).
- 63% (69%) des UPDs indexés ont déjà purgé au moins une fois au cours de leur vie une peine de prison. La proportion des UPDs qui rapportent plusieurs séjours en prison (35%) s'est stabilisée pendant les dernières années. En comparaison avec l'année 2006, une amélioration de la situation pénale des UPDs est observée, associée à une diminution de la durée des séjours en prison.

## PROBLÈMES DE DROGUES EN PRISON

En 1998, le Ministère de la Justice a demandé au département médical du centre pénitentiaire de l'Etat (CPL) de mener une étude épidémiologique sur la prévalence HIV et HCV de la population des détenus (Schlink 1999). Le protocole de recherche était basé sur un questionnaire anonyme auto-administré portant sur le comportement de santé et l'injection de substances avant et pendant le séjour en prison.

### RÉSULTATS PRINCIPAUX:

#### Consommation de drogues au sein de la prison

- 32% des détenus se sont désignés comme injecteurs de drogues;
- 28% ont rapporté s'injecter des drogues en prison;
- 9% ont commencé l'injection de drogues en prison;

#### Comportements à risque

- 58% des UDVI détenus actuels ont rapporté au moins une fois un échange de seringue en prison;
- 8% des UDVI détenus actuels ont rapporté avoir échangé des seringues en prison lors du dernier mois;
- 70% des UDVI détenus actuels ont utilisé uniquement de l'eau pour nettoyer les seringues, 22% ne nettoyaient pas leurs seringues;
- 90% des détenus qui ont rapporté des rapports sexuels en prison n'ont jamais utilisé des préservatifs.

#### Divers

- UDVI ont purgé plus de séjours en prison que les personnes non usagers de drogues (groupe contrôle);
- les UDVI sont en moyenne plus jeunes que les personnes non usagers de drogues;
- une majorité des UDVI en détention sont de nationalité luxembourgeoise.

Source: Schlink, 1999

L'étude « 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 » (Origer & Removille, 2007) a également considéré l'usage de drogues en milieu pénitentiaire. En référence à la population totale de l'étude, 56,1% des répondants étant ou ayant été incarcérés (N: 246) durant les dix dernières années, ont rapporté une consommation illicite de drogues au sein de la prison. 30,5% rapportent un usage intraveineux de drogues, 26,7% des injecteurs à vie détenus rapportent un échange de seringues en prison, pourcentage qui est sensiblement plus bas que le taux observé en 1998 par Schlink (1999). Les différences de résultats par rapport à l'étude Schlink sont dues au fait que l'étude Origer & Removille a pris en considération l'usage de drogues au moins une fois dans la vie (et pas seulement l'usage intraveineux) ainsi que les séjours carcéraux actuels et antérieurs. Tous groupes cibles étudiés (clients des structures résidentielles, ambulatoires, bas-seuil, prisons, etc.), les taux de prévalence HIV, HBV et HCV sont les plus élevés auprès de la population pénitentiaire.



# 9. RÉPONSES EN MATIÈRE DE RÉINTÉGRATION SOCIOPROFESSIONNELLE

## Sommaire

### RÉINTÉGRATION SOCIALE

Une des priorités affirmées du premier plan d'action national drogues (2000-2004) portait sur les mesures de réintégration et ciblait plus particulièrement sur la diversification et la décentralisation des offres d'hébergement pour personnes toxicomanes. Le plan d'action 2005-2009 prévoit l'expansion de projets existants et la mise en place de nouvelles mesures visant une réintégration progressive par le renforcement de capacités et le développement des compétences sociales.

En décembre 2003, le Ministère de la Santé en collaboration avec le CNDS et avec le soutien de la Ville de Luxembourg, a ouvert un foyer d'accueil pour personnes toxicomanes qui a évolué vers un centre intégré bas-seuil (TOX-IN) incluant des offres de jour, un hébergement de nuit et une salle d'injection supervisée.

**A côté de l'offre post-thérapeutique proprement dite et des collaborations ciblées comme celle avec « Wunnengshëllef a.s.b.l », la fondation JDH gère un projet de logements supervisés nommé « les niches » fonctionnant sur le modèle d'une « agence immobilière sociale »** pour personnes toxicomanes. Environ 35 habitations et appartements éparpillés à travers tout le pays sont actuellement loués par la fondation et offerts en sous-location à des personnes toxicodépendantes sur base des contrats de bail à loyers adaptés à chaque situation. L'objectif à moyen terme du projet est la reprise du bail par la personne toxicomane bénéficiaire au moment où son autonomie financière le lui permet. Le projet est financé conjointement par le Fonds de lutte contre le trafic des stupéfiants et le Ministère de la Santé (<http://www.jdh.lu/HTML/aide.html>).

Un réseau de **logements accompagnés** modulaires (à niveaux d'encadrement variables) pour personnes toxicomanes en phase de stabilisation est développé depuis 2002 par le Centre Thérapeutique de Manternach (CHNP) en collaboration avec le Ministère de la Santé. Les logements en question sont situés à une distance raisonnable du CTM afin de pouvoir profiter des formations et activités y offertes. Le projet est financé par le Ministère de la Santé dans le cadre du plan d'action 2005-2009. ([http://www.chnp.lu/fr/rehaklinik/filiere\\_poly\\_toxicomanie/foyer\\_rosport\\_foyer\\_moersdorf](http://www.chnp.lu/fr/rehaklinik/filiere_poly_toxicomanie/foyer_rosport_foyer_moersdorf))

A noter que le CTM offre aussi des **cours de langues** afin de permettre aux clients d'améliorer leur compétences de base en matière de langues ou d'améliorer leur langage écrit.

Fondée en 1996, la **Stëmm vun der Strooss** œuvre en faveur de l'intégration sociale et professionnelle de personnes défavorisées. Cette association sans but lucratif est financée par le Ministère de la Santé et travaille en étroite collaboration avec la Croix-Rouge luxembourgeoise. Son siège social se situe à Luxembourg et, depuis le mois d'octobre 2004, une antenne locale à été ouverte sur le territoire de la Ville d'Esch-sur-Alzette (<http://www.stemm-vun-der-strooss.com/>).

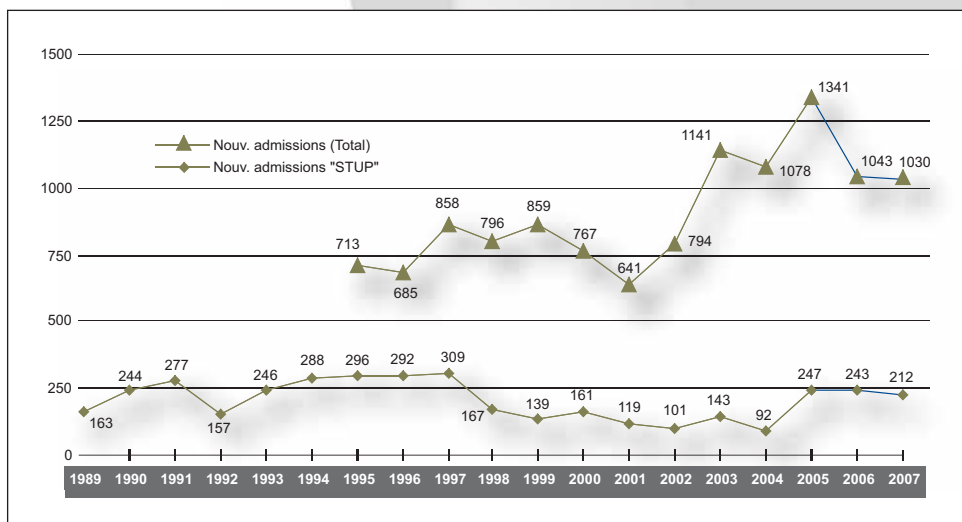
Le plan d'action national drogues 2005-2009 prévoit de développer encore davantage les capacités des services mentionnés ci-avant et de les décentraliser au besoin. A titre d'exemple, on peut citer le projet de création de nouvelles structures comme un centre **occupationnel et d'hébergement pour personnes souffrant de dépendance(s)**. Le centre était sensé ouvrir ses portes en 2009 et offrir des occupations journalières à environ 30 bénéficiaires et qui sont adaptées aux différentes capacités et ressources physiques et mentales, sans toutefois imposer des exigences contractuelles. Un accord a été trouvé sur le site géographique du centre, des réunions d'informations ont été organisées avec les résidents et les moyens budgétaires nécessaires ont été accordés. Des retards concernant l'autorisation des plans de construction vont permettre de commencer les travaux de construction au plus tôt en 2009 .

## MESURES EN MATIÈRE DE LUTTE CONTRE LA CRIMINALITÉ LIÉE AUX DROGUES

### Services pour usagers de drogues en milieu carcéral

Le Grand-duché du Luxembourg compte actuellement deux centres pénitentiaires de l'Etat au niveau national ; le Centre Pénitentiaire de Luxembourg (CPL) et le Centre Pénitentiaire de Givenich (CPG) situé dans l'est du pays. La figure 9.1 montre le nombre général d'admissions et le nombre d'admissions en rapport avec des infractions liées aux drogues illicites au CPL et CPG de 1989 à 2007.

Fig. 9.1 Admissions et admissions pour infraction à la législation "STUP" 1989-2007



SOURCE: RELIS 2007

La loi du 27 juillet 1997 portant réorganisation de l'administration pénitentiaire régit la création d'unités médicales spécialisées pour personnes toxicomanes et patients souffrant de troubles psychiatriques au sein des centres pénitentiaires. Dans ce même contexte, un projet pilote appelé « Programme global de prise en charge en prison » a été initié par un groupe d'experts mandaté par le Ministère de la Justice en



1999. Le concept a été conçu à mettre en place parmi d'autres objectifs, des mesures de prévention primaire en rapport avec la consommation de drogues et les maladies infectieuses. Le but principal du projet était d'intégrer les détenus toxicomanes dans un réseau d'aide médico-psycho-social afin de réduire les rechutes, les risques et la récidive à la sortie de prison. Le projet est conjointement financé par le Ministère de la Justice, le Fonds de lutte contre le trafic des stupéfiants et l'UE (en ce qui concerne l'évaluation).

Le Programme Tox (anciennement « Projet Tox ») prend en charge les personnes toxicodépendantes en milieu carcéral dans les deux établissements pénitentiaires de Schrassig (CPL) et Givenich (CPG). Cette prise en charge est assurée par des équipes multidisciplinaires. Les principes de base du service Tox au CPG sont la participation volontaire, le changement, la coopération, la transparence, la qualité des offres, la fixation d'objectifs réaliste, l'« empowerment » pour devenir maître de soi et l'espoir.

En 2007, les activités du CPL se sont axées autour de trois piliers :

- la prévention psychosociale: accompagnement psychosocial des détenus toxicomanes qui en font la demande, en vue de préparer leur avenir post carcéral et de lutter contre la rechute et la récidive – programme sans drogue intensif en préparation à la thérapie stationnaire et/ou accompagnement individuel et préparation à la sortie. Le suivi psychologique à visée thérapeutique est de règle.
- la prévention et l'explication des MST : ce volet de santé est repris en suivi individuel ou en collectif.
- la coordination des interventions dans le domaine de la toxicomanie : la plate-forme toxicomanie est un dispositif de coordination des interventions des professionnels concernés.

Le Programme Tox au CPG a mis en place des activités d'accompagnement psychologique et éducatif. L'équipe a travaillé sur deux axes :

- le développement de la santé et
- l'entraînement psycho-éducatif spécifique pour détenus toxicodépendants dans le cadre d'un pavillon communautaire sans drogues (encadrement spécifique de minimum 4 mois avec une éventuelle prolongation).

### Résultats 2007

#### CPL :

147 détenus ont fait une demande au Programme Tox

92 ont bénéficié d'un suivi psychosocial individuel à visée thérapeutique

28 clients ont bénéficié d'un suivi individuel dans la prévention des MST

- création de la section sans drogue avec le « Programme Charly » de préparation multidisciplinaire et intensive à la thérapie en mai 2007 : 11 clients
- création de la plate-forme Toxicomanie
- ébauche du e-learning

**CPG :**

697 entretiens ont été faits par l'équipe selon les deux axes décrits ci-dessus. 11 participants ont bénéficié de l'entraînement psycho-éducatif spécifique et 8 activités différentes ont été offertes en 2007, dont le sport, « Feldenkrais », 3 différents groupes de parole, des entretiens individuels, des activités de loisir et un atelier artistique.

(Source : extraits du rapport d'activité du CHNP 2007)

Depuis 2003, les deux centres pénitentiaires offrent des interventions individuelles et collectives. Des groupes de discussions sont organisés par des services du domaine de la drogue et des cours RPT (Rückfall-Prophylaxe-Training), un programme de prévention aux rechutes, est organisé par des services spécialisés. Des informations supplémentaires au sujet du projet TOX sont disponibles au sein des deux établissements pénitentiaires par les membres des différents services internes et au moyen de tables d'information. Un groupe volontaire de détenus appelé « TOX-contact » agit comme plate-forme entre le projet TOX et la population générale de détenus. Tous les services internes, du service de probation au service médical, sont activement impliqués dans le projet TOX et collaborent avec des institutions de traitement de la toxicomanie.

En début 2004 un programme pré-thérapeutique appelé « Switch » (changement de trajectoire) a été mis en place et **l'unité sans drogues du CPG** a été ouverte. Tous les participants doivent se soumettre à des critères de sélection stricts. Le programme assure la préparation de traitements ambulatoires ou résidentiels après sortie et crée un processus dynamique de prévention, de prise en charge et d'éducation du personnel au sein des deux prisons CPG et CPL. Les candidats du CPL qui participent au programme sont transférés du CPL au CPG.

De façon générale, le programme dure 8 mois et inclut une thérapie individuelle et de groupe, des cours de comportement social et d'administration sociale, des séances de sports et des activités thérapeutiques. A côté, un bureau de coordination est mis à disposition de tous les détenus intéressés par les thérapies, les cours, le programme de prise en charge du CPG et la préparation après sortie. L'implication active des détenus et la collaboration intensive des réseaux ont réussi à mettre en place, dans une optique à long terme, l'échange de seringues, les programmes thérapeutiques, la prévention (dépliants santé, cartes santé), l'éducation et une sensibilisation du personnel des centres pénitentiaires. En 2007, le rapport<sup>41</sup> d'évaluation interne a été publié, lequel recommande la poursuite de l'action de façon dynamique, tout en insistant sur la nécessité d'accroître sa visibilité publique et d'investir encore davantage dans le travail de première ligne. Depuis lors, le projet a muté en programme qui fait désormais partie intégrante des services au sein des établissements pénitentiaires. Des discussions sont actuellement menées pour inclure le programme TOX dans la routine de recueil des données RELIS.

Un **traitement de désintoxication** fait partie de l'offre intra-muros et est placé sous la responsabilité de l'unité médicale sur base de procédures et réglementations strictes. Le CPL a signé une convention avec le Centre Hospitalier de Luxembourg (CHL) qui permet d'assurer des prises en charge médicales plus spécifiques.

Une **prise en charge thérapeutique et psychosociale** est proposée soit par des membres du personnel, soit par des agents externes spécialisés de services du domaine de la drogue. Un exemple de bonne pratique dans ce contexte est la collaboration avec les associations spécialisées dans le traitement de la toxicomanie et conventionnées de l'Etat (dans le cadre du projet global de prise en charge de la toxicomanie). Ce mécanisme s'applique également dans le cadre de la problématique HIV/Sida et d'autres maladies infectieuses. Le rôle du service central de probation (SCAS) est entre autres de motiver les détenus à se soumettre à un traitement et d'établir des contacts avec les services spécialisés externes. Bien que la stratégie de prise en charge psychosociale soit presque identique au sein des deux centres pénitentiaires, le CPL dispose actuellement d'un programme d'intervention plus structuré. Le CPL gère un département psychosocial et éducatif propre (SPSE). En collaboration avec le SCAS et l'association des gardiens de prison, il a élaboré un projet nommé « **DEFI** » qui a comme objectif le développement de moyens

<sup>41</sup> TREPOS, J.-Y. (2007) Evaluation du projet global de prise en charge des personnes toxicodépendantes en milieu pénitentiaire au Grand-duché de Luxembourg, Université Paul-Verlaine, Metz.



thérapeutiques, de cours d'éducation, de mesures de réinsertion socioprofessionnelle et la gérance de situations de surendettement durant la détention et durant la phase de sortie.

Le développement futur de synergies avec des associations du domaine de la toxicodépendance ciblant un concept de prise en charge continue en termes de mesures psychosociales, de traitement de substitution ou d'aide financière à la sortie constituent quelques points clés des stratégies de réintégration.

En ce qui concerne le **traitement de substitution** en prison, trois scénarios peuvent survenir :

- les situations les plus souvent rencontrées sont celles de nouveaux détenus qui ont subi un traitement de substitution avant l'incarcération. Le personnel médical de la prison contrôle si les informations fournies par le détenu sont correctes et contacte le médecin prescripteur ou le programme national de substitution. Si tel est le cas, le traitement de substitution peut être poursuivi et peut être suivi par un traitement de maintenance, de réduction de la dose ou un traitement de désintoxication,
- le traitement de substitution peut aussi être initié en prison, notamment pour les détenus qui ont commencé une consommation d'opiacés en prison,
- les détenus consommant des opiacés ou ceux qui sont déjà substitués peuvent introduire une demande d'admission au programme national de substitution 6 semaines avant leur sortie. Des travailleurs sociaux d'agences externes assurent la continuité de la prise en charge et des mesures de resocialisation (substitution, HIV, hépatites, etc.).

Les principaux opiacés de substitution prescrits au sein des centres pénitentiaires sont la méthadone (MEPHENON®), et à un moindre degré la buprénorphine (SUBUTEX®) et la codéine.

Un **programme de distribution de seringues** en prison a débuté officiellement en 2005 dans le cadre du projet global de prise en charge des personnes toxicomanes en prison. Des préservatifs sont également disponibles pour les détenus au sein des établissements pénitentiaires.

En ce qui concerne les **patients présentant des troubles d'ordre psychiatrique et à double diagnostic** une convention de collaboration entre l'administration du CPL et le Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique (CHNP) a été signée en 2002 qui a permis de mieux gérer les mesures de prévention, de prise en charge et le transfert de personnes souffrant de troubles mentaux, alcooliques ou toxicodépendantes. Une prise en charge thérapeutique, est assurée ad hoc, mais en cas de maladies mentales sévères, les patients-détenus sont transférés vers un département haute sécurité du CHNP.

### **COLLABORATION ENTRE AUTORITÉS NATIONALES ET MUNICIPALES**

Différentes grandes communes du pays ont, au cours des dernières années, redéfini leur engagement au niveau de la gestion des problèmes et nuisances potentiellement associées à la consommation et au trafic de drogues. La mise en place des « comités de prévention communaux », dans lesquels sont représentés les autorités locales, les forces de l'ordre, différents groupements d'intérêt, les ONG spécialisées et occasionnellement des représentants ministériels, ont largement contribué à développer la communication et la concertation entre ces différents acteurs entre autres, dans des dossiers relatifs à la problématique des drogues et des toxicomanies.

D'autres mécanismes de concertation plus spécifiques sont en place tel que le groupe de gestion et de suivi de la salle de consommation supervisée. Ce groupe est présidé par le Ministère de la Santé et réunit tous les acteurs impliqués permettant ainsi une prise de décision rapide face à des problèmes émergents. Le plan d'action drogues met par ailleurs l'accent sur l'importance de l'implication des communes dans la gestion de sécurité urbaine, des nuisances publiques et des problèmes d'hygiène liés aux drogues afin de garantir la décentralisation indispensable des offres de réduction de la demande et interventions de réduction des risques. Un autre exemple de bonne pratique est le fonctionnement d'une ligne téléphonique pour les plaintes et complaints des résidents du quartier où se trouve le centre d'accueil pour toxicomanes (TOXIN).

### **MESURES CONCERNANT LES JEUNES EN CONFLIT AVEC LA LOI**

Le service Solidarité Jeunes (Jongenheem asbl) présenté plus en avant intervient entre autres dans des cas de conflit entre mineurs d'âge et les forces de l'ordre pour cause d'infraction(s) liée(s) aux drogues illicites. Il s'agit d'une offre de type « gestion de crise » et de « médiation » entre les parties impliquées. Le projet est financé par le Ministère de la Santé et le service est gratuit pour les bénéficiaires. En 2008, le service en question, a trouvé un nouvel organisme gestionnaire dans l'asbl « Jongenheem ». Les objectifs du service « Solidarité Jeunes » sont restés inchangés et la convention avec le Ministère de la Santé maintenue sur base conditionnelle.

L'équipe « Solidarité Jeunes » en collaboration avec le Tribunal de la Jeunesse et les forces de l'ordre, offre divers services avec comme but principal, d'éviter que le jeunes en conflit avec la loi entrent d'office dans le système de justice pénale. Les interventions sont basées sur une approche holistique du problème, incluant la personne concernée et la famille. Solidarité Jeunes rapporte directement à l'autorité demandeuse le progrès de l'intervention (cf. CHOICE).





# 10. LE MARCHÉ NATIONAL DE DROGUES ILLICITES

## Sommaire

Les marchés de la drogue sont de nature versatile. Ils sont largement dépendants de facteurs tels que la demande en général et des tendances y associées, la situation économique et les ressources mobilisables et mobilisées en termes de réponses répressives. Les indicateurs de l'offre et de l'accessibilité de drogues illicites se doivent d'être interprétés avec prudence sachant qu'ils s'articulent sur les multiples interactions entre tous ces facteurs. Le tableau dressé par le présent chapitre s'appuie sur des données provenant des autorités répressives, du Laboratoire National de Santé et de différentes études ad hoc.

Depuis plusieurs années, on assiste à l'expansion de réseaux de distribution plus structurés **à caractère purement commercial ce qui a résulté dans l'accroissement surtout de la cocaïne et des produits dérivés du cannabis au niveau national.**

Un phénomène récent consiste dans le fait que **les groupements ethniques ont tendance à interagir** et à se mélanger au niveau de l'organisation de la vente de la drogue, tandis qu'auparavant, aucune filière criminelle ne cherchait le contact avec les autres groupes. De plus, il a été observé que les trafiquants sont en train de délocaliser leurs points de vente vers des endroits moins visibles à la police, tels qu'appartements privés ou cafés.

Une majorité confirmée de ces prévenus sont de nationalité étrangère. Les demandeurs d'asile impliqués dans le trafic illicite de cocaïne sont pour la plupart originaires de l'Afrique de l'Ouest. Leur nombre a tendance à se stabiliser. 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 et directe.

En termes de quantités, les saisies d'héroïne affichent une certaine stabilité depuis 2000 et même une baisse en ce qui concerne la cocaïne et le cannabis, alors que le nombre de saisies est resté stable avec une exception pour le cannabis dont le nombre de saisies augmente. Le nombre de prévenus impliqués dans des affaires de saisies affiche une tendance à la baisse au cours de la même période. Cette évolution suggère que des **quantités plus importantes** de drogues illicites sont distribuées par un **nombre plus limité de trafiquants.**

Comparés à la situation observée en 2003, **les niveaux de pureté** des substances de type ecstasy et les ATS affichent une tendance à la baisse alors que la pureté de la cocaïne et de l'héroïne jouit d'une certaine stabilité. Toutefois, il s'agira de suivre attentivement les variations remarquables au niveau des puretés minimales et maximales et plus particulièrement les concentrations de THC du cannabis ayant atteint des taux maximaux historique et à ce jour exceptionnels dépassant les 30% en 2007.

## OFFRE ET ACCESSIBILITÉ

### Provenance et disponibilité de drogues illicites

Selon des données fournies par la Police Judiciaire et par toutes les unités décentralisées de la Police Grand-ducale (sections de recherche), la grande majorité des **drogues illicites consommées au Grand-duché de Luxembourg sont acheminées à partir 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 en grande partie 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 l'ouverture de certaines frontières de l'UE, on a observé le développement de **réseaux de distribution mieux organisés et plus professionnels**. Plus récemment différents groupes ethniques commencent à créer des synergies quant à la distribution et le trafic de drogues, alors qu'auparavant ces groupes opéraient séparément. La proportion d'étrangers impliqués dans le trafic de drogues était en hausse jusqu'en 2005 et a diminué sensiblement bien que les trafiquants étrangers représentent 60% (2007). Les revendeurs locaux ne portent que des petites quantités de drogues sur eux, souvent en bouche, afin de pouvoir les avaler rapidement lors d'éventuelles altercations avec les forces de l'ordre. Initialement, des produits de bonne qualité ont été vendus à des prix bas. Progressivement cependant la clientèle, ainsi fidélisée, retrouvait des produits de moindre qualité et de prix plus élevé. Au cours des dernières années, le marché national a littéralement été **inondé par des drogues injectables de basse qualité** ce qui a eu des conséquences non négligeables sur les comportements de consommation des usagers à différents égards.

En 2007 aucun **laboratoire clandestin** de production de drogues n'a été découvert sur le territoire luxembourgeois. En 2006 et 2007 des quantités significatives de champignons hallucinogènes et de khat (60kg) ont été saisis sur le territoire national. Les cultures locales de cannabis et de champignons hallucinogènes apparaissent insignifiantes tant quantitativement que qualitativement.

En complément aux données fournies par les forces de l'ordre, des enquêtes en population générale renseignent sur la **disponibilité perçue** de drogues par le grand public. Le tableau suivant montre l'évolution en la matière entre 2002 et 2004 en référence aux enquêtes de 2004 (Flash Eurobaromètre 158 « Les Jeunes et les drogues ») et de 2002 (Eurobaromètre 57.2).

Tab. 10.1 Perception de la facilité de se procurer des drogues au G.-d. de Luxembourg (2002/2004)

#### QUESTION a: Est-ce qu'il vous semble facile de se procurer des drogues au G.-D.?

	A proximité de mon domicile		A ou à proximité de l'école		Dans des soirées		Dans les cafés /clubs	
	2002	2004	2002	2004	2002	2004	2002	2004
<b>Luxembourg</b>	62.2	66%	60.5	63%	74.7	74%	73.2	70%
<b>UE</b>	61.9	63%	54.9	57%	76.0	79%	72.3	76%

En mai 2008, le DG Justice, Liberté et Sécurité de la Commission Européenne a publié un sondage public intitulé « Les jeunes et la drogue parmi les âgés de 15-24 » (N°233) dans le cadre des sondages Eurobaromètre. Des questions sur la facilité d'accès à des drogues illicites, l'alcool et le tabac étaient incluses :



Le tableau suivant présente les résultats à la question : « Considérez-vous qu'il serait difficile pour vous procurer une des substances suivantes, si vous le vouliez ? »

Facilité d'accès à héroïne (si désiré)					
	très difficile	assez difficile	assez facile	très facile	dk/na
Luxembourg	44	33	14	9	2
EU27	42	30	16	7	5

Facilité d'accès à la cocaïne (si désiré)					
	très difficile	assez difficile	assez facile	très facile	dk/na
LU	37	30	22	9	3
EU27	35	26	22	11	5

Facilité d'accès à l'ecstasy (si désiré)					
	très difficile	assez difficile	assez facile	très facile	dk/na
LU	34	31	25	9	2
EU27	31	25	26	12	5

Facilité d'accès au cannabis (si désiré)					
	très difficile	assez difficile	assez facile	très facile	dk/na
LU	17	11	30	41	1
EU27	19	15	31	32	4

Facilité d'accès au tabac (si désiré)					
	très difficile	assez difficile	assez facile	très facile	dk/na
LU		1	10	88	
EU27	1	2	15	81	

Facilité d'accès à l'alcool (si désiré)					
	très difficile	assez difficile	assez facile	très facile	dk/na
LU		1	5	94	
EU27	1	2	17	80	

Concernant l'héroïne, les jeunes Luxembourgeois trouvent un peu plus difficile (77%) d'obtenir ou d'accéder à l'héroïne que la moyenne européenne (72%). A l'instar de la moyenne de l'UE, seulement 23% des interviewés étaient d'avis qu'il serait facile de se procurer de l'héroïne.

Même si l'héroïne était la substance, qui était considérée comme la plus difficile d'accès, aussi la cocaïne était considéré par 67% des jeunes du Luxembourg comme étant assez à très difficile d'accès contre une moyenne européenne de 61%.

L'ecstasy était considéré être plus difficile à obtenir au Luxembourg (65%) comparé à la moyenne de l'UE (56%). Seulement 34% des jeunes du Luxembourg considèrent l'accès à l'ecstasy comme facile (moyenne de l'UE : 38%).

En ce qui concerne le cannabis, moins de jeunes Luxembourgeois (28%) déclarent que l'accès au cannabis est difficile, comparé à la moyenne européenne (34%). L'accès au cannabis était perçu plus facile (71%) que pour la moyenne de l'UE (63%). Quatre jeunes sur dix (41%) le trouvent très facile de se procurer du cannabis (moyenne de l'UE : 32%, trois sur dix).

Les jeunes du Luxembourg considéraient l'accès aux substances licites, comme le tabac et l'alcool, comme plus facile que la moyenne européenne. Concernant le tabac, 88% des jeunes du Luxembourg trouvaient l'accès très facile en comparaison à la moyenne européenne (81%). De même l'accès à l'alcool était considéré comme très aisé (LU : 86%, EU : 80%).

En résumé, on peut retenir que les jeunes au Luxembourg estiment la disponibilité de drogues licites comme très grande contrairement aux drogues illicites qu'ils considèrent comme très difficile à obtenir, à l'exception du cannabis.

## PRODUCTION ET MODES DE DISTRIBUTION DE DROGUES ILLICITES

### SAISIES

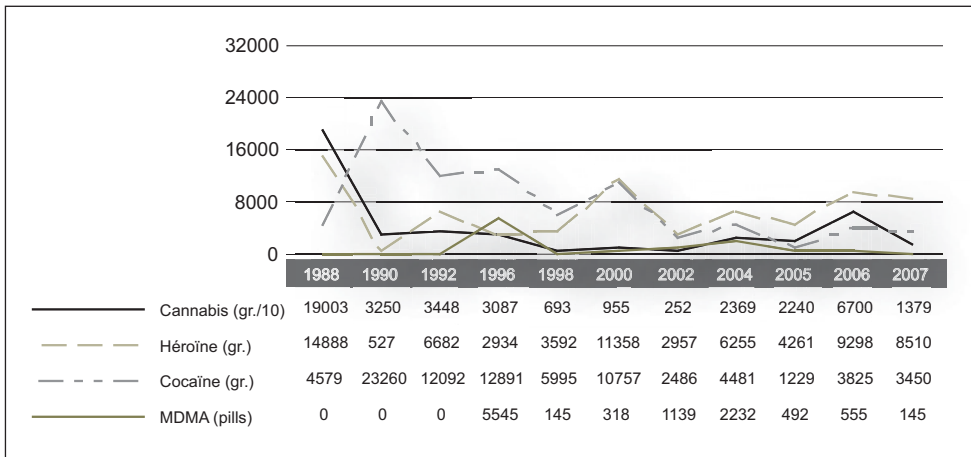
D'importantes variations au niveau de l'évolution des **quantités saisies** s'observent depuis le début des années 90 et ceci pour presque tous les types de produits. Une analyse longitudinale indique une tendance générale à la baisse jusqu'en 2002 des quantités d'héroïne, de cocaïne et de cannabis. A partir de 2002 on observe une hausse significative des quantités de drogues saisies, surtout prégnante pour l'héroïne et le cannabis. Pour la cocaïne, la tendance est moins claire. Comparées aux données de 2006, les quantités saisies de toutes les substances listées ont diminué en 2007. Cette observation s'applique particulièrement au cannabis et XTC.

Indépendamment des quantités saisies, on retient une augmentation discontinue du **nombre total de saisies** à partir de 1993. A partir de 2000, une hausse marquée est observée au niveau du nombre de saisies de cannabis alors que pour l'héroïne et la cocaïne une certaine stabilité s'est installée. A titre d'exemple, on retiendra qu'entre 1994 et 2007 le nombre de saisies de cannabis est passé de 167 à 643. **Le nombre total de personnes impliquées lors d'affaires de saisies** a connue une hausse continue jusqu'en 2000 et connaît une certaine stabilité depuis (2007 : 1.027 personnes). Une majorité confirmée des personnes en question sont impliquées dans le trafic de cannabis et sont d'origine étrangère.

**Aucune saisie de « crack »** (cocaïne-base) n'a été enregistrée à ce jour, bien que les associations spécialisées rapportent occasionnellement sa présence marginale sur le marché national. En 1994 furent enregistrés les premières **saisies nationales de produits de type ecstasy (MDMA, MDA, ...)** dont la disponibilité semblait amorcer une évolution quasi exponentielle de 1994 à 1996 qui s'est cependant stabilisée à bas niveau depuis les dernières dix années.

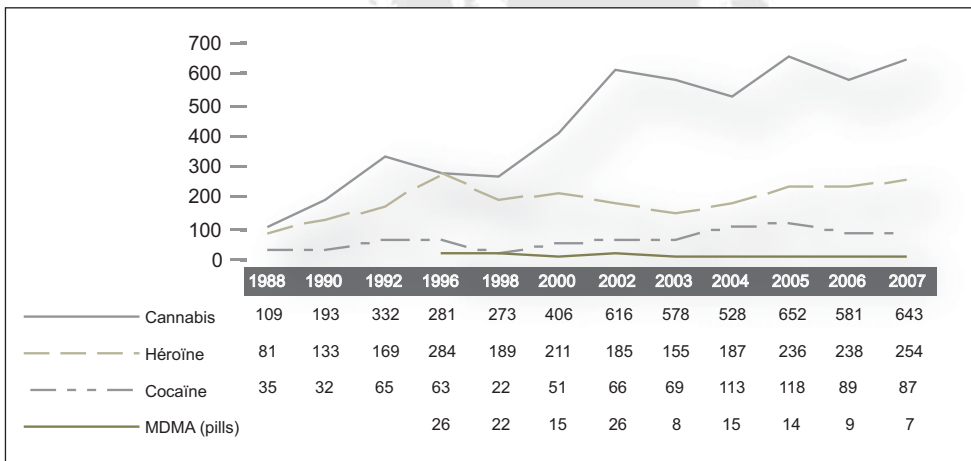


Fig. 10.1 Quantités saisies: cannabis, héroïne, cocaïne et type ecstasy (1988 - 2007)



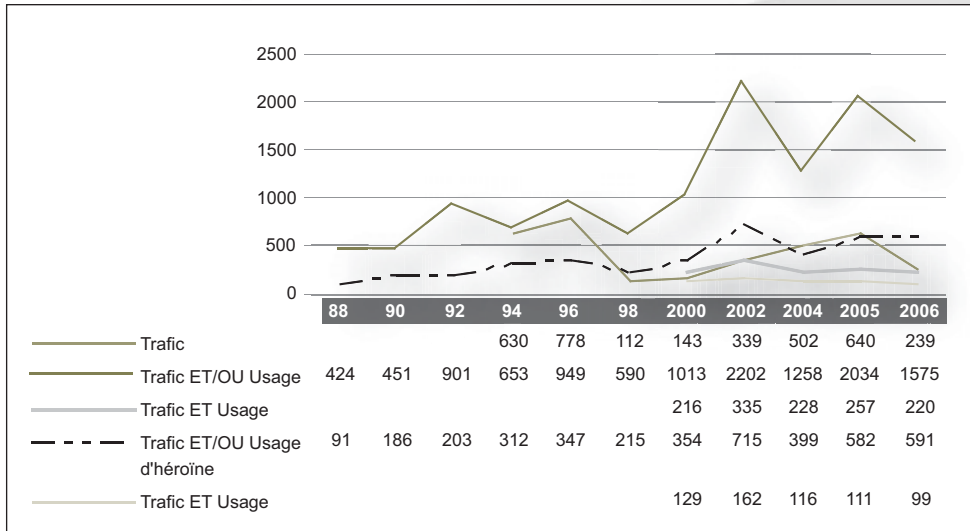
Source: Police Judiciaire – Section Stupéfiants 2007

Fig. 10.2 Nombre de saisies: Cannabis, Héroïne, Cocaïne, MDMA, (1988 - 2007)



Source: Police Judiciaire – Section Stupéfiants 2007

Fig. 10.3 Nombre de prévenus impliqués dans des affaires de saisies selon le type d'infraction (1988-2006)



Source: Police Judiciaire – Section Stupéfiants 2006

## PRIX / PURETÉ

### Prix de vente au détail

Les prix moyens de l'héroïne (brune), de la cocaïne et des substances de type ecstasy ont chuté de 1996 à 2002/2003, bien que les marges de prix soient devenues plus importantes et les prix maximaux plus particulièrement pour la cocaïne et l'héroïne aient atteint des valeurs plus élevées depuis 2004, ce qui est dû à une forte variabilité des puretés. Le cannabis et ses produits dérivés ont cependant affiché une certaine stabilité au cours des dernières 7 années. Typiquement l'héroïne est vendue sur le marché national sous forme de « boule » contenant 0,2 à 0,4 grammes au prix de 12 à 25. - euros. Le cannabis se vend majoritairement en unités de 2,5 à 3 grammes au prix de 25. - euros.

Tab. 10.2 Evolution des prix de vente au détail (1994-2007)

	1994	1998	2000	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<b>Cannabis</b>									
Haschisch	5-6	5-6	7,4	7	8,3	7,3	7,3	8	8
Marijuana		2,5-3	6,2		8,1	7,3	7,3		7,5
<b>Cocaïne</b>	100-150	120-170	90	50	30-85	20-120	20-110	30-100	30-100
<b>Héroïne (brune)</b>	65-150	90-150	74,4	50	40	82	80	50-90	50-90
<b>STA</b>		25-30	?	25	p.d.	p.d.	p.d.	5	5
<b>Ecstasy</b>		9-13	10,7	7	10	10	10	5	5
<b>LSD</b>	11-13	1-13	p.d.	p.d.	p.d.	10	10	p.d.	p.d.

Source: Police Judiciaire – Section Stupéfiants 2008



# BIBLIOGRAPHIE

## Liste alphabétique des 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.

AST - Point Focal O.E.D.T Luxembourg - Direction de la Santé (2000), *Récapitulatif des lois, des règlements grand-ducaux et des conventions des Nations Unies réglementant la détention, l'usage, la production et le commerce de certaines substances et préparations psychotropes, stupéfiants et toxiques et de certaines substances utilisées pour la fabrication illicite de stupéfiants et de substances psychotropes*, PFN, Luxembourg.

Berg Ch., et al. (2004), *Problematisches Verhalten Jugendlicher in der Stadt; Kritische Reflexion über multimodale Hilfestellungen für Gefährdete; Schlussbericht des Projektes "Streetwork-Jugendliche im städtischen Raum"*, Cesije. Luxembourg.

Centre d'Etudes de Populations, de Pauvreté et de Politiques Socio-Economiques (2007), *L'exclusion liée au logement des personnes prises en charge par les centres de jour, les foyers de nuit, les centres d'accueil et les logements encadrés*. Luxembourg.

Centre d'Etudes de Populations, de Pauvreté et de Politiques Socio-Economiques (1996), *Atlas des communes - La population du Luxembourg*, ISBN 2-87987-121-2. CEPS/ INSTEAD, Luxembourg.

Centre de Prévention des Toxicomanies (2008), *Bilan d'activités 2007*. CePT, Luxembourg.

CNDS / TOXIN (2008), *Rapport d'activités 2007*, CNDS, Luxembourg.

Comité de surveillance du Sida, (2008), *Rapport d'activités 2007*, Luxembourg.

Dellucci, H. et al. (2003), *L'évolution des participants au programme de substitution 2000-2001 – Etude d'évaluation*, Fondation Jugend- an Drogenhëllef, Luxembourg.

Dellucci, H. (2006). *Etude descriptive sur les connaissances actuelles et les besoins en matière de prévention du Sida dans la communauté lusophone au Luxembourg*, 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.

European Commission (2001), *Public opinion regarding security and victimisation in the E.U. Contact with drug related problems*, Eurobarometer surveys n° 44.3 and 54.1, Brussels.

EDDRA. *Système d'information sur les échanges en matière d'activités de réduction de la demande*, <http://eddra.emcdda.eu.int/>

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2006), *Annual report on the state of the drugs problem in the European Union 2005*, Office for official publications of the European Communities, Luxembourg.





- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2007). *Annual report on the state of the drugs problem in the European Union 2006*, Office for official publications of the European Communities, Luxembourg.
- Fischer, U., Krieger, W. (1998), *Suchtprävention an der Gemeng - Entwicklung, Durchführung und Evaluation eines Modells zur gemeindeorientierten Suchtprävention*. CePT, Luxembourg.
- Fischer, U. (2000), *Cannabis - Eine Analyse der aktuellen Situation*. CePT, Luxembourg.
- Fischer, U. (2002), *Beschreibung und Evaluation der Kampagne 2001 "Keen Alkohol ënner 16 Joer, mir halen eis drun!"*, CePT, Luxembourg.
- Fonds de Lutte contre le Trafic des Stupéfiants (2008), *Rapport d'activités 2007*, Ministère des Finances, Luxembourg.
- Goerens, R. (1998), *Alcohol and Drugs at the workplace - Attitudes, policies and programmes in Luxembourg*, Ministry of Health, Luxembourg.
- Groupe de Mondorf (2001), *Classeur d'information, NFP - CRP Santé*, Luxembourg.
- Hartnoll R. (1994), *Drug treatment systems and first treatment demand indicator - Definitive protocol, Pampidou Group*, Council of Europe, Strasbourg.
- ICAA (2001), *Encyclopaedia on substance abuse*, LH Publishing 2000.
- Jugend an Drogenhëllef (1993), *Zweiter Bericht zur Evaluation des Methadonprogramms*, JDH, Luxembourg.
- Jugend an Drogenhëllef (2008), *Jahresbericht 2007*. JDH, Luxembourg.
- Lejealle B. (1996), Niveau de formation de la population résidante en 1994. *Recueil des Etudes Sociales (PSELL n° 100)*, CEPS/INSTEAD, Luxembourg.
- Matheis J. et al. (1995), *Schüler an Drogen*. IEES, Luxembourg.
- Meisch, P. (1998), *Les drogues de type ecstasy au Grand-Duché de Luxembourg*, CePT, Luxembourg.
- Ministère de l'Education nationale et de la Formation professionnelle (2006), *Le décrochage scolaire au Luxembourg*. Ministère de l'Education nationale et de la Formation professionnelle Luxembourg.
- Ministère de la Famille, de la Solidarité Sociale et de la Jeunesse (2001), *Plan d'Inclusion social - Rapport 2001 - 2003*, Ministère de la Famille, de la Solidarité Sociale et de la Jeunesse. Luxembourg.
- Ministère des Finances (2005), *Projet de loi concernant le budget des recettes et des dépenses de l'Etat*. Ministère des Finances, Luxembourg.
- Ministère des Finances (2006), *Projet de loi concernant le budget des recettes et des dépenses de l'Etat*. Ministère des Finances, Luxembourg.
- Ministère des Finances (2007), *Projet de loi concernant le budget des recettes et des dépenses de l'Etat*. Ministère des Finances, 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 (2007), *Rapport d'activités 2006*, Ministère de la Santé, Luxembourg.
- Ministère de la Santé (2008), *Rapport d'activités 2007*, Ministère de la Santé, Luxembourg.

Ministère de la Santé (2002), *Das Wohlbefinden der Jugend – HBSC Studie*, Direction de la Santé, Luxembourg.

Ministère de la Santé (2005), *Stratégie et plan d'action 2006 – 2010 en matière de lutte contre le HIV/SIDA*, Ministère de la Santé, Luxembourg.

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.

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- Ministère de la Santé, Luxembourg.

Origer, A. (1996), *Procedures to avoid double counting in drug treatment reporting systems*, AST - Point Focal O.E.D.T Luxembourg - Ministère de la Santé, Luxembourg.

Origer, A. (1997), *Etude comparative des cas de décès par overdose au Grand-Duché de Luxembourg 1993/1994 et 1995/1996*, in rapport du Réseau National d'Information sur les Drogues et les Toxicomanies. AST - Point Focal OEDT - 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 1997. Ministry of Health, NFP, Luxembourg.

Origer, A. (1998), *Local drug prevalence estimate for Luxembourg-City*, in Annual report on the state of the drugs problem in the European Union. EMCDDA, Lisbon.

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*, Point Focal OEDT Luxembourg - Ministère de la Santé, Luxembourg.

Origer, A. (2001), *Estimation de la prévalence nationale de l'usage problématique de drogues à risque élevé et d'acquisition illicite - Etude comparative multi-méthodes 1997 – 2000, Séries de recherche n°2*, Point focal OEDT Luxembourg - CRP-Santé, Luxembourg.

Origer, A., Pauly R. (2000), *Mortality rate in problem drug users*, Direction de la Santé, NFP, Luxembourg.

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

Origer, A., Cloos, J.-M. Dr. (2003), *Study on socio-economic costs of drug addiction and the fight against drugs. Séries de recherche n°4*. EMCDDA Focal point - CRP-Santé, Luxembourg.

Origer, A., Removille, N. (2007), *Prévalence et propagation des hépatites virales A,B,C et du HIV au sein de la population d'usagers problématiques de drogues d'acquisition illicite. Dépistage, vaccination HAV et HBV, orientation et réduction des risques et dommages »*. Point focal OEDT Luxembourg-CRP Santé, Luxembourg.

Origer, A. (2008), *Rapport sur l'opportunité et la faisabilité d'un projet de distribution de stupéfiants sous contrôle médical au Grand-Duché de Luxembourg – Concept cadre*, Ministry of Health, Luxembourg

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 (2007), *Annuaire Statistique du Luxembourg 2006*, 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.

Trépos, J.-Y. (2007), *Evaluation du projet global de prise en charge des personnes toxicodépendantes en milieu pénitentiaire au Grand-Duché de Luxembourg*, Université Paul-Verlaine, Metz.



## Liste alphabétique des liens Internet

<http://www.ceps.lu/>

<http://www.cept.lu/>

<http://www.crp-sante.lu/>

<http://www.ecbap.net/>

<http://eddra.eu.int/>

<http://eldd.emcdda.eu.int/>

<http://www.emcdda.eu.int/>

<http://www.etat.lu/>

<http://www.etat.lu/MS/>

<http://www.gouvernement.lu/>

<http://www.ilres.com/>

<http://www.jdh.lu/>

<http://www.legilux.public.lu/>

<http://www.msr.lu>

<http://www.police.public.lu/PoliceGrandDucale>

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

<http://www.statec.lu/>

<http://www.unodc.org/>

<http://www.who.int/>

# ANNEXES

- A. Liste des figures, tableaux et cartes
- B. Classification sommaire des substances psychoactives retenues au niveau du protocole RELIS 2007
- C. Définitions (CIM-10, DSM IV) de l'abus, l'usage nocif et de la dépendance
- D. Participation des organismes nationaux à des projets de recherche européens ou nationaux dans les domaines des drogues illicites et de la toxicomanie
- E. Organigramme des acteurs nationaux impliqués dans la lutte contre la toxicomanie

## ANNEXE A

### Liste des figures, tableaux et carte

<b>Fig. 1.1</b>	Budget annuel du Ministère de la Santé alloué à des activités liées aux drogues 2000 – 2007	p.37
<b>Fig. 1.2</b>	Progression annuelle du budget du Ministère de la Santé et les ressources humaines allouées aux activités liées aux drogues 2004 - 2008	p.37
<b>Fig. 2.1</b>	Prévalence vie de l'usage de drogues illicites selon l'âge (% valides) (Fischer 1999)	p.45
<b>Fig. 2.2</b>	Prévalence vie/ actuelle de l'usage de cannabis selon l'âge: Echantillon cinéma (%valides) (Fischer 2000)	p.47
<b>Fig. 2.3</b>	Prévalence vie/actuelle de l'usage de cannabis selon l'âge: Echantillon communes (%valides) (Fischer 2000)	p.48
<b>Fig. 2.4</b>	Prévalence vie : Population scolaire - 12 à 20 ans	p.50
<b>Fig. 2.5</b>	Prévalence vie : Population scolaire - 16 à 20 ans	p.50
<b>Fig. 2.6</b>	Prévalence vie : Population scolaire - 13 à 14 ans	p.50
<b>Fig. 2.7</b>	Prévalence vie : Population scolaire - 15 à 16 ans	p.51
<b>Fig. 2.8</b>	Prévalence derniers 12 mois : Population scolaire - 12 à 20 ans (HBSC 2000)	p.51
<b>Fig. 2.9</b>	Prévalence derniers 30 jours : Population scolaire - 13 à 20 ans (Fischer 2000)	p.51
<b>Fig. 4.1.</b>	Prévalence de l'usage problématique de drogues à risque élevé (HRC) (1997 – 2000)	p.64
<b>Fig. 4.2</b>	Prévalence (usage problématique de drogues à haut risque) et évolution d'indicateurs indirects	p.66
<b>Fig. 6.1</b>	Mortalité associée à l'usage illicite de drogues (directe-indirecte-mortalité totale) de 1990 à 2007	p.82
<b>Fig. 6.2</b>	Taux de mortalité associée à l'usage illicite de drogues (directe-indirecte-mortalité totale) par 100.000 habitants âgés entre 15 et 64 de 1990 à 2007	p.83
<b>Fig. 6.3</b>	Distribution selon le sexe des victimes de surdosages mortels (1992-2007) (%)	p.85
<b>Fig. 6.4</b>	Proportion (%) d'UIDs parmi nouveaux cas d'HIV (1985-2007)	p.87
<b>Fig. 6.5</b>	Contacts avec des service(s) d'aide psychiatrique 1998- 2007	p.92
<b>Fig. 6.6</b>	Raisons de la prise en charge psychiatrique 1996-2007	p.93
<b>Fig. 6.7</b>	Détection de cannabis - Accidents de la route (1995-2007)	p.94
<b>Fig. 7.1</b>	Surdosés non fatales, médicalement assistées rapportées par les répondants RELIS (1994-2007) (% valides)	p.101
<b>Fig. 8.1</b>	Dernier lieu de résidence connu 1995 – 2007	p.105
<b>Fig. 8.2</b>	Taux d'inoccupation professionnelle (1995 - 2007)	p.106
<b>Fig. 8.3</b>	Distribution selon le revenu primaire (1995 - 2007)	p.107
<b>Fig. 8.4</b>	Niveau scolaire des répondants RELIS (2007)	p.108
<b>Fig. 9.1</b>	Admissions et admissions pour infraction à la législation "STUP" 1989-2007	p.115



<b>Fig. 10.1</b>	Quantités saisies: cannabis, héroïne, cocaïne et type ecstasy (1988 - 2007)	p.124
<b>Fig. 10.2</b>	Nombre de saisies: Cannabis, Héroïne, Cocaïne, MDMA (1988 - 2007)	p.124
<b>Fig. 10.3</b>	Nombre de prévenus impliqués dans des affaires de saisies selon le type d'infraction (1988-2006)	p.125
<hr/>		
<b>Tab. 1.1</b>	Estimation nationale des dépenses publiques directement attribuables à la lutte anti-drogue (EN)	p.31
<b>Tab. 1.2</b>	Estimation nationale des dépenses publiques indirectes en matière de lutte anti-drogue (EN)	p.33
<b>Tab. 1.3</b>	Dépenses publiques en fonction de la classification COFOG, premier niveau (2007)	p.36
<b>Tab. 1.4</b>	Dépenses publiques en fonction de la classification COFOG, deuxième niveau (2007)	p.36
<b>Tab. 1.5</b>	Principales raisons pour essayer, arrêter la drogue et les conséquences (2002/2004)	p.41
<b>Tab. 1.6</b>	Perception du danger des produits psychoactifs listés (2002/2004)	p.41
<b>Tab. 1.7</b>	Moyens les plus efficaces en matière de gestion des problèmes de drogue (2002-2004)	p.42
<b>Tab. 2.1</b>	Prévalence vie et prévalence au cours des 30 derniers jours de l'usage de drogues d'acquisition illicite chez des jeunes adultes âgés entre 15 et 35 ans (Fischer 1999)	p.46
<b>Tab. 2.2</b>	Résultats comparatifs des études sérielles HBSC 2002 et HBSC 2005/ 2006	p.49
<b>Tab. 4.1</b>	Prévalence et taux de prévalence moyens selon différents groupes cibles (1997 – 2000)	p.64
<b>Tab. 5.1</b>	Contacts institutionnels de la population toxicomaniaque (Comptages multiples inter-institutionnel inclus)	p.74
<b>Tab. 5.2</b>	Traitements de la toxicomanie à l'étranger rapportés par l'UCM (1996-2007)	p.77
<b>Tab. 5.3</b>	Prescription ambulatoire de substances de substitution par le réseau national de médecins agréés 1999 – 2007	p.80
<b>Tab. 6.1.</b>	Distribution selon l'âge des victimes de surdosages mortels (1992 à 2007)	p.86
<b>Tab. 6.2.</b>	Prevalence of hepatitis B surface antigens (HBsAg), antibodies to hepatitis B core antigen (anti-HBc), hepatitis C virus (anti-HCV), and HIV (anti-HIV 1 and 2) in PDUs and ever-injectors according to national recruitment settings	p.88
<b>Tab. 6.3</b>	Sommaire des études nationales de prévalence d'HIV au sein des populations d'usagers de drogues	p.90
<b>Tab. 6.4</b>	Sommaire des études nationales de prévalence du sida au sein des populations d'usagers de drogues	p.90
<b>Tab. 6.5</b>	Sommaire des études nationales de prévalence d'HBV au sein des populations d'usagers de drogues	p.91
<b>Tab. 6.6</b>	Sommaire des études nationales de prévalence d'HCV au sein des populations d'usagers de drogues	p.91
<b>Tab. 7.1</b>	Programme national d'échange de seringues 1996-2007	p.98
<b>Tab. 8.1</b>	Arrestations par type d'institution (1995-2007)	p.109
<b>Tab. 8.2</b>	Arrestations: type de délit, croisé par la substance impliquée (1995-2007)	p.109
<b>Tab. 8.3</b>	Nombre d'interventions répressives (1995-2007)	p.110
<b>Tab. 8.4</b>	Données socio-démographiques des prévenus (1986-2007)	p.111
<b>Tab. 8.5</b>	Répartition selon les statuts de premier auteur et de mineur d'âge (1992-2007)	p.111
<b>Tab. 8.6</b>	Répartition selon le statut de premier auteur (consommateur et consommateur/ revendeur) et substance impliquée ad minima (1992-2007)	p.111
<b>Tab. 10.1</b>	Perception de la facilité de se procurer des drogues au G.-d. de Luxembourg (2002/2004)	p.121
<b>Tab. 10.2</b>	Evolution des prix de vente au détail (1994-2007)	p.125
<b>Tab. 10.3</b>	Degrés de pureté des produits illicites sur le marché national (1994-2007)	p.126
<hr/>		
<b>Carte 5.1</b>	Couverture géographique de structures spécialisées dans la prise en charge de la toxicomanie au Grand-duché de Luxembourg (statut 2007)	p.72

### I) Substances psychoactives d'acquisition illégale

#### 1. *STIMULANTS DU SYSTÈME 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. HALLUCINOGENÈS

- **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 LÉGALE

### 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

### 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 DSM IV (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 D

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

INSTITUTION	PROGRAMME	DATE	DESCRIPTION	SOURCE DE FINANCEMENT
Point Focal O.E.D.T Luxembourg 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 drogues 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
<b>Programme de travail- Epidémiologie O.E.D.T</b>	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 E.U.	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 <i>Drugs in focus</i> , a series of policy briefings	OEDT
<b>Consultations</b>	1999-2000	Etude comparative des réglementations nationales relatives aux remboursements des soins de santé dans la prise en charge des toxicomanes	pas applicable
<b>Auteur : Laboratoire de Recherche CRISIS-ITRS</b>			
<b>CePT</b>	1995 -...	Etude et évaluation d'un concept de prévention dans les communes	Commission européenne - DG V
<b>CePT/ZePF/PFN</b>	1996-98	Etude exploratoire sur la prévalence de la consommation d'MDMA (XTC) parmi une population de jeunes	Fonds de lutte contre le trafic des stupéfiants
	1999-2000	Etude exploratoire sur la consommation et les attitudes en matière du cannabis et de ses dérivés	CePT, PFN
	2002	Civic engagement in drug addiction prevention	CePT, Commission européenne



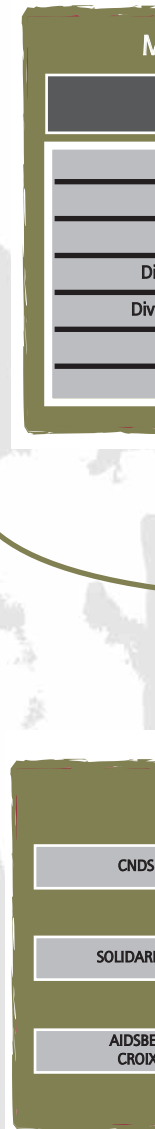
		2004	Manuel MOQUAVO: Motivation and qualification of volunteers in drug addiction prevention	CePT, Commission européenne
<b>Laboratoire National de Santé</b>		1981	Contribution à la recherche de drogues toxicomanogènes dans les milieux biologiques	
		1989	Analyses de différents produits en vue de la comparaison de résultats avec d'autres laboratoires européens	Commission européenne - DG V
		1990	The Drugs of Abuse/Scene 90	
		1995	Analyse des causes médicales de la mort des victimes par overdose au Grand-duché de Luxembourg de 1984 - 1995	Ressources ad-hoc
<b>JDH et Action Sociale pour Jeunes a.s.b.l.</b>	Horizon	1993-94	Formation - réinsertion prof. et sociale de populations défavorisées (Toxicomanes)	C.E. + 40% Fonds Social Européen
	REITOX - O.E.D.T	1993- ...	Participation de la mise en place d'un réseau d'information et de recherche sur la toxicomanie	O.E.D.T Ministère de la Santé Luxembourg
<b>CTM</b>	Horizon	1993 -94	Formation - réinsertion professionnelle et sociale de populations défavorisées ( Toxicomanes)	CE - + 40% Fonds Social Européen
	REITOX - O.E.D.T	1993-...	Participation de la mise en place d'un réseau d'information et de recherche sur la toxicomanie	O.E.D.T Ministère de la Santé Luxembourg
		1990	Projet pilote sur la toxicomanie au sein des établissements pénitentiaires 1) Information des détenus 2) Formation du personnel 3) Etude des connaissances 4) Etude en double aveugle concernant le sevrage 5) Analyse statistique	CE - DG V
<b>Ministère de la Santé</b>				
Service d'Action Socio-Thérapeutique	Europe contre la Toxicomanie	1992	Organisation de la semaine de prévention	CE - DG V Ministère de la Santé
Direction de la Santé	Europe contre la Toxicomanie	1994	Organisation de la semaine de prévention	CE - DG V Ministère de la Santé

Division de la Santé au travail		1998	Alcohol and drug use at the workplace	Ministère de la Santé
<b>I.E.E.S</b>		1985 1992	Etude longitudinale de la consommation de stupéfiants en milieu scolaire	Ministère de l'Education Nationale
<b>Fonds de lutte contre le trafic des stupéfiants</b>	Groupe d'Aide Financière G.A.F.I VI...	1994 - ...	Evaluation de l'efficacité des dispositifs de lutte contre la drogue	Fonds de lutte contre le trafic des stupéfiants
<b>Croix Rouge – Aidsberödning</b>	Careful Communication	1995-...	Analyse du processus de communication entre les médecins, personnel de soins et leurs patients (séropositifs, toxicomanes). Publication d'un manuel de formation	CE – DG V
<b>Centre de Recherche Public - (CRP-Santé)</b>		(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	
<b>Gendarmerie Grand-Ducale</b>		1991	Etude criminologique des cas de victimes d'overdose	Ressources ad hoc
<b>CEPS/ INSTEAD</b>		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
<b>Administration pénitentiaire</b>		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
<b>Institut grand-ducal de Luxembourg</b>		1976	Recherches sur la série de molécules analogues au principe actif du haschisch	
<b>STATEC</b>	Projet européen : étude de faisabilité de la mesure des activités illégales	2006	Les activités illégales liées à la drogue : estimation de leur impact économique au Luxembourg	



## ANNEXE E

1. Union européenne
2. Conseil de l'Union européenne
3. Conseil de l'Europe
4. Comité de Contact sur le blanchiment des capitaux
5. Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT)
6. ONU (CDS, UNODC, etc)
7. OMS
8. EUROPOL (UDE)
9. GAFI
10. GROUPE DE DUBLIN
11. Cadre SCHENGEN
12. BENELUX
13. GROUPE DE MONDORF Sarre/Rhénanie-Palatinat/Lorraine/ Communauté germanophone de Belgique/ Grand-Duché de Luxembourg



-----  
COOPÉRATION INTERNATIONALE

**GROUPE INTERMINISTÉRIEL "TOXICOMANIE"**

**MINISTÈRE DE LA SANTÉ**

**DIRECTION DE LA SANTÉ**

(7 DIVISIONS / 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 PREVENTION DES TOXICOMANIES
- ▶ INSTITUT DE FORMATION POUR EDUCATEURS / MONITEURS

**CENTRE DE RECHERCHE PUBLIC - SANTE**

DÉPARTEMENT DE SANTÉ PUBLIQUE

POINT FOCAL OEDT LUXEMBOURG

(...)

**Services conventionnés participant au réseau RELIS**

- TOXIN

3 centres JDH

TE-JEUNES

Prg.  
METHADONE

KONTAKT 27

ERODUNG  
-ROUGE

**Services non-conventionnés participant au réseau RELIS**

Centre Hospitalier du Luxembourg (CHL)

Centres pénitentiaires de Schrassig/Givenich

Centre hospitalier Neuropsychiatrique (CHNP)

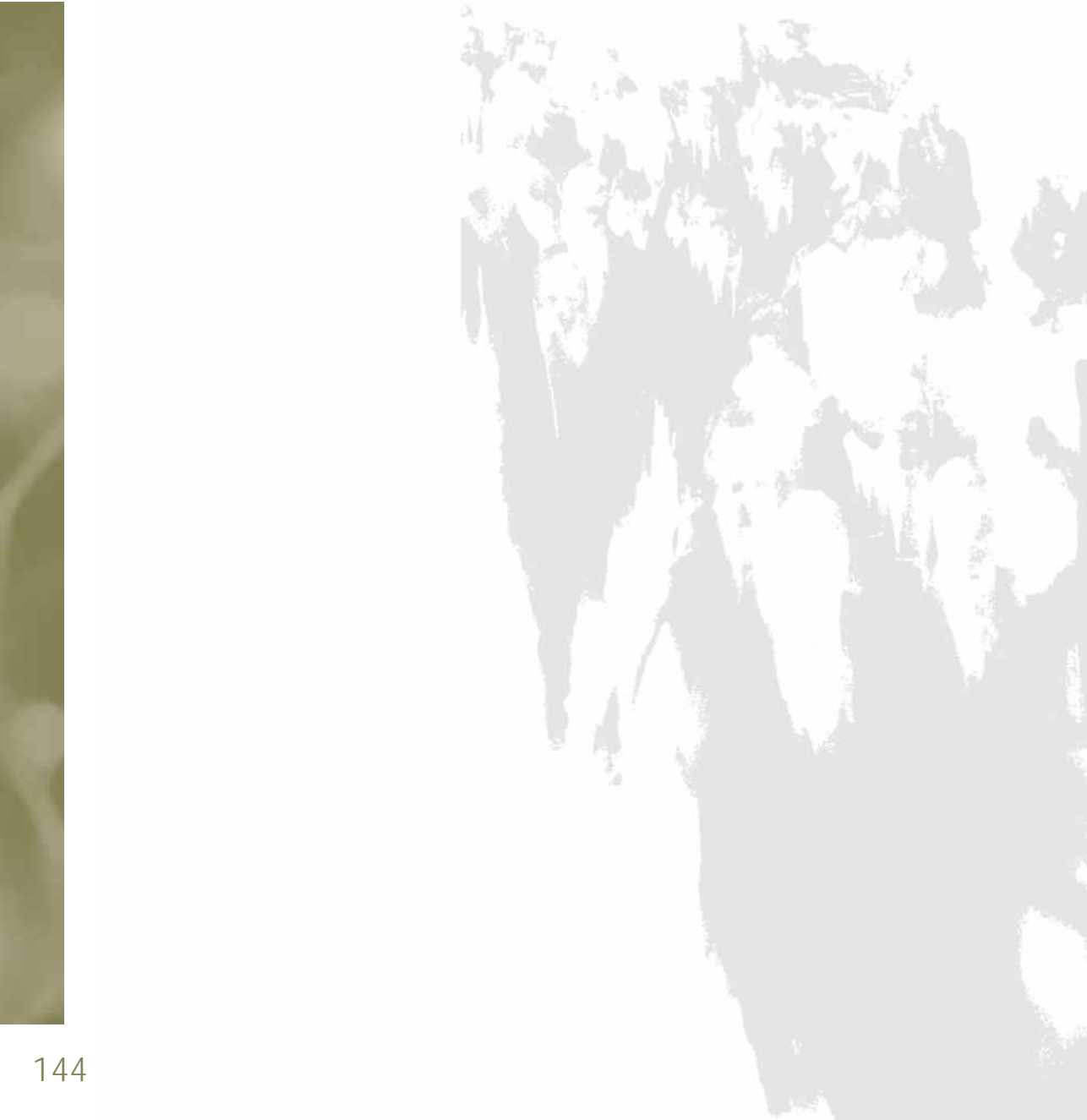
Centre Thérapeutique de Manternach (CHNP)

POLICE JUDICIAIRE  
Section des stupéfiants

Centre Emmanuel

**COOPÉRATION NATIONALE**







**CRP-Santé /CES/ Point focal OEDT  
Luxembourg**

1A-B, rue Thomas Edison  
L-1445 STRASSEN  
LUXEMBOURG

Tél : (352) 26 97 07 - 39 / 49

Fax : (352) 26 97 07 19

[alain.origer@ms.etat.lu](mailto:alain.origer@ms.etat.lu)

[sofia.lopes@crp-sante.lu](mailto:sofia.lopes@crp-sante.lu)

[celine.diederich@crp-sante.healthnet.lu](mailto:celine.diederich@crp-sante.healthnet.lu)

