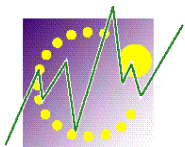


Réseau ***national***  
**d'information**  
sur les stupéfiants  
et les toxicomanies

(R.E.L.I.S)



rapport  
(2000)

## Auteur :

### **Alain ORIGER**

Licencié en sciences psychologiques  
et pédagogiques  
Direction de la Santé  
Service AST  
Point focal OEDT

## Collaborateurs : (par ordre alphabétique)

- ▶ **Andrée CLEMANG**  
Conseiller de Direction adjoint  
Ministère de la Justice
- ▶ **Hélène DELLUCCI**  
PREEDS asbl
- ▶ **Henri GRÜN**  
Fondation Jugend- an Drogenhëllef
- ▶ **Dr Robert HEMMER**  
**Isabelle ROBERT**  
Centre Hospitalier de Luxembourg
- ▶ **Dr Robert KASEL**  
**Robert HOTTUA**  
Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique  
- BU-V
- ▶ **Robert KIRSCH**  
**Georges NEU**  
POLICE GRAND-DUCALE  
Service de Police Judiciaire - Section  
Stupéfiants
- ▶ **Alain MASSEN**  
Solidarité - Jeunes (MSF)
- ▶ **Thérèse MICHAELIS**  
Centre de Prévention des Toxicomanies  
(CePT)
- ▶ **Romain PAULY**  
Centre Thérapeutique pour Toxicomanes  
"Syrdallschlass"
- ▶ **Sylvie PETRY**  
**Dr Joseph Schlink**  
CPL
- ▶ **Tom SCHLECHTER**  
Comité National de Défense Sociale - CNDS  
a.s.b.l
- ▶ **Dr Roger SCHNEIDER**  
**Prof. Dr Robert WENNIG**  
Laboratoire National de Santé

## Responsable informatique :

- ▶ **Daniel SCHROEDER**  
Ingénieur de développement

## Avant - propos

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

L'édition 2000 comprend quatre parties, centrées sur les différents aspects sub-mentionnés et développées sommairement ci-après :

La première partie situe la prévalence du phénomène des drogues, esquisse le cadre légal en matière de stupéfiants au niveau national et présente les nouvelles orientations politiques et actions entreprises en 1999.

Une deuxième partie traite des actions menées au niveau de la réduction de la demande et des risques associés à l'abus de drogues et présente le sommaire des travaux de recherche récents.

La troisième partie inclut la présentation du Point Focal Luxembourgeois de l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT) ainsi que la description du dispositif RELIS dans sa forme actuelle. Précédée d'une brève description méthodologique, cette partie reprend ensuite l'intégralité des résultats fournis par la base de données RELIS 99 en comparaison aux données des années 1994 à 1998.

La quatrième et dernière partie fournit les données statistiques officielles relatives à la production, au trafic et à l'usage illicites de stupéfiants et de substances psychotropes de 1984 à 1999 ainsi que les données relatives à la population de toxicomanes en milieu carcéral de 1989 à 1999.

# Sommaire

## Avant-propos Sommaire

### Partie I : TENDANCES ET ACTIONS POLITIQUES

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

- I.1.1 Aperçu historique de la consommation de drogues illicites au niveau national
- I.1.2 Sources d'approvisionnement et trafic de stupéfiants
- I.1.3 Estimation de prévalence de la toxicomanie au Grand-Duché de Luxembourg

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

- I.2.1 Acteurs clefs - rôles et relations
- I.2.2 Aperçu historique des acquis légaux et structuraux
- I.2.3 Nouvelles orientations politiques - priorités actuelles
- I.2.4 Budgets et mécanismes de financement
- I.2.5 Coopération internationale

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

- I.3.1 La législation nationale et les peines applicables
  - I.3.1.1 *Législation de base et procédures d'amendement*
  - I.3.1.2 *Relevé général de la législation en matière de médicaments et de substances toxiques de 1967 à 1999*
  - I.3.1.3 *Etude de cas : Dispositions juridiques en matière de conduite automobile sous l'influence de drogues illicites et substances psychoactives au Grand-Duché de Luxembourg*
- I.3.2 Les conventions internationales

## **Partie II : RÉDUCTION DE LA DEMANDE ET ACTIVITÉS DE RECHERCHE**

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

- II.1.1 Actions préventives
- II.1.2 Dispositif d'accueil téléphonique
- II.1.3 Programmes communautaires
- II.1.4 Réduction des risques
- II.1.5 Programme de substitution
- II.1.6 Services résidentiels de désintoxication
- II.1.7 Services extrahospitaliers
- II.1.8 Suivis en postcure
- II.1.9 Demandes de traitement à l'étranger
- II.1.10 Traitement en milieu carcéral
- II.1.11 Groupes d'entraide
- II.1.12 Minorités ethniques
- II.1.13 Événements et programmes spéciaux en 1999
- II.1.14 Sommaire des publications en 1999

### **Chapitre II.2 Travaux de recherche récents - sommaire**

- II.2.1 Etude épidémiologique et méthodologique des cas de décès liés à l'usage de drogues (1991-1998), PFN
- II.2.2 Etude de prévalence de la population toxicomane au G.-D. de Luxembourg, PFN
- II.2.3 Etude du coût économique de la drogue et de la toxicomanie à l'échelle nationale, PFN
- II.2.4 Etude "rapid assessment" du CePT auprès des intervenants professionnels et en population générale concernant les représentations et attitudes en matière de consommation de cannabis au Luxembourg, CePT, en collaboration avec le PFN
- II.2.5 Etude épidémiologique des infections à HIV et à l'hépatite virale C dans les prisons luxembourgeoises, CPL, CPG

## **Partie III : RÉSEAU NATIONAL D'INFORMATION ET DE MONITORING ÉPIDÉMIOLOGIQUE**

### **Chapitre III.1 L'OEDT et les points focaux nationaux**

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

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

#### **Programme de travail annuel**

- III.1.3.1 REITOX – Réseau Européen d'Information sur les Toxicomanies
- III.1.3.2 Indicateurs épidémiologiques en 1999
- III.1.3.3 EDDRA – système d'information sur les échanges en matière d'activités de réduction de la demande
- III.1.3.4 Système d'Alerte Précoce sur les nouvelles drogues synthétiques

#### **Projets connexes**

- III.1.3.5 EIB - Banque de données européenne sur les instruments d'évaluation
- III.1.3.6 ISTRA – Système d'information sur les activités de formation
- III.1.3.7 QED – Système d'information européen en matière de recherche qualitative
- III.1.3.8 Base de données européenne sur la législation en matière de drogues
- III.1.3.9 Base de données européenne en matière d'épidémiologie
- III.1.3.10 Centre de Documentation sur les Drogues et les Toxicomanies de l'OEDT

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

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

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

- III.2.1 Limites méthodologiques
- III.2.2 Base méthodologique
- III.2.3 Description de la population toxicomane répertoriée par RELIS en 1999
- III.2.4 Traitement et représentativité des données
- III.2.4.1 Description de la base F/D 99
- III.2.4.2 Taux et couverture de réponses

### III.2.5 Résultats et analyse

#### *Présentation des résultats*

- III.2.5.a. Données selon les fréquences de recours et/ou de contacts issues de la base RELIS 99
- III.2.5.b. Résultats de l'analyse détaillée des données fournies par la base RELIS 99

## **Partie IV : DONNÉES STATISTIQUES OFFICIELLES DE 1984 À 1999**

- A. Données statistiques relatives à la production, au trafic et à l'usage illicites de drogues de 1984 à 1999
- B. Données statistiques relatives à la population de toxicomanes en milieu carcéral de 1989 à 1999

## **References bibliographiques**

### **Annexe**

- A. Classification sommaire des substances psychoactives retenues au niveau du protocole RELIS F/D 99
- B. Sommaire des substances et préparations psychotropes, stupéfiantes et toxiques et précurseurs placées sous contrôle national par règlements Grand-Ducaux entre 1995 et 1999
- C. Définitions (CIM-10, DSMIV) de l'abus, l'usage nocif et de la dépendance
- D. Points focaux nationaux du Réseau Européen des Drogues et des Toxicomanies - REITOX
- E. Participation des organismes nationaux à des projets de recherche européens ou nationaux dans les domaines des drogues illicites et de la toxicomanie
- F. Organigramme des acteurs nationaux impliqués dans la lutte contre la toxicomanie

## Glossaire

<b>AST</b>	Service d'Action Socio-Thérapeutique
<b>CNDS</b>	Comité National de Défense Sociale
<b>CePT</b>	Centre de Prévention des Toxicomanies
<b>CPOS</b>	Centre de Psychologie et d'Orientation Scolaire
<b>CRP-HT</b>	Centre de Recherche Public - Henri Tudor
<b>CTM</b>	Centre Thérapeutique de Manternach
<b>CHNP</b>	Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique
<b>CPG</b>	Centre Pénitentiaire de Givenich
<b>CPL</b>	Centre Pénitentiaire de Luxembourg
<b>GHD</b>	Groupe Horizontal " Drogue "
<b>EMCDDA/OEDT</b>	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
<b>EMA</b>	Agence Européenne pour l'Évaluation des Médicaments
<b>EUROPOL</b>	Office Européen de Police
<b>JDH</b>	Fondation Jugend- an Drogenhëllef
<b>MSF</b>	Médecins Sans Frontières
<b>OEDT/EMCDDA</b>	Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies
<b>OGD</b>	Observatoire Géopolitique des Drogues
<b>PFN</b>	Point Focal National de l'OEDT
<b>PNUCID</b>	Programme des Nations Unis pour le Contrôle des Drogues
<b>RELIS</b>	Réseau Luxembourgeois d'Information sur les Stupéfiants
<b>SEPT</b>	Semaine Européenne de Prévention des Toxicomanies
<b>SNJ</b>	Service National de la Jeunesse
<b>SPJ</b>	Service des Stupéfiants de la Police Judiciaire
<b>TRANSRELIS</b>	Réseau transfrontalier d'Information sur les Stupéfiants
<b>ZePF</b>	Zentrum für Empirische Pädagogische Forschung – Universität Landau



édition  
(2000)

## Partie I

### Tendances et Actions Politiques

## Chapitre I.1

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

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

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

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

### **De 1960 aux années 70**

On situe généralement le début du développement significatif de la consommation et de l'abus de drogues illicites au niveau national, au début des années 70. La consommation, qui portait alors essentiellement sur des substances telles que l'héroïne, la cocaïne ainsi que le cannabis et ses dérivés, témoigne d'une évolution graduelle au cours des années 70. Des données épidémiologiques fiables en matière de toxicomanies sont devenues disponibles à partir de 1975. Vers la fin des années 70, le marché national de la drogue a connu une offre accrue de produits à base de cocaïne.

### **De 1980 à la moitié des années 90**

Les années 80 ont été marquées par une diminution notable de la consommation de substances hallucinogènes (LSD avant tout), alors que l'usage de cocaïne, d'héroïne et de cannabis poursuit une évolution lente mais progressive. Le nombre de saisies et les quantités de substances confisquées ont augmenté au même titre.

Les "drogues à risques réduits" (LRC) tel que le cannabis étaient consommées de façon privilégiée par des mono-usagers jusqu'en 1988. Quant aux polytoxicomanes, on observait avant tout une consommation intraveineuse d'héroïne, accessoirement mélangée à d'autres substances telle que la cocaïne. A partir de 1988, un changement de tendance s'opère, se traduisant en premier lieu par la consommation accrue d'alkaloïdes, de médicaments et d'amphétamines, n'affectant cependant guère le décours de la consommation d'opiacés.

Au début des années 90, la consommation de LSD atteint son niveau le plus bas. Aucune reprise n'a été observée à ce jour. Vers la moitié des années 90, on retiendra une tendance soutenue à la hausse en matière d'amphétamines ainsi que les premières saisies enregistrées d'MDMA en 1994 (172 unités). Depuis lors, la consommation de substances de type ecstasy n'a cessé de croître, surtout dans le milieu des jeunes. Elle n'a cependant pas connu l'accroissement exponentiel que l'on prédisait au début des années 90.

A ce jour, aucune saisie de PCP ou de Crack n'a été rapportée par les instances nationales. Cependant, selon des sources officielles, ces mêmes substances apparaissent sporadiquement et en quantités minimales sur le marché national de la drogue.

### **De 1996 à aujourd'hui**

Lors de cette période récente, un accroissement de la prévalence d'héroïne et de cocaïne s'observe. A partir de 1998, le mode d'administration non-i.v. d'héroïne affiche une nette augmentation au détriment du mode i.v. L'usage des produits à base de cannabis et de drogues synthétiques ne cesse de se développer, même si les statistiques des quantités saisies sur

les dernières années laisseraient entendre le contraire. Plusieurs sources indiquent un accroissement sensible de la consommation de drogues de type hallucinogène tels que les champignons hallucinogènes (hausse du nombre de saisies), la noix muscade et herbes potagères diverses. Cette tendance devra cependant être confirmée à la lumière d'observations futures.

Les "screening" nationaux les plus récents (juin 2000) des saisies, des décès par overdose et des résultats d'analyses toxicologiques s'inscrivant dans le cadre du Système d'Alerte Précoce sur les nouvelles drogues synthétiques ont révélé que les substances de type "ecstasy" présentes sur le marché national contiennent avant tout les principes actifs suivants : MDMA (3,4-Méthylènedioxyméthamphétamine), MDEA (Méthylènedioxyéthamphétamine), amphétamine sulfate et caféine (cf. Partie IV).

L'âge moyen d'initiation aux drogues synthétiques a tendance à diminuer (12 – 13 ans). A souligner également l'absence au niveau national de certaines substances qui ont connu des taux de prévalence croissants dans d'autres Etats membres tels que notamment : le MBDM (N-méthyl-1-(1,3-benzodioxol-5-yl)-2-butanamine), le GHB (gamma-hydroxybutyrate), le 4-MTA (4-Méthylthioamphétamine) et la Ketamine (2-(2-chlorophenyl)-2-(méthylamino)-cyclohexanone). La consommation associée de champignons hallucinogènes affiche également une tendance à la hausse.

#### *1.1.2 Sources d'approvisionnement et trafic de stupéfiants*

Selon les données fournies par la SPJ et RELIS, plus de 90% des drogues illicites consommées au Grand-Duché de Luxembourg proviennent des Pays-Bas. Jusqu'au début des années 90, il s'agissait surtout de résidents du Grand-Duché, consommateurs eux-mêmes, s'approvisionnant aux Pays-Bas afin de couvrir leurs besoins personnels ou de fournir un nombre restreint d'autres consommateurs, soit par vente directe, soit par la distribution au sein d'un réseau restreint de revendeurs. Cependant, depuis l'ouverture des frontières, on assiste à l'expansion d'un réseau de distribution plus organisé. Le marché national attire de plus en plus de "professionnels de la drogue", en transit ou bien oeuvrant au déploiement d'un réseau de distribution à caractère purement commercial. Les forces de l'ordre mettent l'accent sur la difficulté croissante d'assurer un contrôle efficace du trafic de drogue au vu de l'abolition des contrôles aux frontières.

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

A signaler enfin qu'à ce jour, aucune unité de production (p. ex. laboratoires clandestins) n'a été découverte sur le territoire luxembourgeois. De même, les cultures locales de cannabis et de champignons hallucinogènes apparaissent insignifiantes tant quantitativement que qualitativement.

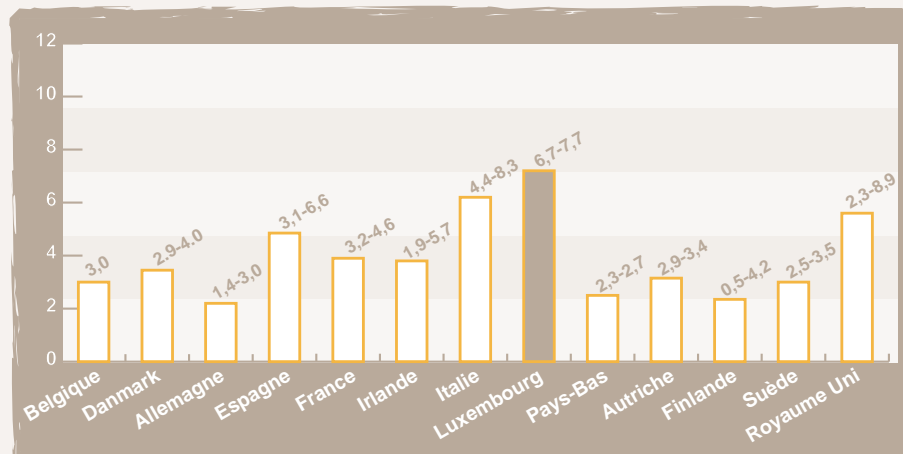
### II.1.3 Estimation de prévalence de la toxicomanie au G.-D. de Luxembourg

Le dispositif d'observation des drogues et des toxicomanies (RELIS) a permis de procéder à une évaluation du nombre d'usagers problématiques de drogues HRC (High Risk Consume - cf. annexe) au niveau national.

Se basant sur une méthodologie d'indicateurs multiples et disposant de données intersectorielles avec contrôle des double comptages, l'étude de prévalence menée en 1995 par le PFN, estimait la population de toxicomanes aux drogues HRC à environ 2000 personnes, ce qui à l'époque représentait 0,5% de la population générale, tous âges confondus, et 1,3% de la population âgée entre 15 et 40 ans. Ce taux de prévalence est considéré comme étant légèrement à la hausse, compte tenu du nombre de demandes de traitement et de contacts institutionnels enregistrés de 1996 à 1999. Cette tendance devra être suivie attentivement au cours des prochaines années. A cette fin, le PFN procède actuellement à la première étude de prévalence multi-indicateurs à l'échelle nationale, dont les résultats seront disponibles à la fin de l'année 2000. A souligner que les premiers résultats de l'étude, tous indicateurs confondus, indiquent une prévalence supérieure à 2000 unités.

La graphique II.1.3 présente les taux de prévalence d'usagers problématiques de drogues illicites au sein de l'Union européenne. Les estimations (sur 1.000 habitants âgés entre 15 et 64 ans) ont été établies sur une période de 12 mois entre 1996 et 1998 à l'exception de l'Autriche (1995) et la Suède (1992). Selon les pays un taux minimal et maximal est fourni par les résultats d'études indépendantes.

Graph. II.1.3: Taux de prévalence eu sein de l'UE



Source : OEDT, 1999

## Chapitre I.2

### Politique Nationale en Matière de Stupéfiants et de Substances Psychotropes

#### *1.2.1 Acteurs Clefs - Rôles et Relations*

La politique en matière de réduction de la demande s'est développée à partir d'initiatives gouvernementales pour se répercuter au niveau local. Les principaux ministères concernés par le problème de la drogue, et, en particulier, les ministères de la Santé, de la Justice, de l'Éducation Nationale et de la Formation Professionnelle, de la Famille et de la Jeunesse, de la Force Publique, se concertent au sein d'un plateau interministériel. Les différents ministères restent compétents pour la définition de leurs actions et de l'engagement des moyens budgétaires, alors que la coordination politique est du ressort du groupe interministériel " drogues " actuellement sous présidence du ministère de la Santé.

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

La création en 1995 du Centre de Prévention des Toxicomanies (CePT) ainsi que l'accroissement substantiel du budget alloué entre 1995 et 2000 à ce dernier, témoignent du souci du Gouvernement d'accorder une priorité au domaine de la prévention primaire. Le CePT collabore étroitement avec le Service AST, le Point Focal OEDT et la Division de la Médecine Préventive et Sociale tant au niveau logistique qu'en matière de recherche et d'actions préventives.

L'organigramme produit en annexe (F), 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.

Les principales structures gouvernementales impliquées dans la lutte contre la toxicomanie sont : le ministère de la Santé, le ministère de la Justice, le ministère de la Jeunesse et de l'Éducation Nationale et le ministère de la Famille. L'instance supérieure, chargée de la coordination de la politique nationale en matière de drogues, est constituée par le "Groupe Interministériel " Drogues "" au sein duquel on retrouve notamment des représentants du Parquet général, de la Direction de la Police, de la Gendarmerie Grand-Ducale, de la Direction des Douanes et Accises, du

ministère de la Justice, du ministère des Affaires Etrangères, du ministère de la Force Publique, du ministère de la Santé, de la Direction de la Santé, du ministère de la Famille, du ministère de l'Education Nationale, du Service National de la Jeunesse, du Centre de Prévention des Toxicomanies et de l'Institut de Formation pour Educateurs et Moniteurs.

La concertation entre les instances judiciaires et le ministère de la Santé s'effectue grâce au Service Multidisciplinaire de Lutte contre la Toxicomanie de la Division de la Médecine Préventive et Sociale de la Direction de la Santé.

Le deuxième niveau repris dans l'organigramme, regroupe principalement les organes de coordination. Il englobe les départements ministériels travaillant en étroite collaboration avec un certain nombre d'associations conventionnées. Y figurent principalement le Service d'Action Socio-Thérapeutique de la Direction de la Santé qui couvre les secteurs de la psychiatrie, de la toxicomanie et de l'handicap, et abrite par ailleurs le Point Focal OEDT. Ensuite, il faut citer la Fondation Centre de Prévention des Toxicomanies (CePT) qui est un établissement public de droit privé, l'a.s.b.l. Prévention, Recherches et Evaluations d'Etudes Européennes dans le Domaine de la Santé (P.R.E.E.D.S) et finalement le Centre de Recherche Public - Henri Tudor (C.R.P-HT). Le CePT, PREEDS et le CRP-HT, sont tous trois partenaires scientifiques et/ou administratifs du PFN.

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

### *1.2.2 Aperçu historique des acquis légaux et structureaux*

#### **Tableau récapitulatif sommaire de 1989 à 2000**

##### **1989**

- ▶ loi du 7 juillet 1989 portant modification à la loi modifiée du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie. (Introduction au code pénal de l'infraction du blanchiment de ressources ou de biens provenant du trafic de drogues)
- ▶ création d'un programme de substitution à la méthadone et d'un programme de distribution de seringues. Depuis 1995, la régionalisation progressive du programme de substitution, avec notamment l'inclusion d'un plus grand nombre de médecins généralistes et pharmaciens, se poursuit.

### 1990

- ▶ loi du 4 décembre 1990 portant approbation de la Convention des Nations Unies sur les substances psychotropes, faite à Vienne, le 21 février 1971.

### 1992

- ▶ suite à la première Semaine Européenne de Prévention des Toxicomanies en 1992, fut créée par initiative luxembourgeoise, une plate-forme de collaboration appelée le "Groupe de Mondorf". Le Groupe réunit les ministres de la Santé et/ou des Affaires Sociales des Länder de la Sarre et de la Rhénanie-Palatinat (Allemagne), du Grand-Duché de Luxembourg et depuis 1994, de la Communauté germanophone de Belgique ainsi que le Préfet délégué pour la Sécurité et la Défense pour le Département de la Moselle (France).

- ▶ institution du "Fonds de Lutte contre le Trafic des Stupéfiants", s'inspirant des recommandations de la Convention des Nations Unies de 1988. La mission légale du Fonds consiste en l'élaboration, la coordination et la mise en œuvre de moyens de lutte contre la toxicomanie ainsi que de tous les effets directs et indirects sur des pratiques financières illicites.

- ▶ loi du 17 mars 1992

- 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.
- modifiant et complétant la loi du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie.
- modifiant et complétant certaines dispositions du Code d'instruction criminelle.

### 1993

- ▶ création d'un groupe de travail interministériel, chargé d'élaborer un concept national de prévention des toxicomanies. Le rapport final du groupe de travail recommandait la création d'un centre national de prévention des toxicomanies.
- ▶ suite à une interpellation parlementaire, a eu lieu la création d'une commission interparlementaire spéciale sur les stupéfiants qui s'est donnée comme mission de formuler une nouvelle politique en matière de lutte contre la toxicomanie. Les recommandations de la Commission Spéciale ont ensuite servi de base aux discussions lors du débat d'orientation mené à la Chambre des Députés. Il appartenait ensuite au Gouvernement de procéder à la modification de la loi de base du 17 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie.



#### 1994

- ▶ loi du 25 novembre 1994 autorisant le Gouvernement à créer un établissement d'utilité publique dénommé "Centre de Prévention des Toxicomanies".
- ▶ la mise en place du point focal luxembourgeois de l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies et l'établissement du Réseau Luxembourgeois d'Information sur les Stupéfiants et les Toxicomanies (RELIS) furent décidés la même année.
- ▶ déclaration gouvernementale de juillet 94 (extrait) : "Le Gouvernement est conscient que les toxicomanes sont en premier lieu des malades qui ont besoin d'aide thérapeutique plutôt que de poursuites pénales. Ainsi une différenciation entre drogues douces et dures sera examinée de même qu'un agencement du catalogue des peines selon que sont visés le consommateur ou le vendeur. Le Gouvernement se propose d'adapter le cas échéant les dispositions légales en matière de lutte contre la toxicomanie, à la lumière des travaux d'une commission parlementaire ad hoc. Conscient qu'une telle approche nécessitera une étroite coopération au sein de l'Union européenne, le Gouvernement interviendra à tous les niveaux pour harmoniser les législations européennes en la matière".

#### 1995

- ▶ inauguration de l'établissement d'utilité publique dénommé "Centre de Prévention des Toxicomanies" (loi du 25 novembre 1994).

#### 1996

- ▶ suite à la publication du rapport de la Commission spéciale des stupéfiants le 18 mars 1996, quatre motions furent adoptées en séance publique par la Chambre des Députés. Les motions de la Chambre des Députés ainsi que la déclaration gouvernementale de 1994, constituaient la base du projet de loi n°4349 du 25 août 1997 modifiant la loi modifiée du 17 février 1973.
- ▶ signature de la Convention portant création d'EUROPOL (Office Européen de Police), le 26 juillet 1996.
- ▶ mise en place du projet MSF-Solidarité Jeunes, conventionné par le ministère de la Famille de 1997 à 1999 et par le ministère de la Santé à partir du 1er janvier 2000.

#### 1997

- ▶ dans le cadre des travaux préparatoires du projet de loi, le ministre de la Santé mandate un groupe d'experts nationaux afin que ce dernier puisse se prononcer sur l'opportunité d'un projet de distribution de stupéfiants sous contrôle médical. Le rapport de synthèse du groupe avisait favorable la mise en place d'un projet pilote ciblé sur un nombre

restreint de toxicomanes présentant une carrière de longue durée. Les enseignements tirés du projet pilote devraient ensuite servir de critères de décision quant à la poursuite du programme et à son éventuel développement. Actuellement, les discussions se poursuivent au sein du ministère de la Santé et du ministère de la Justice.

- ▶ mise en place du système de monitoring épidémiologique TRANSRELIS qui résulte de la transposition du modèle RELIS aux régions constituantes du Groupe de Mondorf. Les régions participantes fournissent, sur base d'un protocole adapté, les données nécessaires à l'évaluation de la situation du problème au niveau interrégional, ce qui a permis de développer des synergies entre les structures de traitement, de prévention et de formation. Le système permet par ailleurs de suivre le flux migratoire interrégional, en termes de demandes de traitement des populations respectives.
- ▶ le 16 juin 1997, le Conseil de l'Union européenne adopte l'Action commune portant sur l'échange d'information, l'évaluation des risques et le contrôle de nouvelles drogues synthétiques, sur base de l'article K.3 du Traité de l'Union Européenne.

#### **1998**

- ▶ loi du 22 août 1998 (n°4294) portant introduction de l'incrimination des organisations criminelles et de l'infraction de blanchiment au code pénal (extension des infractions primaires et des champs professionnels soumis à l'obligation de coopération avec le Parquet).
- ▶ le 9 novembre 1998, le " Groupe de Mondorf " signe, à l'occasion de l'inauguration de la troisième Semaine Européenne de Prévention des Toxicomanies, la "Déclaration commune de Mondorf " qui confirme la volonté politique de collaboration et qui fixe les priorités pour les années à venir.
- ▶ création du Groupe d'Action Financier sur le Blanchiment de Capitaux (GAFI), organisme informel créé en 1998 par le G7. Son objectif est de prévenir et d'enrayer le blanchiment d'argent, notamment celui provenant du trafic illicite de drogues (les pays BENELUX et la France en sont membres).
- ▶ le Luxembourg participe pour la première fois aux "Opérations de HAZELDONK ", qui constituent la mise en commun des efforts des services policiers, judiciaires et des douanes de la France, de la Belgique, des Pays-Bas et du Luxembourg afin de lutter prioritairement contre le trafic de stupéfiants.

#### **1999**

- ▶ inauguration, en février, d'une antenne de consultation pour toxicomanes à Ettelbrück conjointement gérée par la Fondation Jugend- an Drogenhëllef et Médecins sans Frontières.

- ▶ le projet de loi n°4349 est soumis à l'avis du Conseil d'Etat en janvier 1999. L'avis du Conseil comprend un certain nombre d'oppositions portant notamment sur la dénomination et la classification de certaines drogues ainsi que sur les contraintes imposées par divers instruments de droit international (notamment les conventions des Nations Unies de 1961 et de 1971).
- ▶ le 8 mars 1999, la Commission Spéciale "Stupéfiants" adopte les premiers amendements au projet de loi 4349.
- ▶ le 2 avril 1999, avis complémentaire du Conseil d'Etat, portant sur le projet de loi n°4349.
- ▶ inauguration, le 7 juin 1999, de la structure d'accueil à bas seuil "ABRIGADO SZENE -KONTAKT", gérée par le Comité National de Défense Sociale.
- ▶ déclaration gouvernementale du 12 août 99 (extrait p.12): " Nous pouvons pratiquer la politique de l'autruche autant que nous le voulons, mais nous avons bel et bien un problème substantiel de drogue au Luxembourg. Nous ne pourrions pas le résoudre, cela dépasserait la capacité de l'Etat. Mais nous pouvons l'alléger, l'encadrer, l'assouplir, en aidant d'un point de vue de mentalité et d'attitude, en ne considérant pas les drogués comme des criminels mais comme des malades, pour aller jusqu'à modifier nos lois et les peines y assorties. Concrètement, cela reviendra à créer chez nous des centres thérapeutiques, de faciliter l'accès à ces centres à l'étranger, de créer des infrastructures où, sous contrôle médical, nous dispenserons de l'héroïne aux drogués afin d'endiguer la criminalité due à l'approvisionnement, de développer les programmes basés sur la méthadone, de mettre à disposition des centres de conseils pour les parents d'enfants et d'adolescents dépendants et de multiplier les programmes de prévention et d'information. Il n'est en tout cas pas question d'une légalisation des drogues dites douces au niveau national uniquement. Des suggestions et des solutions au niveau européen sont nécessaires pour cela. Nous voulons aider les malades mais éviter à tout prix le tourisme de la drogue avec toutes ses conséquences".
- ▶ août 1999 : accords de coalition (extrait pp. 73-74) : " La politique du Gouvernement en matière de drogues doit reposer sur quatre piliers : 1e la prévention, 2e la thérapie, 3e la prévention des risques et 4e la répression. Afin de mener une politique cohérente en la matière, le Ministre de la Santé regroupera au sein de son département les différentes compétences.

Le Gouvernement mettra l'accent sur la prévention à l'école. Pour ce qui est de la thérapie, il faudra œuvrer à augmenter le nombre de places disponibles. Dans ce contexte, il est retenu que le Luxembourg devra

veiller à ce que des places de thérapie à l'étranger soient disponibles. En effet, il n'est pas nécessaire que toutes les thérapies se fassent au Luxembourg, les thérapies à l'étranger ayant souvent l'avantage d'écartier la personne dont s'agit du milieu où elle s'enlisait. Il sera cependant nécessaire de créer au Luxembourg des infrastructures post-thérapeutiques.

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

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

Le Gouvernement a décidé de procéder contre le dopage, en prévoyant des peines pour les trafiquants et les distributeurs<sup>1</sup>.

## 2000

- ▶ à la date du 1er janvier 2000, les conventions avec la Fondation Jugend-an Drogenhëllef, les projets MSF-Solidarité Jeunes et ABRIGADO (CNDS) ont été transférées du ministère de la Famille au ministère de la Santé. Le budget du CePT sera transféré du ministère de l'Education Nationale, de la Formation Professionnelle et des Sports au ministère de la Santé pour l'exercice 2001.
- ▶ le 27 janvier 2000, la Commission Spéciale "Stupéfiants" adopte les amendements au projet de loi 4349 suite à l'avis complémentaire du Conseil d'Etat du 2 avril 1999.

### 1.2.3 Nouvelles orientations politiques – Priorités actuelles

La toxicomanie tend actuellement à être considérée comme étant un comportement présentant des risques au niveau médical et social plutôt qu'un acte délinquant socialement répréhensible (cf. déclaration gouvernementale de 1999). Outre la diversification des structures de soins, une approche plus pragmatique en matière de répression est en effet appliquée.

Le ministère de la Santé, à qui incombe depuis les élections législatives de

1999 la coordination générale des activités de réduction de la demande, a chargé ses services compétents de dresser les priorités en la matière sous forme d'un plan d'action pluriannuel. Le plan d'action porte prioritairement sur l'extension des activités de prévention primaire, la diversification des services d'aides spécialisées, le développement des offres à bas seuil et la création d'un réseau national d'aide au logement. L'implémentation des nouvelles orientations en matière d'action dans les domaines des drogues et des toxicomanies, outre la création de nouvelles structures, repose sur le développement accru de synergies entre les partenaires du réseau de prise en charge existant. L'édition 2001 du rapport RELIS présentera l'état d'avancement des projets retenus ainsi que l'évaluation des besoins futurs.

#### *1.2.4 Budgets et Mécanismes de Financement*

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

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.

A signaler également que le point focal national mène actuellement une étude sur le coût économique des drogues et de la toxicomanie dont les résultats sont attendus au milieu de l'année 2001.

### 1.2.5 Coopération Internationale

La partie gauche de l'organigramme institutionnel (annexe F) présente de façon sommaire le réseau de coopération internationale dans lequel le Grand-Duché de Luxembourg est actuellement impliqué:

#### 1. L'Union européenne

Le traité sur l'Union européenne donne une impulsion nouvelle à la lutte contre l'usage abusif de drogues et contre le trafic des stupéfiants. D'une part, l'article 129 prévoit que " l'action de la Communauté porte sur la prévention des maladies, et notamment des grands fléaux, y compris la toxicomanie", ce qui devrait permettre à la Communauté de proposer des mesures en vue de promouvoir la coopération et l'assistance réciproque entre les Etats membres.

D'autre part, le traité prévoit une coopération renforcée en matière judiciaire, policière et douanière ; à cet égard, les Etats membres considèrent comme des "questions d'intérêt commun" la lutte contre la toxicomanie ainsi que la coopération policière en vue de la prévention et de la lutte contre le trafic de drogues.

En d'autres termes, le traité de Maastricht consacre la compétence de la Communauté en ce qui concerne des mesures communes de prévention et de santé liées à la toxicomanie et confirme le caractère intergouvernemental de la coopération judiciaire, douanière et, policière, y compris en matière de lutte contre le trafic de drogues.

Les mécanismes de lutte contre les toxicomanies et le trafic de stupéfiants au niveau européen sont ainsi profondément modifiés. Le traité sur l'Union européenne manifeste un engagement politique plus grand des Etats membres et introduit un nouveau cadre institutionnel mettant tous les aspects du problème des drogues sous l'égide du Conseil et de ses structures. (Decourrière, A., 1996).

C'est donc le Conseil et le COREPER (Comité des représentants permanents) qui auront un rôle clé à jouer pour assurer l'approche globale et cohérente déjà affirmée dans les programmes de 1990 et développée plus en avant dans le plan d'action de l'UE en matière de lutte contre la drogue.

#### 2. Conseil de l'Union européenne

Les travaux du Conseil en matière de lutte contre la toxicomanie et les stupéfiants se sont concentrés au niveau de quatre groupes principaux répartis au sein de trois piliers de l'Union européenne:

- ▶ Premier pilier - Sphère communautaire:  
Groupe Santé, auquel participent des délégués du ministère de la Santé;

- ▶ Deuxième pilier - Politique étrangère:  
Groupe "Drogues", auquel participent des délégués du ministère des Affaires Etrangères;
- ▶ Troisième pilier - Coopération intérieure et judiciaire :  
Groupe "Drogues et Criminalité Organisée" auquel participent des représentants des forces de l'ordre;  
Groupe de la "Coopération Douanière", auquel participent des représentants des Douanes.

La coordination entre les activités entreprises par ces groupes en matière de lutte contre la toxicomanie et les stupéfiants est confiée au Groupe Horizontal "Drogue" (GHD) qui prend en charge les activités transpiliers. Le GHD comprend des délégués du ministère de la Santé, chargé de la coordination de la délégation nationale, du ministère des Affaires Etrangères et du ministère de la Justice

### *3. Conseil de l'Europe*

Se réunit au sein du Conseil de l'Europe, le Groupe Pompidou créé en 1971 suite à une initiative du Président de la République française, Georges Pompidou. Depuis les années 80, le Groupe est composé essentiellement des ministres compétents de tous les Etats de l'Union européenne mais aussi d'autres Etats européens. On distinguera sommairement les Conférences ministérielles, les réunions des Correspondants Permanents (CP) et les sessions de travail des experts en épidémiologie. Outre des consultations mutuelles sur les politiques respectives poursuivies dans les différents Etats, ce groupe prend en charge l'organisation commune d'activités dans de nombreux domaines, tels la prévention, l'épidémiologie, le traitement des toxicomanes, etc.

Pour le Grand-Duché de Luxembourg, des délégués de la Direction de la Santé participent aux sessions de travail.

### *4. Comité de Contact sur le blanchiment des capitaux*

Ce comité, établi suite à la directive européenne du 10 juin 1993, se réunit au sein du premier pilier de l'Union européenne, à l'initiative de la Commission européenne. Des délégués du ministère des Finances et du ministère de la Justice participent aux réunions du Comité.

### *5. Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT)*

Il s'agit d'une agence décentralisée de l'Union européenne créée en 1993 avec siège à Lisbonne. Chaque Etat membre ainsi que la Commission européenne disposent d'un point focal désigné. Le point focal luxembourgeois de l'OEDT est actuellement établi au sein du service AST de la Direction de la Santé.

## 6. Organisation des Nations Unies (O.N.U.)

Organisation politique à l'échelle mondiale, l'O.N.U. a pour fonction première de préserver la paix internationale, mais des missions sociales, économiques et juridiques très larges lui ont également été confiées. Ainsi l'O.N.U. a été chargée de veiller au contrôle du commerce international de la drogue.

L'O.N.U. a succédé à la Société des Nations à laquelle le traité de Versailles avait confié le soin de contrôler " l'exécution des mesures prises au sujet du trafic de l'opium et des autres drogues nuisibles ". Aujourd'hui, les conventions internationales conclues dans le cadre des Nations Unis remplacent le système de contrôle élaboré entre la Convention de Genève de 1925 et le Protocole de New York de 1953.

La Convention Unique sur les stupéfiants (1961) et la Convention sur les substances psychotropes de 1971 sont fondées sur l'idée que la prévention et la lutte contre la toxicomanie exigent une action universelle pour limiter l'usage des stupéfiants à des fins médicales et scientifiques, action qui implique des mesures de contrôle de la production, de la fabrication et du commerce des substances stupéfiantes et psychotropes. (Decourrière A., 1996)

Les fonctions de contrôle sont assurées par deux organes :

- ▶ la Commission des Stupéfiants, composée de représentants gouvernementaux, se réunit sous l'égide du Conseil économique et social des Nations Unies. Le mandat de la Commission des Stupéfiants est d'une part défini par la Charte des Nations Unies et, d'autre part, par les Conventions de 1961 et 1971. Elle a compétence d'avis en matière de lutte contre les stupéfiants et de contrôle de l'application des conventions internationales.
- ▶ l'Organe international de contrôle des stupéfiants (O.I.C.S) siège à Vienne en tant que organe permanent qui contrôle l'exécution des conventions et entreprend éventuellement auprès des Etats les procédures nécessaires pour les amener à respecter leurs obligations.

Suite à la Conférence mondiale sur l'abus et le trafic illicite de drogues de 1987, les Etats membres de l'O.N.U. ont voulu compléter le dispositif juridique mis en place par les conventions de 1961 et 1971. La Convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes du 20 décembre 1988 a ainsi été adoptée.

Dans la foulée des actions entreprises suite à la 17<sup>ième</sup> Assemblée générale des Nations Unies en 1990, a été créé le Programme des Nations Unies pour le Contrôle International des Drogues (PNUCID). Le PNUCID a un rôle de centralisation de l'information, promeut la collaboration en vue de la concrétisation de programmes de développement, il participe à des projets de réduction de la culture illicite de plusieurs pays asiatiques et d'Amérique latine et développe des programmes d'assistance technique pour le contrôle accru du trafic de drogues dans les pays de l'Est et des Balkans.



A noter que le Fonds de lutte contre le trafic des stupéfiants participe également au financement d'actions entreprises dans le cadre du PNUCID et y figure en tant que " major donor ".

#### *7. Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.)*

Les liens entre l'O.M.S. et l'O.N.U. sont importants à plusieurs égards. En vertu de la Convention Unique et de la Convention de 1971, une nouvelle substance ne peut être classée dans les tableaux des produits contrôlés que sur recommandation de l'O.M.S. D'autre part, l'O.M.S. est mandatée " pour répondre à toute demande de rapports spéciaux présentée par l'O.N.U et pour diriger et coordonner les actions en matière de prévention sanitaire " (Caballero F., 1989)

Le Programme contre l'Abus de Drogues de l'Organisation Mondiale de la Santé a comme principal objectif d'éviter l'aggravation de l'abus de drogues et l'extension des maladies infectieuses associées.

#### *8. EUROPOL*

C'est au cours du Conseil européen de Luxembourg en juin 1991 qu'a été décidée la création d'un Office européen de police.

En ce qui concerne la première phase de la mission de cet Office, les ministres du groupe TREVI (Terrorisme, Radicalisme, Extrémisme et Violence Internationale), réunis à La Haye le 3 décembre 1991, ont confirmé leur volonté de mettre en place l'E.D.U. (Europol Drugs Unit), en tant que service de renseignements en matière de trafic de drogues. Le Conseil européen de Maastricht a marqué son accord sur la mise en place de cette structure et a chargé les ministres du groupe TREVI d'adopter les mesures nécessaires. Un accord ministériel du 2 juin 1993 a ensuite créé l'unité " Drogues " Europol et a décidé qu'elle fonctionnerait à partir du 1<sup>er</sup> janvier 1994 ; enfin le Conseil européen de Bruxelles du 29 octobre 1993 a fixé le siège définitif d'Europol à La Haye. (Decourrière A., 1996)

#### *9. Groupe d'Action Financière sur le Blanchiment de Capitaux (GAFI)*

Le GAFI est un organisme informel créé en 1998 à l'initiative du G7. Son objectif est de prévenir et d'enrayer le blanchiment d'argent, notamment celui provenant du trafic illicite de drogues. La mise à jour des données à disposition du GAFI est assurée, d'une part, par des questionnaires auto-évaluatifs et standardisés qui permettent une analyse comparative entre les membres et, d'autre part, par le biais d'un système d'évaluation mutuelle assurée par une équipe d'experts internationaux.

Des délégués du ministère des Finances et du ministère de la Justice représentent le Grand-Duché de Luxembourg aux réunions du GAFI.

### *10. Groupe de Dublin*

Le Groupe de Dublin a été constitué, en tant que structure informelle, à l'initiative des Etats-Unis et de la Commission des Communautés européennes. La proposition du gouvernement américain allait dans le sens d'une coordination des actions des principaux pays industrialisés. Opérationnel depuis 1990, le Groupe assure un " double niveau de consultations : un niveau politique, traitant des aspects globaux, et un niveau technique, abordant les problèmes par grandes régions ". (Van der Vaeren Ch., 1993)

### *11. Fonds de Lutte contre le Trafic des Stupéfiants*

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

Au 31.12.99, le Fonds disposait d'un actif net de 867.677.405 .- LUF. En 1997 le Fonds a participé aux activités du PNUCID par une contribution de US\$ 200,000 et de US\$ 1,7 Mio en 1998 destinés à financer des projets de réduction de la demande et de l'offre et de formation au Vietnam, au Laos et en Amérique latine.

### *12. La coopération dans le cadre SCHENGEN*

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

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

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

Le Traité d'Amsterdam sur l'Union européenne, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> mai 1999, intègre la Convention de Schengen. Les décisions concernant le passage des frontières intérieures, les contrôles aux frontières extérieures, l'attribution des visas, la réglementation de l'immigration et du droit d'asi-

le sont désormais prises par les ministres réunis en Conseil de l'Union européenne.

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

### *13. La coopération au sein du BENELUX*

La concertation entre les Etats du BENELUX sur leurs politiques respectives en matière de drogues se traduit par différents accords conclus au niveau ministériel. A retenir, entre autres, les efforts de concertation menés au sein du Conseil Interparlementaire Consultatif du BENELUX, les accords bilatéraux signés entre les Etats membres du BENELUX et les concertations bilatérales notamment entre le Grand-Duché et la Belgique.

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

### *14. Le Groupe de Mondorf*

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

Le Groupe fut créé en 1992 dans le cadre de la première Semaine Européenne de Prévention des Toxicomanies. Le "Groupe de Mondorf" est composé des ministres de la Santé des "Länder" de la Sarre et de la Rhénanie-Palatinat (Allemagne), du Grand-Duché de Luxembourg et depuis 1994, de la Communauté germanophone de Belgique ainsi que du Préfet pour la Sécurité et la Défense du Département de la Moselle (France). Le 9 novembre 1998, fut signée à l'occasion de l'inauguration de la troisième semaine européenne de prévention des toxicomanies, la "Déclaration commune de Mondorf " qui confirme la volonté politique de collaboration et qui fixe les priorités pour les années à venir. De 1996 à 1998, le Luxembourg assurait la présidence du Groupe de Mondorf. Actuellement (2000), la Présidence du Groupe est assurée par la Communauté germanophone de Belgique.

### *15. EURO-AST*

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

## Chapitre I.3

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

#### *1.3.1 La Législation Nationale et les Peines Applicables*

##### *1.3.1.1 Législation de base et procédures d'amendement*

La loi du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie (nommée ci-après la loi du 19 février 1973) constitue la loi de base en la matière. Ladite loi ne fait aucune distinction, pour les infractions y prévues, entre les différents types de drogues ("dures" ou "douces") et ne s'oriente pas sur une quantité minimum de substance. De même, il n'existe pas de distinction légale au niveau des catalogues des peines entre les délits d'usage, de détention, de revente et de trafic. La loi opère néanmoins une distinction des peines notamment selon que l'infraction:

- ▶ a eu lieu en groupe ou devant tiers,
- ▶ au sein de la prison, d'établissements scolaires ou services sociaux,
- ▶ d'usage à titre personnel a été commise par un médecin, médecin-dentiste ou un autre dépositaire légalement autorisé à détenir des substances contrôlées,
- ▶ à titre d'activité principale ou accessoire d'une association ou organisation,
- ▶ envers des mineurs,
- ▶ ayant entraîné une maladie incurable ou une invalidité permanente,
- ▶ ayant entraîné la mort d'un tiers,
- ▶ ayant entraîné la mort d'un mineur.

Tableau 1. Sommaire des conséquences juridiques des différents types d'activités liées à la drogue

	VENTE ET DÉTENTION POUR VENTE	CONSOMMATION ET DÉTENTION POUR USAGE PERSONNEL
<b>TYPE D'INFRACTION</b>	Pénale	
<b>BASE JURIDIQUE</b>	Loi du 19/02/1973, et amendements	
<b>SANCTIONS ET PEINES PRÉVUES PAR LA LOI</b>	<b>Prison:</b> 1 à 5 ans, et /ou <b>Amende:</b> 5.000 à 50.000.000 LUF.	<b>Prison:</b> 3 mois à 3 ans, et/ou <b>Amende:</b> 1.000 à 100.000 LUF.
	Services d'intérêt collectif à titre de mise à l'épreuve: 40 à 240 heures	
<b>CIRCONSTANCES AGGRAVANTES</b>	<p><b>Prison:</b> 5 à 10 ans (50.000 à 50.000.000 LUF) pour une activité provoquant une maladie incurable, une invalidité permanente, ou pour une activité à l'égard des mineurs (&lt; 18 ans)</p> <p><b>Prison:</b> 15 à 20 ans (50.000 à 50.000.000 LUF) pour des actes de participation à l'activité principale ou accessoire d'une association ou organisation.</p> <p><b>Travaux forcés:</b> 15 à 20 ans (50.000 à 50.000.000 LUF) pour les cas entraînant un décès</p> <p><b>Travaux forcés:</b> condamnation à perpétuité pour les cas entraînant le décès d'un mineur (&lt; 18 ans).</p>	<p><b>Prison :</b> 1 à 5 ans (5.000 – 50.000.000 LUF) pour usage en groupe ou devant tiers et pour usage par un médecin, médecin-dentiste ou un autre dépositaire légalement autorisé à détenir des substances contrôlées.</p>
	N.B.: Circonstances atténuantes: La peine de prison peut être ramenée en deçà de la limite légale ou ne pas être appliquée du tout.	
<b>AUTRES CONSÉQUENCES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suspension du permis de conduire</li> <li>• Confiscation de biens personnels</li> <li>• Participation à un programme de lutte contre l'abus de drogue</li> <li>• Limitation des contacts avec d'autres toxicomanes.</li> </ul>	
<b>REMARQUES</b>	<p>La loi luxembourgeoise sanctionne la vente et la détention comme étant des infractions pénales; la consommation au sein d'un groupe est passible de sanction pénale. Le terme de "groupe", signifiant plus d'une personne. Il existe d'autres peines que l'emprisonnement pour certaines catégories de contrevenants. Chaque cas est examiné individuellement.</p> <p>En outre, tout objet ayant servi au commerce de la drogue, de même que tout bénéfice provenant de la vente de drogue, peuvent être confisqués par les autorités compétentes.</p>	

La loi de 1973 a été modifiée par la

- **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** portant (texte coordonné)(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.)

Suite à une interpellation parlementaire du 21 janvier 1993, il a été retenu par la Chambre des Députés de transmettre une motion concernant l'opportunité d'amender la loi du 19 février 1973 à une commission spéciale à créer, qui devrait, le cas échéant, préparer un débat d'orientation en la matière.

Après avis favorable des groupes politiques, il fut décidé de créer cette commission parlementaire, dénommée Commission spéciale "Stupéfiants".

En 1994, la Chambre des Députés a reconduit la Commission spéciale "Stupéfiants". Se référant à la motion du 21 janvier 1993, la Commission s'est donnée comme mission de formuler une nouvelle politique en matière de lutte contre la toxicomanie, celle-ci servant de base aux discussions lors du débat d'orientation mené à la Chambre des Députés.

Suite à la publication du rapport de la Commission spéciale le 18 mars 1996, quatre motions furent adoptées lors de la séance publique de la Chambre des Députés du 12 juin 1996. Les motions de la Chambre des Députés ainsi que la déclaration gouvernementale de 1994, constituaient la base du projet de loi n° 4349 du 25 août 1997 modifiant la loi modifiée du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie.

Le projet de loi dont question fut avisé par le Conseil d'Etat à la date du 26 janvier 1999, suivi d'un avis complémentaire en date du 2 avril 1999.

Après un arrêt transitoire, la Commission Spéciale "Stupéfiants" a repris ses travaux le 2 mars 1998 afin de formuler un premier projet d'amendement suite à l'avis du Conseil d'Etat. Les amendements au projet de loi n°4349, adoptés par la Commission Spéciale, furent publiés le 8 mars 1999. L'avis complémentaire du Conseil d'Etat du 2 avril 1999 a donné lieu à une deuxième série d'amendements adoptés par la Commission Spéciale " Stupéfiants " à la date du 27 janvier 2000. Retenons notamment le texte proposé à l'article 2. du projet de loi n°4349 (état : juin 2000):

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

Article 7.- Seront punis d'un emprisonnement de huit jours à six mois et d'une amende de 10.001.- à 100.000.- francs ou de l'une de ces peines seulement, ceux qui auront, de manière illicite, en dehors des locaux spécialement agréés conjointement par le ministre de la Justice et le ministre de la Santé, fait usage d'un ou plusieurs stupéfiants ou d'une ou de plusieurs substances toxiques, soporifiques ou psychotropes déterminés par règlement grand-ducal ou qui les auront, pour leur seul usage personnel, transportés, détenus ou acquis à titre onéreux ou à titre gratuit.

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

#### 1.3.1.2 Relevé général de la législation en matière de médicaments et de substances toxiques de 1967 à 1999

Loi du 14 février 1967 portant approbation de la Convention relative à l'élaboration d'une pharmacopée européenne, en date du 22 juillet 1964, à Strasbourg, (Mém. A 1967, p. 133).

Loi du 20 février 1968 ayant pour objet le contrôle des pesticides et des produits phytopharmaceutiques (Mém. A 1968, p. 123).

Règlement ministériel du 27 janvier 1971 établissant le classement toxicologique des produits phytopharmaceutiques (Mém. A 1971, p. 288), modifié par le règlement ministériel du 21 août 1972 (Mém. A 1972, p. 1377).

Loi du 3 juillet 1972 portant approbation de la Convention unique sur les stupéfiants, faite à New York, le 30 mars 1961 (Mém. A 1972, p. 1256).

Loi du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie (Mém. A 1973, p. 319), modifiée par la loi du 23 février 1977 (Mém. A 1977, p. 352), celle du 7 juillet 1989 (Mém. A 1989, p. 923) et celle du 17 mars 1992. (Texte coordonné: Mém. A 1992, p. 2458).

Règlement grand-ducal du 28 décembre 1973 déterminant la composition et le fonctionnement du service multidisciplinaire chargé de la lutte contre la toxicomanie et établissant les modalités de la cure de désintoxication (Mém. A 1973, p. 1967), modifié par le règlement grand-ducal du 31 janvier 1980 (Mém. A 1980, p. 81).

Règlement grand-ducal 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 1974, p. 462) modifié par les règlements grand-ducaux des 18 janvier 1996 (Mém. A - 7 du 5 février 1996, p. 84) et 23 mai 1997 (Mém. A - 41 du 11 juin 1997, p. 1439).

Règlement grand-ducal du 4 mars 1974 concernant certaines substances toxiques (Mém. A 1974, p. 465), complété par le règlement grand-ducal du 6 août 1981 (Mém. A 1981, p. 1344) modifié par le règlement grand-ducal du 9 juillet 1982 (Mém. A 1982, p. 1345). Annexe modifiée par les règlements grand-ducaux des

13 décembre 1985 (Mém. A 1985, p. 1491), 13 juin 1986 (Mém. A 1986, p. 1545), 13 octobre 1988 (Mém. A 1988, p. 1050), 7 décembre 1990 (Mém. A 1990, p. 963), 13 août 1992 (Mém. A 1992, p. 2154), 22 mars 1994 (Mém. A 1994, p. 576), 31 juillet 1995 (Mém. A 1995, p. 1577) et 9 octobre 1996 (Mém. A - 77 du 7 novembre 1996, p. 2220) et 8 mai 1999 (Mém. A - 55 du 19 mai 1999, p. 1326) et 6 décembre 1999 (Mém. A - 146 du 23 décembre 1999, p. 2640)

Règlement ministériel du 6 mars 1974 établissant le modèle du registre spécial prévu par l'article 5 du règlement grand-ducal 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 1974, p. 466).

Règlement grand-ducal du 20 mars 1974 concernant certaines substances psychotropes (Mém. A 1974, p. 468), modifié et complété par les règlements grand-ducaux des 9 juillet 1982 (Mém. A 1982, p. 1346), 22 août 1985 (Mém. A 1985, p. 1045), 13 juin 1986 (Mém. A 1986, p. 1546), 7 décembre 1990 (Mém. A 1990, p. 962) et 9 octobre 1996 (Mém. A - 77 du 7 novembre 1996, p. 2220) et 6 décembre 1999 (Mém. A - 146 du 23 décembre 1999, p. 2641).

Règlement grand-ducal du 26 mars 1974 établissant la liste des stupéfiants (Mém. A 1974, p. 470), modifié par le règlement grand-ducal du 8 juillet 1982 (Mém. A 1982, p. 1347), celui du 16 août 1984 (Mém. A 1984, p. 1376), celui du 23 janvier 1987 (Mém. A 1987, p. 60) et celui du 15 septembre 1988 (Mém. A 1988 p. 1028) et celui du 7 décembre 1990 (Mém. A 1990, p. 963) et celui du 9 janvier 1998 (Mém. A - 4 de 1998, p. 55) et 6 décembre 1999 (Mém. A - 146 du 23 décembre 1999, p. 2641)

Règlement ministériel du 2 avril 1974 établissant le modèle du bon de commande prévu par l'article 2 du règlement grand-ducal 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 1974, p. 474).

Règlement ministériel du 2 avril 1974 établissant le modèle du carnet à souches et son mode d'obtention prévu par l'article 7 du règlement grand-ducal du 19 février 1974 sur la vente des substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie (Mém. A 1974, p. 475).

Règlement grand-ducal du 24 septembre 1974 concernant les agents pathogènes pour les animaux et les vaccins vivants à usage vétérinaire, et déterminant les exigences minimales pour les principaux sérums et vaccins vétérinaires (Mém. A 1974, p. 1563).

Loi du 4 août 1975 concernant la fabrication et l'importation des médicaments (Mém. A 1975, p. 1051), modifiée par la loi du 11 avril 1983 (Mém. A 1983, p. 706).

Règlement grand-ducal du 12 novembre 1975 portant exécution de la loi du 4 août 1975 concernant la fabrication et l'importation des médicaments (Mém. A 1975, p. 1484), modifié par le règlement grand-ducal du 29 avril 1983 (Mém. A 1983, p. 762), et celui du 22 septembre 1992 (Mém. A 1992, p. 2228).

Loi du 25 novembre 1975 concernant la délivrance au public des médicaments (Mém. A 1975, p. 1540), modifiée par celle du 27 juillet 1992 (Mém. A 1992, p. 1658).

Règlement ministériel du 15 mars 1976 relatif à la désignation des spécialités pharmaceutiques qui ne peuvent être librement vendues en pharmacie (Mém. A 1976, p. 158).

Loi du 24 avril 1976 portant approbation du Protocole portant amendement de la Convention unique sur les stupéfiants de 1961, signé à Genève le 25 mars 1972 (Mém. A 1976, p. 394).

Règlement ministériel du 11 juin 1981 déterminant les spécialités pharmaceutiques à usage vétérinaire que les médecins-vétérinaires sont autorisés à détenir en stock (Mém. A 1981, p. 1036).

Règlement grand-ducal du 18 novembre 1981 relatif aux matières pouvant être ajoutées aux médicaments en vue de leur coloration (Mém. A 1981, p. 2114).

Règlement ministériel du 19 mars 1982 déterminant le questionnaire à remplir à l'occasion de l'examen médical en cas de suspicion d'infraction à la législation réprimant la toxicomanie (Mém. A 1982, p. 783).

Règlement grand-ducal du 19 mars 1982 fixant les modalités de l'examen médi-



cal et de la prise de sang et/ou d'urine, effectués en cas de présomption d'usage illicite d'un stupéfiant ou d'une substance toxique, soporifique ou psychotrope (Mém. A 1982, p. 782).

Règlement ministériel du 19 mars 1982 déterminant le questionnaire à remplir à l'occasion de la prise de sang et/ou d'urine en cas de suspicion d'infraction à la législation réprimant la toxicomanie (Mém. A 1982, p. 783).

Règlement ministériel du 6 août 1982 établissant le classement toxicologique des produits phytopharmaceutiques (Mém. A 1982, p.1560), modifié par le règlement ministériel du 4 novembre 1983 (Mém. A 1983, p. 2098) et celui du 6 janvier 1987 (Mém. A 1987, p. 54).

Loi du 11 avril 1983 portant réglementation de la mise sur le marché et de la publicité des spécialités pharmaceutiques et des médicaments préfabriqués (Mém. A - 83 p.758 Rectificatif p. 938) modifiée par la loi du 27 juillet 1992 portant réforme de l'assurance maladie et du secteur de la santé (Mém. A 1992, p.1658).

Règlement grand-ducal du 30 juillet 1983 fixant les droits dus pour la mise sur le marché des spécialités pharmaceutiques et des médicaments préfabriqués (Mém. A 1983, p. 1415).

Règlement grand-ducal du 2 octobre 1985 autorisant la création et l'exploitation d'une banque de données des titulaires d'une autorisation de mise sur le marché de médicaments (Mém. A 1985, p. 1172).

Loi du 18 décembre 1985 relative aux médicaments vétérinaires (Mém. A 1985, p. 1835).

Règlement grand-ducal du 28 janvier 1986 concernant la mise sur le marché des médicaments vétérinaires (Mém. A 1986, p. 736).

Règlement grand-ducal du 19 janvier 1987 concernant le contrôle des produits phytopharmaceutiques (Mém. A 1987, p. 26) et rectificatifs (Mém. A 1989, p. 1445 et Mém. A 1989, p. 1744).

Loi du 11 janvier 1989 réglant la commercialisation des substances chimiques à activité thérapeutique (Mém. A 1989, p. 57).

Règlement grand-ducal du 6 juillet 1990 fixant les modalités de l'examen médical effectué en cas de présomption de trafic illicite d'un stupéfiant ou d'une substance toxique, soporifique ou psychotrope (Mém. A 1990, p. 447).

Règlement ministériel du 14 novembre 1990 déterminant le questionnaire à remplir à l'occasion d'un examen médical en cas de présomption de trafic illicite d'un stupéfiant (Mém. A 1990, p. 877).

Loi du 4 décembre 1990 portant approbation de la Convention sur les substances psychotropes, faite à Vienne le 21 février 1971 (Mém. A 1990, p. 991).

Loi du 8 avril 1991 portant approbation du Protocole à la Convention relative à l'élaboration d'une pharmacopée européenne, signée à Strasbourg, le 16 novembre 1989 (Mém. A 1991, p. 486).

Règlement grand-ducal du 23 juillet 1991 déterminant les conditions de commercialisation des substances chimiques à activité thérapeutique (Mém. A 1991, p. 1003).

Texte coordonné du 29 octobre 1992 de la loi du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie, telle qu'elle a été modifiée.

Règlement grand-ducal du 15 décembre 1992 relatif à la mise sur le marché des médicaments (Mém. A 1992, p. 3060), modifié par règlement grand-ducal du 11 août 1996 (Mém. A - 54 du 23 août 1996, p. 1678).

Règlement grand-ducal du 15 janvier 1993 relatif à la mise sur le marché des médicaments vétérinaires (Mém. A 1993, p. 52), modifié par règlement grand-ducal du 11 août 1996 (Mém. A - 54 du 23 août 1996, p. 1678).

Règlement grand-ducal du 8 mai 1993 relatif au commerce de stupéfiants et de substances psychotropes (Mém. A 1993, p. 661).

Règlement grand-ducal du 24 décembre 1993 fixant les droits dus pour la mise sur le marché des médicaments (Mém. A 1993, p.3148).

Règlement grand-ducal du 14 décembre 1994 concernant la mise sur le marché et l'utilisation des produits phytopharmaceutiques (Mém. A - 112 de 1994, p. 2232) - Transpose la Directive 1991/0414 - modifié par le règlement ministériel du 14 janvier 1997 (Mém. A - 7 de 1997, p. 498) le règlement ministériel du 11 novembre 1997 (Mém. A - 92 de 1997, p. 2776) le règlement grand-ducal du 19 mars 1999 (Mém. A - 32 de 1999, p. 775) le règlement grand-ducal du 31 mai 1999 (Mém. A - 69 du 11 juin 1999, p. 1468)

Règlement grand-ducal du 31 juillet 1995 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 4 mars 1974 concernant certaines substances toxiques (Mém. A 1995, p. 1577).

Loi du 6 janvier 1995 relative à la distribution en gros des médicaments (Mém. A 1995, p. 20).

Règlement grand-ducal du 2 février 1995 relatif à la fabrication et à la mise sur le marché de certaines substances utilisées pour la fabrication illicite de stupéfiants et de substances psychotropes (Mém. A 1995, p. 585).

Règlement grand-ducal du 18 janvier 1996 modifiant le règlement grand-ducal 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 - 7 du 5 février 1996, p. 84).

Loi du 26 avril 1996 portant approbation de la Convention contre le dopage, faite à Strasbourg, le 16 novembre 1989 (Mém. A - 31 du 10 mai 1996, p. 1032) - Ratification et entrée en vigueur à l'égard du Luxembourg (Mém. A - 48 du 29 juillet 1996, p. 1392).

Règlement grand-ducal du 7 juin 1996 déterminant les mesures d'application et de sanction du règlement CEE modifié N° 3677/90 du Conseil relatif au commerce de précurseurs de drogues entre la Communauté et les pays tiers (Mém. A - 40 du 19 juin 1996, p. 1281).

Règlement grand-ducal du 20 juin 1996 relatif aux médicaments homéopathiques (Mém. A - 42 du 28 juin 1996, p. 1296).

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

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

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

Règlement grand-ducal du 11 octobre 1997 portant interdiction de l'utilisation de certaines substances à effet hormonal ou thyrostatique et des substances Bêta-agonistes dans les spéculations animales (Mém. A - 82 du 23 octobre 1997, p. 2525).

Règlement ministériel du 11 novembre 1997 modifiant les annexes du règlement grand-ducal du 14 décembre 1994 concernant la mise sur le marché des produits phytopharmaceutiques (Mém. A - 92 du 5 décembre 1997, p. 2776) - Transpose une Directive 1997/0057.

Règlement grand-ducal du 5 mars 1999 fixant le tarif des médicaments (Mém. A - 22 du 15 mars 1999, p. 592)

Règlement grand-ducal du 19 mars 1999 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 14 décembre 1994 concernant la mise sur le marché des produits phytopharmaceutiques (Mém. A - 32 du 31 mars 1999, p. 775) - Transpose les Directives 1976/0769, 1991/0414, 1997/0073, 1998/0047

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

Règlement grand-ducal du 31 mai 1999 modifiant le règlement grand-ducal du 14 décembre 1994 concernant la mise sur le marché et l'utilisation des produits phytopharmaceutiques (Mém. A - 69 du 11 juin 1999, p. 1468) - Transpose les Directives 1991/0414 -1997/0057

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

- relatif aux piles et accumulateurs contenant certaines matières dangereuses

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

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

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

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

### *1.3.1.3 Etude de cas : Dispositions juridiques en matière de conduite automobile sous l'influence de drogues illicites et de substances psychoactives au Grand-Duché de Luxembourg*

*(Source : Extraits du rapport sur la Circulation routière et drogues, publié par le Conseil de l'Europe, Strasbourg, 1999, ISBN 92-871-4144-4)*

Les questions de drogue sont régies par la loi du 19 février 1973 et ses modifications ultérieures. Cette loi s'applique également aux médicaments psychoactifs. Les niveaux des sanctions sont les mêmes quel que soit le type de substance, la détention d'un médicament psychoactif non prescrit par un médecin entraîne les mêmes peines que la détention d'une drogue illicite.

*Tableau A. Conséquences juridiques en matière de conduite automobile sous l'influence de drogues illicites et de substances psychoactives*

	<b>DÉPASSEMENT DE LA LIMITE</b> (la preuve d'une déficience n'est pas nécessaire)	<b>DÉFICIENCE</b> (N'ayant pas entraîné d'accident ni de blessures)	<b>DÉFICIENCE</b> (Mise en évidence d'un danger pour une personne)	<b>DÉFICIENCE</b> (Entraînant un accident ou des blessures)
<b>SUBSTANCES IMPLIQUÉES</b>	<b>Drogues illicites et substances psychoactives</b>			
<b>TYPE D'INFRACTION</b>	Pénale			
<b>BASE JURIDIQUE</b>	Code national de la circulation routière, articles 12 et 13			
<b>SANCTIONS ET PEINES</b>	<p><b>Prison:</b> de 8 jours à 3 ans  <b>Amende:</b> de 10.001 à 200.000 LUF.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>entraînant des blessures (prison: 8 jours à 2 mois; amende: de 20.000 à 200.000.-)</li> <li>entraînant le décès d'une personne (prison: 3 mois à 2 ans; amende: de 120.000 à 400.000.-)</li> </ul>			
<b>AUTRES CONSÉQUENCES</b>	<p>Suspension du droit de conduire, conditions spéciales pour la restitution du permis.</p> <p>Modifications de la couverture d'assurance</p>			

Il n'existe actuellement qu'un seul règlement visant la conduite d'un véhicule d'une manière qui s'apparente à la conduite sous l'influence de l'alcool. Toute déficience évidente due à l'alcool, aux drogues ou aux médicaments constatée par la police entraîne des poursuites. Dans la pratique, les contrevenants ont quelque latitude pour contester les constatations de l'agent de police. Dans le cadre d'une procédure pénale, c'est le juge qui décide en dernier ressort de la culpabilité et des sanctions.

### 1. Action de la police

#### - 1.1 Contrôles effectués par la police

Les règlements concernant les méthodes de dépistage au moment des contrôles sur la route sont inclus dans le code national de la circulation routière, qui s'applique à tout le territoire.

#### - 1.2 Règles régissant le recueil de preuves matérielles probantes

Analyse de sang et d'urine: Les analyses de sang et d'urine pour le dépistage de drogues peuvent être ordonnées si l'agent de police soupçonne qu'un conducteur impliqué dans un accident de la route et en état de déficience due à la drogue.

## 2. Obligation de poursuites

Le "marchandage judiciaire", c'est à dire le fait d'admettre avoir commis une infraction moindre et d'en accepter les sanctions, n'est pas possible dans le système judiciaire luxembourgeois. Les tribunaux condamneront une personne pour conduite sous l'influence d'une drogue si une analyse de sang est positive, bien que la personne puisse en contester les résultats devant le tribunal.

## 3. Règles régissant la restitution du permis de conduire

Le fait d'avoir conduit sous l'influence d'une drogue peut entraîner le retrait du permis et le respect de conditions spéciales pour sa restitution. La décision de retirer et de restituer un permis appartient au juge dans le cadre d'une procédure pénale. Le juge peut prendre en considération la nécessité pour le contrevenant de se servir d'une voiture pour se rendre à son lieu de travail, le niveau d'intoxication ou de déficience, ainsi que d'autres facteurs. La procédure précise permettant la restitution du permis dépend de la décision du juge.

## 4. Prévention

Le Luxembourg n'a pas encore organisé de programme de prévention, mais l'envisage dans le cadre de son projet d'introduction d'un système de permis à points.

## 5. Statistiques officielles

Les taux de condamnation pour conduite sous l'influence de drogues ne sont pas disponibles. Néanmoins, l'étude menée par Meulemans sous le titre "Belgian Toxicity and Trauma Study" donne différentes informations statistiques concernant les drogues et la circulation routière en Belgique et au Luxembourg.

### 1.3.2 Les Conventions Internationales

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

**30 mars 1961**

**- Convention unique sur les stupéfiants faite à New York**

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

**25 mars 1972**

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

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

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

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

Quatre annexes numérotées, susceptibles d'être modifiées, dressent la liste des stupéfiants et des préparations pharmaceutiques. La Convention est en vigueur dans tous les Etats membres de l'Union européenne. En date du 1er novembre 1999, 155 Etats étaient parties à la Convention de 1961, telle que modifiée.

#### **21 février 1971. - Convention des Nations Unies sur les substance psychotropes faite à Vienne**

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

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

La Convention fixe une série de mesures de contrôle pour un très grand nombre de substances et contient quatre annexes numérotées, susceptibles d'être modifiées, et qui dressent la liste des substances psychotropes sous contrôle. En date du 1<sup>er</sup> novembre 1999, 159 Etats étaient parties à la Convention de 1971.

#### **20 décembre 1988. - Convention des Nations Unies contre le trafic illi-cite 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, suscep-tible d'être modifiée, contient deux listes classant ces précurseurs.

En date du 1<sup>er</sup> novembre 1999, 143 Etats étaient parties à la Convention de 1988.

## Partie II

### Réduction de la Demande et Activités de Recherche

## Chapitre II.1

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

Faute de consensus interdisciplinaire, il est pour le moins difficile d'avoir une vue d'ensemble de ce qu'il faut entendre par réduction de la demande. Les limites entre prévention primaire, prévention secondaire, prise en charge et traitement sont loin d'être univoques.

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

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

Ci-après figure une présentation sommaire des activités de réduction de la demande menées au niveau national au cours de l'année 1999 :

### II.1.1 LES ACTIONS PREVENTIVES

#### Interventions lors de la première enfance

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

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

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



### Programmes de prévention en milieu scolaire

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

La troisième Semaine Européenne de Prévention des Toxicomanies a donné lieu, d'une part à l'organisation conjointe par le ministère de l'Éducation Nationale et le ministère de la Santé d'une campagne de prévention nommée "Extra Tour Sucht", menée au sein des établissements scolaires et, d'autre part, à la conception par le CePT, le Service de la Jeunesse de la Ville de Luxembourg et la Ville de Saarbrück d'un kit de jeu interactif (Ecstasia V.1.0/1998) autour du thème de l'ecstasy à inclure dans les cours scolaires adéquats. Le jeu de société "Ecstasia" permet d'acquérir de façon ludique des connaissances sur la substance et son usage, de réfléchir en groupe sur des affirmations et des attitudes courantes et d'expérimenter certaines situations "préventives".

Dans le cadre du projet "d'Schoul op der Sich" initié par le CePT en collaboration avec le Service d'Éducation à la Santé et à l'Environnement du ministère de l'Éducation Nationale, ont été créés des groupes de prévention au sein d'établissements de l'enseignement post-primaire qui abordent les thèmes de l'école comme lieu de vie et des drogues. En matière d'enseignement primaire, le CePT participe au projet initié par la fondation MENTOR et réalisé par le ministère de l'Éducation Nationale, le CePT et l'IFT Nord. L'objectif est d'intégrer la prévention primaire des toxicomanies dans le cadre de l'école primaire par le biais de l'éducation à la santé. Concrètement, il s'agit de développer les compétences psychosociales de chacun, d'apprendre à gérer les diverses situations de la vie quotidienne, des plus simples à celles qui mènent aux conflits, au stress, aux angoisses et qui risquent de mener à l'abus ou à la dépendance de substances psychotropes.

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.

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.

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 de Formation Administrative (IFA).

## Les programmes pour jeunes

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

Organisés conjointement le par le Groupe de Mondorf, le CePT et le SNJ plusieurs projets innovateurs du domaine des loisirs ont été mis en place au cours des dernières années. Durant l'année 1999, deux semaines transfrontalières d'aventure (Worriken, Belgique et Marienthal, Luxembourg) ont permis à une trentaine de jeunes provenant de 4 régions frontalières d'Allemagne, de France, de la Belgique ainsi que du Grand-Duché de Luxembourg de se rencontrer et de vivre des expériences communes sous le thème générique de la prévention et des comportements à risque. Les rencontres en question sont alternativement organisées par les régions partenaires du Groupe de Mondorf.

*Principales institutions impliquées :*

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

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

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

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

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

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

► *Le Groupe de Mondorf*

**Contact:** Alain ORIGER

Direction de la Santé  
Villa Louvigny – Allée Marconi  
L-2120 Luxembourg  
Tél.: 478 56 22 / Fax.: 46 79 65  
URL: <http://www.relis.lu>  
e-mail: [alain.origer@ms.etat.lu](mailto:alain.origer@ms.etat.lu)

► *L'Agence Nationale du Luxembourg de la Jeunesse pour l'Europe III - Programme communautaire d'échanges de jeunes DG XXII*

Le Centre National d'Information et d'Echanges de Jeunesse, en collaboration avec le SNJ, assure l'exécution du programme européen "Jeunesse pour l'Europe" au niveau national. Pour garantir une dissémination rapide et efficace des différentes actions du programme, l'Agence Nationale travaille en étroite coopération avec les 11 centres régionaux pour jeunes (Dudelange, Diekirch, Differdange, Bettembourg, Rédange, Wiltz, Esch-sur-Alzette, Echternach, Pétange, Grevenmacher et Ettelbrück). L'Agence Nationale fonctionne comme centrale de ce réseau. Elle informe les agences régionales des initiatives qui se déroulent dans le cadre du programme. Les agences régionales ont donc un rôle important à assumer en tant que relais régionaux du programme.

**Contact:** Myriam PUTZEYS

Centre Information et d'Echanges de Jeunes  
76, Bd. de la Pétrusse  
L-2320 Luxembourg  
Tél.: 40 55 52 / Fax.: 40 55 56

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

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

**Contact:**

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

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

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

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

► *Médecins Sans Frontières - Solidarité Jeunes*

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

**Contact:** Alain **MASSEN** 33, rte de Strasbourg  
L-2561 Luxembourg  
Tél.: 48 93 48 / Fax.: 48 93 47  
URL: <http://www.msf.lu>  
e-mail: [msf-solidaritejeunes@luxembourg.msf.org](mailto:msf-solidaritejeunes@luxembourg.msf.org)

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

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

L'une des premières campagnes médiatiques à grande échelle contre l'abus de drogues (Gutt liewen ouni Drogen: Bien vivre sans drogues), avait été lancée en 1987 par le SNJ, qui peut être considéré comme l'un des pionniers en matière de prévention primaire dans le domaine des drogues à l'échelle nationale. Jusqu'à ce jour, plusieurs campagnes d'information et de prévention ont été menées principalement sous la responsabilité de différents départements du ministère de la Santé et du ministère de la Jeunesse. Le CePT projette de mener une campagne pluriannuelle d'information et de prévention multimédia à l'échelle nationale au cours de l'année 2001.

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

par le Fonds de lutte contre le trafic des stupéfiants, le ministère de la Santé et le ministère de la Jeunesse.

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

### 11.1.2 Dispositif d'accueil téléphonique

Le 1<sup>er</sup> octobre 1995, le CePT a intégré dans la fondation une ligne d'accueil téléphonique, réservée aux problèmes liés à la dépendance au sens large du terme. Le personnel bénévole spécialement formé, assiste et conseille des toxicomanes, des étudiants, des parents et des professionnels 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Les quatre premières années de fonctionnement ont clairement mis en évidence qu'il existe une demande réelle pour ce type d'assistance. L'équipe d'accueil est exclusivement constituée de bénévoles et les appels ne sont pas gratuits jusqu'à ce jour.

Ci-après figure une présentation sommaire des statistiques d'appels pour les années 1996 à 1999 :

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

		1996	1997	1998	1999
<b>NOMBRE D'APPELS</b>		713	653	717	626
<b>SEXE</b>	masculin	54 %	40 %	50%	36%
	féminin	46 %	60 %	50%	64%
<b>DEMANDEUR</b>	Personne concernée	83 %	75 %	83%	76%
	famille et entourage	17 %	25 %	17%	24%
<b>MOMENT D'APPEL</b>	week-end (+vendredi)	47 %	40 %	45%	38%
	en semaine	53 %	60 %	55%	62%
<b>PRODUITS IMPLIQUÉS</b>	alcool	59 %	39 %	50.5%	42.5%
	médicaments	54 %	38 %	40.6%	29.3%
	héroïne/cocaïne	d.m.	12 %	10.9%	13.3%
	cannabis	d.m.	9 %	6.5%	11%
	nicotine	d.m.	1 %	d.m.	2%
	ecstasy type	d.m.	0.5 %	2.8%	0.5%
	autre	d.m.	0.5 %	d.m.	1.4%

<b>MOTIF DE LA DEMANDE</b>	conseils et soutien	d.m.	50 %	d.m.	d.m.
	orientation	d.m.	27.5 %	32.2%	d.m.
	info sur autres structures	d.m.	15 %	d.m.	d.m.
	info sur substances	d.m.	4 %	d.m.	d.m.
	info sur service téléphone	d.m.	3 %	d.m.	d.m.
	conseils juridiques	d.m.	0.5 %	d.m.	d.m.
<b>CLASSES D'ÂGE</b>	< 11	d.m.	0.1 %		
	12-15 ans	d.m.	0.7 %	0.8%	0.5%
	16-19 ans	d.m.	2 %	2%	2.6%
	20-24 ans	d.m.	5 %	2%	4%
	25-30 ans	d.m.	4.5 %	7.2%	9%
	31-40 ans	d.m.	26 %	40.6%	26.5%
	41-50 ans	d.m.	57 %	34.8%	42.6%
> 50 ans	d.m.	4.7 %	12.6%	14.8%	

(Note: d.m.: données manquantes)

Source: CePT 1999

#### *Réseaux européens :*

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

#### *11.1.3 Les programmes communautaires*

Au début de l'année 1995 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.

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.

La présentation officielle du rapport d'évaluation par le CePT et l'Université de Landau (ZePF) a eu lieu en mars 1998 lors d'un congrès européen. A

signaler que le projet continue, au-delà de la phase d'évaluation, en s'appuyant sur les acquis et les réseaux de collaboration mis en place, en 1999, six nouvelles communes se sont jointes au projet.

#### 11.1.4 Réduction des risques

##### Travail de rue

Depuis 1989, un programme de travail de rue, coordonné par la fondation JDH, est pleinement opérationnel dans le sud du pays. Des discussions portant sur l'extension du programme à la Ville de Luxembourg sont actuellement en cours. Des travailleurs sociaux formés au travail de rue assurent des services divers tels que des activités de contact direct et l'incitation au recours à des soins primaires, aux tests de dépistage du SIDA et des hépatites, à l'utilisation de matériel d'injection stérile ainsi que la distribution de préservatifs et le soutien psychologique.

##### Statistiques du service " Streetwork " JDH -ESCH/ALZETTE 1995-99

	1995	1996	1997	1998	1999	
<b>HEURES DE PRÉSENCE</b>						
<b>DANS LE MILIEU DE LA DROGUE</b>	346	279	213	206	176	▲
<b>NOMBRE DE CONTACTS</b>	903	634	469	438	d.m.	
<b>NOMBRE D'ENTRETIENS</b>						
<b>DE MAINTIEN</b>				314	285	▲
<b>NOMBRE D'ENTRETIENS</b>						
<b>LIÉS AUX PROBLÈMES DE DROGUES</b>				124	79	▲

Source: Fondation JDH. 1999

L'Aidsberôdung a.s.b.l. (Croix-Rouge Luxembourg), créée en 1988 et conventionnée par le ministère de la Santé, a coordonné un projet local de travail de rue, ciblé sur les jeunes ne présentant pas nécessairement une consommation problématique de stupéfiants et qui vise à prévenir la propagation des maladies infectieuses. Un autre projet issu du même champ de préoccupation s'adresse spécifiquement aux prostitué(e)s de rue en leur offrant la possibilité de se soumettre à des tests de dépistage de certaines maladies infectieuses et en leur proposant, le cas échéant, les vaccins appropriés.

##### Les services à seuil bas

Le Comité National de Défense Sociale (CNDS) était à l'origine des premières offres de bas seuil pour des minorités marginalisées au Grand-Duché. Les premières actions entreprises, notamment le développement du travail de rue dans les milieux de la drogues, de la prostitution

et de la délinquance remontent à l'année 1985. Le projet dénommé initialement "Camionnette-SZENE KONTAKT " fut créé en 1993 en tant que dispositif d'intervention mobile, placé aux environs de la gare ferroviaire de Luxembourg Ville. Dans une optique de réduction des risques associés à la consommation intraveineuse de drogues, un service plus spécialisé fut ensuite mis en place par l'équipe pluridisciplinaire du projet.

En 1995, une nouvelle camionnette a été acquise par le CNDS sur base d'un financement partiel accordé par Fonds de lutte contre le trafic de stupéfiants. En 1996, le projet a conclu une convention avec le ministère de la Famille et se voyait par ailleurs subventionné par le ministère de la Santé.

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

Suite aux élections législatives de 1999 et aux nouvelles attributions des départements ministériels, le projet ABRIGADO a conclu une convention de collaboration avec le ministère de la Santé, en vigueur depuis le 1er janvier 2000.

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

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



Données statistiques sommaires :

*Statistiques du Projet ABRIGADO – SZENE KONTAKT 1996-99*

	1996	1997	1998	1999
<b>JOURS DE PRÉSENCE AU SEIN DE LA SCÈNE</b>	238	248	248	251
<b>NOMBRE TOTAL DE CONTACTS</b>	6.456	8.734	8.525	10.602 ↗
<b>NOMBRE MOYEN DE PERSONNES REÇUES PAR JOUR</b>	30	35	34,4	42,2 ↗
<b>PREMIÈRES DEMANDES D'AIDE</b>	364	388	+/- 216	215
<b>NOMBRE DE NOUVEAUX CLIENTS PAR JOUR</b>	1,5	1,6	0,87	0,84
<b>NOMBRE DE SERINGUES DISTRIBUÉES</b>	22.729	46.993	42.621	55.436 ↗
<b>NOMBRE DE SERINGUES USÉES COLLECTÉES</b>	20.090	43.987	37.587	48.747 ↗
<b>TAUX DE RETOUR DE SERINGUES USÉES</b>	88,4%	93,6%	82,2%	88%
<b>POURCENTAGE DE CLIENTS ÂGÉS ENTRE 18 ET 35 ANS</b>	83,7%	77,51%	80,64%	86,59% ↗
<b>POURCENTAGE DE FEMMES AVEC AU MOINS 1 ENFANT</b>			48,82%	47,17%
<b>DISTRIBUTION SELON SEXE</b>				
MASCULIN	72,16%	72,4%	71,7%	70%
FÉMININ	27,48%	27,6%	28,3%	30%
<b>NATIONALITÉ</b>				
LUXEMBOURGEOISE	64,74%	70,68%	71,52%	68,84%
ÉTRANGÈRE	35,26%	29,32%	29,48%	31,16%
<b>MOTIFS DE DEMANDES LIÉES À LA CONSOMMATION DE DROGUES</b>	87,4%	87,14%	87,43%	87,44%
<b>POURCENTAGE DE PROSTITUÉS PARMIS LA CLIENTÈLE FÉMININE</b>	46,70%	52,42%	50%	50,63%
<b>SITUATION PÉNALE DES CLIENTS</b>				
JAMAIS EN PRISON	41,85%	49,79%	49,49%	50,52%
1 SÉJOUR EN PRISON	26,39%	23,02%	22,69%	23,61%
PLUSIEURS SÉJOURS EN PRISON	31,75%	27,17%	27,80%	25,87%

Source: CNDS 1999

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

Données statistiques sommaires de 1996 à 1999:

*Statistiques du projet "OPPEN DIR " JDH -ESCH/ALZETTE 1996-99*

	1996	1997	1998	1999
<b>NOMBRE TOTAL DE CONTACTS</b>	804	1.050	1.818	1.676
<b>PREMIÈRES DEMANDES D'AIDE</b>	171	113	181	126
<b>NOMBRE D'ENTRETIENS</b>			436	318
<b>NOMBRE DE SERINGUES DISTRIBUÉES</b>	854	1.701	3.068	4.948 ↗
<b>NOMBRE DE SERINGUES USÉES COLLECTÉES</b>	360	990	1.400	3.150 ↗
<b>TAUX DE RETOUR DE SERINGUES USÉES</b>	42%	58%	46%	64% ↗

Source: Fondation JDH 1999

Au courant du mois de novembre 1998, a eu lieu l'inauguration officielle du centre "Drop In" pour prostitué(e)s. Le centre, qui est conventionné par le ministère de la Promotion Féminine, offre une série de services à bas seuil dont notamment l'échange de seringues aux prostitué(e)s toxicomanes.

Le projet de loi n° 4349 du 25 août 1997 modifiant la loi modifiée du 17 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie prévoit, entre autres, la création d'un cadre légal pour les traitements substitutifs et le programme de distribution de seringues ainsi que la mise en place de lieux d'accueil pour toxicomanes leur permettant de s'administrer leurs propres drogues sous contrôle médical, dans de conditions hygiéniques adéquates. Pour l'état d'avancement du projet de loi, il convient de se référer au chapitre I.1.2.

#### *Prévention des maladies infectieuses parmi les usagers de drogues*

Une des plus importantes actions menées en matière de prévention des maladies infectieuses dans les milieux de la drogue a débuté en 1993. Il s'agit de la mise en place du programme national d'échange de seringues. Actuellement, cinq services spécialisés participent au programme. Par ailleurs cinq distributeurs de seringues ont été placés aux endroits les plus appropriés des différentes villes du Grand-Duché de Luxembourg (Luxembourg Ville, Esch-sur-Alzette, Dudelange, Differdange et Ettelbrück). A l'exception de l'année 1996 (en raisons de problèmes techniques), les taux d'utilisation des distributeurs affichent une tendance à la hausse qui est particulièrement sensible pour l'année 1999. Au total, on observe une augmentation de 64.814 unités pour l'année 1999. On remarquera par ailleurs que le taux de retour de seringues usées, distribuées dans le cadre du Programme (à l'exception des distributeurs) est également en hausse. Le tableau ci-après donne un aperçu des quantités de seringues écoulées et re-collectées par les différents services impliqués de 1996 à 1999:

Statistiques des activités d'échange de seringues au niveau national 1996-99

	SERINGUES DISTRIBUÉES				SERINGUES USÉES COLLECTÉES			
	1996	1997	1998	1999	1996	1997	1998	1999
<b>JDH, Esch s/ ALZETTE</b>								
• STREETWORK	122	47	58	159 ↗	360	990	1.400	3.150
• CENTRE DE CONSULTATION	854	1.701	3.068	4.948 ↗	5.000 (42%)	6.340 (58%)	7.660 (46%)	17.700 (64%) ↗
<b>JDH, LUXEMBOURG-VILLE</b>	6.801	9.339	16.800	28.000 ↗	1.696 (74%)	1.556 (68%)	2.439 (46%) ↗	7.479 (62,5%) ↗
<b>OPPEN DIR, Esch s/ ALZETTE (Réseau PSY)</b>	2.829	2.263	3.849	8.772 ↗	20.090 (60%)	43.987 (69%)	37.587 (63%) ↗	48.747 (88%) ↗
<b>ABRIGADO SZENE- KONTAKT</b>	22.729	46.993	42.621	55.436 ↗	(88%)	(94%)	(88%) ↘	(88%) ↗
<b>DISTRIBUTEURS DE SERINGUES (LUXEMBOURG, Esch s/ ALZETTE, ETTELBRÜCK, DIFFERDANGE, DUDELANGE)</b>	42.924	24.507	43.347	55.671	1.500 (3,5%)	600 (2,5%)	1.800 (4%)	1.300 (2%) ↘
<b>DROP-IN</b>				21.372				20.388
<b>TOTAL</b>	<b>76.259</b>	<b>84.850</b>	<b>109.743</b> ↗	<b>174.558</b> ↗	<b>28.646</b> (38%)	<b>53.473</b> (63%)	<b>58.886</b> (46%) ↗	<b>98.764</b> (57%) ↗

Source: RELIS 99

A titre d'information, on citera les statistiques officielles de l'AIDSBERÔDUNG (CROIX ROUGE), un des principaux lieux d'accueil et d'information en matière de VIH et de sida au niveau national. Au cours de l'année 1999, 285 (252) personnes ont consulté les services de l'Aidsberôdung, dont 102 (96) vivaient avec le VIH/sida. 89 (76) étaient des proches des patients et 94 (80) présentaient un autre statut (prostitué(e)s, worried well, hommes homosexuels, etc.). Concernant les personnes séropositives ayant consulté l'Aidsberôdung, on compte 46% (51%) d'hommes homosexuels, 27% (29%) d'hétérosexuels, 27% (19%) d'usagers de drogues. Le sex-ratio était de 76%/24% (83%/17%) en faveur des hommes. 22% (21%) ont consulté pour la première fois les services de l'Aidsberôdung en 1999.

En ce qui concerne les statistiques d'admission de la Maison Henry Dunant de l'Aidsberôdung, on retiendra que parmi les 10 personnes hébergées, 4 déclaraient être toxicomanes au moment de l'admission.

Le Comité de Surveillance du Sida ainsi que le Laboratoire de Retrovirologie du CRP-Santé et l'Inspection Sanitaire de la Direction de la Santé ont fourni les données suivantes sur les personnes VIH séropositives de 1985 à 1999 et des infections par hépatites virales de 1995 à 1999 :

Tableau II.1.4.1 Nombre d'usagers intraveineux de drogues (UIDs) parmi les personnes infectées par le VIH

ANNEE	TOTAL		HOMMES		FEMMES	
	N	% UIDs/ VIH	N	% UIDs/ VIH	N	% UIDs/ VIH
1984	0	0	0	0	0	0
1985	7	30,4	6	28,6	1	50,0
1986	9	30,0	6	24,0	3	60,0
1987	7	21,2	5	17,2	2	50,0
1988	6	24,0	4	22,2	2	28,5
1989	2	8,3	2	10,0	0	0
1990	1	5,0	1	5,6	0	0
1991	4	12,5	4	18,2	0	0
1992	11	28,2	7	24,1	4	40,0
1993	5	15,6	3	14,2	2	18,2
1994	1	3,8	0	0,0	1	33,3
1995	3	10,1	3	13,0	0	0
1996	2	7,4	2	10,0	0	0
1997	3	11,5	3	13,0	1	33,3
1998	7	23,3	6	25,0	1	16,7
1999	6	20,6	4	17,4	2	33,3
<b>TOTAL</b>	<b>74</b>	<b>17</b>	<b>56</b>	<b>16</b>	<b>19</b>	<b>24</b>

Source: Laboratoire de Retrovirologie – CRP-Santé

Tableau II.1.4.2 Mode de transmission du VIH (Nouveaux cas déclarés. Statut: vivant)

ANNEE	1984-92		1993		1994		1995		1996		1997		1998		1999		TOTAL		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
HOMOSEXUEL(S)/																			
BISEXUEL(S)	111	49	12	38	15	58	15	54	12	44	15	58	10	33	10	34	200	47	
UIDs	47	24	5	16	1	4	3	10	2	7	3	12	7	23	6	21	74	17	
HÉTÉROSEXUEL(S)	39	17	11	34	7	27	9	32	11	41	8	31	7	23	9	31	101	23,5	
TRANSFUSIONS																			
SANGUINES	16	6,5															16	4	
TRANSMISSION																			
MÈRE-ENFANT	1	0,5											1	3			2	0,5	
INCONNU	14	3	4	6	3	4	1		2	7			5	7	4	14	33	8	
<b>TOTAL</b>	<b>228</b>		<b>32</b>		<b>26</b>		<b>28</b>		<b>27</b>		<b>26</b>		<b>30</b>		<b>29</b>		<b>426</b>		

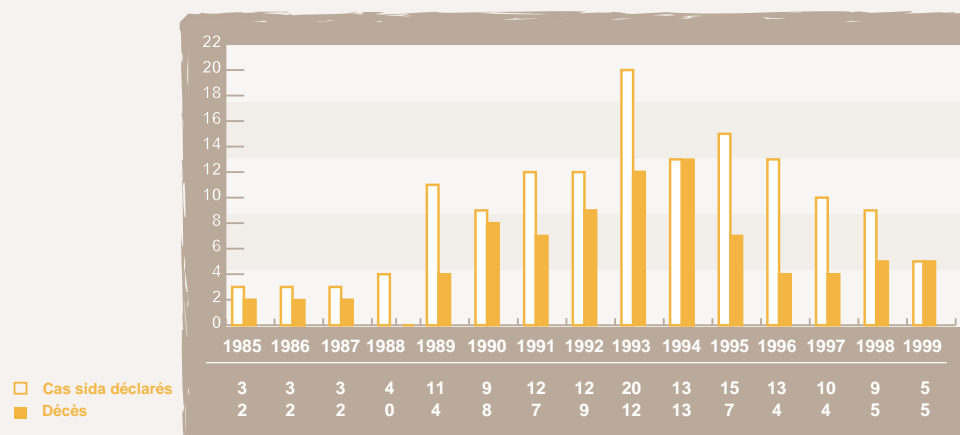
Source: Laboratoire de Retrovirologie – CRP-Santé

Tableau II.1.4.3 Mode de transmission du VIH (cas sida confirmés)

ANNEE	1985-92	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	TOTAL	
									N	%
HOMOSEXUEL(S)/ BISEXUEL(S)	30	11	5	10	5	5	4	2	72	51
UIDS	9	5	2		3	2	3	1	25	18
HÉTÉROSEXUEL(S)	6	4	3	5	3	3		2	26	18
TRANSFUSIONS SANGUINES	5		1		2		1		9	6
TRANSMISSION MÈRE-ENFANT			1						1	1
INCONNU	7		1				1		9	6
<b>TOTAL</b>	<b>57</b>	<b>20</b>	<b>13</b>	<b>15</b>	<b>13</b>	<b>10</b>	<b>9</b>	<b>5</b>	<b>142</b>	<b>100</b>
<b>DECES DECLARES</b>	<b>34</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>84</b>	

Source: Comité de surveillance du sida. Rapport d'activité. 1999

Fig. II.1.4.1 Evolution du nombre de cas sida et du nombre de décès associés (1985-1999)



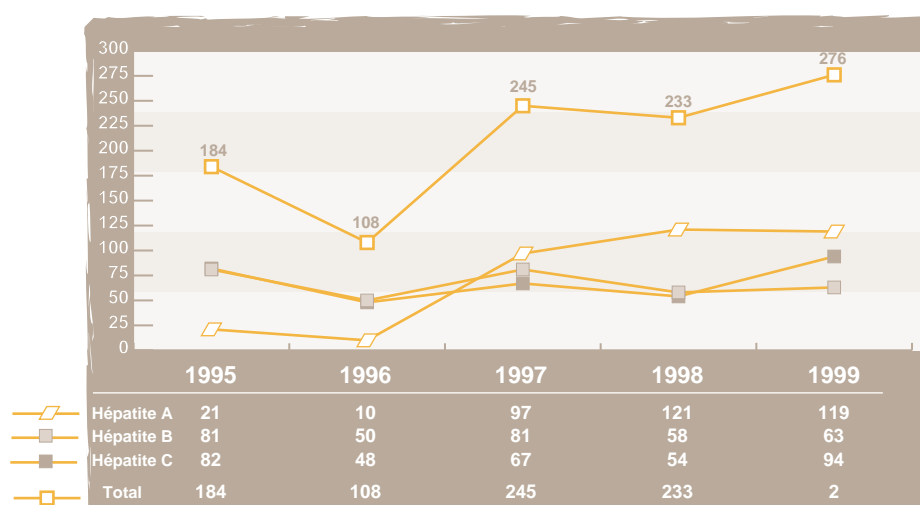
Source: Comité de surveillance du sida. Rapport d'activité. 1999

En 1999, 106.000 préservatifs ont été mis à disposition des institutions spécialisées par la Division de la Médecine Préventive et Sociale de la Direction de la Santé. D'autres actions de prévention, à caractère plus local, peuvent être citées telles que la prise de contact au sein du milieu des prostitué(e)s, dans le but de leur proposer des tests de dépistage du virus VIH et/ou de l'hépatite. Ces activités, plus spécifiques, sont doréna-

vant développées dans le cadre des activités du centre "Drop In" pour prostitué(e)s, mentionné plus en avant.

ABRIGADO - SZENE KONTAKT, participe à la prévention du sida dans la mesure où le service prévoit la distribution de matériel d'injection et de préservatifs tout en informant sur leur utilisation.

Fig. II.1.4.2 Hépatites virales déclarées en population générale au Grand-Duché de Luxembourg (1995-1999)



Source: Division de l'Inspection Sanitaire. Direction de la Santé. 1999

### II.1.5 Programme de substitution

Le programme de substitution par la méthadone a été mis en place en 1989 sous la coordination du ministère de la Santé et de la Fondation JDH. Le programme offrait 30 places d'encadrement en 1993, 50 places en 1994, 158 places en 1997 et 186 en 1998. En 1999, le nombre total de participants s'élevait à 164. Initialement, le programme se limitait à la ville de Luxembourg et les environs immédiats. Depuis 1994, d'importants efforts ont été déployés afin de régionaliser le programme en question en collaboration avec des médecins prescripteurs agréés et de pharmaciens distributeurs.

La prescription de méthadone liquide s'inscrit dans le cadre d'un traitement à long terme dont l'objectif final demeure l'abstinence, bien que pour un certain nombre de patients, il y a lieu de parler d'un encadrement de maintenance ou de stabilisation. Depuis le début de l'année 2000, la prescription de buphrénorphine est également pratiquée selon indication pour certains patients admis au programme. Parallèlement au programme de substitution officiel, un nombre incertain de toxicomanes (300-400) se voient prescrits un traitement de substitution au MEPHENON® (méthadone en forme de pilule) par leur médecin traitant soit, en attente de leur

entrée au programme, soit dans le but d'une maintenance hors programme.

En décembre 1997, les responsables du programme (JDH) ont publié un rapport sur la révision des critères d'admission en vigueur à partir de 1998. Les principales modifications ont été les suivantes :

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

Le règlement interne et le processus d'évaluation furent adaptés sur base de l'expérience acquise.

Données statistiques sommaires pour 1997 et 1999 :

*Statistiques du Programme Méthadone (JDH) 1997-99*

		1997	1998	1999
<b>NOMBRE DE PARTICIPANTS</b>		158	186	164
<b>DISTRIBUTION SELON SEXE</b>				
	<b>MASCULIN</b>	68%	70,5%	64%
	<b>FÉMININ</b>	32%	29,5%	36%
<b>NATIONALITÉ</b>				
	<b>LUXEMBOURG</b>	73%	74%	76% ↗
	<b>PORTUGAL</b>	13%	13%	13%
	<b>ITALIE</b>	6%	5%	5%
	<b>FRANCE</b>	4%	3%	2%
	<b>BELGIQUE</b>	1%	1,5%	1%
	<b>CAP-VERT</b>	1%	1,5%	2%
	<b>ESPAGNE</b>	1%	1%	0,5%
	<b>ALLEMAGNE</b>		1%	0,5%
	<b>EX-YOUGOSLAVIE</b>	1%		
<b>DISTRIBUTION D'ÂGE</b>				
	< 20	d.m.	0,5%	
	20-24	d.m.	10,5%	11%
	25-29	d.m.	29%	25,5%
	30-34	d.m.	33%	32%
	35-39	d.m.	18%	20,5%
	≥ 40	d.m.	9%	11%

<b>DURÉE DE TOXICODÉPENDANCE</b>	<b>&lt; 3 ANS</b>	1%	2%	2%
	<b>3-5 ANS</b>	16%	16%	17%
	<b>6-10 ANS</b>	42%	46%	45%
	<b>11-15 ANS</b>	28%	24%	24%
	<b>&gt;15 ANS</b>	13%	12%	12%
<b>PROVENANCE GÉOGRAPHIQUE</b>	<b>SUD LUXEMBOURG VILLE (+ALENTOURS)</b>	47%	44,5%	48%
	<b>NORD</b>	30%	29%	24%
	<b>EST</b>	16%	22%	23%
	<b>EST</b>	6%	4%	5%
	<b>OUEST</b>	1%	0,5%	
	<b>MOTIFS DE SORTIE</b>	<b>ABANDONS</b>	d.m.	54%
	<b>TRAITEMENT À TERME</b>	d.m.	22%	16%
	<b>CURES RÉSIDENTIELLES</b>	d.m.	15%	9%
	<b>PRISON</b>	d.m.	3,5%	7%
	<b>DÉCÈS</b>	d.m.	3,5%	
	<b>EXCLUSION</b>	d.m.	2%	5,5%

Source: Fondation JDH 1999

A retenir enfin que la fondation JDH, en collaboration avec le Centre de Recherche Henri-Tudor, a développé un nouveau logiciel d'évaluation, opérationnel depuis la fin de l'année 1998.

#### 11.1.6 Services résidentiels de désintoxication

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



Données statistiques sommaires pour 1997 et 1999:

*Statistiques du BU-V du CHNP 1997-99*

		1997	1998	1999
<b>NOMBRE D'ADMISSIONS</b>		226	251 ▲	272 ▲
<b>NOMBRE DE PREMIÈRES ADMISSIONS</b>			70	62 ▼
<b>NOMBRE DE PATIENTS</b>				
(COMPTAGES MULTIPLES EXCLUS)			158	155
<b>DISTRIBUTION SELON SEXE</b>				
	<b>MASCULIN</b>	72%	80,5%	70 ▼
	<b>FÉMININ</b>	28%	19,5%	30
<b>DISTRIBUTION D'ÂGE</b>				
	< 15	1%	0,20%	0%
1997: m=28 ans et 2 mois	15-19	1%	4,80%	8%
1998: m=28 ans et 1 mois	20-24	31%	24%	23%
1999: m=27 ans et 5 mois ▼	25-29	25%	32%	32%
	30-34	26%	21%	25%
	35-39	13%	16%	9%
	≥ 40	3%	2%	3%
<b>DURÉE DE SÉJOUR</b>				
	MOYENNE	13,47 jours	14,37 jours	12,83 jours ▼
	MINIMUM	1 jour	1 jour	1 jour
	MAXIMUM	88 jours	71 jours	63 jours
	ECART TYPE	11,85 jours	11,99 jours	10,15 jours
<b>ORIENTATION POST SEVRAGE</b>				
	RETOUR AU DOMICILE	42%	23%	25%
	RETOUR À LA SCÈNE	29%	46%	31%
	RETOUR SCÈNE OU DOMICILE			20%
	INSTITUTION THÉRAPEUTIQUE	11%	12%	9%
	INSTITUTION À L'ÉTRANGER	10%	10%	6%
	INSTITUTION / FOYER	5%	3%	4%
	TRANSFERT INTRA-CHNP	2%	1%	2%
	AUTRE	1%	5%	3%

Source: CHNP - RELIS 1999

### 11.1.7 Les services extrahospitaliers

#### Structures de consultation et d'accueil

Le principal centre de consultation pour toxicomanes issu du secteur extrahospitalier a déjà été mentionné; il s'agit de la Fondation JDH. Son offre couvre des interventions thérapeutiques à court et à long terme, des interventions de crise, une assistance sociale et des entretiens d'orientation et de conseil. JDH coordonne par ailleurs le programme national de substitution par la méthadone. Le siège central de JDH, qui se trouve à Luxembourg Ville, dispose également d'antennes dans le sud du pays à

Esch-sur-Alzette et, depuis le février 1998, dans le Nord, à Ettelbrück. Depuis 2000, JDH a conclu une convention unique avec le ministère de la Santé. A la date du 1<sup>er</sup> janvier 2000, JDH disposait de 15 postes plein temps pour couvrir la totalité des activités.

Données statistiques sommaires de 1997 à 1999:

*Statistiques du centre de consultation JDH de Luxembourg -Ville 1997-99*

		1997	1998	1999
<b>NOMBRE DE CLIENTS/FAMILLES</b>		244	270	299
<b>NOMBRE DE PREMIERS DEMANDEURS</b>		120 (49%)	130 (48%)	180 (60%) ▲
<b>DISTRIBUTION SELON SEXE</b>				
	<b>MASCULIN</b>	68%	70%	70%
	<b>FÉMININ</b>	32%	30%	30%
<b>NOMBRE DE CONSULTATIONS</b>				
	<b>INDIVIDUELLES</b>	534	654	628
	<b>COUPLE/FAMILLE</b>	167	175	241 ▲
<b>NOMBRE DE CONSULTATIONS EXTERNES (PRISON / HÔPITAUX)</b>				
		72	77	92
<b>DISTRIBUTION D'ÂGE</b>				
	< 20 ANS	4%	10%	11%
	20-24 ANS	21%	20,5%	24,5% ▲
	25-29 ANS	25%	23,5%	23%
	30-34 ANS	23%	22%	17,5% ▼
	35-39 ANS	14%	9%	8,5% ▼
	> 40 ANS	12%	13,5%	13%
	ÂGE INCONNU	1%	1,5%	2,5%
<b>MOTIFS DE DEMANDE</b>				
	<b>ABUS D'OPICÉS/POLYTOXICOMANIE</b>	72%	71%	69%
	<b>TOXICOMANIE D'UN PROCHE</b>	13%	12%	10,5%
	<b>PROBLÈMES PSYCHOSOCIAUX/PSYCHIATRIQUES</b>	7%	9%	9%
	<b>POST-CURES</b>	2%	2%	1,5%
	<b>ABUS D'ALCOOL</b>	2%	0,5%	0,5%
	<b>CANNABIS</b>	1%	3,5%	3,5%
	<b>AMPHÉTAMINES/COCAÏNE/LSD/ECSTASY</b>	1%		2,5% ▲
	<b>DEMANDES D'INFORMATIONS GÉNÉRALES</b>	1%	0,5	0,5%
	<b>AUTRES (MÉDICAMENTS, BOULIMIE, ETC.)</b>	1%	1,5	3%

Source: Fondation JDH. 1999

Statistiques du centre de consultation JDH de Esch-sur-Alzette 1997-99

		1997	1998	1999
<b>NOMBRE DE CLIENTS</b>		166	183	213
<b>NOMBRE DE PREMIERS DEMANDEURS AUPRÈS DE JDHE</b>		59 (36%)	64 (35%)	98 (46%)
<i>NOMBRE DE CLIENTS SANS CONTACT AVEC AUTRES SERVICES DE JDH</i>			48(75%)	24(78%)
<b>DISTRIBUTION SELON SEXE</b>				
	<b>MASCULIN</b>	62%	62%	57%
	<b>FÉMININ</b>	38%	38%	43% ↗
<b>NOMBRE DE CONSULTATIONS (INDIVIDUELLES ET FAMILIALES)</b>		883	974	1009
<b>NOMBRE DE CONSULTATIONS EXTERNES (PRISON / HÔPITAUX)</b>		173	245	148 ↘
<b>DISTRIBUTION D'ÂGE</b>	< 20 ANS	6%	7%	5%
	20-30 ANS	48%	43%	46%
	> 30 ANS	46%	50%	49%

Source: Fondation JDH 1999

Statistiques du centre de consultation JDH-Ettelbrück 1999

		1999
<b>NOMBRE DE CLIENTS/FAMILLES</b>		24
<b>NOMBRE DE CONSULTATIONS (INDIVIDUELLES/FAMILIALES)</b>		32

Source: Fondation JDH 1999

Structures résidentielles, communautés thérapeutiques

Il n'existe actuellement au Grand-Duché qu'une seule structure de type "communauté thérapeutique résidentielle", située à l'Est du pays, à savoir le Centre Thérapeutique de Manternach (CTM). Le programme thérapeutique du centre prévoit une évolution progressive en trois phases:

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

Le cadre, les responsabilités et les priorités varient en fonction de chaque phase. La durée du traitement se situe entre 6 mois et un an.

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

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

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

Au début de l'année 1998, le nombre de lits a été porté de 18 à 25 unités. Ce changement s'est soldé dans une augmentation considérable au niveau des contacts avec les hôpitaux, le Service Central d'Assistance Sociale ainsi que d'autres administrations.

Données statistiques sommaires de 1997 à 1999:

*Statistiques du Centre Thérapeutique de Manternach - Syrdallschlass (1997-99)*

	1997	1998	1999
<b>NOMBRE TOTAL DE PATIENTS HÉBERGÉS</b> (nouveaux patients et patients de l'année précédente encore présents, enfants exclus)	55	55	59
<b>NOMBRE D'ADMISSIONS (ANNÉE EN COURS)</b>		39	47
<b>NOMBRE DE PATIENTS ADMIS (ANNÉE EN COURS)</b>	36	37	40
<b>OCCUPATION MOYENNE MENSUELLE</b>			20,1
<b>JOURNÉES DE PRÉSENCE DES PATIENTS</b>	6.580	8.101	7.348

<b>DISTRIBUTION SELON SEXE</b>	<b>MASCULIN</b>	82%	87,5%	77,9%
	<b>FÉMININ</b>	18%	12,5%	22,1% ▲
<b>DISTRIBUTION D'ÂGE</b>	< 20	6,5%	7,2%	3,4% ▼
	20-25	43,5%	35,7%	32,2% ▼
	26-30	25,8%	23,2%	25,4%
	> 30	24,2%	33,9%	39% ▲
<b>NATIONALITÉ</b>	<b>LUXEMBOURG</b>	69,4%	66%	64,4% ▼
	<b>PORTUGAL</b>	9,7%	12,4%	18,6% ▲
	<b>ITALIE</b>	6,5%	8,9%	6,8%
	<b>ESPAGNE</b>		3,6%	3,4%
	<b>ALLEMAGNE</b>	4,8%		1,7%
	<b>FRANCE</b>	4,8%	1,8%	1,7%
	<b>BELGIQUE</b>		1,8%	1,7%
	<b>EX-YOUGOSLAVIE</b>	1,6%	1,8%	
	<b>MAROC</b>		1,8%	
	<b>APATRIDE</b>	1,6%	1,9%	1,7%
<b>ETAT CIVIL</b>	<b>CÉLIBATAIRE</b>	82,3%	85,7%	81,3%
	<b>MARIÉ(E)</b>	1,6%	3,6%	8,5% ▲
	<b>SÉPARÉ(E)</b>	3,2%	1,9%	3,4%
	<b>DIVORCÉ(E)</b>	12,9%	8,8%	6,8% ▼

Source: CTM. 1999

#### *Les structures d'accueil pour mineurs d'âge*

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

A la date du 1<sup>er</sup> janvier 2000 fut conclue une convention de collaboration unique entre MSF-SOLIDARITE JEUNES et le ministère de la Santé qui porte sur trois postes de psychologues plein temps.

Statistiques du projet MSF-SOLIDARITE JEUNES 1997 - 99

		1997	1998	1999
<b>NOMBRE DE CLIENTS</b>		27	46	99
<b>NOMBRE DE NOUVEAUX CLIENTS</b>		d.m	35	70
<b>DISTRIBUTION</b>				
<b>SELON LE SEXE</b>	<b>FÉMININ</b>	26%	28%	26,3%
	<b>MASCULIN</b>	74%	72%	73,7%
<b>DISTRIBUTION</b>				
<b>SELON L'ÂGE</b>	< 15	7%	11%	16,1%
	15-18	82%	81%	73,8%
	> 18	11%	8%	10,1%
<b>SUBSTANCE PRÉFÉRENTIELLE</b>				
<b>IMPLIQUÉE</b>	<b>CANNABIS</b>	45%	49%	65,7%
	<b>HÉROÏNE</b>	33%	22%	21,2%
	<b>SOLVANTS VOLATILES</b>	7%	11%	5,1%
	<b>ECSTASY</b>	4%	12%	3%
	<b>COCAÏNE</b>		3%	1%
	<b>LSD</b>	4%	3%	1%
	<b>AUTRE</b>	7%		3%

Source: Solidarité Jeunes (MSF). 1999

### 11.1.8 Les suivis en postcure

La gestion de la maison de postcure qui a ouvert ses portes en 1995, incombe à la Fondation JDH et au CTM, et se trouve sous la tutelle du ministère de la Santé. La population se compose principalement de patients ayant suivi à terme le programme thérapeutique du CTM. Le centre en question dispose d'une capacité d'accueil de 7 personnes qui peuvent profiter d'un logement et d'un encadrement psychologique pour une durée de 6 à 12 mois. A ce stade, la plupart des résidents disposent d'une occupation professionnelle. Le centre de postcure représente en quelque sorte la dernière étape d'un long processus de réhabilitation, qui dans beaucoup de cas, va de la désintoxication d'urgence à la réintégration socioprofessionnelle. En 1999, 13 personnes ont séjourné dans la maison de post-cure pour un total de 1.924 jours de présence. Le taux d'occupation moyen s'élevait à 5,27(▼) résidents.

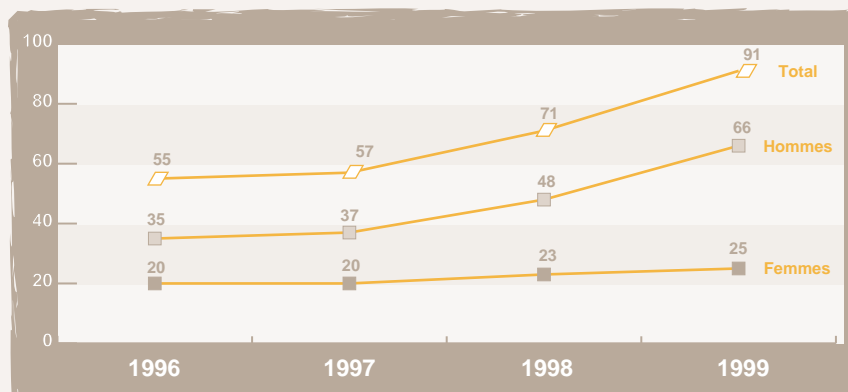
II.1.9 Les demandes de traitement à l'étranger

Ci-après figurent les données statistiques relatives aux demandes de traitement résidentiel (drogues dures et polytoxicomanie) à l'étranger, adressées à l'Administration du Contrôle Médical de 1996 à 1999 :

ANNÉE DE NAISSANCE	TOTAL (1996)	TOTAL (1997)	TOTAL (1998)	TOTAL (1999)	HOMMES (1999)		FEMMES (1999)	
	N	N	N	N	N	%	N	%
1935-1939			1	1	0	0	1	100
1940-1944			5	2	0	0	2	100
1945-1949			3	3	2	66,66	1	33,33
1950-1954	1	1	2	0	0	0	0	0
1955-1959	3	3	4	4	4	100	0	0
1960-1964	3	3	13	9	9	100	0	0
1965-1969	13	13	9	19	13	69,42	6	31,58
1970-1974	19	20	18	21	17	80,95	4	19,05
1975-1979	16	17	12	22	19	86,36	3	13,64
1980-1984			4	10	2	20	8	80
<b>TOTAL</b>	<b>55</b>	<b>57</b>	<b>71</b>	<b>91</b>	<b>66</b>	<b>72,53</b>	<b>25</b>	<b>27,47</b>

Source : Administration du Contrôle Médical : Cures de désintoxication (drogues dures et polytoxicomanie) à l'étranger - Exercices 1996/99.

Fig. II.1.9 Cures de désintoxication (drogues dures et polytoxicomanie) à l'étranger - Exercices 1996/99.



Source : Administration du Contrôle Médical

### 11.1.10 Le traitement en milieu carcéral

#### - Statistiques des entrées au CPL et CPA

Le tableau suivant reprend le nombre de détenus nouvellement admis aux établissements pénitentiaires du Grand-Duché de Luxembourg pour infraction au code "DELIT-STUP" couvrant la période de 1989 à 1999. Au 31 décembre 1999, la population carcérale totale s'élevait à 396 (392) détenus (CPL:327 / CPA: 59). On observe depuis 1996, une diminution importante de la proportion de détenus admis aux centres pénitentiaires pour des motifs d'infraction à la loi sur les stupéfiants.

ANNEE	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
<b>NOUVELLES</b>											
<b>ENTRÉES (TOTAL)</b>	713	685	858	796	859						
<b>NOUVELLES</b>											
<b>ENTRÉES "STUP"</b>	163	244	277	157	246	288	296	292	309	167	139
							41,5%	42,6%	36%	21%	21%

Source: Administration pénitentiaire. 1999

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

Conjointement, un groupe d'experts mandaté par le ministre de la Justice a soumis une proposition de projet pilote s'étalant de 2000 à 2005 qui vise la prise en charge globale des détenus toxicomanes, couplé à un programme de prévention primaire et de prévention des maladies infectieuses et la création d'unités sans drogues au sein des prisons. Un avant-projet a été introduit par la direction du CPG et CPL auprès du délégué du procureur général d'Etat en juillet 1999. Le recrutement de l'équipe du projet est en cours.

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

Les membres des équipes CDNS et du CTM et de la fondation JDH assurent des consultations au sein des deux établissements pénitentiaires.

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



*Offre de prise en charge en milieu carcéral par JDH 1998 - 99*

		1998	1999
<b>NOMBRE DE DÉTENUS PRIS EN CHARGE</b>		43	61
<b>NOMBRE DE SÉANCES DE CONSULTATION</b>		260	401
<b>SANS CONTACTS ANTÉRIEURS AVEC LES SERVICES DE JDH</b>		63%	36%
<b>DISTRIBUTION SELON SEXE</b>			
	<b>FÉMININ</b>	17%	8%
	<b>MASCULIN</b>	83%	92%
<b>DISTRIBUTION SELON ÂGE</b>			
	15-19		3%
	20-24	28%	14%
	25-29	35%	52%
	≥ 30	37%	31%
<b>SUBSTANCE PRÉFÉRENTIELLE IMPLIQUÉE</b>			
	<b>HÉROÏNE</b>	44%	31%
	<b>POLYTOXICOMANIE</b>	42%	44%
	<b>COCAÏNE ET HÉROÏNE</b>	5%	18%
	<b>AUTRE</b>	9%	7%

Source: Fondation JDH 1999

*Prévention VIH/SIDA et hépatites en milieu carcéral*

Source: Comité de surveillance du Sida. Rapport d'activités 1999

En 1999, plus de 300 (250) tests de dépistage de l'infection VIH ont été effectués aux centres pénitentiaires du Luxembourg. Deux nouveaux cas d'infection par le VIH ont été dépistés. Les 2 personnes en question ont également présenté une sérologie positive pour l'hépatite C.

282 (252) examens sérologiques ont été effectués pour dépister les hépatites virales (A, B et C) et la syphilis.

*Le nombre d'examens sérologiques positifs:*

	1997	1998	1999
<b>HÉPATITE A:</b>	90 cas	125	172
<b>HÉPATITE B:</b>	63 cas	70	74

<b>ANTIGÈNE HBS:</b>	7 cas	5	8
<b>ANTICORPS HBS:</b>	18 cas	34	29
<b>HÉPATITE C:</b>	69 cas	78	82
<b>SYPHILIS:</b>	2 cas	1	3
<b>Nb. TOTAL D'EXAMEN SÉROLOGIQUES</b>	221	252	282

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

	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>
<b>HÉPATITE A:</b>	46	71	79
<b>HÉPATITE B:</b>	7	7	6
<b>HÉPATITE C:</b>	19	17	28

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

	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>
<b>HÉPATITES B ET C:</b>	21	20	19
<b>HÉPATITES A ET B ET C:</b>	16	30	20
<b>HÉPATITES A ET B:</b>	17	13	29
<b>HÉPATITES A ET C:</b>	11	11	15

*Le nombre de personnes vaccinées contre l'hépatite B (anticorps HBS uniquement) et présentant une autre hépatite virale:*

	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>
<b>ABSENCE D'HÉPATITE:</b>	9	16	22
<b>HÉPATITE A:</b>	4	9	9
<b>HÉPATITE C:</b>	3	6	12
<b>HÉPATITES A ET C:</b>	2	3	7
<b>TOTAL DES PERSONNES VACCINÉES CONTRE L'HÉPATITE B</b>	18	34	50

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

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

En comparaison avec l'année précédente, le nombre de personnes vaccinées contre l'hépatite B et qui présentent une sérologie positive pour l'hépatite C a doublé. Ce résultat est à mettre sur le compte de la vaccination systématique contre les hépatites A et B des toxicomanes en milieu pénitentiaire et en dehors de la prison.

*Etude épidémiologique des infections à HIV et à l'hépatite virale C dans les prisons luxembourgeoises (Résultats cf. chapitre II.2)*

Réseaux européens :

Le Centre Pénitentiaire Agricole (CPA - L-6666 Givenich - Luxembourg) est membre du Réseau Toxicomanies et Interventions en Milieu Carcéral (TIMC - PRAXIS - 33, rue du Palais - B-4800 VERVIERS). JDH est membre du Réseau Européen de Services pour les Consommateurs de Drogues en Prison (ENSDUP - c/o PRS - PO Box Eu London NW 8QP - U.K.)

*II.1.11 Les groupes d'entraide*

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

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

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

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

### 11.1.12 Minorites ethniques

En mars 1999, le PFN a publié l'étude intitulée : "Comparative study on the drug population of Portugal and a representative sample of Portuguese drug addicts residents of the Grand Duchy of Luxembourg" portant sur la comparaison des trois sous-populations suivantes : les toxicomanes de nationalité luxembourgeoise, les toxicomanes d'origine portugaise en traitement dans les institutions luxembourgeoises et enfin les toxicomanes portugais en traitement dans leur pays d'origine.

### 11.1.13 Evenements ou programmes speciaux en 1999

*Janvier 99 (22)* : Deuxième séminaire national sur les drogues synthétiques, organisé par le CePT en collaboration avec le ministère de la Jeunesse, le ministère de la Santé et le Fonds de lutte contre le trafic des stupéfiants.

*Février 99* : Inauguration d'une nouvelle antenne de consultation pour toxicomanes à Ettelbrück gérée par la Fondation JDH et Médecins Sans Frontières - Solidarité Jeunes.

*Février 99* : Conférence sur le thème " Femmes et toxicomanies " organisée par le CePT.

*Février 99 (27)* : Inauguration de l'exposition photographique " Autres vues " par des personnes concernées, organisée par AGORA asbl.

*Mars 99 (26)*: Journée d'étude " Problème de la drogue " organisée par le Conseil Interparlementaire Consultatif de BENELUX (Courtrai B.)

*Juin 99* : Conférence de presse et émissions radio à l'occasion de la présentation du Rapport National sur la Situation du Problème des Drogues et des Toxicomanies 1998 (RELIS) par le point focal OEDT du Grand-Duché de Luxembourg.

*Juin 99 (7)* : Inauguration de la structure d'accueil à bas seuil " ABRIGADO ", gérée par le Comité National de Défense Sociale a.s.b.l.

*Juin 99 (20-30)*: Journées d'aventures transfrontalières pour jeunes organisées par le Groupe de Mondorf à Worriken (Belgique).

*Juillet 99* : Introduction d'un avant-projet global de prise en charge des personnes toxico-dépendantes en milieu pénitentiaire par la direction du CPG et CPL auprès du délégué du procureur général d'Etat.

*Août 99* : Elections parlementaires et désignation du nouveau ministre de la Santé, Monsieur Carlo Wagner (DP).

*Août 99 (12)*: Déclaration gouvernementale.

*Septembre 99 (21)*: 60<sup>ième</sup> symposium SAR-LOR-LUX sur la politique de santé mentale et missions du service publique, organisé par le Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique en collaboration avec la Société Luxembourgeoise de Psychiatrie, Neurologie et Psychothérapie.

*Octobre 99 (15)* : Conférence-débat sur la Méthadone, organisé par la Fondation JDH à l'occasion du 10<sup>ième</sup> anniversaire du programme national de substitution à la méthadone.

*Novembre 99 (24) : Conférence sur la prescription de SUBUTEX (buprénorphine) par la firme Schering-Plough.*

*Novembre 99 (29) : Inauguration des nouveaux locaux de Centre Emmanuel asbl à Luxembourg Ville.*

*Décembre 99 : Début du programme de formation en prévention primaire, organisé par le CePT.*

#### *II.1.14 Sommaire des publications en 1999 (réf. cf. bibliographie)*

*Mars 99 (31) : Publication de la 9<sup>ième</sup> et 10<sup>ième</sup> édition de revue de presse spéciale sur les drogues et les toxicomanies par le Service Information Presse du ministère d'Etat et le PFN.*

*Avril 99 : Edition spéciale du magazine des sans abri " Stëmm vunn der Stross " sur le thème de la drogue.*

*Juin 99 : Publication du Rapport National sur la Situation du Problème des Drogues et des Toxicomanies 1998 (RELIS) par le point focal OEDT du Grand-Duché de Luxembourg.*

*Juillet 99 : Rapport d'évaluation des activités nationales entreprises dans le cadre de la 3<sup>ième</sup> Semaine de Prévention des Toxicomanies, par l'Université de Landau (ZePF) et le CePT en collaboration avec le PFN.*

*Août 99 (25) : Publication de la 11<sup>ième</sup> édition de revue de presse spéciale sur les drogues et les toxicomanies par le Service Information Presse du ministère d'Etat et le PFN.*

*Décembre 99 : Le magazine finlandais de santé publique " SOCIOS " publie un interview avec le responsable du point focal OEDT du G.D. de Luxembourg sur la situation du problème des drogues au niveau national.*

## Chapitre II.2

### Sommaire des travaux de recherche récents

- 11.2.1 *Etude épidémiologique et méthodologique des cas de décès liés à l'usage de drogues (1990-1999), PFN (en cours – publication prévue pour fin 2000)*
- 11.2.2 *Etude de prévalence de la population toxicomane au Grand-Duché de Luxembourg, PFN (en cours – publication prévue pour début 2001)*
- 11.2.3 *Etude du coût économique de la drogue et de la toxicomanie à l'échelle nationale, A. ORIGER, Dr J.-M. CLOOS (en cours – publication prévue pour juin 2001)*
- 11.2.4 *Etude : " Cannabis au Grand-Duché de Luxembourg – Une analyse de la situation actuelle ", CePT, en collaboration avec le PFN.*

Les résultats de l'étude ont été présentés officiellement lors d'une journée d'étude le 30 mai 2000 et le rapport de l'étude est disponible au CePT. Un sommaire des résultats figure ci-après :

#### *Sommaire*

##### *Introduction méthodologique*

L'objet de l'étude consiste à dresser l'état de la situation actuelle en matière de représentations sociales et de prévalence de la consommation de cannabis et des produits dérivés. La méthodologie appliquée, basée sur l'approche " rapid assesment " (WHO/PSA, 1998), permet, à coût réduit, l'analyse rapide et holistique d'un phénomène donné.

Selon les cas, la faible représentativité des données est compensée par la diversité des sources de données retenues. Le niveau de qualité des données respectives, mentionné au début de toute section thématique, a été établi en fonction de leur fidélité et leur validité.

Ci-après figure la liste des sources de données ainsi que les approches méthodologiques retenues :

- ▶ Interview face à face de spectateurs au cinéma (enquête cinéma),
- ▶ Questionnaire auto-administré au sein d'établissements scolaires secondaires (enquête écoles / classes de 8ième à 12ième),
- ▶ Questionnaire structuré et entretien non directif destinés aux consommateurs de cannabis,
- ▶ Enquête par courrier en population générale (enquête dans 6 communes),
- ▶ Questionnaire auto-administré pour institutions spécialisées de prise en charge et de prévention,
- ▶ Questionnaire auto-administré pour institutions spécialisées pour jeunes,
- ▶ Questionnaire auto-administré pour médecins généralistes et médecins psychiatres,

- ▶ Entretiens non directifs avec des responsables du Laboratoire National de la Santé,
- ▶ Entretiens non directifs avec des responsables des Forces de l'Ordre,
- ▶ Entretiens non directifs avec des responsables de l'Administration des Douanes,
- ▶ Entretiens non directifs avec des représentants de la Justice.

#### *Objectifs*

- ▶ Evaluation de la situation actuelle (épidémiologie et modèles de consommation),
- ▶ Représentations sociales et connaissances du statut légal du cannabis,
- ▶ Différenciation des modèles de consommation selon l'environnement social,
- ▶ Evaluation des besoins en matière de prévention.

#### *Résultats*

- ▶ *Prévalence actuelle :*  
3,2% des jeunes âgés entre 12 et 16 ans, 5,8% des 17 à 25 ans et 3,9% des 26 à 40 ans consomment actuellement des produits à base de cannabis (enquête " communes "). Les taux de prévalence fournis par l'enquête " cinéma " sont en moyenne jusqu'à quatre fois plus élevés.  
4,7% des étudiants issus des classes de 8<sup>ème</sup> (âge moyen 13 ans et 6 mois) et 13,3% des étudiants des classes de 12<sup>ème</sup> (âge moyen 18 ans) consomment de façon régulière ou occasionnelle des produits de cannabis. Les données " écoles " sont représentatives pour les niveaux d'enseignements considérés.  
Comparés aux résultats d'études antérieures, on retient une augmentation de la consommation de cannabis au niveau national.  
Les taux de prévalence observés se situent en moyenne dans les marges observées dans d'autres Etats membres.
- ▶ *Prévalence vie :*  
Le pourcentage de personnes qui ont au moins une fois au cours de leur vie consommé des produits à base de cannabis s'élève à 7,2% pour les jeunes âgés entre 12 et 16 ans, à 16,5% pour les répondants âgés entre 17 et 25 et à 16,4% pour les personnes âgées entre 26 et 40 ans (enquête " communes ").  
Les données (non-représentatives) de l'enquête " cinéma " fournissent des taux de prévalence deux fois plus élevés.  
En ce qui concerne l'enquête " écoles ", on retiendra un taux de prévalence vie de 14,5% pour les élèves issus des classes de 8<sup>ème</sup> et de 43,4% pour ceux des classes de 12<sup>ème</sup>.

Tableau 1. Prévalence : consommation de cannabis (enquête "communes")

CONSUMMATION CANNABIS	CLASSES D'ÂGE				SEXE		TOTAL
	12-16 ANS	17-25 ANS	26-40 ANS	41-60 ANS	FEMMES	HOMMES	
<b>PRÉVALENCE VIE</b>	7,2%	16,5%	16,4%	2,9%	8,4%	14,6%	11,3%
<b>CONSUMMATION ACTUELLE</b>	3,2%	5,8%	3,9%	0,0%	2,0%	5,0%	3,4%
<b>CONSUMMATION RÉGULIÈRE</b>	1,6%	4,1%	0,0%	0,0%	0,8%	2,3%	1,5%

Tableau 2. Prévalence : consommation de cannabis (enquête "cinéma")

	PRÉVALENCE VIE			CONSUMMATION ACTUELLE		
	N	OUI	NON	N	OUI	NON
TOTAL	1,019	34,8%	65,2%	913	18,8%	81,2%
10-16 ANS	137	36,3%	73,7%	119	17,6%	82,4%
17-25 ANS	584	40,1%	59,9%	524	23,3%	76,7%
26-40 ANS	256	30,9%	69,1%	232	11,2%	88,8%
41-60 ANS	42	14,3%	85,7%	38	7,9%	92,1%
MASCULIN	541	41,6%	58,4%	492	21,5%	78,5%
FÉMININ	478	27%	73%	421	14,7%	85,3%

Tableau 3. Distribution selon les groupes de consommateurs (enquête "écoles")

GROUPES	CLASSES DE 8 <sup>ÈME</sup>			CLASSES DE 12 <sup>ÈME</sup>		
	HOMMES	FEMMES	TOTAL	HOMMES	FEMMES	TOTAL
<b>NON-CONSUMMATEURS</b>	77,8%	90,5%	85,4%	47,3%	62,9%	56,6%
<b>EX-CONSUMMATEURS</b>	13,1%	1,8%	6,2%	9,7%	12,6%	12,0%
<b>PERSONNES AYANT DÉJÀ ESSAYÉ</b>	4,0%	3,6%	3,6%	24,7%	14,6%	18,1%
<b>CONSUMMATEURS</b>	5,1%	4,1%	4,7%	18,3%	9,9%	13,3%
<b>PRÉVALENCE VIE</b>	22,2%	9,5%	14,5%	53,7%	37,1%	43,4%



► *Niveau de connaissance de la situation légale*

En ce qui concerne la consommation de petites quantités de cannabis, les répondants font preuve d'une grande indétermination quant au statut illicite des substances étudiées. 30% de l'échantillon " communes " et 16,70% des répondants " écoles " rapportent qu'ils ignorent si la consommation de cannabis est illicite ou non. 17% de l'échantillon " communes " sont d'avis que la consommation de cannabis est licite et 21% supposent que la détention de petites quantités n'est pas contraire à la loi. La vente de cannabis est considérée par la majorité des répondants comme étant un acte illicite.

Ces résultats remettent en question l'effet de dissuasion de la prohibition des substances considérées. La prohibition ne semble pas avoir l'influence supposée sur l'accès aux drogues considérées. Il existe un manque important d'information au sujet de la législation relative à la détention de la consommation de cannabis au Grand-Duché de Luxembourg.

► *Facteurs à risques vs. facteurs protecteurs*

Pour les jeunes âgés entre 13 et 16 ans, l'interdit parental, associé à un style d'éducation " démocratique ", peut constituer un motif d'abstinence de la consommation des drogues.

Un style d'éducation autoritaire (non-démocratique) ne contribue que très faiblement à promouvoir un comportement d'abstinence, en particulier chez les jeunes filles interrogées.

Une certaine attitude de passivité s'observe chez les parents d'enfants " consommateurs ". Soit ils sont indifférents au comportement de leur(s) enfant(s), soit ils se sont résignés, sous prétexte de n'avoir aucun moyen de prévenir l'attrait de leur(s) enfant(s) par les drogues en question.

► *Auto-évaluation des risques*

On n'observe pas de différence significative au niveau de l'évaluation des risques de dépendance attribuée au cannabis comparés aux drogues telles que l'alcool ou le tabac. Les niveaux de risques attribués sont fonction de l'âge et de l'expérience de consommation des répondants.

Le groupe d'âge de 26 à 40 ans attribue le même risque de dépendance aux trois substances précitées.

L'analyse des questionnaires avec les intervenants de terrain renvoie à des points de vue divergents. Sommairement, on peut distinguer ceux pour qui la consommation de cannabis ne constitue pas un problème explicite de ceux qui soulignent le danger qu'il y a à banaliser cette même consommation.

Les consommateurs eux-mêmes considèrent l'usage de cannabis plutôt comme étant non problématique. La première prise de contact avec des institutions spécialisées ou médecins-généralistes est survenue dans la majorité des cas par l'intermédiaire d'un tiers.

Les résultats de l'étude, ainsi que le constat que les consommateurs de cannabis font dans la plupart des cas usage d'autres drogues, laissent entrevoir qu'il y a davantage lieu de parler d'un phénomène global de consommation de drogues, incluant autant les drogues licites qu'illicites, plutôt que d'un profil spécifique de consommateurs de cannabis.

#### 11.2.5 *Etude épidémiologique des infections à l'HIV et à l'hépatite virale C dans les prisons luxembourgeoises*

(Source : Comité de surveillance du Sida, Rapport d'activités 1999)

##### A. INTRODUCTION

A la demande du ministre de la Justice, une étude a été réalisée dans les prisons luxembourgeoises (CPL, CPG) le 4 et 5 septembre 1998 en vue de pouvoir estimer la prévalence de l'infection HIV et de l'hépatite virale C (HCV), et afin d'étudier les comportements à risque en relation avec ces types d'infections en milieu carcéral.

L'originalité du travail réside dans le fait qu'il a été effectué de façon identique dans différents pays de l'Union européenne. Il sera dès lors possible de comparer la situation des prisons luxembourgeoises à celle des centres de détention des pays avoisinants.

En pratique, l'étude a procédé à des tests sérologiques volontaires et anonymes auprès de tous les détenus des centres pénitentiaires. Le test sérologique a été effectué sur un prélèvement de salive. En outre, chaque détenu participant s'est vu proposé un questionnaire anonyme portant sur sa vie sexuelle et ses habitudes de consommation de drogues par voie intraveineuse avant et pendant l'incarcération. Le traitement des données a été assuré par l'Observatoire Régional de la Santé PACA-INSERM U379 à Marseille.

Le projet a pu être réalisé grâce au WIAD - Bonn (Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands) et grâce au soutien financier de la Commission européenne (DG V) et du Fonds de Lutte contre le Trafic des Stupéfiants (G.-D. de Luxembourg).

Un taux de réponse de 90% a pu être obtenu grâce à une étroite collaboration avec les représentants des détenus des différents centres pénitentiaires.

Les conclusions de cette étude permettent de prendre les mesures adéquates afin de limiter les comportements à risque en milieu carcéral.

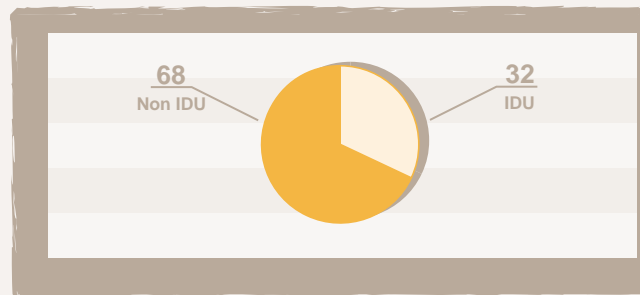
## B. RESULTATS

### I. Généralités

Plus de 90% des détenus ont participé à l'étude qui a été conduite sur une base volontaire et anonyme dans les prisons de Schrassig (CPL) et de Givenich (CPG). 62% des détenus retenus sont condamnés. 33% se trouvent en détention préventive. Ces chiffres correspondent aux données officielles, ce qui permet de conclure que les questionnaires ont été remplis correctement.

Les femmes représentent 5% de la population carcérale. Elles sont exclusivement détenues dans la prison de Schrassig (CPL).

*Fig. 1.1 Proportion de la population des usagers de drogues par voie intraveineuse (IDU) par rapport à la population qui ne consomme pas de drogues par voie intraveineuse (non-IDU):*

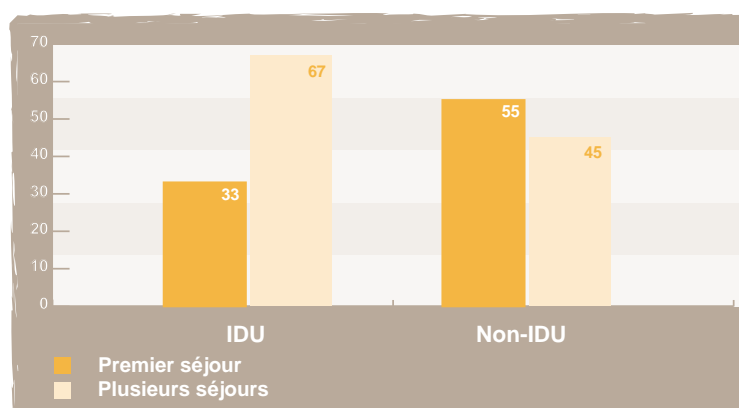


32% des détenus déclarent être usagers de drogues par voie intraveineuse (IDU). La proportion de femmes-IDU par rapport à la population féminine générale est identique à celle des hommes.

20% de la population carcérale (24% des IDU, 19% des non-IDU) a fait plus de 5 ans de prison.

## II. Quelques caractéristiques de la population des usagers de drogues par voie intraveineuse

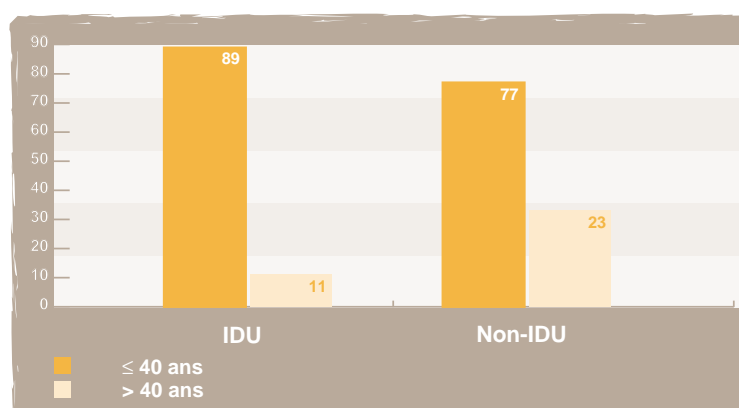
Fig.II.1 Fréquence des séjours en prison (%)



55% de la population carcérale non-IDU sont en prison pour la première fois. 45% de cette population déclarent avoir été en prison au moins deux fois avant l'incarcération actuelle.

A noter que chez les IDU, un tiers est en prison pour la première fois, alors que 67% des IDU ont été incarcérés au moins deux fois avant leur incarcération actuelle.

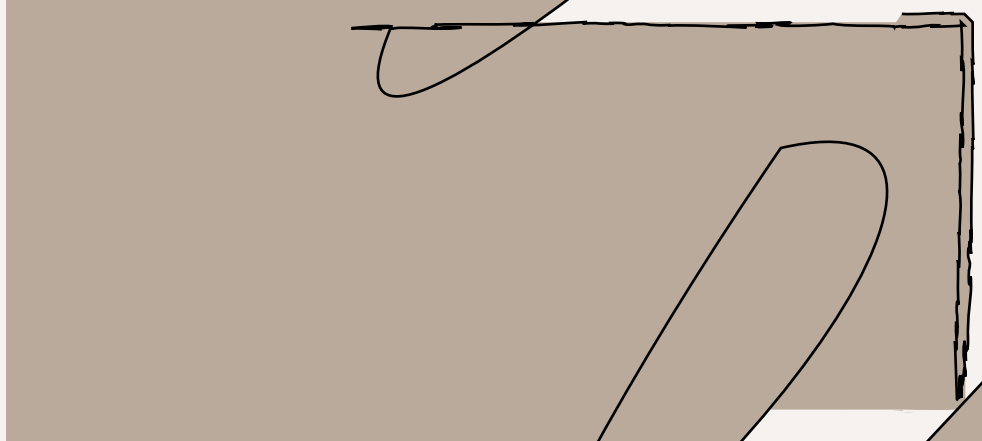
Fig.II.2 Age des détenus (%)



80% de la population carcérale totale ont moins de 40 ans, (89% des IDU, 77% des non-IDU).

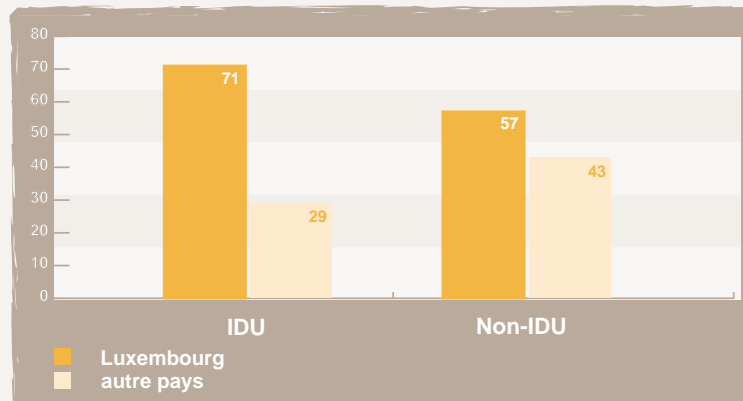
38 % de la population carcérale totale ont entre 21 et 30 ans (47% des IDU, 33% des non-IDU).

Fig. 11.3 Pays d'origine des détenus (%)



54% de la population carcérale est d'origine luxembourgeoise (60% des IDU, 51% des non-IDU)  
85% de la population carcérale est d'origine européenne (87% des IDU, 93% des non-IDU)

Fig. 11.4 Lieu de résidence des détenus depuis 1980 (%)



61% de la population carcérale vit au Luxembourg depuis au moins 18 ans (71% des IDU, 57% des non-IDU).

### *III. La consommation de drogues par voie intraveineuse en prison*

- ▶ 28% des détenus reconnaissent avoir consommé des drogues par injection en prison. Parmi les détenus qui s'injectent des drogues par voie intraveineuse, 58% affirment partager leur(s) seringue(s) avec d'autres détenus.
- ▶ 9% des détenus affirment s'être injecté de l'héroïne pour la première fois en prison.
- ▶ 8% des détenus affirment avoir partagé leur(s) seringue(s) avec d'autres détenus au cours du mois écoulé.
- ▶ 70% des détenus utilisent de l'eau pour nettoyer leur(s) seringue(s). 22% ne les nettoient pas du tout.

### *IV. Rapports sexuels en prison*

- ▶ 3% de la population carcérale affirment avoir des rapports homosexuels en prison.
- ▶ 10% des détenus qui affirment avoir eu une activité sexuelle en prison, disent avoir utilisé un préservatif.
- ▶ 1% de la population carcérale masculine avoue s'être prostituée en prison.
- ▶ 1 % de la population masculine carcérale affirme avoir payé pour des rapports sexuels en prison.
- ▶ 47% des détenus en prison disent avoir eu plus d'un partenaire sexuel pendant l'année qui précède leur incarcération.

### *V. Les caractéristiques de la population infectée par le HIV en prison*

- ▶ 6 détenus présentent une sérologie positive pour le HIV, ce qui représente 1,5% de la population carcérale globale.
- ▶ 4 personnes infectées ont plus de 30 ans.
- ▶ 5 personnes infectées par le HIV sont nées au Luxembourg. 1 personne est née dans un autre pays européen.
- ▶ 5 des 6 personnes infectées par le HIV avaient à leur actif au moins 2 séjours en prison avant leur incarcération actuelle.
- ▶ 5 personnes des personnes infectées par le HIV (sur un total de 6) rapportaient être consommateurs de drogue par voie intraveineuse.

VI. Les caractéristiques de la population infectée par le HCV en prison

Fig.VI.1 Sérologies HCV des détenus IDU, Non-IDU et de la population carcérale totale (%)



- ▶ 54 détenus sur un total de 362 ont été infectés par le virus de l'hépatite C (HCV), ce qui représente 15% de la population carcérale globale. 80% des personnes infectées par le HCV rapportaient être consommateurs de drogues par voie intraveineuse. 46% des personnes infectées par le HCV ont moins de 30 ans.
- ▶ 64% des détenus infectés sont nés au Luxembourg. 26% sont nés dans un autre pays européen. 70% des détenus infectés par le HCV ont leur domicile au Luxembourg depuis au moins 19 ans. 56% des personnes infectées par le HCV avaient au moins 2 séjours en prison à leur actif avant leur incarcération actuelle.

C. CONCLUSIONS

- ▶ Un tiers des détenus déclarent être usagers de drogues par voie intraveineuse. Cette proportion est identique pour les hommes et pour les femmes.
- ▶ Les usagers de drogues par voie intraveineuse (IDU) se retrouvent plus souvent en prison que la population générale.
- ▶ La population IDU est plus jeune que la population carcérale générale.
- ▶ Presque trois quarts de la population IDU vit depuis au moins 18 ans au Luxembourg.
- ▶ Les IDU passent en moyenne plus de temps en prison que les non-IDU.

- ▶ 9 détenus sur 10 qui reconnaissent avoir pris de la drogue par voie intraveineuse avant leur incarcération continuent à s'injecter de la drogue par voie intraveineuse en prison.
- ▶ Parmi les IDU en prison, 60% affirment partager leur matériel d'injection avec d'autres détenus.
- ▶ 9% des consommateurs de drogues par injection ont fait leur première injection de drogues en prison.
- ▶ Une désinfection du matériel d'injection est inexistante.
- ▶ D'après les déclarations des détenus, l'homosexualité semble peu répandue en prison.
- ▶ 1,5 % de la population carcérale est infectée par le HIV.
- ▶ Plus de 90% des détenus infectés par le HIV sont nés au Luxembourg.
- ▶ La grande majorité est consommateur de drogues par voie intraveineuse avec un passé judiciaire de plus de 3 incarcérations.
- ▶ 15% de la population carcérale est infectée par le virus de l'hépatite C.
- ▶ 80% des personnes infectées sont consommateurs de drogues par voie intraveineuse.
- ▶ 70% des détenus infectés par le HCV ont leur domicile au G.-D. de Luxembourg.



## Partie III

# Réseau National d'Information et de Monitoring Epidémiologique

## Chapitre III.1

### L'OEDT et les Points Focaux Nationaux

#### *III.1.1 Historique*

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

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

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

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

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

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

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

Les statuts et fonctions des membres du point focal ainsi que la constitution du réseau de collaborateurs scientifiques et administratifs sur lequel s'appuie le PFN sont décrits en annexe (F). A signaler également qu'en

1996, une nouvelle association nommée Prévention, Recherches, Evaluations, Etudes Européennes dans le Domaine de la Santé (PREEDS), conventionnée par le ministère de la Santé, a été chargée de la gestion financière et administrative de projets initiés par le PFN et d'autres institutions impliquées dans l'exécution de programmes européens relatifs au domaine de la santé. En 2000, PREEDS asbl sera intégrée dans la structure administrative du Centre de Recherche Public-Santé.

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

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

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

REITOX joue un rôle crucial dans l'exécution du programme de travail de l'OEDT. Aussi, REITOX est activement impliqué dans la coopération avec des pays candidats à l'Union européenne tels que notamment les pays de l'Europe centrale et de l'Europe de l'Est (CEEC). De nombreux points focaux participent actuellement à des projets du programme PHARE, mis en place par l'U.E.

#### **III.1.3.2 Les indicateurs épidémiologiques en 1999**

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

Chaque point focal s'engage à exécuter des plans de travail annuels relatifs à chacun des indicateurs clés tels que arrêtés contractuellement sur une base annuelle. Les efforts ainsi

déployés contribuent d'une part à développer ou, le cas échéant, à améliorer les sources d'information et les réseaux de collaboration nationaux et de l'autre, à fournir à l'OEDT des données valides et comparables sur l'état du phénomène de la drogue au sein de l'espace européen.

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

(<http://www.reitox.emcdda.org:8000/eddra/>)

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

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

EDDRA fournit:

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

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

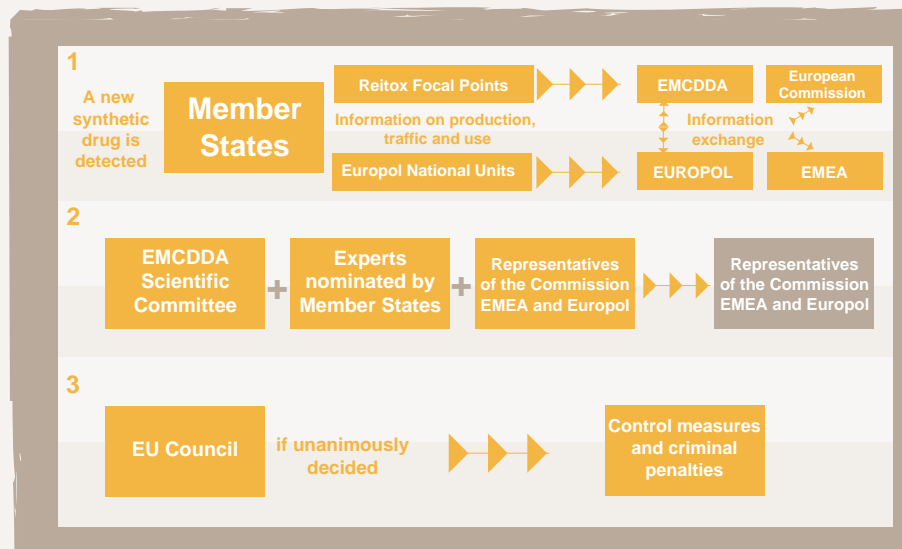
L'OEDT, assisté des points focaux nationaux, assure une mission importante au niveau de la détection et l'évaluation de nouvelles drogues synthétiques au sein de l'Union européenne en accord avec l'Action commune du 16 juin 1997, fondée sur l'article K.3 du traité sur l'Union européenne, relative à l'échange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

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

L'Action commune prévoit:

- ▶ la mise en place d'un " système d'alerte précoce " sur des nouvelles drogues synthétiques détectées au sein de l'UE ;
- ▶ des mécanismes d'évaluation des substances en question ainsi qu'un processus de décision portant sur les mesures de contrôle et des dispositions pénales à appliquer par les Etats membres.

Ci-après figure une présentation sommaire du processus d'évaluation et de décision en vigueur dans le cadre de l'Action commune du 16 juin 1997 (Acronymes, cf. Glossaire) :



Source : OEDT 1999

En date du 31.12.99, l'Action commune avait permis d'évaluer les risques et mesures à entreprendre pour les substances suivantes : 4-MTA (4-Méthylthioamphétamine) et MBDB (N-méthyl-1-(3,4-méthylènedioxyphényl)-2-butanamine).

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

([http://www.emcdda.org/activities/demand\\_eval\\_eib.shtml](http://www.emcdda.org/activities/demand_eval_eib.shtml))

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

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

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

### **III.1.3.6 ISTR A – Système d'information sur les activités de formation**

([http://www.emcdda.org/activities/demand\\_info\\_istra.shtml](http://www.emcdda.org/activities/demand_info_istra.shtml))

Le système ISTR A couvre les activités de formation en matière de réduction de la demande de drogues au sein des 15 Etats membres de l'UE. Sont recensées uniquement les formations de type universitaire et d'enseignement supérieur qui remplissent les conditions suivantes :

- ▶ ciblées sur les domaines de la drogue et des toxicomanies;
- ▶ incluant un ou plusieurs thèmes issus du domaine de la réduction de la demande;
- ▶ assurées par une université accréditée;
- ▶ donnant lieu à une qualification agréée et reconnue;
- ▶ actuellement existantes.

ISTR A fournit des informations sur le cadre, la durée, la fréquence, le niveau de qualification, critères d'entrée, les disciplines impliquées, les accréditations et les programmes de recherche associés à la formation en question.

ISTR A sera prochainement complétée par un inventaire des activités de formation non-universitaire et de formation continue. Le système ainsi conçu fournira aux étudiants intéressés, aux responsables de formation ainsi qu'aux décideurs un aperçu des opportunités de formation dans l'UE et promouvra l'échange d'expérience des intervenants en formation.

**III.1.3.7 QED – Système d’information européen en matière de recherche qualitative** (<http://www.qed.org.uk/>)

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

Une attention particulière est consacrée aux publications des dix dernières années, des projets actuellement en cours et aux chercheurs impliqués dans la recherche qualitative.

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

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

**III.1.3.8 Base de données européenne sur les législations en matière de drogues**

Actuellement en phase de réalisation, la base de données européenne sur les législations en matière de drogues garantira l’accès via Internet aux textes de loi en vigueur dans les différents états membres. Les principaux atouts de la nouvelle base de données sont l’accès facile à l’information, la représentativité européenne, la mise à jour permanente ainsi que l’historique des modifications législatives récentes.

**III.1.3.9 Base de données européenne en matière d’épidémiologie**

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

**III.1.3.10 DIC - Centre d’Information et de Documentation et la Bibliothèque Virtuelle REITOX de l’OEDT**

(<http://external.emcdda.org/virtlib/index.html>)

Le centre d’information et de documentation (DIC) de l’OEDT est relié aux centres de documentation sur les drogues et les toxicomanies des points focaux nationaux REITOX ainsi qu’à une série de centres de documentation et de bibliothèques nationales ou gérés par diverses organisations internationales.

Le DIC offre les services suivants :

- ▶ salle de lecture proposant une sélection de documents écrits ou audiovisuels, de CD-rom et l'accès à la base de données en ligne ;
- ▶ accès à la base documentaire de la bibliothèque locale, incluant notamment les rapports nationaux des points focaux REITOX, des documents en matière de drogues publiés par la Commission européenne et par d'autres institutions européennes ;
- ▶ un système électronique de commande de documents ;
- ▶ recherches bibliographiques sur demande externe.

Le DIC ne dispose pas d'une collection exhaustive de documents en matière de drogues, mais se définit davantage comme un centre de ressources promouvant le partage d'information entre les divers centres de documentation à l'échelle européenne. Les documents qui ne sont pas physiquement répertoriés au DIC peuvent être accédés par l'intermédiaire de la bibliothèque virtuelle REITOX.

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

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

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

#### **III.1.4.1 RELIS – Réseau d'Information National sur les Stupéfiants et les Toxicomanies (<http://www.relis.lu>)**

Depuis sa création en 1993, le PFN développe et maintient un dispositif de monitoring épidémiologique de la population toxicomaniaque répertoriée par le réseau institutionnel au niveau national (RELIS). Opérationnel depuis début 1994, RELIS repo-



se sur un réseau d'information multi-sectoriel incluant centres de traitement spécialisés, hôpitaux généraux, centres de consultation, ainsi que les instances judiciaires et pénales compétentes.

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

- ▶ de situer la prévalence et l'évolution du phénomène toxicomaniaque au niveau national;
- ▶ de suivre l'évolution particulière de chaque cas enregistré sans pour autant révéler son identité;
- ▶ de servir de support scientifique et de pool de données aux activités de recherche;
- ▶ à long terme, d'évaluer les tendances nouvelles et l'impact de certaines interventions sur les comportements et caractéristiques de la population toxicomane.

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

Au courant de l'année 1999, le dispositif RELIS a connu un certain nombre d'améliorations, surtout au niveau de la routine de collecte de données auprès de la Section des Stupéfiants de la Police Judiciaire, de la collaboration avec les institutions pénitentiaires nationales et de la couverture nationale des institutions de traitement spécialisées

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

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

### **III.1.4.3 SAP – Système d’Alerte Précoce sur les drogues synthétiques**

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

Une première application concrète du processus d’évaluation s’inscrivant dans le cadre de l’Action commune sur les drogues synthétiques est le règlement grand-ducal du 6 décembre 1999 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 20 mars 1974 concernant certaines substances psychotropes, complétant l’annexe du règlement par la substance 4-MTA(4-Méthylthioamphétamine) ainsi que les stéréo-isomères de la même substance.

### **III.1.4.4 CLDDT – Centre Logistique de Documentation sur les Drogues et les Toxicomanies**

Le CLDDT recense actuellement plus de 2000 références bibliographiques en matière d’addiction au sens large du terme. Outre le service de consultation sur place, le CLDDT assure la distribution des publications nationales et internationales récentes à son réseau de partenaires et aux parties demandeurs.

## **Chapitre III.2**

# Réseau National d’Information sur les Drogues et les Toxicomanies

### **III.2.1 Remarques préliminaires**

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

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

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

### **III.2.2 Base méthodologique**

#### • **A. Réseau de collecte de données**

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

Sont retenues toutes personnes :

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

#### • **B. Indicateurs de prévalence**

Par le terme indicateur, il faut comprendre toute variable qui autorise, sur base d'un certain nombre de critères de calcul logiques et empiriques, une démarche d'extrapolation sur une population totale. En 1999, le réseau d'information tenait compte des indicateurs suivants :

1. Demande de traitement et première demande de traitement
2. Morbidité/Mortalité liée à la consommation de drogues
  - ( a ) admission dans les structures sanitaires
  - ( b ) affections virales (VIH, hépatites, etc.)
  - ( c ) surdosages non mortels avec assistance médicalisée
  - ( d ) surdosages mortels
3. Données judiciaires et pénales
  - ( a ) interpellations et condamnations pour délits liés à la drogue
  - ( b ) détentions
4. Saisies de drogues illicites

#### • **C. Le biais des comptages multiples**

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

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

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

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

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

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

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

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

En 1996, le dispositif a été modifié et s'appuie depuis sur trois protocoles complémentaires. Mis à part le protocole standard dont il vient d'être question, les enquêteurs disposent d'une fiche d'actualisation garantissant la mise à jour des données des personnes qui ont déjà complété le protocole standard au cours de leur existence. Enfin, une fiche signalétique à compléter pour les personnes qui se présentent plusieurs fois au sein d'une même institution au cours d'une même année. Cette approche permet d'une part la rationalisation de la collecte des données et de l'autre, elle rend possible une exploitation horizontale et verticale des données.

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

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

- **E. Spécificité du protocole**

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

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

Ce niveau est particulièrement important dans une optique à long terme. La base de données nationale réunit en effet des informations recueillies depuis l'année 1994 ce qui permettra une étude longitudinale des comportements toxicomaniaques ainsi que de la dynamique du réseau de prise en charge et du dispositif répressif.

- **F. Modalités de la collecte de données et critères d'inclusion**

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

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

- ▶ Entretien lors duquel l'intervenant note les réponses fournies par la personne questionnée;
- ▶ Personne questionnée complète le protocole en présence de l'intervenant qui, après en avoir vérifié le contenu, complètera les données manquantes par un entretien en face à face;
- ▶ Complément d'information à caractère spécifique par consultation du dossier médical et/ou personnel et concertation avec les intervenants institutionnels.

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

- **G. Définitions**

- ▶ Population cible (cf. point A)
- ▶ Substances retenues

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

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

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

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

A cette fin, il a été opté pour le marquage de certains produits par le qualificatif LRC (Lower Risk Consume). Ces substances présentent ou bien un pouvoir toxicomanogène moindre ou bien, indépendamment de leur nature, sont consommées dans un contexte contrôlé (p. ex. prescription médicale). C'est donc le contexte de consommation qui est retenu comme critère de classification plutôt que la nature du produit. A titre d'exemple on citera la méthadone qui peut être consommée dans le cadre d'un programme de substitution ou bien être acquise par une autre filière et consommée à des fins non thérapeutiques. Dans le premier cas, les risques inhérents à la consommation sont limités, dans le deuxième ils sont non contrôlables.

- Traitement / demande de traitement

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

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

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

Cette définition exclut néanmoins:

- ▶ tout contact où la consommation de drogues n'est pas le motif premier de consultation;
- ▶ tout contact avec des services généraux avec l'objectif exclusif d'assistance sociale;
- ▶ toute demande qui, pour des raisons propres à la personne concernée, n'a pas aboutie;

- ▶ tout contact par téléphone ou par lettre qui est resté sans suite;
- ▶ toute demande qui visait exclusivement à obtenir des informations pratiques;
- ▶ toute demande adressée à un membre de la famille, à l'entourage ou à toute institution ne faisant pas partie du réseau de prise en charge (p. ex. curé, enseignant, etc.).

### **III.2.3 Description de la population toxicomaniaque répertoriée par le réseau institutionnel de 1994 à 1999**

Le tableau ci-après présente le nombre de personnes enregistrées par les institutions de soins, les établissements pénitentiaires et la Section des Stupéfiants de la Police Judiciaire des années 1994 à 1999, ainsi que le nombre d'admissions, de consultations ou d'interpellations en relation avec la consommation et/ou la détention de drogues. Les tendances suivantes peuvent être relevées :

- ▶ la baisse entre 1996 et 1998 du nombre de personnes entrées en contact avec le réseau institutionnel fait place à une augmentation significative de 936 unités en 1999;
- ▶ une hausse de 165 unités par rapport à 1998 du nombre de personnes répertoriées par le réseau des institutions de traitement spécialisées;
- ▶ l'augmentation très sensible observée en 1999 est avant tout tributaire de la hausse significative (769 unités) des personnes indexées par les forces de l'ordre.



INSTITUTION	NOMBRE D'ADMISSIONS (A) ET/ OU CONSULTATIONS (C) ET/OU CONTACTS (CO)						NOMBRE DE PERSONNES INDEXEES					
	94	95	96	97	98	99	94	95	96	97	98	99
<b>INSTITUTIONS SPECIALISEES</b>												
JDH LUXEMBOURG (C)	1662	1523	1086	773	829	961	284	339	308	244	270	299
JDH ESCH/ALZETTE (C)	754	1120	949	883	974	1.009	130	178	175	166	209	213
JDH ETTTELBRÜCK (C)						32						24
CHNP-BU - V (A)	249	277	251	226	251	272	148	166	157	150	158	179
CT MANTERNACH (A)	48	48	58	62	39	47	48	44	55	55	56	59
MSF-SOLIDARITE- JEUNES										27	46	99
ABRIGADO - SZENE KONTAKT (CO)			6.456	8.734	8.525	10.606						
CENTRE EMMANUEL (C)	2	4	7	17	15	34	2	4	7	15	10	21
<b>INSTITUTIONS A L'ETRANGER</b>							≈50	81	55	57	71	91
<b>SOUS TOTAL : INSTITUTIONS SPECIALISEES</b>							<b>660</b>	<b>808</b>	<b>757</b>	<b>714</b>	<b>820</b>	<b>985</b>
<b>UNIT. PSYCHIATRIQUES HOSPITALIERES</b>												
CHL							≈70	80	≈70	50	≈50	≈50
HVEA							≈90	107	37	37	28	58
CLINIQUE ST. LOUIS							d.m.	d.m.	13	15	15	15
<b>SOUS TOTAL CUMMULE : INSTITUTIONS SANITAIRES</b>							<b>≈820</b>	<b>995</b>	<b>877</b>	<b>816</b>	<b>913</b>	<b>1.108</b>
<b>INSTITUTIONS JUDICIAIRES ET PENALES<sup>2</sup></b>												
CPL							≈210	267	259	309		167 139
CPG							≈30	25	33	37		
SPJ - POLICE JUDICIAIRE							≈1.100	1.263	1.368	1.205	1.170	1.939
	<i>(uniquement pour usage et usage / trafic de drogues HRC)</i>											<i>(1.620)</i>
<b>TOTAL CUMMULE</b>							<b>≈2.100</b>	<b>2.550</b>	<b>2.529</b>	<b>2.367</b>	<b>2.250</b>	<b>3.186</b>

<sup>2</sup> Nombre de détenus pour délits STUP (consommation, vente, trafic). Ont uniquement été pris en compte les détenus usagers de drogues "HRC" lors du calcul de prévalence.

### III.2.4 Traitement et représentativité des données

#### III.2.4.1 Description de la base RELIS 99

La base RELIS F/D 99 recense 746 (617) individus qui ont été répertoriés par différentes institutions de soins ou bien interpellés par les forces de l'ordre pour infraction(s) présumée(s) à la loi sur les stupéfiants durant l'année 1999.

### III.2.4.2 Taux et couverture de réponses

**Le taux de réponses** se situe autour de 99%. Il s'agit d'une procédure de recueil individualisé et que le nombre de sujets ayant refusé de compléter le protocole RELIS est minime.

**La couverture de réponses** au niveau des institutions spécialisées renseigne sur la quantité et la représentativité de l'information collectée sur base du protocole de données. Elle permet d'évaluer la qualité du recueil de données au cours des années. Le tableau suivant qui présente les pourcentages de réponses par catégories de questions indique une diminution de **la couverture moyenne de réponse** par rapport à 1998 de **4.84 %**.

CATEGORIE	QUESTIONS N°	ITEMS	% RÉP. 96	% 97	% 98	% 99
<b>DONNÉES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES : 1-6</b>	10		98.92	96.94	92.61	94.63
<b>SCOLARITÉ</b>	7	4	91.39	91.94	94.82	90.01
<b>FAMILLE D'ORIGINE</b>	8	9	94.13	77.36	69.93	65.35
<b>SITUATION RÉSIDENTIELLE</b>	9	4	85.88	73.88	63.51	73.00
<b>SITUATION PROFESSIONNELLE</b>	10	5	66.08	71.66	72.43	92.10
<b>SITUATION FINANCIÈRE</b>	11	2	94.72	75.55	81.08	71.05
<b>SITUATION JUDICIAIRE</b>	12	4	98.12	78.05	78.47	60.10
<b>DONNÉES MÉDICALES</b>	13	6	84.02	85.30	88.74	89.21
<b>COMPORTEMENTS À RISQUE</b>	14	3	84.16	70.92	62.76	50.00
<b>CONSOMMATION DE PRODUITS TOXIQUES</b>	15	8	90.12	74.76	77.50	81.15
<b>FRÉQUENCE DE CONSOMMATION</b>	16	1	91.85	70.00	71.62	65.25
<b>CONTEXTE DU PREMIER CONTACT AVEC DROGUES ILLICITES</b>	17	2	88.74	71.34	48.77	39.35
<b>LIEU D'ACHAT ET D'APPROVISIONNEMENT DES PRODUITS</b>	18	3	76.76	63.61	51.95	40.36
<b>RAISONS DE LA PREMIÈRE CONSOMMATION</b>	19	1	91.85	72.22	50.45	45.08
<b>PREMIÈRE DEMANDE DE TRAITEMENT</b>	20	4	92.37	51.63	70.27	53.23
<b>TRAITEMENT ACTUEL</b>	21	3	91.55	68.32	73.33	62.23
<b>SÉJOURS PASSÉS DANS DES STRUCTURES D'ACCUEIL</b>	22	2	89.44	73.89	53.60	54.18
<b>LIEU D'APPROVISIONNEMENT DU MATÉRIEL D'INJECTION</b>	23	1	68.31	65.00	58.11	44.00
<b>TAUX MOYEN</b>			<b>87.69</b>	<b>75.08</b>	<b>70.00</b>	<b>65.16</b>

Les couvertures de réponses les plus faibles s'observent par ordre croissant au niveau des axes 17, 18, 23 et 19. Les accroissements les plus sensibles se notent au niveau des données socio-démographiques et des items relatifs à la situation résidentielle et à la situation professionnelle.

### III.2.5 Résultats et analyses

Les données reproduites ci-après se rapportent à l'intégralité des personnes recensées au cours de l'année 1999 selon les critères appliqués par le dispositif RELIS. Le point focal luxembourgeois de l'OEDT fournit annuellement aux institutions participantes les données se rapportant à leurs propres clients. Par ailleurs, il convient de signaler que le point focal prend également en charge des demandes d'obtention des données agrégées se rapportant exclusivement aux institutions spécialisées de type sanitaire.

Les présents résultats ne sont pas exprimés en valeurs absolues mais en nombre de réponses (x) par le nombre de réponses connues (exemple : Etat civil : célibataire 78% (n=405) signifie qu'au niveau du recueil des données, on compte 405 réponses (cas connus) et que parmi ces 405 sujets il y en a 78% qui sont célibataires; 7 cas sont donc inconnus). Les pourcentages (valides) se rapportent par conséquent au nombre de réponses connues (n = 405) et non pas à l'effectif total de l'échantillon (n = 412). Les valeurs reprises dans les tableaux sont exprimées en pourcentages. La valeur " N " correspond au nombre total de répondants pour lesquels des données valides sont disponibles.

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

Dans la mesure où une analyse comparative s'avère pertinente, les données de 1994 à 1999 ont été confrontées, permettant une validation longitudinale des résultats observés. Les graphiques respectifs se rapportent, sauf indication contraire, aux résultats des années 1994 à 1999.

Les résultats suivis des signes (↗) et (↘) reflètent les tendances les plus marquantes pour l'année 1999. Les données entre parenthèses se réfèrent à l'année 1998.

La comparaison des données permet de mesurer la fidélité des résultats au regard de la variabilité **intra-facteurs** (distributions à écart type élevé) et de la variabilité **inter-facteurs**; à savoir **les effets structures** et **les effets volumes**. Les premiers décrivent l'influence due au changement des critères d'échantillonnage (participation de nouvelles institutions au

réseau / proportions d'individus par institution), les seconds concernent l'augmentation numérique des répondants répertoriés par la base RELIS.

Les données socio-démographiques ont été confrontées, dans la mesure du possible, aux distributions observées au niveau de la population totale du Grand-Duché de Luxembourg. (Source : Annuaires statistiques 1995/98/99 du Service Central de la Statistique et des Etudes Economiques (STATEC) ).

Les numéros qui précèdent les catégories thématiques correspondent aux numéros des items retenus par le protocole RELIS F/D 99.

### **Présentation des résultats**

Une batterie de données (III.2.5.A) concerne les fréquences de contacts institutionnels. Elle regroupe toutes les personnes entrées en contact avec une des institutions participant au réseau RELIS pendant l'année en cours en différenciant les recours aux institutions sanitaires spécialisées (indicateur de demande de traitement) et les contacts avec toutes les institutions RELIS (institutions sanitaires et répressives).

Un deuxième ensemble de données (III.2.5.B) fournit les résultats de l'analyse systématique, comparative et annuelle mise à jour des données recueillies sur base du protocole RELIS F/D 99 pour l'année en cours, relatifs aux contacts institutionnels des personnes recensées.

#### **III.2.5.A DONNEES SELON LES FREQUENCES DE RECOURS ET/OU DE CONTACTS**

- A.1. *Ancienneté des clients, pour une institution donnée (type sanitaire et répressif)*

##### ► *Toutes institutions RELIS (sanitaires et répressives) :*

Il est question des premiers contacts avec une institution donnée. Il ne s'agit cependant pas a fortiori de la première demande de traitement toutes institutions confondues. En d'autres termes, 33 % des personnes qui ont consulté une institution donnée, n'avaient pas encore été admises auparavant dans cette même institution. La proportion d'anciens clients est en nette progression depuis 1995.

Le tableau A.1. fournit une série de données clefs selon le statut d'ancienneté des clients. On constate que la proportion de personnes de nationalité luxembourgeoise a tendance à augmenter avec la fréquence d'admission. Aussi, on observe une inversion au niveau de la proportion des nouveaux clients en faveur des personnes d'origine étrangère. La différence des

âges moyens entre anciens et nouveaux clients s'accroît et les durées moyennes de dépendance augmentent de façon plus importante pour les nouveaux clients.

► *Institutions spécialisées de type sanitaire*

Appliqués au recours aux institutions sanitaires spécialisées, les résultats témoignent d'une plus grande stabilité au niveau de la proportion d'anciens et de nouveaux clients. Depuis 1995, le taux de nouveaux patients se situe entre 35 et 42%. Depuis 1997, on observe une certaine stabilité au niveau de ce même taux.

En ce qui concerne les nouveaux patients, on observe une diminution significative des personnes d'origine luxembourgeoise qui est cependant moins marquée que celle observée pour les nouveaux clients toutes institutions confondues. L'âge moyen affiche une tendance à la baisse pour les nouveaux clients et une hausse sensible pour les anciens clients " sanitaires ".

**Fig.A.1.** Statut d'admission des clients pour une institution donnée (type: sanitaire et répressif) 1995-1999



**TABLEAU A.1.** Données clefs sur les anciens et les cas répertoriés selon types d'institution

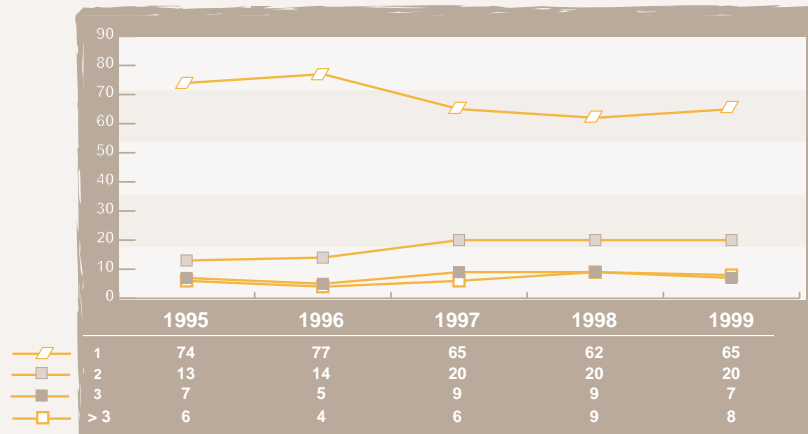
1999 (1998)	NOUVEAUX TOTAL %	NOUVEAUX (SANITAIRE) %	ANCIENS TOTAL %	ANCIENS (SANITAIRE) %
<b>NATIONALITÉ</b>				
LUXEMBOURGEOISE	35 (74)	49 (70)	57 (81)	69 (76)
NATURALISATION	2 (2)	5 (3)	2 (3)	4 (6)
ÉTRANGÈRE	63 (24)	46 (27)	41 (16)	27 (18)
<b>AGE MOYEN</b>				
	26 ans et 1 mois (26 a et 6 m)	25 ans et 2 mois (26 a et 2 m)	29 ans (28 a et 1 m)	29 ans et 5 mois (28 a et 4 m)
<b>DURÉE MOYENNE DEPUIS LE 1ER CONTACT AVEC DES DROGUES ILLICITES</b>				
	12 années (10 a et 6 m)	12 années (10 a et 2 m)	14 années et 2 mois (13 a et 4 m)	13 années et 11 mois (12 a et 8 m)
<b>DURÉE MOYENNE DE L'ÉTAT DE DÉPENDANCE PHYSIQUE</b>				
	8 ans et 7 mois (6 a et 7 m)	8 années et 10 mois (6 a et 7 m)	10 années et 10 mois (10 a et 1 m)	10 années et 11 mois (9 a et 2 m)

• A.2. *Distribution des fréquences de recours, toutes institutions spécialisées confondues (type sanitaire)*

On note qu'au cours de l'année 1999 (Fig. A.2.), une nette majorité des demandeurs de traitement (65%) répertoriés par le réseau institutionnel, ne font état que d'un seul recours à une institution spécialisée établie sur le territoire luxembourgeois.

Une décroissance marquée des effectifs s'observe entre les fréquences 1 et 2; décroissance qui se poursuit de façon plus au moins homogène jusqu'à un maximum absolu de 7 recours de traitement pour l'année 1999. En moyenne, une personne consulte ou entre en contact avec une institution donnée 1,7 (1.8) fois par année.

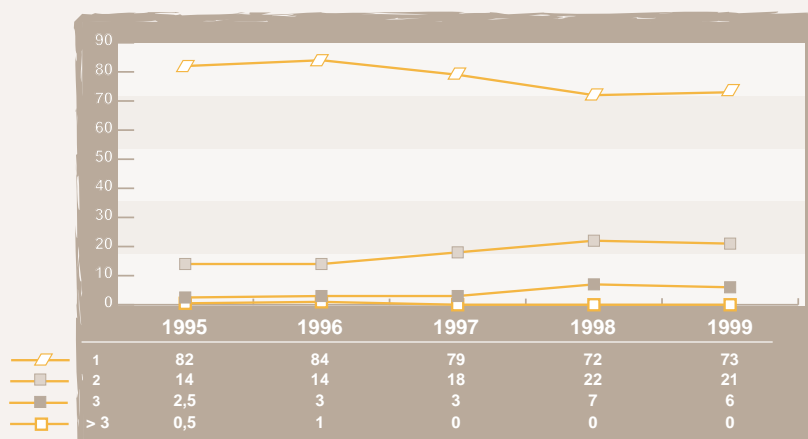
**Fig A.2.** *Fréquences de recours, toutes institutions confondues par années. 1995-1999*



- A.3. *Distribution des fréquences de contact selon le nombre de recours à des institutions spécialisées différentes (type : sanitaire)*

Contrairement au graphique A.2, les données présentées sous cette rubrique indiquent le nombre de recours de traitement auprès d'institutions sanitaires différentes. On retiendra que pour les demandeurs de traitement répertoriés par la base de données RELIS, le nombre maximum de contacts avec des institutions sanitaires différentes au cours de l'année 1999 s'élève à trois et qu'en moyenne une personne répertoriée a consulté 0,75 (0,74) institution sanitaire différente pour l'année 1999.

**Fig A.3.** *Fréquences de recours auprès d'institutions sanitaires différentes par année. 1995-1999*

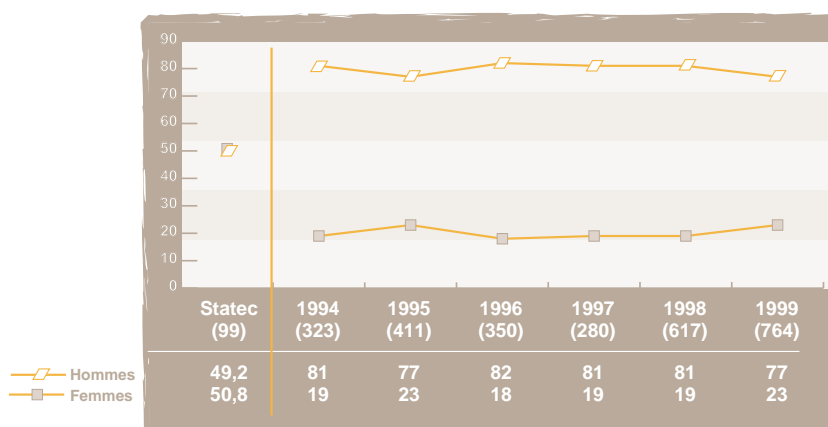


- A.4. *Indicateur de première demande de traitement :*  
Pour l'année 1999, on compte 15% de premières demandes de traitement, à savoir des personnes qui auparavant n'ont jamais été en contact avec une quelconque institution de soins pour des problèmes liés à la consommation de drogues. Ce taux est inférieur aux taux moyens observés dans d'autres Etats membres de l'UE.

### III.2.5.B RELIS F/D 99

#### 3. SEXE

**Fig 3.** *Distribution selon le sexe. 1994-1999*



#### COMMENTAIRES

La distribution de 77%\* d'hommes et de 23% de femmes (n\*\*=764) reflète le sex ratio observé au sein des différentes structures d'accueil pour toxicomanes du Grand-Duché de Luxembourg et, à plus grande échelle, les résultats d'études menées dans d'autres pays européens.

#### TENDANCES

STABLE

#### METHODOLOGIE

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



#### 4. NATIONALITE

**Fig 4.** Nationalité. 1994-1999



##### COMMENTAIRES

50% (↘) des répondants sont de nationalité luxembourgeoise (n: 678).

##### DONNÉES

##### COMPLÉMENTAIRES

- Age moyen des personnes de nationalité étrangère: 28 ans et 5 mois (28 ans et 9 mois) ( 1997: 27 ans et 10 mois).
- Durée moyenne de séjour au Grand-Duché de Luxembourg des personnes de nationalité étrangère et qui sont nées à l'étranger: 26 années et 3 mois (↗) (25 années et 4 mois).

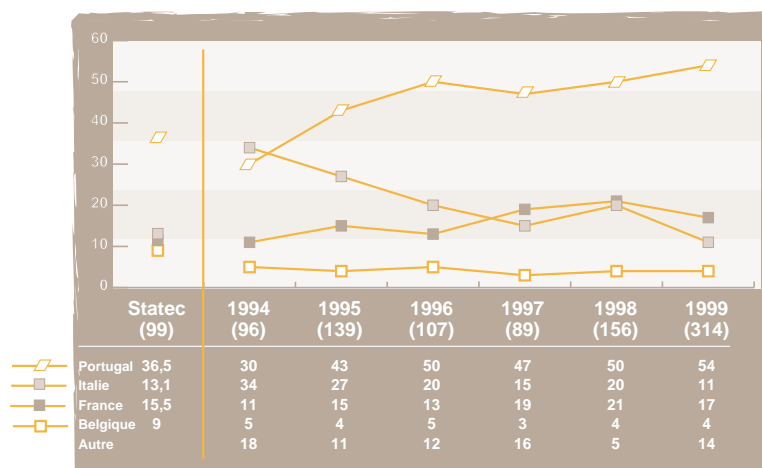
##### TENDANCES

- Contrairement aux années 1996 à 1998, la proportion de ressortissants étrangers au sein de la population toxicomane nationale affiche à nouveau une nette progression jamais égalée depuis la mise en place du dispositif RELIS
- La durée de séjour au G.-D. de Luxembourg des répondants étrangers affichent une nette tendance à la hausse depuis 1994.

#### 4.1. PAYS D'ORIGINE

PAYS	1994	1995	1996	1997	1998	1999
AFRIQUE	2	1	3	3	0	1
ALLEMAGNE	6	3	1	3	0	5
ROYAUME UNI	2	0	0	0	0	1
ETATS UNIS	2	0	0	0	0	0
BELGIQUE	5	4	5	3	4	4
CAP VERT	2	4	3	2	0	2
FRANCE	11	15	13	19	21	17
GRÈCE	2	0	0	0	0	0
ITALIE	34	27	20	15	20	11
PAYS BAS	2	1	2	0	0	1
<b>PORTUGAL</b>	<b>30</b>	<b>43</b>	<b>50</b>	<b>47</b>	<b>50</b>	<b>54</b>
EX-YOUGOSLAVIE	2	2	3	7	0	2
ESPAGNE	0	0	0	0	5	4
<b>N</b>	<b>96</b>	<b>139</b>	<b>107</b>	<b>89</b>	<b>156</b>	<b>314</b>

Fig 4.1. Principaux pays d'origine. 1994-1999



#### DONNÉES

##### COMPLÉMENTAIRES

- Pourcentage de personnes originaires des pays limitrophes tels que la France, la Belgique et l'Allemagne: 26 % (25 %).

##### TENDANCES

- Nette prépondérance de citoyens portugais (54% ↗ des personnes de nationalité étrangère) qui depuis 1994 affiche une tendance continue à la hausse qui va de pair avec une diminution progressive des citoyens d'origine italienne (11% ↘). Depuis 1997, la proportion de personnes de nationalité française (17%) dépasse celle des citoyens italiens.

- La progression du nombre de personnes originaires des pays de l'ex-Yougoslavie observée jusqu'en 1997, s'est estompée.


**MÉTHODOLOGIE**

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

**5. DISTRIBUTION SELON L'ÂGE**

*Fig 5.*

#### COMMENTAIRES

- A la date du 31/12/99, **l'âge moyen** des 746 sujets recensés par la base RELIS 99 était de **28 ans et 1 mois** avec un écart type de 6.77.
- Concentration des effectifs 76% (75%) entre 20 et 34 ans.
- 39 %  (37%) des sujets sont âgés plus de 29 ans.

#### TENDANCES

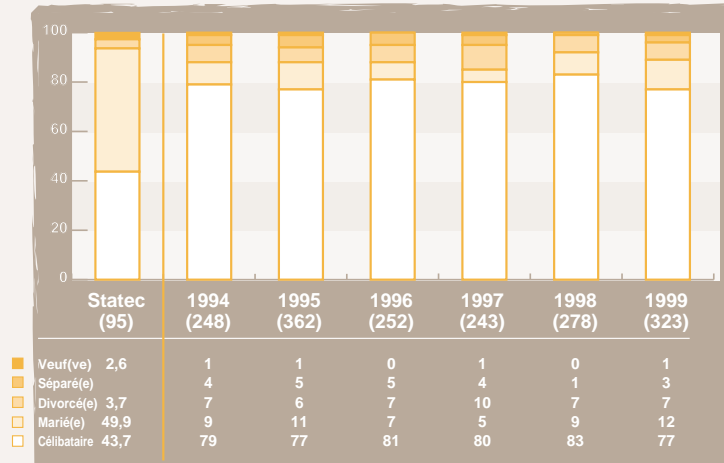
- L'âge moyen en 1999, tout en affichant une légère hausse par rapport à 1998, se situe dans la marge allant de 27 ans et 6 mois à 28 ans et 6 mois, observée depuis 1995. L'âge des toxicomanes luxembourgeois rejoint celui des répondants d'origine étrangère.
- La différence d'âge selon le sexe, observée depuis plusieurs années a tendance à diminuer pour la sous-population de personnes d'origine étrangère alors qu'elle s'accroît pour les répondants luxembourgeois.

### 5.1 DISTRIBUTION D'ÂGE SELON SEXE ET NATIONALITE (1999)

NATIONALITÉ	SEXE	AGES MOYENS INDIVIDUELS	GROUPES	AGES MOYENS GROUPES
LUXEMBOURGEOISE	FÉMININ	26 ans et 9 mois (1998: 26a10m) (1997 : 27a5m)	FEMMES	26 ans et 6 mois (1998: 26a4m) (1997: 27a3m)
	MASCULIN	29 ans (1998: 28a2m) (1997: 29a4m)	HOMMES	28 ans et 6 mois (1998: 27a10m) (1997: 28a9m)
ÉTRANGÈRE	FÉMININ	27 ans et 1 mois (1998 : 26a4m) (1997 : 26a2m)	LUXEMBOURGEOIS	28 ans et 4 mois (1998:27a10m) (1997 : 28a10m)
	MASCULIN	28 ans et 8 mois (1998 : 28a11m) (1997 : 28a)	ETRANGERS	28 ans et 5 mois (1998: 28a9m) (1997: 27a10m)

## 6. ETAT CIVIL

**Fig 6.** Etat civil du répondant. 1994-1999



Source: RELIS 99

### TENDANCES

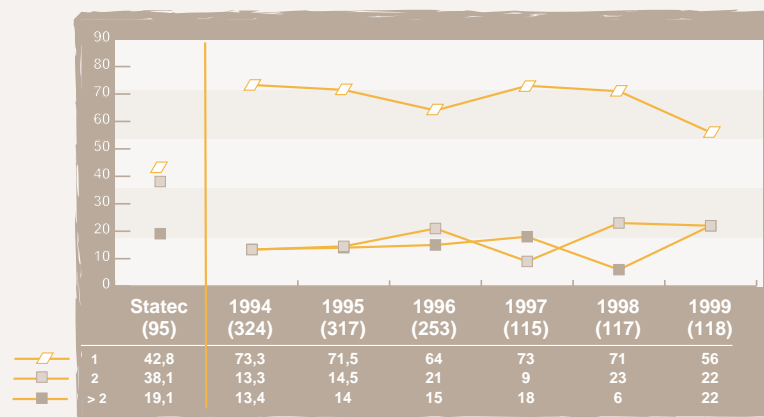
- STABLE, avec notamment une légère augmentation des personnes mariées au détriment des célibataires.

### MÉTHODOLOGIE

- Au niveau du calcul statistique, uniquement les personnes majeures ont été retenues.

### 6.1 NOMBRE D'ENFANTS DU REpondant

**Fig 6.1** Nombre d'enfants des répondants parents. 1994-1999



Source: RELIS 99

## DONNÉES

### COMPLÉMENTAIRES

- 50% (50%) des personnes interrogées ont affirmé ne pas avoir d'enfants.
- 73% (76%) des répondants qui déclarent avoir des enfants ne vivaient pas avec ces derniers au moment du recueil des données.

### COMMENTAIRES

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

### TENDANCES

Le pourcentage de personnes ayant plus de 2 enfants affiche une hausse sensible par rapport à 1998.

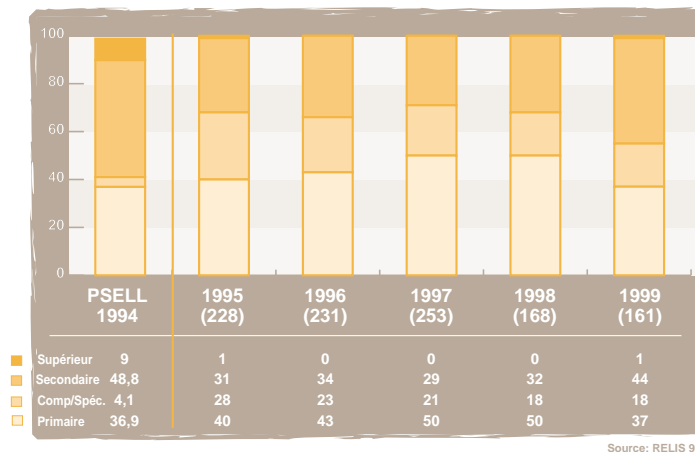
### MÉTHODOLOGIE

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

## 7. SCOLARITE

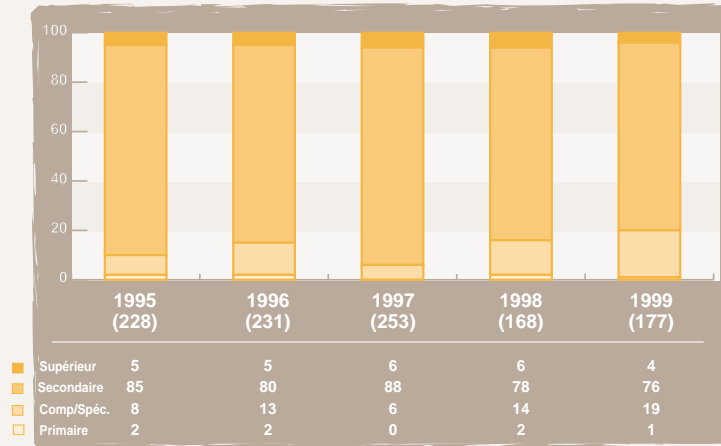
### 7.1 SCOLARITE TERMINEE

**Fig 7.1.** Niveau scolaire acquis. 1995-1999



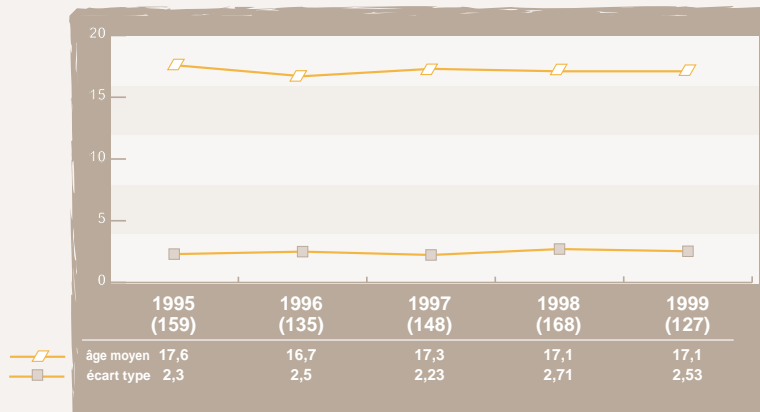
## 7.2 SCOLARITE NON TERMINEE

**Fig 7.2** Niveau scolaire commencé mais non terminé. 1995-1999



Source: RELIS 99

**Fig 7.bis** Age moyen à la fin de la scolarité/écart type. 1995-1999.



Source: RELIS 99

### COMMENTAIRES

- Le graphique 7.1 indique qu'au niveau des cycles de "scolarité terminée" (acquis), 37% (50%) ont terminé uniquement un cycle d'études primaires; 18% (18%) ont terminé l'enseignement complémentaire ou spécial. Lorsqu'on compare ces données à celles issues de l'étude des niveaux de formation de la population résidante en 1994, menée par le CEPS/INSTEAD, et dont les résultats furent publiés dans le recueil des Etudes Sociales (PSELL n° 100), on retiendra notamment les différences importantes pour les niveaux d'enseignement complémentaires, secondaires et supérieurs au sein de la population générale.

- Le graphique 7.2 indique que parmi les répondants qui ont terminé leurs études primaires, respectivement 76% et 4 % sont entrés en enseignement secondaire et supérieur et l'ont abandonné par la suite. 19% (↙) des sujets ne disposent pas d'un cycle d'enseignement complémentaire achevé.

#### DONNÉES

##### COMPLÉMENTAIRES

- Pour ce qui est des 41% qui détiennent uniquement un diplôme de fin d'études secondaires, il s'agissait pour 17% de l'enseignement secondaire classique, pour 37% du technique, pour 42 % du professionnel et pour 4% de filières non spécifiées.
- 9% (n=563) des répondants étaient en cours de scolarisation en 1999.
- L'âge moyen à la fin ou au moment de l'interruption de la scolarité: 17 ans et 1 mois (17 ans et 1 mois) (n=127). Ecart type : 2.53.

##### TENDANCES

- Amélioration sensible et continu du niveau d'études atteint par les répondants.
- L'âge moyen à la fin de la scolarité demeure stable.

##### MÉTHODOLOGIE

- Les 9% (11%) des personnes recensées qui se trouvaient toujours en cours de scolarisation n'ont pas été retenues au niveau du calcul statistique.

## 8. CARACTERISTIQUES DE LA FAMILLE D'ORIGINE DES REpondants

### 8.1 SITUATION ACTUELLE DES PARENTS

PAYS	1994	1995	1996	1997	1998	1999
2 parents en vie	75	82	75	73	78	77
2 parents décédés	4	2	7	6	3	3
1 des parents décédé	21	16	18	21	19	20
Père décédé	15,2	11,4	15,9	16,2	15	15,3
Mère décédée	5,8	4,6	2,1	4,8	4	4,7
N	264	368	247	236	212	255



**COMMENTAIRES**

- Au moment du recueil des données, 20% des répondants déclaraient qu'un des membres du couple parental était décédé; 3% des sujets avaient perdu les deux parents.

**DONNÉES COMPLÉMENTAIRES**

- Dans 14% des cas, la première consommation de drogues illicites de la part du répondant coïncide à un an près avec l'année du décès d'un des parents.

**TENDANCES**

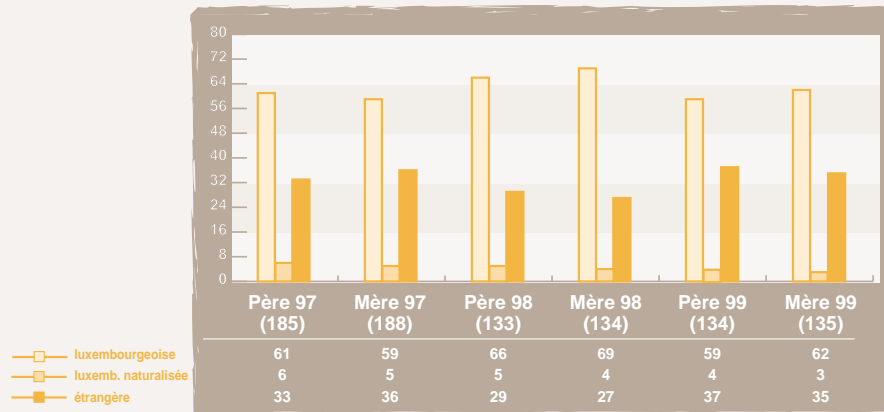
STABLE

**MÉTHODOLOGIE**

Les données se rapportent aux parents biologiques du répondant.

8.2 NATIONALITE DES PARENTS

Fig 8.2 Nationalité des parents. 1997-1999



Source: RELIS 99

**TENDANCES**

- La distribution selon la nationalité des parents reflète celle des répondants dans la mesure où l'on constate une augmentation sensible du nombre de personnes d'origine étrangère.
- La tendance observée est indépendante du sexe des parents.

**TERMINOLOGIE**

Les données se rapportent aux parents biologiques.

### 8.3 ETAT CIVIL DES PARENTS

**Fig 8.3** *Etat civil des parents. 1994-1999*

---

<b>TENDANCES</b>	Sur 254 couples parentaux, on observe 35% de divorces (stabilisé depuis 1997) et 8% de séparations ( ). La proportion de parents mariés a évolué de façon inverse.
<b>TERMINOLOGIE</b>	Les données se réfèrent à l'état civil des parents, actuellement ou avant le décès d'un des deux.

---

### 8.4 SITUATION DU REpondant AU SEIN DE LA FRATRIE DE LA FAMILLE D'ORIGINE

**Fig 8.4** *Situation du répondant au sein de la fratrie. 1994-1999*



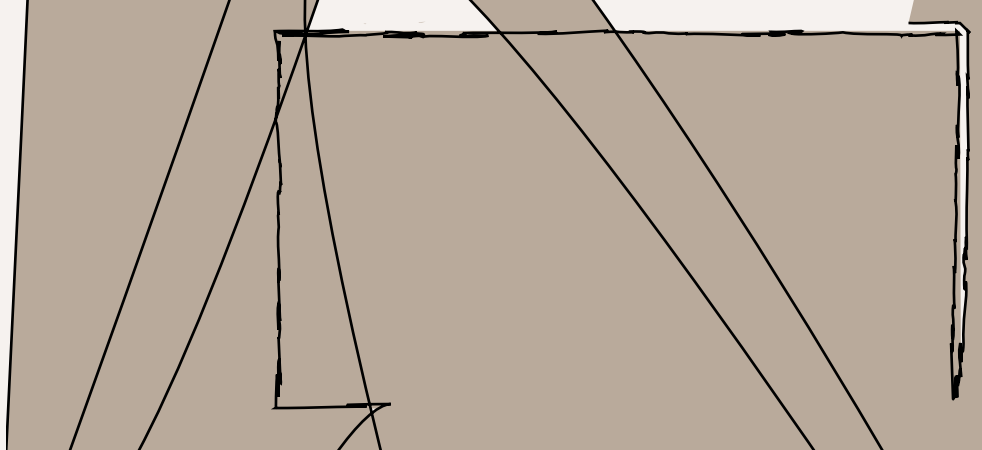
---

<b>DONNÉES COMPLÉMENTAIRES</b>	Nombre moyen d'enfants de la famille d'origine dont le sujet est issu: 2.31 (2.28).
<b>TERMINOLOGIE</b>	Les données se réfèrent à la fratrie au sein de la famille d'origine.

---

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

**Fig 8.5** Consommation de drogues au sein de la famille d'origine. 1995-1999



### COMMENTAIRES

Dans 63% (↗) des cas, il y a au moins un des membres de la famille d'origine qui consomme ou a consommé régulièrement un ou plusieurs des produits définis ci après. Pour les demandeurs de traitement pris à part, ce même taux s'élève à 74%.

### DONNÉES

#### COMPLÉMENTAIRES

Dans 28% des cas d'abus, il s'agit d'un membre de la fratrie; dans 25 % des cas, il s'agit du père et dans 14% des cas de la mère des sujets. Cette distribution reflète les observations des années précédentes.

### TENDANCES

HAUSSE (depuis 1996)

### TERMINOLOGIE

On comprend par "consommation de drogues", dans ce cas particulier, toute consommation régulière et soutenue de produits toxiques d'acquisition illicite, tout comme l'abus de substances médicamenteuses et d'alcool. Le présent item permet d'approcher le contexte familial ainsi que la place que la drogue occupe ou occupait au sein de la famille d'origine.

## 8.6 MODE DE VIE LORS DU PREMIER CONTACT AVEC DES DROGUES ILLICITES

MODE/LIEU	1994	1995	1996	1997	1998	1999
CHEZ COUPLE PARENTAL	52	60	59	55	58	57
CHEZ PÈRE	4	3	3	3	5	3
CHEZ MÈRE	12	15	16	16	17	18
ALTERNATIVEMENT CHEZ PÈRE ET MÈRE	0	0	1	1	1	0
CHEZ MEMBRE(S) DE LA FAMILLE	4	5	2	7	4	10
SEUL(E)	8	6	6	6	5	4
EN COUPLE	10	6	8	6	5	4
CHEZ AMI(E)(S)	5	2	3	2	1	1
EN INSTITUTION	5	3	2	4	4	3
EN PRISON	0	0	0	0	0	0
<b>N</b>	255	395	268	240	219	245

### COMMENTAIRES

Au moment de la première consommation de drogues d'acquisition illicite, 78% (81%) des sujets habitaient toujours chez les parents ou chez un des parents. 10% des répondants habitaient chez un des membres de la famille autres que les parents. La situation observée s'explique en partie par le fait que la moyenne d'âge des sujets lors du premier contact s'élève à 15 ans et 9 mois (↙)(n:261).

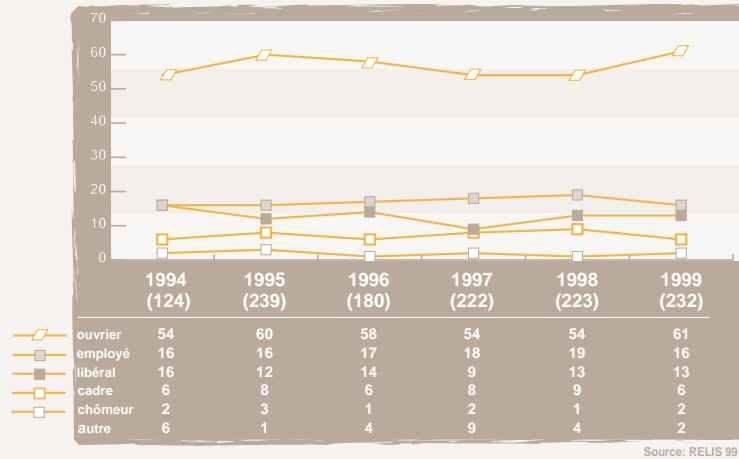
### TENDANCES

STABLE

## 8.7 OCCUPATION PROFESSIONNELLE DU PERE OU DU TUTEUR

OCCUPATION DU PERE OU DU TUTEUR	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Ouvrier qualifié	34	38	32	36	32	34
Ouvrier non-qualifié	20	22	26	18	22	27
Employé	16	16	17	9	19	16
Libéral	16	12	14	18	13	13
Cadre supérieur	2	5	4	4	4	3
Cadre moyen	4	3	2	4	5	3
Travail au noir	1	0	0	0	0	0
Chômeur	2	3	1	2	1	1
Autre	5	1	4	9	4	3
<b>N</b>	124	239	180	222	223	232

**Fig 8.7** Occupation professionnelle du père ou du tuteur. 1994-1999



**COMMENTAIRES**

Dans 61% (↗) des cas connus, le père présente un statut d'ouvrier; 16 % sont employés et 13 % exercent des professions libérales.

**DONNÉES**

**COMPLÉMENTAIRES**

Au moment du recueil des données, 2% des pères / tuteurs se trouvaient en situation de chômage depuis, en moyenne, 4 ans.

**TENDANCES**

STABLE

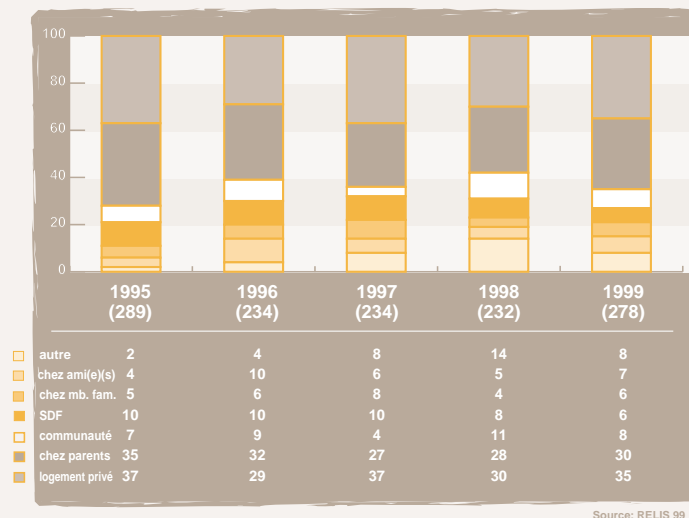
**TERMINOLOGIE**

Les données se rapportent au père biologique ou, le cas échéant, au tuteur.

**9. DOMICILE**

**9.1 LIEU DE RESIDENCE**

**Fig 9.1** Dernier lieu de résidence connu. 1995-1999



<b>COMMENTAIRES</b>	6% ( ) des répondants ne disposaient pas d'un domicile fixe au moment du recueil des données.
<b>TENDANCES</b>	Légère amélioration au niveau de la situation résidentielle des répondants.
<b>TERMINOLOGIE</b>	L'item concerne le dernier lieu de résidence connu (le cas échéant, différent du domicile officiel) des répondants.

## 9.2 MODE DE VIE ACTUEL

**Fig 9.2** Mode de vie actuel. 1995-1999



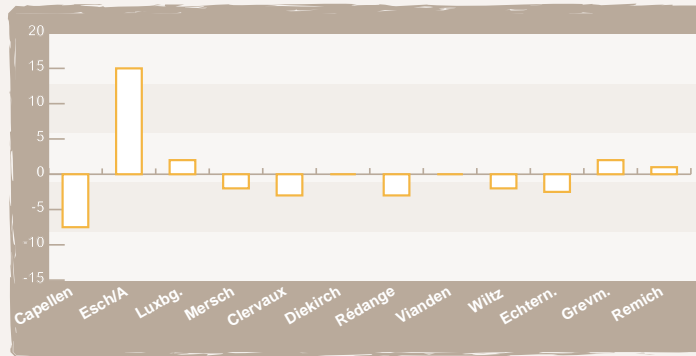
<b>COMMENTAIRES</b>	25 % des répondants vivent avec des personnes qui font également usage de drogues illicites (U(s)D). Dans 96% (↙) des cas, il s'agit du partenaire.
<b>TENDANCES</b>	La proportion de personnes vivant seules (52%) rejoint la valeur observée en 1997. Augmentation marquée des répondants qui vivent avec un partenaire usager de drogues.
<b>TERMINOLOGIE</b>	<p>U(s)D: Usager(s) de Drogues (Consommation régulière et soutenue ou abus de drogues illicites)          NU(s)D: Non-Usager(s) de drogues</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La rubrique " seul(e) " comprend les personnes qui disposent d'un logement et qui y vivent seules ainsi que les "Sans Domicile Fixe".</li> <li>• La rubrique "autre(s) U(s)D/NU(s)D " inclut les ami(e)(s), les connaissance(s) et les membre(s) de la famille.</li> </ul>

### 9.3 SITUATION GEOGRAPHIQUE DU DERNIER LIEU DE RESIDENCE PRINCIPAL

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

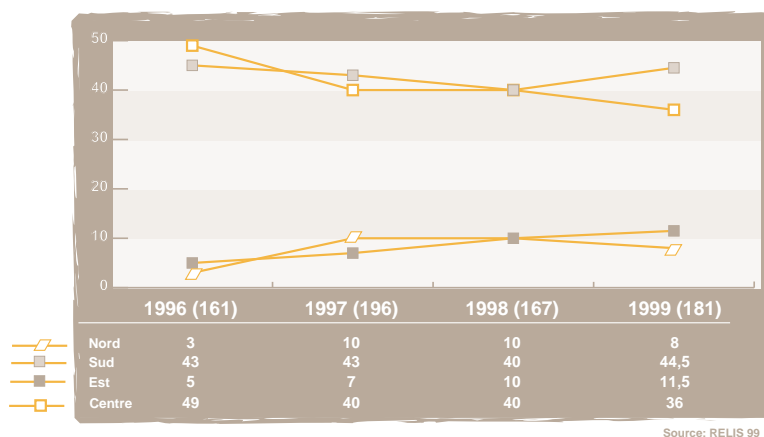
CIRC.	SUD		CENTRE		NORD					EST		
	Capellen	Esch/A	Luxembourg et campagne	Mersch	Clervaux	Diekirch	Rédange	Vianden	Wiltz	Echternach	Grevenmacher	Remich
Cant.	Capellen	Esch/A	Luxembourg et campagne	Mersch	Clervaux	Diekirch	Rédange	Vianden	Wiltz	Echternach	Grevenmacher	Remich
A95	3%	50%	23%	4%	1%	7%	1%	2%	2%	3%	3%	1%
A96	3%	40%	46%	3%	0%	3%	0%	0%	0%	2%	2%	1%
A97	0%	43%	38%	2%	0%	3%	1%	1%	5%	1%	4%	2%
A98	0%	40%	37%	3%	1%	5%	0%	1%	3%	2%	4%	4%
A99	0,5%	44%	33%	3%	0%	6%	0%	1%	1%	0,5%	7%	4%
B96	12.672	45.422	49.389	8.465	4.304	9.619	4.544	1.243	3.860	4.889	7.332	5.353
	8%	29%	31%	5%	3%	6%	3%	1%	3%	3%	5%	3%
B00	36.687	130.809	128.821	22.660	11.706	26.398	13.569	2786	11.317	13.422	21.279	16.025
	8,4%	30,1%	29,6%	5,2%	2,7%	6%	3,2%	0,6%	2,6%	3,1%	4,9%	3,6%

Fig 9.3 Ecart en % du profil de distribution observée par rapport à la distribution observée de la population nationale (STATEC 96) (1999)



Source: RELIS 99

**Fig 9.3bis** Situation géographique du dernier lieu de résidence principal. 1996-1999



### Commentaires

- Une forte proportion de répondants (44 % ↗) résidaient au moment du recueil des données dans le canton d'Esch/Alzette suivi du canton de Luxembourg (33% ↘).
- Pour ces mêmes cantons, les effectifs observés (a99) diffèrent fortement des effectifs recensés par le STATEC en 1996 (b96) (population des résidents âgés entre 15 et 40 ans) et en 2000 (b00) ( population totale).
- Le regroupement des données selon les régions (circonscriptions électorales) fait apparaître que 36% (↘) des sujets viennent de la région du centre contre 44,5% (↗) pour les villes du sud.

### Données complémentaires

Distribution selon nombre d'habitants de la commune d'origine : N :232

< 2.000 habitants :	14%
2.000 – 10.000 habitants :	29%
10.000 – 30.000 habitants :	17%
> 30.000 habitants :	39%

### Tendances

- Les cantons du sud continuent leur progression au détriment des cantons du centre. La région de l'est est passée de 5% en 1996 à 11,5% en 1999.
- Les cantons du nord du pays affichent une certaine stabilité.

### Terminologie

Le tableau 9.3 reprend la liste (a) des cantons du lieu de résidence actuel ou bien, le cas échéant, de la dernière adresse officielle ainsi que (b) le nombre et le pourcentage d'habitants âgés entre 15 et 40 ans par

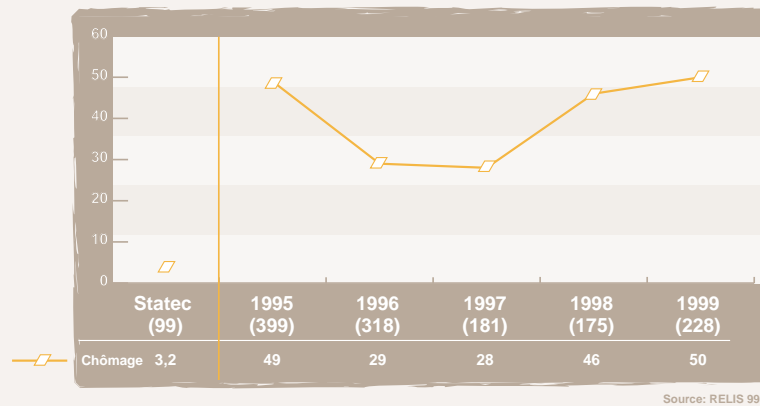


canton, issus des statistiques de la population nationale en 1996 (STATEC) et le pourcentage d'habitants en population générale par canton en 2000 (STATEC).

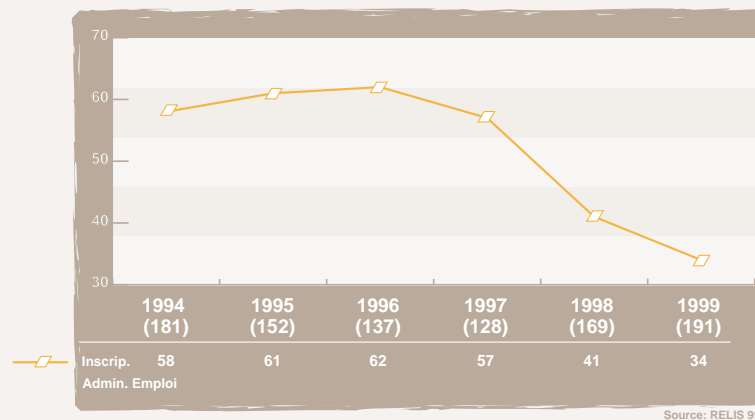
## 10. SITUATION PROFESSIONNELLE

### 10.1 SITUATION DE CHOMAGE

**Fig 10.1** Taux de chômage. 1995-1999



**Fig 10.1bis** Inscription auprès de l'administration de l'emploi. 1994-1999



#### COMMENTAIRES

- Le pourcentage de chômeurs parmi les répondants s'élève à 50% (↗)
- Le taux de chômage observé est significativement plus élevé que le taux moyen en population générale.

#### DONNÉES

##### COMPLÉMENTAIRES

- 27% (28%) des personnes en situation de chômage affirmaient entreprendre des démarches afin de trouver une occupation professionnelle.

- 66% (59%) des personnes en situation de chômage ne sont pas inscrites auprès de l'administration de l'emploi et ne touchent par conséquent pas d'allocations de chômage.

L'inscription de la personne en tant que demandeuse d'emploi ne constitue pas nécessairement un indicateur de la motivation à trouver du travail; par contre, elle indique dans quelle mesure le répondant recourt aux mesures d'aide sociale existantes.

**TENDANCES**

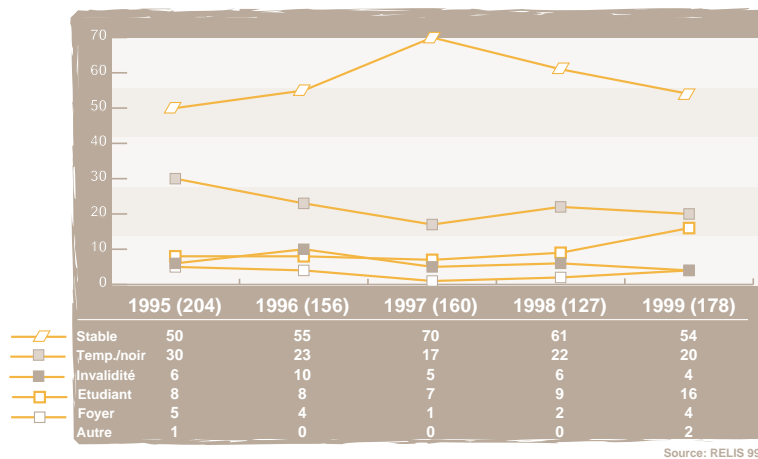
- Le taux de chômage affiche une progression marquée depuis 1997 qui va de pair avec une diminution sensible du nombre de personnes concernées inscrites auprès de l'administration de l'emploi.

**TERMINOLOGIE**

- Les étudiants, les femmes au foyer et les personnes sous contrat d'apprentissage n'ont pas été considérés comme chômeurs lors de l'exploitation statistique, étant donné qu'ils ne font pas partie de la population active au sens d'une occupation professionnelle rémunérée et/ou stable.

10.2 SITUATION D'EMPLOI

**Fig 10.2** Situation d'emploi. 1995-1999



**COMMENTAIRES**

- Parmi les personnes issues de la population active qui disposent d'un emploi rémunéré, 54% (↘) présentent une situation d'emploi stable. Un pourcentage élevé (20 %) de ces mêmes personnes ne travaillent qu'occasionnellement, au noir ou bien sous contrat à durée déterminée. A relever également que le pourcentage (16%) d'étudiants au sein de la population de toxicomanes répertoriés affiche une tendance à la hausse alors que l'âge moyen de la fin de la scolarité

et la proportion des personnes âgées entre 15 et 19 ans reste stable. Il ne s'agit donc pas d'un effet structure mais plutôt d'une hausse réelle de la proportion d'étudiants au sein d'une population qui est restée structurellement semblable au regard de l'âge et de la fin de la scolarité.

**TENDANCES**

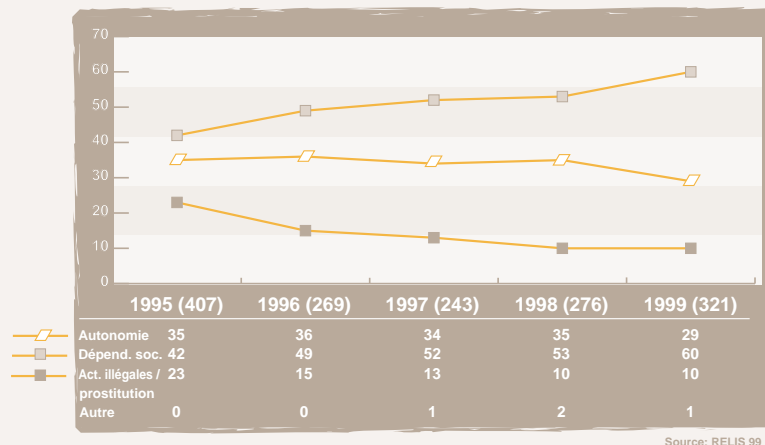
- Tous indicateurs confondus, la situation d'emploi des répondants s'est détériorée au vu des données des trois années précédentes.

**11. SITUATION FINANCIERE**

*11.1 SOURCES DE REVENU*

SOURCES DE REVENU	PRIMAIRE					SECONDAIRE OCCASIONNEL				
	95	96	97	98	99	95	96	97	98	99
<b>R.M.G.</b>	15	19	16	19	25	1	1	1	1	2
<b>RÉSERVES</b>	4	4	4	2	0	9	6	6	2	4
<b>PARENTS</b>	17	19	18	19	21	20	18	16	11	14
<b>SALAIRE</b>	31	32	30	32	26	6	2	0	2,5	4
<b>AIDE SOCIALE</b>	3	2	3	0	2	2	2	0	1	3
<b>PENSION</b>	2	0	0	1	2	0	0	0	0	0
<b>ALLOC. HANDICAP</b>	0	3	1	1	1	1	1	1	1	0,5
<b>PARTENAIRE</b>	3	1	2	2	2	4	7	8	4,5	6,5
<b>DÉLITS (N)</b>	21	12	11	9	8	51	58	63	60,5	54
<b>PROSTITUTION</b>	2	3	2	1	3	5	5	4	7,5	6
<b>AUCUN</b>	2	5	12	12	9	0	0	0	1	2
<b>AUTRE</b>	0	0	1	2	1	1	0	1	8	4
<b>TOTAL</b>	<b>407</b>	<b>269</b>	<b>243</b>	<b>276</b>	<b>321</b>	<b>259</b>	<b>192</b>	<b>180</b>	<b>138</b>	<b>183</b>

**Fig 11.1** Distribution selon le revenu primaire. 1995-1999



#### COMMENTAIRES

- Les sources de revenu primaire, par ordre d'importance, sont le salaire propre 26% ( ), le R.M.G. 25% ( ) et les parents 21% ( ).

- Du côté des revenus secondaires, on retiendra que 54% ( ) des 183 cas connus ont recours à des actes délictueux et que 14 % sont toujours entretenus en partie par leurs parents.

- Le graphique 11.1 présente les données relatives au revenu primaire regroupées en fonction de leur origine. 29% ( ) des personnes répertoriées sont elles-mêmes garantes de leur revenu (autonomie); 60% ( ) des personnes sont financièrement et/ou socialement dépendantes (parents, aides sociales) et 10 % (stable) ont recours à des activités illégales et/ou à la prostitution.

#### TENDANCES

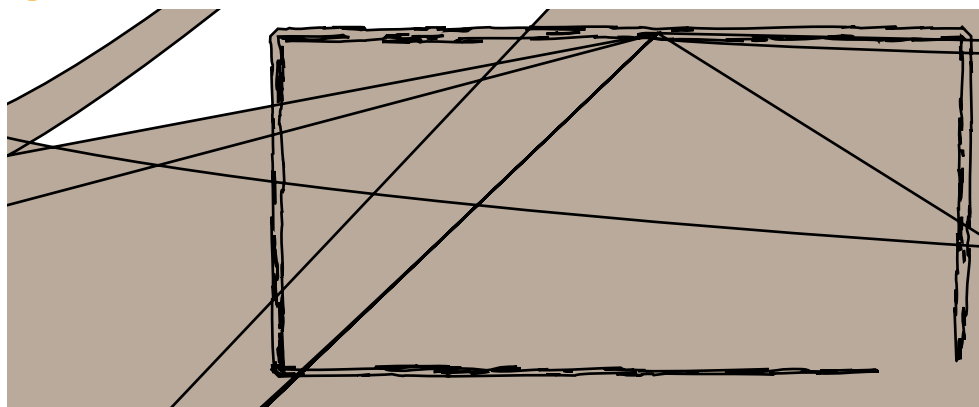
- Les données relatives aux sources de revenus confirme les observations au niveau des situations d'emploi et de chômage à savoir:

- Une diminution de l'autonomie financière au profit d'une dépendance sociale accrue

- Une contribution accrue des parents au regard de l'augmentation de la proportion d'étudiants. La décroissance continue observée au niveau des revenus d'origine illégale depuis 1995 semble avoir atteint une valeur seuil.

### 11.2 SITUATION D'ENDETTEMENT

**Fig 11.2** Situation d'endettement. 1995-1999



#### COMMENTAIRES

Une proportion importante mais décroissante (41% ▼) de toxicomanes présentent une situation d'endettement. L'influence du taux de chômage croissant sur la

situation d'endettement semble être contrebalancée par l'augmentation des contributions financières provenant du réseau social.

**TENDANCES**

Baisse continue mais proportionnellement moins importante que les années précédentes.

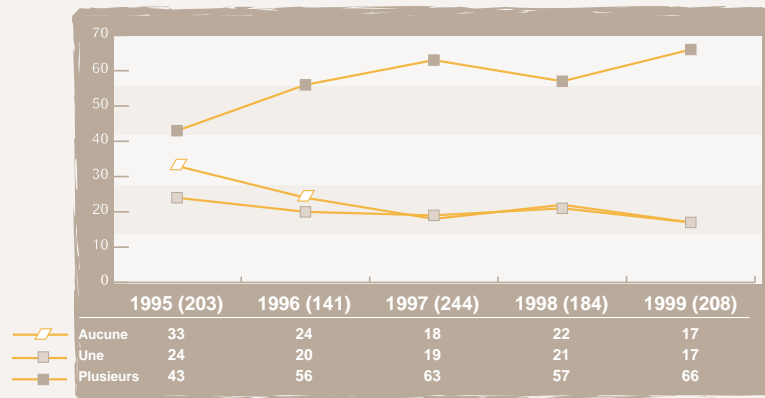
**TERMINOLOGIE**

Ont été retenues uniquement les personnes qui présentaient des dettes d'un montant supérieur à 100.000 Flux ou bien celles qui se trouvaient en incapacité de rembourser les mensualités d'un prêt bancaire au moment du recueil des données.

**12. SITUATION JUDICIAIRE**

**12.1 ANTECEDENTS JUDICIAIRES**

**Fig 12.1** Fréquence des affaires judiciaires. 1995-1999



Source: RELIS 99

**COMMENTAIRES**

Au total 83% (↗) des répondants répertoriés par les institutions sanitaires ont déjà été interpellés au moins une fois au cours de leur vie par les forces de l'ordre. 66% (↗) des cas connus ont été interpellés ou condamnés à plusieurs reprises, ce qui souligne une fois de plus le caractère hautement récidiviste des actes délictueux. (cf. statistiques nationales de la SPJ, présentées dans la partie IV du présent rapport).

**DONNÉES**

**COMPLÉMENTAIRES**

- Durée moyenne qui sépare le moment du premier contact avec des drogues d'acquisition illicite et le moment de la première interpellation: 13 ans et 4 mois (n:377) (9 ans et 5 mois).
- Durée moyenne entre le début de dépendance physique et la première interpellation: 10 ans et 5 mois (n:360) (6 ans et 7 mois).

- Durée moyenne qui sépare le moment du recueil des données et le dernier contact avec les forces de l'ordre: 2 ans et 7 mois (n:665). ( 6 ans et 9 mois).

**TENDANCES**

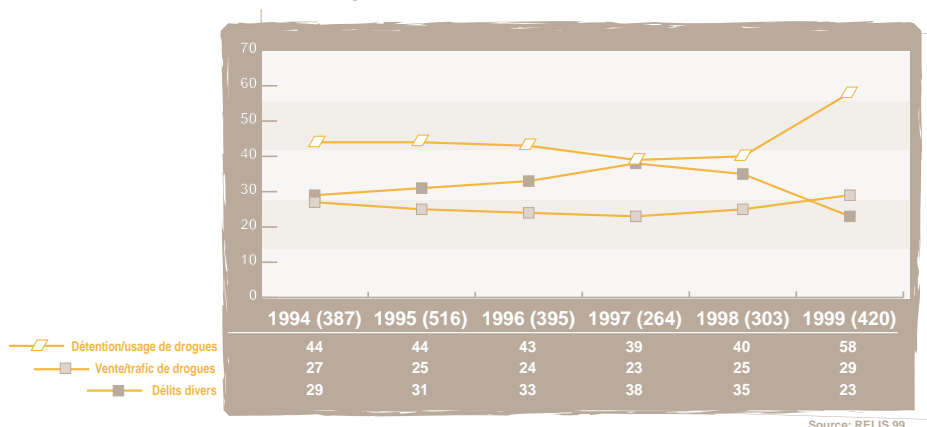
Légères fluctuations au niveau de la situation judiciaire qui reflète la situation observée en 1997. Cependant il n'y a pas lieu de parler d'une tendance marquée.

**TERMINOLOGIE**

Interpellation: infraction présumée à la loi sur les stupéfiants et autres infractions présumées.

**12.2 RAISONS DE L'INTERPELLATION OU DE LA CONDAMNATION**

**Fig 12.2 Raisons de l'interpellation. 1995-1999**



**COMMENTAIRES**

Les délits commis concernent avant tout la détention de produits toxiques illicites (58%)(▲). La revente ne compte que pour 29% des infractions.

**TENDANCES**

Le nombre de motifs d'interpellation pour infractions diverses ( ex. criminalité liée à l'approvisionnement de drogues) sont en régression depuis 1997 et atteint pour la première fois en 1999 une valeur inférieure au nombre d'infractions relatives à la vente de stupéfiants.

**TERMINOLOGIE**

Les pourcentages cités reprennent le nombre de délits (2 réponses possibles) commis par les 420 personnes pour lesquelles des précisions sur la situation judiciaire étaient connues, sachant qu'un même individu a pu être interpellé ou condamné pour plusieurs délits à la fois.

### 12.3 SEJOURS EN PRISON

**Fig 12.3** Fréquence des séjours en prison. 1995-1999



**COMMENTAIRES** 71 % (↗) des répondants ont déjà purgé des peines de prison. Au total, 42% étaient en prison une seule fois et 29 % ont déjà purgé plusieurs peines.

**DONNÉES COMPLÉMENTAIRES**

- 57% (56%) (n:644) des répondants déclarent avoir fait connaissance en prison d'autres détenus consommateurs de drogues auxquelles ils ont acheté, vendu ou cédé des drogues d'acquisition illicite et qu'ils ont continué à fréquenter après leur libération.
- La durée moyenne des séjours en prison a tendance à diminuer: 85,23 jours (137 jours).

**TENDANCES** Détérioration significative au niveau du passé pénal des répondants par rapport aux années précédentes, mais diminution de la durée des peines purgées. Cette tendance est surtout tributaire de la hausse importante au niveau des premiers séjours en prison.

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

## 13. DONNEES MEDICALES

### 13.1 ETAT DE SANTE ACTUEL

**Fig 13.1** Etat de santé. 1994-1999



#### COMMENTAIRES

Respectivement 24 % et 25% des répondants ont contracté l'hépatite B ou C. Les 3 cas (1%) de SIDA regroupent les personnes qui ont effectivement développé la maladie. Au total, 22% (15%) (n=345) souffraient simultanément d'au moins deux affections différentes.

#### TENDANCES

Il y a lieu de parler d'une amélioration de l'état de santé générale des toxicomanes recensés depuis 1994 sauf (HCV). En termes épidémiologiques les taux d'infection au HBV et la prévalence des cas de SIDA déclarés sont stable. L'infection au HCV est en progression tout en affichant une valeur inférieure à la moyenne européenne. Une étude menée récemment au sein des prisons luxembourgeoises rapporte un taux d'infection HCV de 37% parmi les détenus usagers intraveineux de drogues. (cf. chapitre II.2) La différence observée entre les données RELIS et les résultats de l'étude en prison s'expliquent en partie par le fait que les premiers portent sur les usagers problématiques de drogues et les derniers sa rapportent exclusivement aux usagers intraveineux de drogues.

#### TERMINOLOGIE

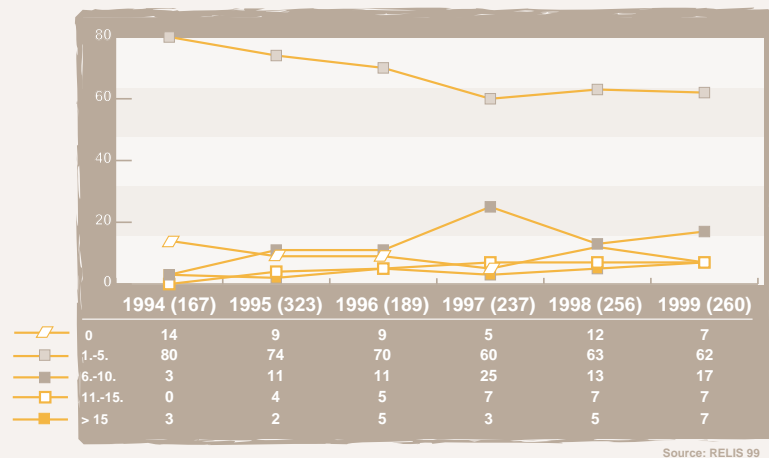
- Dans le cadre du protocole RELIS F/D 99, l'état de santé " normal " est défini par l'absence d'affections spécifiques ou d'un état d'épuisement général tel que toute activité physique s'avère difficile.
- Les indicateurs HBV et HCV sont venus compléter le protocole RELIS en 1997, remplaçant l'indicateur



générique "maladies infectieuses".  
Le total des pourcentages "colonnes" est supérieur à la valeur 100 étant donné qu'un même individu peut présenter plusieurs affections à la fois.

### 13.2 NOMBRE DE SEVRAGES

**Fig 13.2** Nombre de sevrages institutionnels. 1994-1999



#### COMMENTAIRES

La grande majorité des toxicomanes recensés par RELIS ont à leur actif au moins une tentative de sevrage physique. 62% des sujets ont déjà subi 1 à 5 sevrages et 17%, 6 à 10 sevrages au cours de leur carrière de toxicomane.

#### TENDANCES

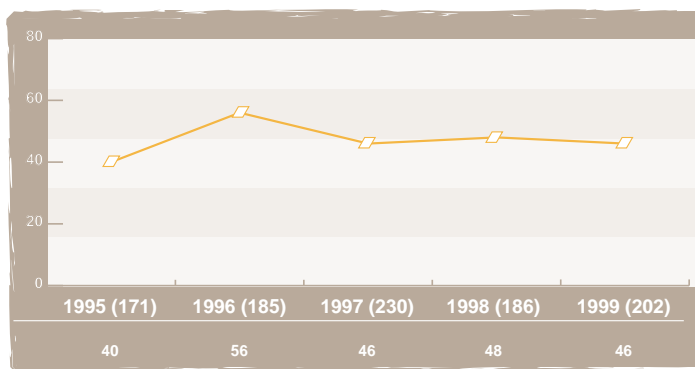
Le taux moyen de sevrages est en hausse depuis 1994 avec une seule exception en 1998 où l'âge moyen n'a pas significativement augmenté au cours de la même période. Il s'agit de tenir compte de l'âge au début de la consommation (1999 : 19 ans et 6 mois / 1997 : 20 ans et 2 mois) et de la durée de la dépendance (1999 : 10 ans et 6 mois / 1997 : 8 ans et 8 mois) en vue d'expliquer la tendance observée.

#### TERMINOLOGIE

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

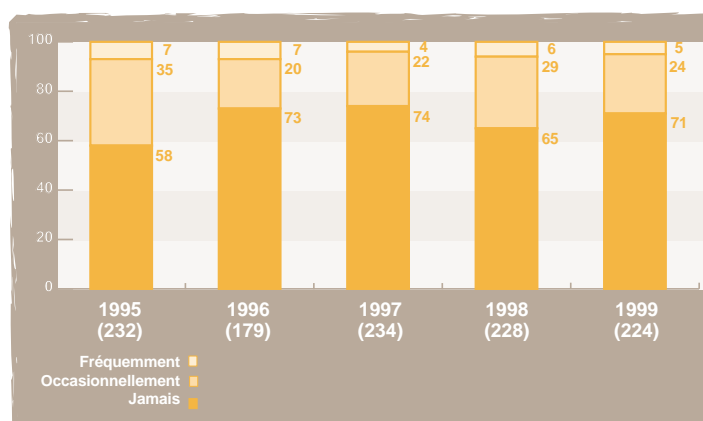
### 13.3 HYGIENE ET PRECAUTIONS

**Fig 13.3** Utilisation de préservatifs. 1995-1999



Source: RELIS 99

**Fig 13.3bis** Echange de seringues usées au cours du mois écoulé. 1995-1999



Source: RELIS 99

#### COMMENTAIRES

- En 1995, le protocole RELIS a été complété par les items relatifs à l'utilisation de préservatifs et aux habitudes d'échanges de seringues au cours du mois écoulé.
- Une grande majorité de toxicomanes i.v. (71%) déclarent ne pas échanger de matériel d'injection souillé.

#### TENDANCES

Le taux d'utilisation de préservatifs s'accorde sur celui des années 1997/98.

- Avec un écart notamment pour l'année 1998, on retrouve une distribution semblable à celles observées en 1996 et 1997 en matière d'échanges de seringues.

#### TERMINOLOGIE

- Une réponse affirmative chez les femmes signifie que les dernières demandent en général à leur(s) (nouveaux) partenaire(s) d'utiliser un préservatif lors des rapports sexuels.

- Echange de seringues: partage de matériel d'injection souillé avec d'autres consommateurs.

#### 13.4 TEST SIDA (VIH)

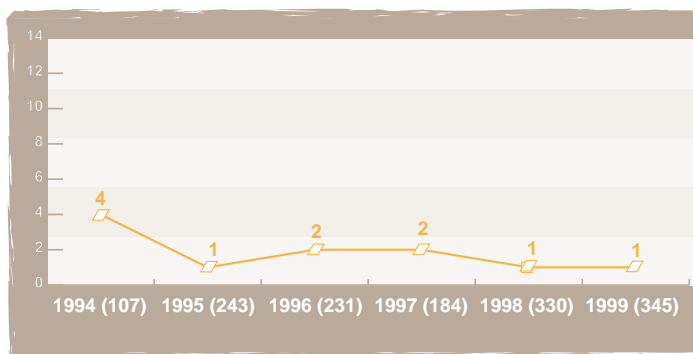
**Fig 13.4** Test VIH au cours de la vie. 1995-1999

**Fig 13.4bis** Test VIH au cours des cinq derniers mois. 1997-1999

**Fig 13.4ter** Résultats du test VIH. 1994-1999

**Fig 13.4 quater**

**Maladie du SIDA déclarée. 1994-1999**



**COMMENTAIRES**

- Une majorité (total : 95% ↗) des toxicomanes ont déjà effectué au moins un test de dépistage VIH au cours de leur existence (Femmes :100% / Hommes : 93%). Ce pourcentage élevé pourrait s'expliquer en partie par le fait qu'un grand nombre des personnes ont déjà suivi des traitements en institution au cours desquelles elles ont dû subir des prises de sang ou autres examens médicaux.

- En ce qui concerne les tests effectués au cours des cinq derniers mois avant le recueil des données, contrairement aux données des années précédentes, les femmes se sont soumises plus fréquemment (89% ↗) à un test VIH que les hommes (79% ↘).

**SÉROLOGIE VIH:**

- 3% de l'ensemble des répondants sont VIH positifs. Se référant exclusivement aux usagers de drogues par voie intraveineuse, on obtient un taux d'infection VIH de 3,3%. Les résultats fournis par l'étude menée au sein des prisons luxembourgeoises en 1998 permettent d'estimer un taux d'infection VIH parmi les détenus usagers de drogues par voie intraveineuse de 4 à 5%.

- 1% des personnes qui ont effectué un test VIH, avaient effectivement développé la maladie au moment du recueil des données.

- Les taux observés sont largement inférieurs à la moyenne des taux rapportés dans d'autres pays européens (0,9% Irlande – 32% Espagne) - (Source : Rapport annuel sur l'état de la situation du problème de la drogue 1999, OEDT, Lisbonne, 1999).

**DONNÉES**

**COMPLÉMENTAIRES**

Age moyen des personnes qui ont subi un test VIH au moins une fois au cours de leur existence: 29 ans et 7 mois (n :315).

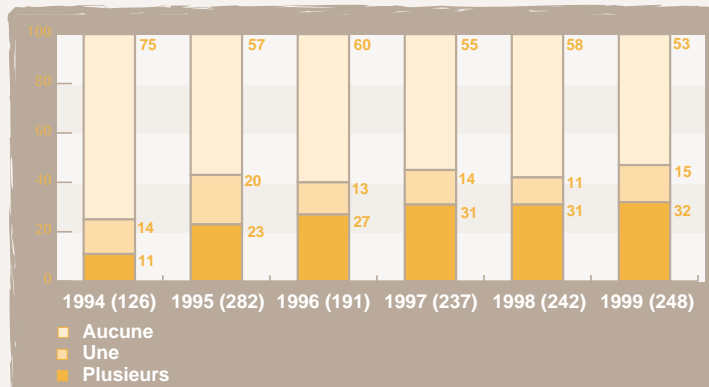
**TENDANCES**

- Test VIH au cours des derniers 5 mois: taux légèrement à la hausse pour les femmes et légère diminution chez les hommes.
- Le taux d'infection VIH demeure remarquablement stable (3%) au fil des années.
- Depuis 1995, le taux de cas de maladie du sida déclarée varie entre 1 et 2%,.

**14. SANTE MENTALE**

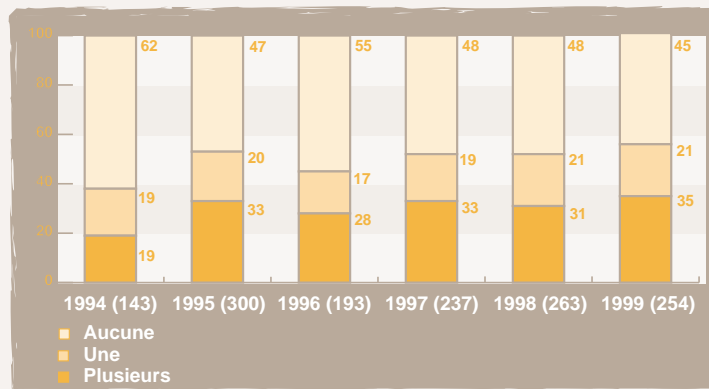
**14.1 COMPORTEMENTS A RISQUE**

**Fig 14.1 Tentatives de suicide. 1994-1999**



Source: RELIS 99

**Fig 14.1bis Surdosages non fatales. 1994-1999**



Source: RELIS 99

**COMMENTAIRES**

- Tentative(s) de suicide: 47%
- Victimes de surdosage(s) non fatales: 55 %
- Agression(s) envers autrui: 70% Plus de la moitié des cas dont la situation est connue, vivent dans un contexte à haut risque.

**DONNÉES**

**COMPLÉMENTAIRES**

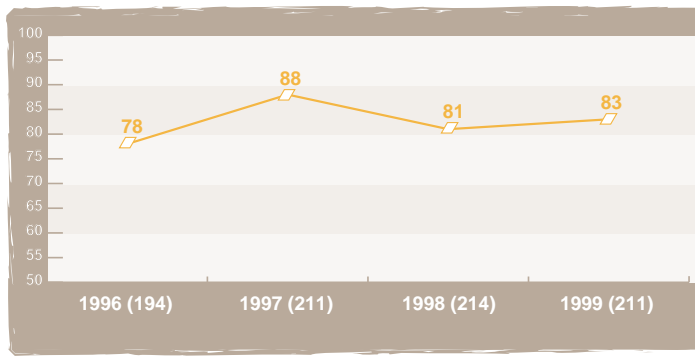
- 22 % des personnes font état des trois comportements cités (29% : 2 et 31% : 1).

**TENDANCES**

STABLE, depuis 1997

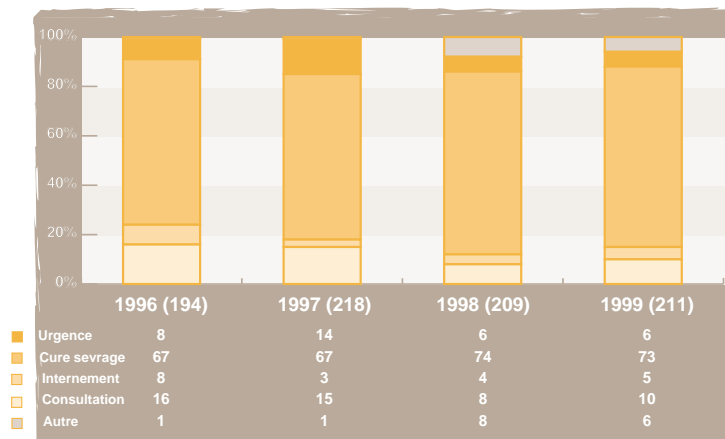
**14.2 ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES**

**Fig 14.2 Antécédents psychiatriques. 1996-1999**



Source: RELIS 99

**Fig 14.2bis Motifs des contacts psychiatriques. 1996-1999**



Source: RELIS 99

**COMMENTAIRES**

Pour les personnes qui témoignent d'un passé psychiatrique, il s'agit dans 73% des cas de cures de sevrage en unité psychiatrique et, dans 27% des cas, de problèmes psychopathologiques divers. Exprimé en d'autres termes, 22,4% de l'ensemble des répondants RELIS ont déjà eu recours à des services psychiatriques pour des motifs autres que le sevrage physique. (stable)

**TENDANCES**

Stabilité au niveau de la prévalence des antécédents psychiatriques et des motifs de recours depuis 1998.

**MÉTHODOLOGIE**

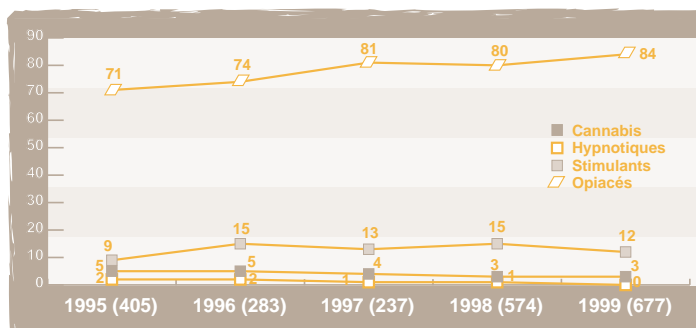
L'item portant sur le passé psychiatrique des répondants est venu compléter la version 1996 du protocole RELIS.

**15. CONSOMMATION DE PRODUITS TOXIQUES**

*15.1 PRODUITS PREFERENTIELS*

PRODUIT PRÉFÉRENTIEL (95-99)	PRÉFÉRENCE 1					PRÉFÉRENCE 2					PRÉFÉRENCE 3				
	95	96	97	98	99	95	96	97	98	99	95	96	97	98	99
ALCOOL	2					4	3	4	2	2	9	10	11		1
CANNABIS ET DÉRIVÉS	5	5	4	3	3	20	16	14	29	24	22	33	29	41	40
INHALANTS, SUBSTANCES VOLATILES												1	1		
HALLUCINOGENES (LSD,PCP,ETC.)				1		3	3	3	4	1	3	8	5	5	5
HYPNOTIQUES ET SÉDATIFS	2	2	1	1		11	6	14	4	7	26	13	16	12	13
STIMULANTS							1	1	1	1		1	1		
MDMA (XTC)	1	2	1	6	2	4	6	6	7	4	5	8	11	10	10
AMPHÉTAMINES			1	2	1	4	3		3	1	4	2	6	6	3
CRACK (EX. COCAÏNE FREEBASE)						1	2	2			1	1			1
COCAÏNE	3	5	2	4	4	8	12	9	18	16	6	3	4	7	5
COCAÏNE (I.V.)	5	8	9	3	5	17	24	22	15	21	6	6	5	7	5
OPIOIDES/OPIACÉS		2		2											
PRODUITS DE SUBSTITUTION (CONSUM. ILLÉGALE)										1		1		1	1
PRODUITS DE SUBSTITUTION (SOUS PRESCRIP.)	1	1	1	1	1	1	3	7	5	5	7	3	2	4	3
HÉROÏNE ET AUTRES OPIACÉS	17	17	10	36	33	17	10	8	4	9	3	5	9	3	4
HÉROÏNE ET AUTRES OPIACÉS (I.V.)	64	58	70	41	51	10	11	10	7	7	8	5		3	4
AUTRES PRODUITS PSYCHOTROPES			1						1	1					1
<b>N</b>	<b>405</b>	<b>283</b>	<b>237</b>	<b>574</b>	<b>677</b>	<b>362</b>	<b>241</b>	<b>229</b>	<b>397</b>	<b>440</b>	<b>235</b>	<b>193</b>	<b>198</b>	<b>255</b>	<b>280</b>

**Fig 15.1 Produits préférentiels (groupes) 1995-1999**



Source: RELIS 99

**COMMENTAIRES**

- Substance et mode d'administration préférentiels: héroïne par voie intraveineuse (51%). Substance préférentielle indépendamment du mode d'administration: Opiacés d'acquisition illicite : 84% (↗)
- Substances secondaires dans l'ordre de préférence: cannabis / cocaïne / héroïne (67%) (stable)

**DONNÉES**

**COMPLÉMENTAIRES**

- Age moyen des répondants au moment de la première consommation de la drogue préférentielle actuelle: 15 ans et 6 mois (15 ans et 8 mois).
- Taux de polytoxicomanie stable: 82%. (82%).

**TENDANCES**

- Les opiacés constituent le produit préférentiel (84%) (↗) des toxicomanes répertoriés par le réseau institutionnel. La tendance significative à la hausse du mode d'administration d'opiacés par inhalation: 33% (36%), observée en 1998 se maintient au vu des résultats de 1999. Toutefois, la stabilisation à un niveau élevé du mode d'administration par inhalation s'accompagne d'une augmentation de 10% au niveau l'administration i.v. d'opiacés.
- Diminution de la prévalence de substances de type ecstasy (MDMA, etc.) en première (2%) et deuxième préférence (4%) et des stimulants de type amphétamine (STA) à tous les niveaux de préférence.
- La consommation de cannabis est stable à tous les niveaux de préférence.
- Faible prévalence de la cocaïne en mode d'administration i.v. en tant que produit de consommation préférentielle. Tous modes d'administration et niveaux de préférences confondus, légère hausse de la consommation de cocaïne surtout en tant que substance secondaire mais faible diminution du groupe des stimulants en général.



- Absence complète de substances volatiles et de crack à tous les niveaux de préférence.
- Autres produits psychotropes : prévalence accrue des champignons hallucinogènes en 2ième et 3ième préférence.

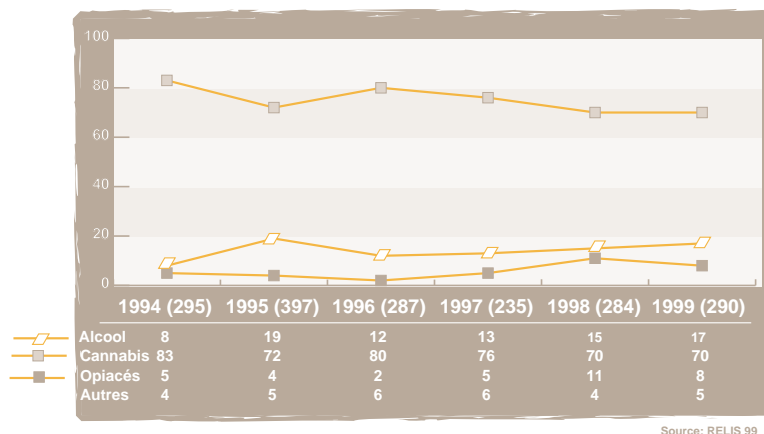
#### Terminologie

- Le présent item porte sur les produits de consommation préférentiels ( main drug ) et leurs modes d'administration respectifs; c'est-à-dire, les produits que le sujet consomme régulièrement de façon soutenue (PREF. 1) et ceux qu'il ne consomme qu'occasionnellement (PREF. 2 et 3).
- Polytoxicomanie: consommation régulière et soutenue, ou abus simultanés et/ou consécutifs d'au moins deux substances classées HRC.

### 15.2 SEQUENCES DE CONSOMMATION

DROGUE DE PREMIER CONTACT ( % )	1994	1995	1996	1997	1998	1999
ALCOOL	8	19	12	13	15	17
<b>CANNABIS ET DÉRIVÉS</b>	<b>83</b>	<b>72</b>	<b>80</b>	<b>76</b>	<b>70</b>	<b>70</b>
INHALANTS, SUBST. VOLATILES		1	2		1	2
HALLUCINOGENES ( LSD, PCP, ETC.)	2	1	1	2	1	1
HYPNOTIQUES ET SÉDATIFS	1	1	1	3	1	
<b>STIMULANTS SNC</b>						
MDMA (XTC)						
AMPHÉTAMINES		1	1			1
CRACK ( EX. COCAÏNE FREEBASE )						
COCAÏNE	1	1	1	1		
COCAÏNE (I.V.)						
<b>OPIOIDES/OPIACÉS</b>						
PRODUITS DE SUBSTITUTION (CONS. ILLÉGALE)						
PRODUITS DE SUBSTITUTION (SOUS PRESCRIP.)						
HÉROÏNE ET AUTRES OPIACÉS	4	2	1	3	5	5
HÉROÏNE ET AUTRES OPIACÉS (I.V.)	1	2	1	2	6	3
AUTRES PRODUITS PSYCHOTROPES					1	1
<b>N</b>	<b>295</b>	<b>397</b>	<b>287</b>	<b>235</b>	<b>284</b>	<b>290</b>

**Fig. 15.2 Drogue de premier contact (groupe). 1994-1995**



**COMMENTAIRES**

- Le premier contact avec des produits d'acquisition illicite concerne dans 70% (▼) des cas connus le cannabis et ses produits dérivés suivi d'une substance licite à savoir l'alcool (17%) (▲).
- En termes chronologiques, 33% ont fait l'expérience de la consommation d'héroïne (22% i.v. / 11% non-i.v.) suite à leur premier contact avec des drogues illicites. Un troisième moment de l'évolution de la consommation est marquée pour 24% des répondants par la consommation de cocaïne (17% i.v./ 7% non-i.v.) et 40% par la consommation d'héroïne ( 32% i.v. / 8% non-i.v.).
- A remarquer que la cocaïne n'est jamais citée en tant que drogue de premier contact. Une majorité de personnes ont déjà consommé au moins 2 à 4 autres substances avant de déboucher sur la cocaïne.

**DONNÉES**

**COMPLÉMENTAIRES**

- Age moyen du premier contact (consommation) avec des drogues illicites : 15 ans et 9 mois (n=261) (▼) (16 ans) (1999 – hommes : 15 ans et 10 mois / femmes : 15 ans et 6 mois).
- Age moyen de la première consommation régulière de cigarettes: 14 ans et 5 mois (n: 206)(▼) (14 ans et 8 mois). Les hommes commencent en moyenne plus tard à fumer (14 ans et 10 mois) que les femmes (13 ans et 5 mois).

A titre comparatif, signalons que la dernière étude représentative, menée en milieu scolaire (IEES, Matheis, Prussen, Reuter, 1995) indique un âge moyen à la première consommation de cigarettes de 14,5 ans.

**TENDANCES**

- En moyenne, contact plus précoce avec des drogues d'acquisition illicite (depuis 2 ans) et diminution de l'âge lors de la première consommation de cigarettes.

**TERMINOLOGIE**

- Drogue de premier contact (usage régulier) : ce terme est préféré à l'appellation plus commune de "drogue d'initiation" dans la mesure où cette dernière suppose d'emblée que la première consommation coïncide avec le début du processus de dépendance.

**15.3 AGES LORS DES DIFFÉRENTES ÉTAPES DE CONSOMMATION**

AGE 1999 (1998)	10-13	14-15	16-17	18-19	20-21	22-25	26-33	+33
<b>ALCOOL</b>	29 (30)	46 (44)	14 (17)	6 (6)	4 (0)	1 (3)		
<b>CANNABIS ET DÉRIVÉS</b>	22 (18)	34 (35)	26 (28)	13 (14)	3 (3)	1 (1)	1 (1)	
<b>INHALANTS, SUBST. VOLATILES</b>	27 (0)	36 (33)	10 (50)	27 (17)				
<b>HALLUCINOÈNES ( LSD, PCP, ETC.)</b>	12 (11)	36 (23)	25 (39)	13 (12)	7 (5)	7 (7)	0 (1)	
<b>HYPNOTIQUES ET SÉDATIFS</b>	9 (10)	12 (8)	23 (20)	16 (14)	14 (14)	12 (19)	14 (15)	
<b>STIMULANTS SNC</b>								
<b>MDMA (XTC)</b>	8 (6)	28 (19)	20 (19)	32 (32)	4 (6)	4 (10)	4 (8)	
<b>AMPHÉTAMINES</b>	4 (6)	20 (21)	56 (37)	8 (16)	8 (20)	4 (0)		
<b>CRACK ( EX. COCAÏNE FREEBASE)</b>			0 (25)	34 (25)	0 (25)	33 (25)	33 (0)	
<b>COCAÏNE</b>	3 (2)	8 (9)	14 (18)	17 (8)	25 (25)	22 (27)	11 (11)	
<b>COCAÏNE (I.V.)</b>	2 (3)	13 (4)	26 (22)	27 (26)	13 (19)	9 (16)	9 (10)	1 (0)
<b>OPIOIDES/OPIACÉS</b>								
<b>PRODUITS DE SUBSTITUTION (CONS. ILLÉGALE)</b>								
<b>PRODUITS DE SUBSTITUTION (SOUS PRESCRIP.)</b>	4 (4)		0 (4)	14 (17)	4 (22)	48 (13)	26 (31)	4 (9)
<b>HÉROÏNE ET AUTRES OPIACÉS</b>	6 (4)	13 (14)	8 (17)	26 (26)	16 (15)	16 (7)	13 (12)	2 (5)
<b>HÉROÏNE ET AUTRES OPIACÉS (I.V.)</b>	3 (2)	12 (8)	28 (28)	22 (23)	11 (9)	18 (19)	5 (9)	1 (2)
<b>AUTRES PRODUITS PSYCHOACTIVES</b>	4 (3)		31 (23)	31 (32)	15 (18)	11 (9)	8 (12)	0 (3)
<b>N = 836</b>								



TENDANCES

DROGUES LRC D'ACQUISITION ILLICITE

- 22% (↗ depuis 1997) des répondants n'avaient pas encore atteint l'âge de 14 ans au moment de la première consommation de drogues LRC tel que le cannabis. La courbe de consommation indique, comme en 1997 et 1998, un pic entre 14 et 15 ans et descend progressivement pour atteindre son minimum entre 26 et 33 ans.
- Les courbes de 1997 à 1999 présentent des décours fort semblables et se distinguent des années précédentes par un début de consommation de plus en plus précoce et une diminution plus marquée à partir de 22 ans.

TENDANCES

DROGUES HRC D'ACQUISITION ILLICITE

• **Cocaïne**

*Cocaïne par voie intraveineuse:*

- ▶ concentration des premières consommations de cocaïne en i.v. entre l'âge de 16 et de 19 ans.
- ▶ courbes à variations d'amplitude plus discrètes (comparées aux drogues LCR) avec un pic commun pour les 4 dernières années (95 - 99) qui se situe entre 18 et 19 ans (plus tard que pour l'héroïne i.v.). A l'exemple de l'année 1998, on n'observe pas de second pic entre 26 et 30 ans. Cette constatation est en apparente contradiction avec les données sur les séquences de consommation qui placent la cocaïne en 3ième et 4ième position chronologique de consommation. Une divergence qui s'explique néanmoins si l'on tient compte de la baisse sensible de l'âge de la première consommation de cocaïne ; fait qui est en accord avec la baisse observée au niveau de la consommation de cocaïne en tant que produit préférentiel. En effet, 41% (29%) des répondants n'étaient pas encore majeurs au moment de la première consommation de cocaïne.

*Cocaïne / autres voies d'administration:*

- ▶ l'évolution des premières consommations de cocaïne non-i.v. comparée au mode i.v. se distingue par un pic plus tardif situé dans la classe d'âge de 20 à 21 ans (↘). En 1998, ce même pic était situé entre 22 et 25 ans.

- **Héroïne**

*Héroïne par voie intraveineuse:*

- ▶ début plus précoce pour la consommation d'héroïne par voie intraveineuse. 43% (1998 :38%) (1997 :31%) des répondants n'avait pas encore atteint l'âge de 18 ans lors de la première consommation d'héroïne en mode i.v.
- ▶ courbe typique à double pic entre 16 et 17 ans et entre 22 et 25 ans. Contrairement à la cocaïne, il s'agit pour l'héroïne i.v. d'une courbe présentant de fortes variations d'amplitude et un deuxième pic très marqué entre 22 et 25 ans.

*Héroïne / autres voies d'administration:*

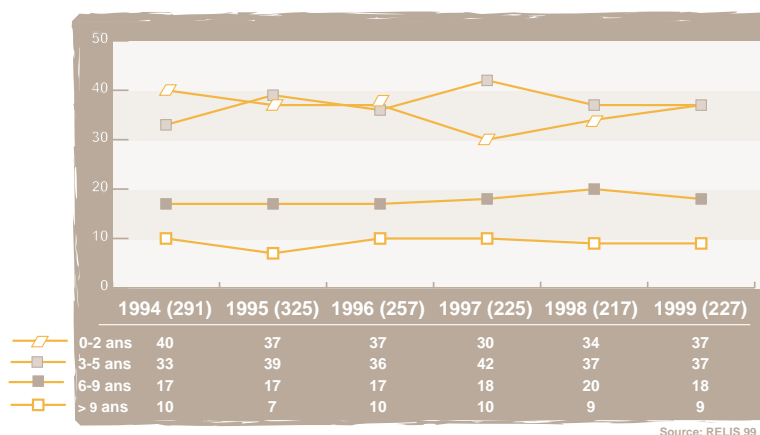
- ▶ de 1996 à 1999 le pic des premières consommations se situe entre 18 et 19 ans. Comparées aux années 1995 à 1997, les premières consommations d'héroïne par inhalation ont tendance à avoir lieu de façon plus précoce.

**MÉTHODOLOGIE**

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

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

**Fig. 15.4** Durée (Drogues illicites - Mode i.v.), 1994-1999.



**DONNÉES**

**COMPLÉMENTAIRES**

- Durée moyenne qui sépare le moment du premier contact avec des drogues LRC et le moment de la première prise par voie i.v.: 3 ans et 8 mois (♣) (n=232) (4 ans et 7 mois). Pour 37% des répondants, cette durée ne dépasse cependant pas les 2 années.

- Age moyen lors de la première prise i.v. toutes substances confondues: 19 ans et 4 mois (♣) pour les hommes et 18 ans et 10 mois pour les femmes (♣) (moyenne globale : 19 ans et 3 mois) (♣) (n=246).

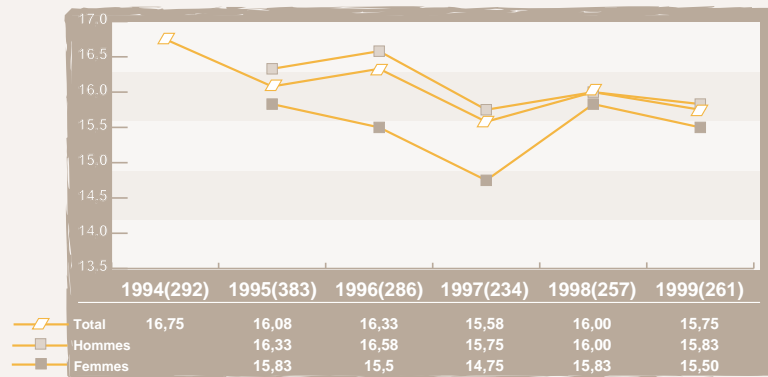
**TENDANCES**

- Une baisse marquée de l'âge moyen lors de la première prise de drogue par voie intraveineuse (19 ans et 4 mois) et de la durée qui sépare la première consommation de drogues illicites et la première prise i.v. (3 années et 8 mois).

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

AGE/PREMIER CONTACT (99)	<12	12-13	14-15	16-17	18-19	20-21	22-23	24-25	>25
% (N= 261)	4	16	30	26	14	5	2	1	2

**Fig. 15.5 Moyennes d'âge lors du premier contact avec des drogues d'acquisition illicite (années). 1994-1999**



Source: Relis 99

**COMMENTAIRES**

- Premier contact avec des produits illicites: 70% (70%) (n=290) des premiers contacts ont impliqué des drogues LRC telles que le cannabis et ses produits dérivés.
- Concentration massive des effectifs dans la classe d'âge de 14 à 17 ans.
- Age moyen de la première consommation de drogues illicites: 15 ans et 9 mois (n=261) (♣) (16 ans). Cette même valeur atteint 15 ans et 10 mois (♣) pour les hommes (n=292) et 15 ans et 6 mois (♣) pour les femmes (n=112).





- Contrairement à la durée de dépendance, la durée moyenne qui sépare la première consommation de drogues illicites et le moment de la première prise par voie intraveineuse demeure stable.

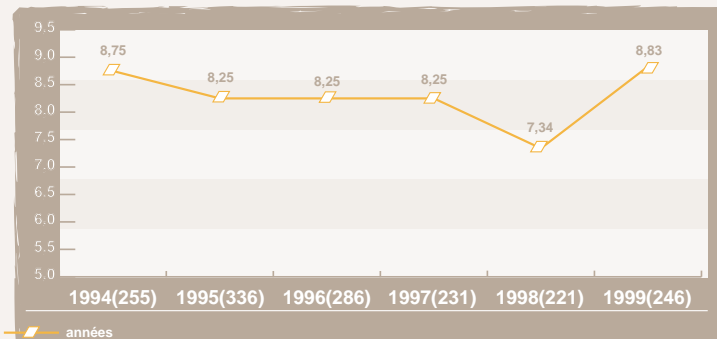
**TERMINOLOGIE**

- La notion de dépendance est subjective. Même si elle renvoie à des déterminants d'ordre physiologique, elle reflète avant tout l'appréciation du sujet lui-même. L'item en question est formulé de la façon suivante: " A quel moment aviez-vous remarqué que vous étiez physiquement dépendant(e) d'une drogue donnée ? " (demande de précisions lorsqu'il s'agissait d'une drogue classée LRC).

**15.7 DUREE MOYENNE DE LA PRISE PAR VOIE INTRAVEINEUSE**

DUREE PRISE I.V.(99)	0-1	2-3	4-5	6-7	8-9	10-11	12-13	14-15	16-17	≥ 18
%	8	7	13	13	13	9	11	9	7	10

**Fig. 15.7** Durée moyenne de la prise en mode i.v.. 1994-1999



Source: Relis 99

**DONNÉES**

**COMPLÉMENTAIRES**

- Durée moyenne de la prise i.v.: 8 ans et 10 mois (↗) (7 ans et 4 mois).

**TENDANCES**

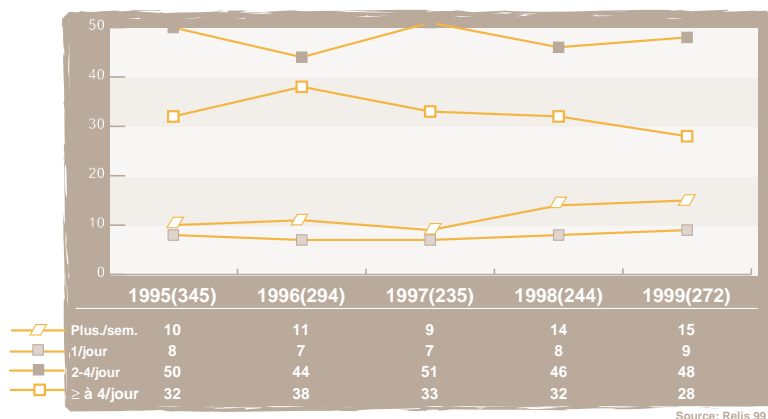
- A l'image de la durée de dépendance, la durée moyenne de prise par voie intraveineuse affiche également une tendance générale à la hausse qu'il s'agira cependant de confirmer à la vue des résultats de 1998.

**TERMINOLOGIE**

- Prise intraveineuse, toutes drogues confondues.

## 16. FREQUENCE DE CONSOMMATION

**Fig. 16** Fréquence de consommation du produit préféré. 1995-1999



### COMMENTAIRES

- 76% des sujets consomment plusieurs fois par jour leur drogue préférée qui est, dans 84% des cas, un produit de la famille des opiacés.

### TENDANCES

- Baisse au niveau de la fréquence moyenne de consommation. Tendance vers une consommation quotidienne plus modérée constatée à partir de 1997

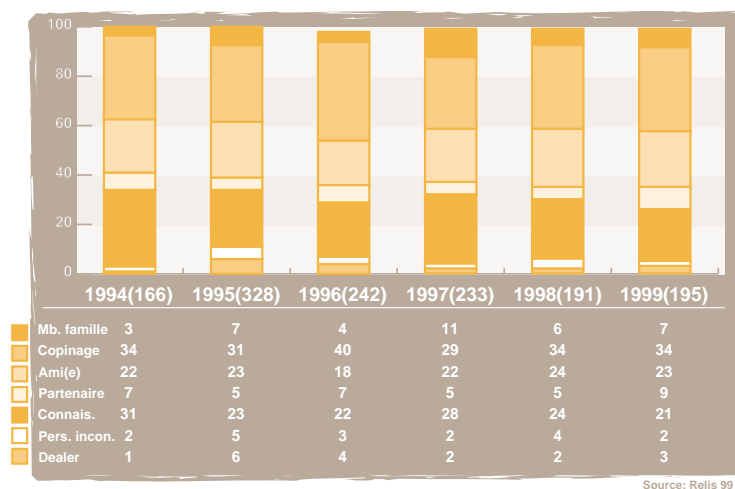
### TERMINOLOGIE

- La fréquence de consommation constitue un indicateur de l'état et du degré de dépendance physique.

## 17. CONTEXTE DU PREMIER CONTACT AVEC DES DROGUES LRC/HRC

### 17.1 PERSONNE QUI A OCCASIONNE LE PREMIER CONTACT

**Fig. 17.1** Personne ayant occasionné le premier contact avec des drogues d'acquisition illicite. 1994-1999



**COMMENTAIRES**

- Le premier contact avec des drogues d'acquisition illicite est avant tout occasionné par des connaissances / copinages (55%) ou des ami(e)(s) de longue date (23%).
- Le premier contact s'effectue que très rarement par l'intermédiaire d'un "dealer " (3%). L'initiation aux drogues illicites semble en effet davantage profiter d'un contexte de confiance qui est garanti par un entourage connu (ami(e)(s), copains, e.a.).

**TENDANCES**

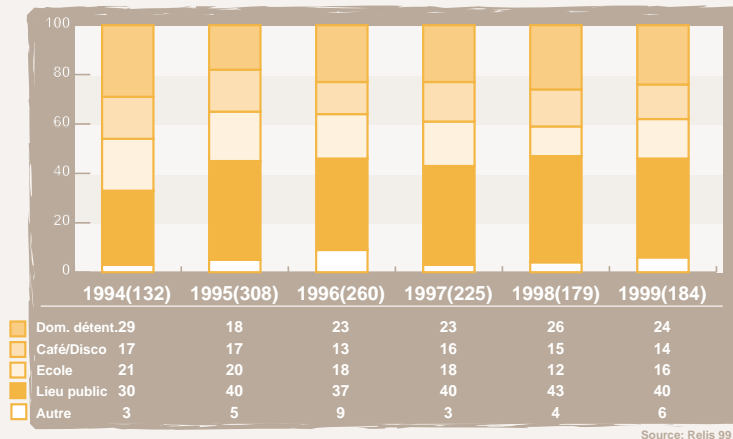
- STABLE ; à l'exception de l'initiation par le partenaire

**TERMINOLOGIE**

L'item se rapporte aux personnes qui ont proposé, vendu ou cédé pour la première fois des drogues illicites au répondant ou avec laquelle le dernier en a consommées pour la première fois.

**17.2 LIEU DU PREMIER CONTACT**

**Fig. 17.2** Lieu du premier contact avec des drogues d'acquisition illicite. 1994-1999



**COMMENTAIRES**

- Les lieux publics présentent avec 40% le principal environnement dans lequel a lieu le premier contact avec des drogues illicites.

**TENDANCES**

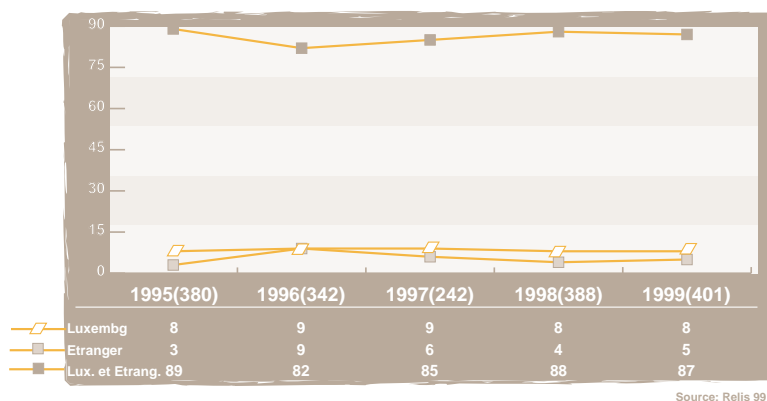
- STABLE; le nombre de premiers contacts au sein des enceintes scolaires affiche une hausse peu marquée par rapport à 1998.

## TERMINOLOGIE

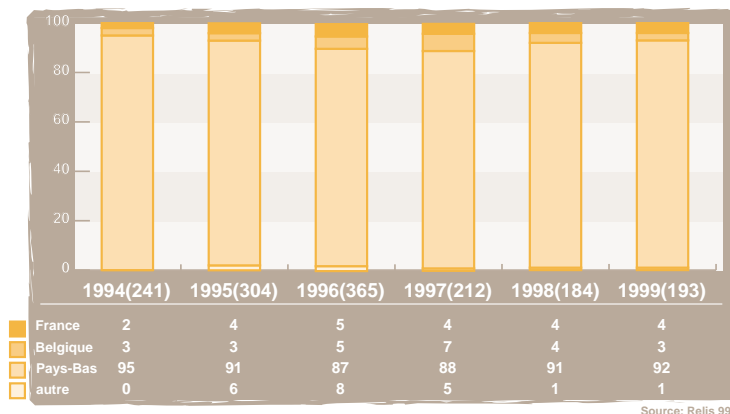
L'item se rapporte aux lieux où les répondants se sont vus proposés, ont acquis ou ont consommé pour la première fois des drogues illicites.

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

**Fig. 18** Lieu d'approvisionnement des drogues d'acquisition illicite. 1995-1999



**Fig.18 bis** Pays étrangers d'approvisionnement. 1994-1999



## COMMENTAIRES

- Les personnes qui s'approvisionnent exclusivement au Luxembourg (8%) peuvent être considérées prioritairement comme des consommateurs alors que les sujets qui achètent uniquement à l'étranger (5%) le font ou bien pour des raisons de moindre coût ou bien afin de pouvoir acheter des quantités plus importantes qui, dans la majorité des cas, sont destinées à la vente. Pour les personnes qui s'approvisionnent aussi bien au Luxembourg qu'à l'étranger, et c'est la majorité (87%), il est difficile d'avancer une quelconque hypothèse.

- Au niveau du pays d'acquisition, les Pays-Bas demeurent la destination de préférence.

**TENDANCES**

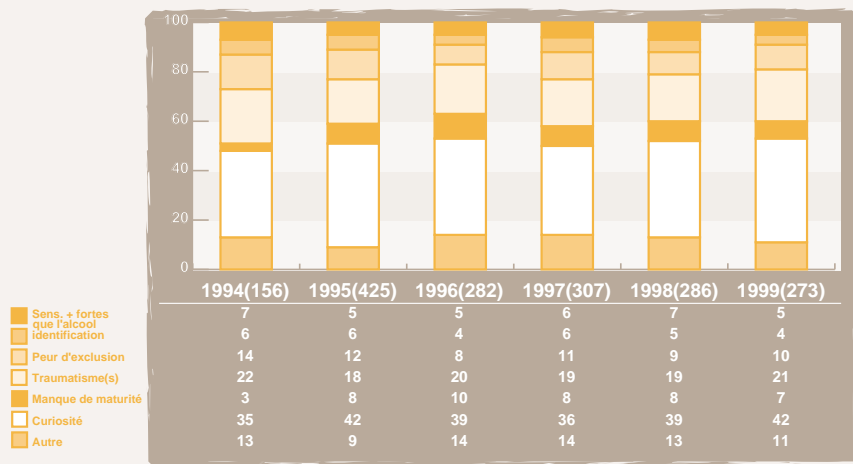
- STABLE

**MÉTHODOLOGIE**

L'item des lieux d'approvisionnement permet d'estimer le nombre de personnes qui se procurent des drogues illicites en vue de couvrir leurs besoins individuels et, de l'autre, le nombre de celles pour qui on peut raisonnablement supposer qu'elles sont impliquées, d'une façon ou d'une autre, dans la vente à petite ou à grande échelle, de produits illicites (ce qui n'exclut bien entendu pas l'usage personnel).

**19. RAISONS DE LA PREMIERE CONSOMMATION DE DROGUES ILLICITES**

**Fig. 19** Raisons de la première consommation de drogues illicites. 1994-1999



Source: Relis 99

**COMMENTAIRES**

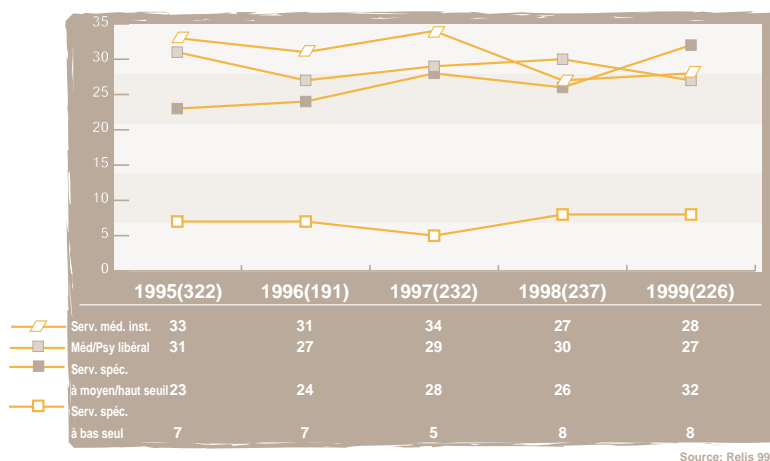
- Conformément aux résultats fournis par d'autres études nationales, une majorité de personnes (42%) évoquent la curiosité comme motivation première, a priori non réactionnelle au sens strict du terme, telle qu'elle apparaît par exemple dans la consommation suite à un événement traumatique (accident, mort d'un proche, séparation, etc.) (21%) ou dans la peur d'être rejeté(e)s ou d'être exclu(e)s d'un groupe (10%). Il convient néanmoins de ne pas perdre de vue que la curiosité peut également contenir certains éléments réactionnels (ennui, manque de stimulations, etc.).

## 20. DEMANDE D'AIDE ET DE TRAITEMENT

### 20.1 PREMIER CONTACT AVEC UN INTERVENANT OU UNE INSTITUTION DE SOINS

LIEU / PERSONNE	1995	1996	1997	1998	1999
TRAVAILLEUR DE RUE	5	5	3	5	4
MÉDECIN GÉNÉRALISTE	28	24	26	26	23
SERVICE D'URGENCES / HÔPITAL / CHNP / ETC.	33	31	34	27	28
SERVICE DE CONSULTATION EXTRAHOSPITALIER	20	13	20	19	22
CENTRE THÉRAPEUTIQUE RÉSIDENTIEL	3	3	2	3	2
DISPOSITIF D'INTERVENTION MOBILE	2	2	2	3	4
CENTRE THÉRAPEUTIQUE POUR ALCOOLIQUES	0	0	1	0	0
PSYCHIATRE OU PSYCHOLOGUE LIBÉRAL	3	3	3	4	4
PSYCHOLOGUE OU AGENT SOCIAL EN PRISON	1	8	4	4	3
CENTRE INFORMATION / PRÉVENTION	0	8	5	5	8
AUTRE	6	3	0	4	2
<b>N</b>	<b>322</b>	<b>191</b>	<b>232</b>	<b>237</b>	<b>226</b>

Fig. 20.1 Lieu ou intervenant du premier contact de soins. 1995-1999.



#### COMMENTAIRES

- Le graphique 20.1 présente les données regroupées en quatre domaines d'intervention.
- 32% des sujets répertoriés en 1999 ont été pris en charge pour la première fois par un service spécialisé à moyen ou haut seuil et 28% par un service hospitalier (malaise, accident de surdosage, demande de sevrage).

- Une tendance qui semble se stabiliser est la consultation de médecins généralistes lors de la première demande d'aide (27%).

**TENDANCES**

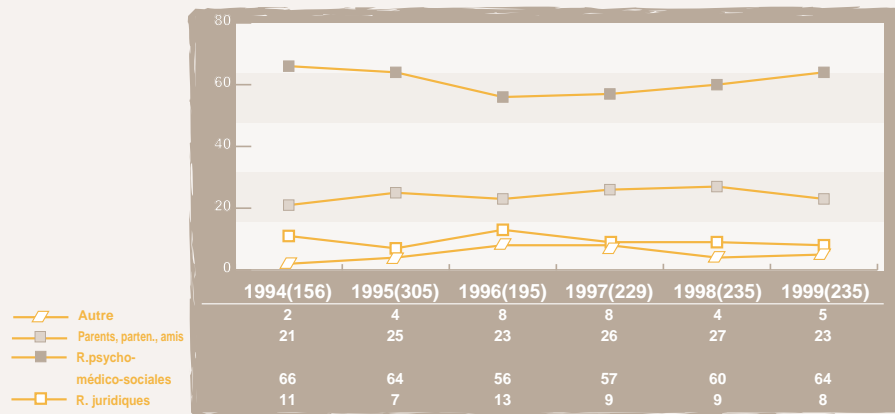
De façon générale, on observe depuis 1995 une tendance qui va dans le sens d'une hausse des premières demandes d'aide adressées aux services spécialisés (40%) au détriment des services psycho-médicaux généraux (55%), qui demeurent toutefois en première position en termes de premier recours.

**TERMINOLOGIE**

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

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

**Fig. 20.2** Motifs associés à la première demande d'aide. 1994-1999



**COMMENTAIRES**

- La première demande d'aide s'effectue dans 64% des cas pour des raisons médicales ou psychosociales. 50% (54%) des cas rapportent un contexte d'urgence lors du premier recours à un service ou intervenant d'aide.

**DONNÉES**

**COMPLÉMENTAIRES**

- Age moyen lors de la première consultation ou de la première demande d'aide: 21 ans et 8 mois (n=200) (21 a 8 m).
- Age moyen lors des premiers traitements ou prises en charge plus endémiques: 22 ans et 1 mois (n=162) (22 a 4 m).

## TENDANCES

- Alors qu'on observe une baisse de l'âge moyen du début de l'état de dépendance physique : 19 ans et 2 mois (19 a 5 m) (↘) et de l'âge lors du premier traitement, la moyenne de la durée de dépendance avant le premier traitement endémique tel que défini ci-après reste stable par rapport à l'année 1998 : 2 ans et 10 mois.

## TERMINOLOGIE

Traitement endémique: traitements ou prises en charge plus soutenus tels que l'engagement thérapeutique, les consultations régulières, l'admission au programme méthadone, etc.

## 21. DERNIER TRAITEMENT

<b>DERNIER TRAITEMENT DU REPOUNDANT (1999)</b>	<b>%</b>
DÉSINTOXICATION À COURT TERME	29 (36)
SIMPLE SUIVI MÉDICAL	2 (3)
TRAITEMENT DE SUBSTITUTION	15 (13)
PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE SANS PRESCRIPTION DE MÉDICAMENTS	12 (15)
PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE AVEC PRESCRIPTION DE MÉDICAMENTS	8 (9)
ENGAGEMENT THÉRAPEUTIQUE	25 (17)
CONSEILS ET AIDES PONCTUELS	3 (4)
AIGUILLAGE VERS UNE AUTRE INSTITUTION	0 (2)
POSTCURE	2 (1)
AIDE À LA RÉINSERTION SOCIOPROFESSIONNELLE	4 (2)
<b>N</b>	<b>316</b>

## DONNÉES

### COMPLÉMENTAIRES

- Le temps écoulé depuis la fin du traitement précédent (n-1) et le traitement actuel (n) est en moyenne de 441 jours (↗) (442 jours). Exprimé en d'autres termes, une personne répertoriée consulte en moyenne 0,82 fois par an.

- Première demande de traitement en général, toutes institutions confondues : 15% (4%). Parmi les premiers demandeurs de traitement, on compte 75% d'hommes et 25% de femmes ; âge moyen: 20 ans

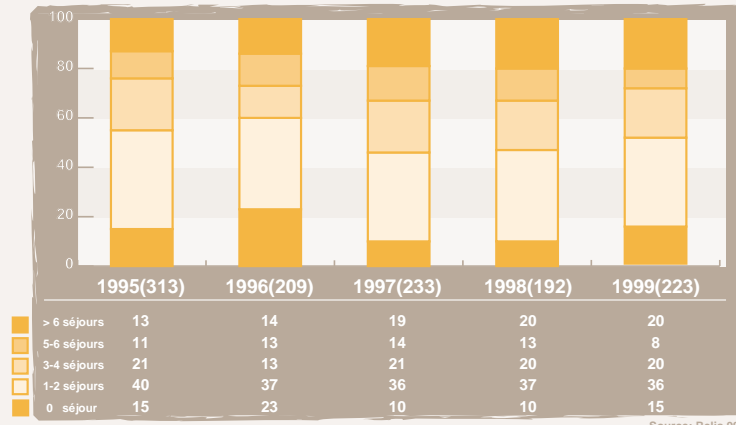
## TENDANCES

- Le temps écoulé entre les deux consultations consécutives les plus récentes est resté stable.
- La proportion de premières demandes de traitement (15%) affiche une hausse significative par rapport aux années précédentes.



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

**Fig. 22** Nombre de séjours effectués dans des structures d'accueil résidentielles. 1995-1999



### COMMENTAIRES

- 15% des sujets avaient, au moment du recueil des données, à leur actif, aucun séjour institutionnel (traitement stationnaire) et 20 % ont déjà effectué plus de 6 séjours institutionnels au cours de leur carrière de toxicomane. Une majorité de personnes (56%) se situent dans la classe de fréquence de séjours de 1 à 4.

### DONNÉES

#### COMPLÉMENTAIRES

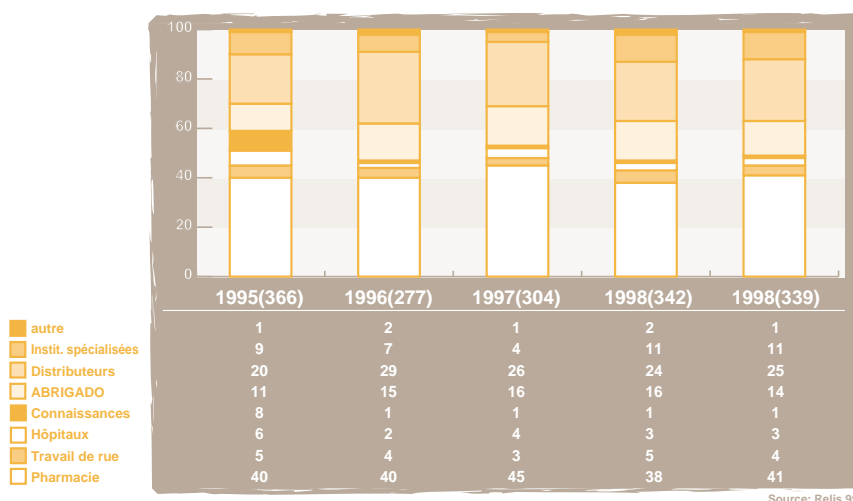
- 85% des 724 (690) séjours rapportés furent effectués au G.-D. de Luxembourg et 10% à l'étranger (inconnu: 5%).

### TENDANCES

- Hausse au niveau du nombre moyen de séjours résidentiels.
- Pas de changement observé au niveau de la proportion de séjours thérapeutiques nationaux et à l'étranger

### 23. LIEU PRÉFÉRENTIEL D'APPROVISIONNEMENT DU MATÉRIEL D'INJECTION

**Fig. 23** Lieu préférentiel d'approvisionnement du matériel d'injection. 1994-1999



#### COMMENTAIRES

- 41% (↘) des sujets se procurent leurs seringues en pharmacie.

#### DONNÉES

##### COMPLÉMENTAIRES

- Sur base des statistiques du réseau national d'échanges de seringues, on constate que le nombre de seringues distribuées par le projet ABRIGADO et de celles dispensées par les distributeurs automatiques sont comparables. Les taux de recours observés par RELIS semblent indiquer que les personnes se procurant leurs seringues auprès du projet ABRIGADO font preuve d'une plus grande fidélité en termes d'approvisionnement de seringues.

#### TENDANCES

- Les pharmacies demeurent les lieux d'approvisionnement de seringues préférés.
- Tendance stable au niveau du taux d'utilisation des distributeurs automatiques.

édition  
(2000)

## Partie IV

Données  
statistiques  
officielles  
de 1985 à 1999

## A. Statistiques annuelles relatives à la production, au trafic et à l'usage illicites de drogues de 1985 à 1999

### A.1. Saisies nationales et internationales

Les saisies de produits illicites regroupent d'une part les saisies nationales lors de perquisitions et d'interpellations sur le territoire du Grand-Duché de Luxembourg et d'autre part, les saisies internationales, à savoir les quantités qui ont transitées par le Luxembourg et qui ont été saisies aux douanes luxembourgeoises, à l'aéroport, etc. Pour l'année 1999, les données sur les saisies nationales ont été produites à titre comparatif.

PRODUITS	1985		1986		1987		1988		1989		1990	
	Q <sup>1</sup>	N <sup>2</sup>	Q	N	Q	N	Q	N	Q	N	Q	N
1. OPIACES ET DERIVES												
1.1. PAVOTS À OPIUM												
1.2. OPIUM												
1.3. OPIUM LIQUIDE												
1.4. MORPHINE	0,002	1	0,068	3							0,460	1
1.5. HÉROÏNE	6,826	32	7,832	23	0,302	39	14,888	81	0,540	63	0,527	133
1.6. MÉTHADONE <sup>3</sup>											565 ml	1
2. COCA ET DERIVES												
2.1. FEUILLES DE COCA	1,487	17	2,045	10	2,375	10	0,205	1	0,290	2	0,090	4
2.2. PÂTE DE COCA	0,100	1	0,690	2					0,220	1	1,000	1
2.3. COCAÏNE	27,171	17	6,475	11	18,224	18	4,579	35	21,117	19	23,260	32
3. STIMULANTS DU SNC												
3.1. AMPHÉTAMINES	0,009	2			0,293	6	0,353	7				
3.2. MÉTAMPHÉTAMINES												
3.3. MDMA (XTC) <sup>4</sup>												
3.4. PRODUITS PHARMACEUT. <sup>4</sup>												
4. HALLUCINOGENES												
4.1. LSD <sup>5</sup>	202	2			6	2	1	1			2000	1
4.2. PCP												
5. CANNABIS ET DERIVES												
5.1. FEUILLES DE CANNABIS	48,993	15	0,211	29	4,339	16	168,079	16	4,403	33	18,750	46
5.2. RÉSINE DE CANNABIS	5,622	60	15,012	101	16,197	84	21,955	93	6,630	82	13,750	147
5.3. HUILE DE CANNABIS							1 flac.	1				
NB. PERSONNES IMPLIQUÉES												
SAISIES : HÉROÏNE		44		33		51		92		75		186
NB. PERSONNES IMPLIQUÉES /TOTAL		287		242		248		424		465		451

<sup>1</sup>Quantité saisies; kg (sauf indication contraire)

<sup>2</sup>Nombre saisies

<sup>3</sup>Unité : "doses"

<sup>4</sup>Unité : comprimés

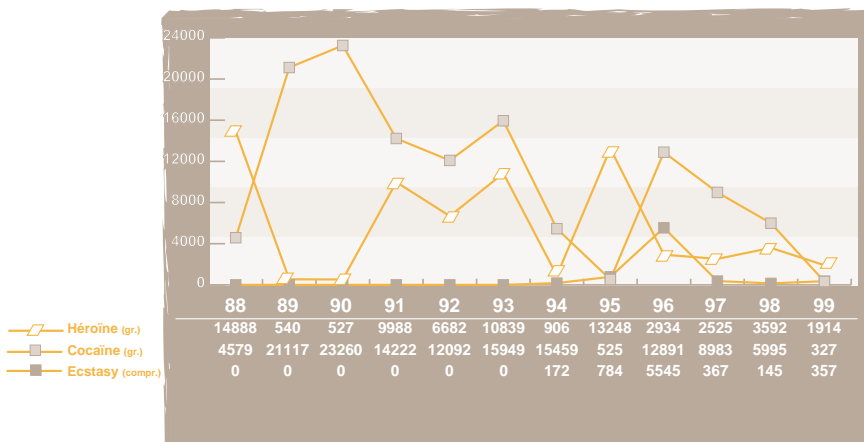
<sup>5</sup>Unité : "trips"

PRODUITS	1991		1992		1993		1994	
	Q	N	Q	N	Q	N	Q	N
1. OPIACES ET DERIVES								
1.1. PAVOTS À OPIUM								
1.2. OPIUM								
1.3. OPIUM LIQUIDE								
1.4. MORPHINE								
1.5. HÉROÏNE	9,988	175	6,682	169	10,839	141	0,906	251
1.6. Méthadone	450 ml	3	45 ml	3	10 ml	1	15 doses	1
2. COCA ET DERIVES								
2.1. FEUILLES DE COCA	0,200	1	0,430	3	0,995	9		
2.2. PÂTE DE COCA								
2.3. COCAÏNE	14,222	67	12,092	65	15,949	21	15,459	43
3. STIMULANTS DU SNC								
3.1. AMPHÉTAMINES	0,053	2	0,333	9	0,351	11	0,103	7
3.2. MÉTAMPHÉTAMINES								
3.3. MDMA (XTC)							172	8
3.4. PRODUITS PHARMACEUT.			35,458	1			213	13
4. HALLUCINOGENES								
4.1. LSD	2648	3	39	8	793	2		
4.2. PCP								
4.3. CHAMPIGNONS HALLUC.								
5. CANNABIS ET DERIVES								
5.1. FEUILLES DE CANNABIS	1,040	85	1,661	87	11,100	29	292,577	59
5.2. RÉSINE DE CANNABIS	22,568	205	32,820	245	391,597	68	24,420	108
5.3. HUILE DE CANNABIS					0,030	1		
5.4. PLANTES DE CANNABIS (Unités)								
NB. PERSONNES IMPLIQUÉES								
SAISIES : HÉROÏNE		206		203		233		312
NB. PERSONNES IMPLIQUÉES								
TOTAL		303		901		128		630

										SAISIE NATIONALES	
1995		1996		1997		1998		1999		1999	
Q	N	Q	N	Q	N	Q	N	Q	N	Q	N
13,248	255	2,934	284	2,525	237	3,592	189	1,914	306	1,914	306
5 doses	2	16 d.	5	940 ml	4	955 ml	9	180 ml	2	180 ml	2
0,525	48	12,891	63	8,983	54	5,995	22	0,327	56	0,327	56
0,030	9	0,021	11	0,009	3	0,066	5	0,016	5	0,016	5
784	25	5545	26	367	12	145	22	357	10	357	10
91	8	359	42	340	18	171	5	3706	43	3706	43
100	8	122	15	4	3	0	0	1	1	1	1
				0,303	4	0,167	13	0,167	13		
0,961	75	16,460	103	34,387	133	4,956	190	3,932	255	3,932	255
11,275	129	14,419	178	0,868	57	1,974	44	1,270	115	1,270	115
						222	3	113		113	
	321		347		362		215		570		
	675		778		802		590		1168		

Source : Police Judiciaire. Section des Stupéfiants.

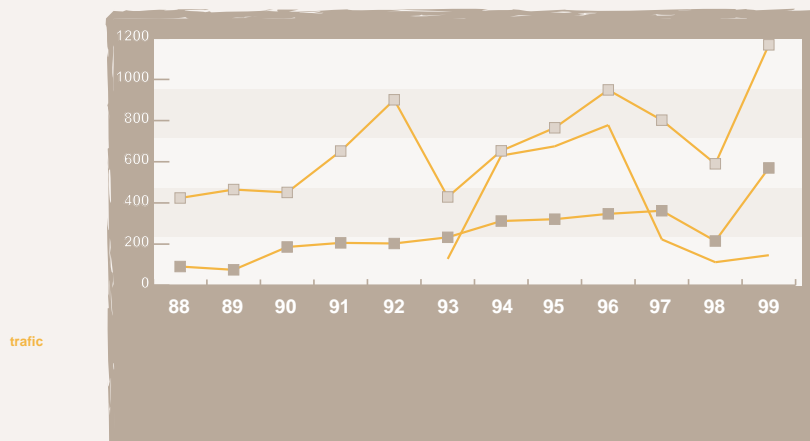
**Fig. A.1** Quantité saisies : Héroïne, Cocaïne, Ecstasy (1988-1999)



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

## A.2 Saisies : Evolution du nombre de personnes impliquées (infractions STUP.)

**Fig. A.2.1 Saisies: Nombre de personnes impliquées (1988-1999)**

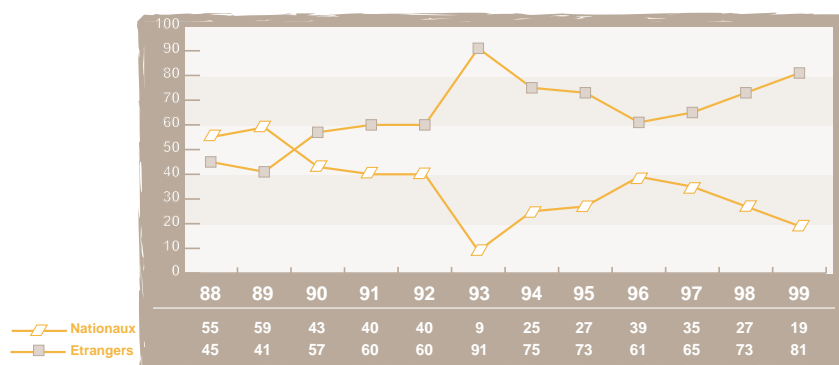


### OBSERVATIONS :

- D'importantes variations au niveau de l'évolution des quantités saisies s'observent depuis 1984 et ceci pour presque tous les types de produits. Cependant, depuis 1996, une tendance générale à la baisse se dessine au niveau des quantités d'héroïne, de cocaïne et d'MDMA saisies. L'héroïne, la cocaïne, les feuilles et la résine de cannabis sont les seuls produits qui depuis 1980 ont été saisis sur base annuelle.
- Indépendamment des quantités saisies, on retient une augmentation régulière et discontinue du nombre total de saisies à partir de 1993 (1999 : 806). Le nombre de saisies de cocaïne, d'amphétamines et d'ecstasy ne suivent pas cette même tendance. Même si le nombre total de personnes impliquées dans le commerce de la drogue affiche des variations annuelles importantes, le nombre de personnes impliquées spécifiquement dans le trafic d'héroïne suit une évolution croissante, remarquablement homogène jusqu'en 1999 (570) (à l'exception de 1998). Cette même constatation vaut pour le nombre total de personnes impliquées lors d'affaires de saisies tout en témoignant d'une hausse proportionnellement plus importante en 1999 (1.168). Globalement, les quantités saisies régressent à partir de 1996 alors que le nombre de personnes impliquées dans le trafic affiche une hausse importante en 1999. Le développement de micro-réseaux de distribution contribue probablement à cette situation.

- Aucune saisie de PCP et de Crack n'a été rapportée jusqu'à ce jour au Grand-Duché de Luxembourg. En 1994 furent enregistrées les premières saisies de MDMA, MDA... (type : ecstasy) dont la disponibilité semblait amorcer une évolution quasi exponentielle de 1994 à 1996 avec cependant une tendance à la baisse observée à partir de 1997 (357 comp. en 1999). Il ne s'agit pas de tirer des conclusions trop hâtives sur la prévalence de la consommation d'MDMA étant donné que d'autres sources d'information fournissent des données discordantes.
- Le nombre de saisies de champignons hallucinogènes (psilocybine) a tendance à augmenter depuis 1997.

**Fig. A.2.2** Distribution selon la nationalité des prévenus impliqués dans le trafic et le commerce de substances illicites (1988-1999) (%)



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

### A.3 Prix et pureté des produits vendus au détail (unités d'achat usuelles)

	1994	1995	1996	1997	1998	1999			2000		
	PRIX	PRIX	PRIX	PRIX	PRIX	MIN.	MAX.	MOYEN	MIN.	MAX.	MOYEN
CANNABIS											
HASCHISCH	5-6	5-6	5-6	5-6	5-6			7,4	6,7	7,9	7,4
MARIJUANA				2,5-3	2,5-3			6,2	6	6,7	6,2
COCAÏNE	100-150	100-150	100-150	120-170	120-170			90	74,4	90	90
HÉROÏNE											
(BROWN)	65-150	65-150	65-150	90-150	90-150			90	50	74,4	74,4
AMPHÉTAMINES			15-26	25-30	25-30			?	?	?	?
ÉCSTASY				9-13	9-13			12,4	8,7	12,4	10,7
LSD	11-13	11-13	11-13	11-13	11-13			?	?	?	?



REMARQUES :

PRIX : Les prix sont indiqués en EURO.

Pour l'héroïne et la cocaïne, les prix minimaux se rapportent à des unités d'achats exceptionnelles. Les prix maximaux et moyens se réfèrent aux unités usuelles.

Pour le cannabis, la cocaïne, l'héroïne et les amphétamines, les prix par gramme sont indiqués.

Pour les substances de type ecstasy et le LSD, les prix par comprimé, pilule ou unité sont indiqués.

	1994	1995	1996	1997	1998	1999			2000		
	PURETÉ (%)	PUR. (%)	PUR. (%)	PUR. (%)	PUR. (%)	MIN.	MAX.	MOYEN	MIN.	MAX.	MOYEN
CANNABIS											
HASCHISCH						2	5,13	3,46			
MARIJUANA											
COCAÏNE	60-90	60-90	60-90	60-90	60-85	45,8	88,76	70,66	28,3	43,85	33,83
HÉROÏNE (brown)			15-23	20-25	17-25	7,2	27,7	12,17	8,45	22,3	16,07
ECSTASY									27,1	42,2	37

Source : Police Judiciaire. Section des Stupéfiants.

PURETÉ :

Pour la cocaïne, l'héroïne et les amphétamines, les puretés respectives sont exprimées en % de substance active pure de vente "en rue". Pour le cannabis, la pureté se réfère au pourcentage de THC. Pour les substances de type "ecstasy" la pureté indique le pourcentage de MDMA-HCL par rapport à la masse totale.

## A.4 Résultats des analyses toxicologiques des matières suspectes par le LNS (1999)

NOMBRE D'ÉCHANTILLONS	175
TYPES DE COMPRIMÉS OU GÉLULES	20
TRACES DÉTECTÉES (Fréquence sur les 20 types de produits)	
MDMA	3
APHÉTAMINE	1
AMPHÉTAMINE-CAFÉINE	3
ÉPHÉDRINE	1
MÉTHADONE	2
CAFÉINE	1
BENZODIAZÉPINES ET/OU CODÉINE ET/OU PRINCIPES NON-ACTIFS	9

SOURCE: Laboratoire National de Santé. Division Toxicologie. 1999

## A.5 Activités judiciaires et pénales

### TERMINOLOGIE :

- *Interpellation* : intervention des forces de l'ordre basée sur une suspicion. Le prévenu est entendu et l'audition donne lieu à une trace écrite (procès verbal). Il n'y a pas de saisie du procureur à ce stade, ni de mention dans le casier judiciaire. Dans le contexte présent, le terme de prévenu s'applique à toute personne interpellée pour offense 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 (angl. : conviction)*: jugement par lequel la personne inculpée est reconnue coupable.
- *Détention* : privation de liberté. Elle peut être préventive (en phase d'instruction, avant le jugement) ou simple (suite à un jugement).

ANNÉES	PROCÈS VERBAUX					PRÉVENUS				
	95	96	97	98	99	95	96	97	98	99
S.P.J.	123	117	137	192	343	152	141	182	224	434
GENDARMERIE	198	232	255	265	782	319	322	335	339	916
POLICE	199	179	177	243	189	371	344	280	386	283
DOUANES	244	336	236	125	173	421	561	408	221	306
TOTAL	764	864	805	825	1.187	1.263	1.368	1.205	1.170	1.939

ANNÉES	ARRESTATIONS					SAISIES				
	95	96	97	98	99	95	96	97	98	99
S.P.J.	27	24	25	19	27	61	86	78	124	216
GENDARMERIE	8	12	15	7	15	104	130	125	98	375
POLICE	32	27	32	34	32	150	130	138	171	151
DOUANES	61	86	82	40	34	234	346	246	140	185
TOTAL	128	149	154	100	108	549	702	587	533	927

Source : Police Judiciaire. Section des Stupéfiants.

## A.6 Données socio-démographiques des prévenus

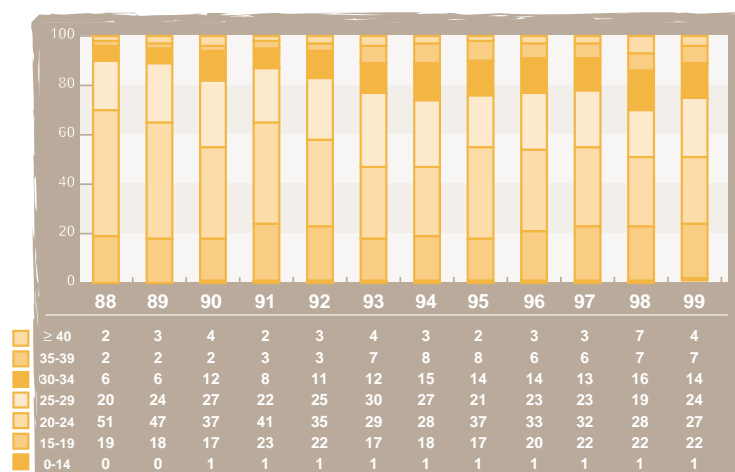
### A.6.1 Evolution du nombre de prévenus pour le code " Delit-Stup" selon sexe et nationalité de 1985 - 1999

	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
AGE															
0-14	5	9	5			7	2	6	12	1	12	3	6	7	27
15-19	121	121	179	212	173	179	293	320	146	169	205	270	257	249	415
20-24	234	264	262	569	461	383	520	527	242	403	456	447	369	321	519
25-29	100	119	110	220	232	278	275	371	255	309	256	304	269	220	448
30-34	65	49	71	67	58	124	98	159	104	186	167	191	151	187	269
35-39	10	17	22	29	21	27	34	52	49	65	98	80	73	76	131
≥40	11	17	28	19	30	43	35	46	29	21	33	42	45	78	84
INCONNU	9	27	11	21	25	30	19	50	53	20	36	31	35	32	46
TOTAL	555	623	688	1137	1000	1071	1276	1531	890	1174	1263	1368	1205	1170	1939
HOMMES	431	503	574	970	887	851	1045	1248	674	938	1035	1138	1009	958	1658
FEMMES	122	120	114	166	113	220	213	256	183	209	186	173	174	193	248
SEXE															
INCONNU	2	0	0	1	0	0	18	27	33	27	41	57	22	19	33

Source : Police Judiciaire. Section des Stupéfiants.

REMARQUE : Pour l'année 1999, il est fait mention de polytoxicomanie dans les procès verbaux dans 951 cas sur 1.198 soit 79%

**Fig. A.6.1. Distribution selon les classes d'âge des prévenus (1988 - 1999)**



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

**A.6.2 Prévenus: type de délit croisé par la substance impliquée. (1999)**

SUBSTANCE	DÉLIT	N	MODE I.V.	TOTAL
HÉROÏNE	USAGE & TRAFIC	329	157	1.050
	TRAFIC	75		
	USAGE	646	361	
COCAÏNE	USAGE & TRAFIC	85	34	204
	TRAFIC	31		
	USAGE	88	31	
CANNABIS	USAGE & TRAFIC	326		995
	TRAFIC	43		
	USAGE	626		
AMPHÉTAMINES	USAGE & TRAFIC	2		12
	TRAFIC	3		
	USAGE	7		
ECSTASY (MDMA, ETC.)	USAGE & TRAFIC	10		25
	TRAFIC	2		
	USAGE	13		
LSD	USAGE & TRAFIC	4		10
	TRAFIC	1		
	USAGE	5		
NOMBRE TOTAL	USAGE & TRAFIC			756
DE MOTIFS	TRAFIC			155
D'INTERPELLATION	USAGE			1.385
CONNUS	TOTAL			2.296
NOMBRE TOTAL DE PRÉVENUS				1.939

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

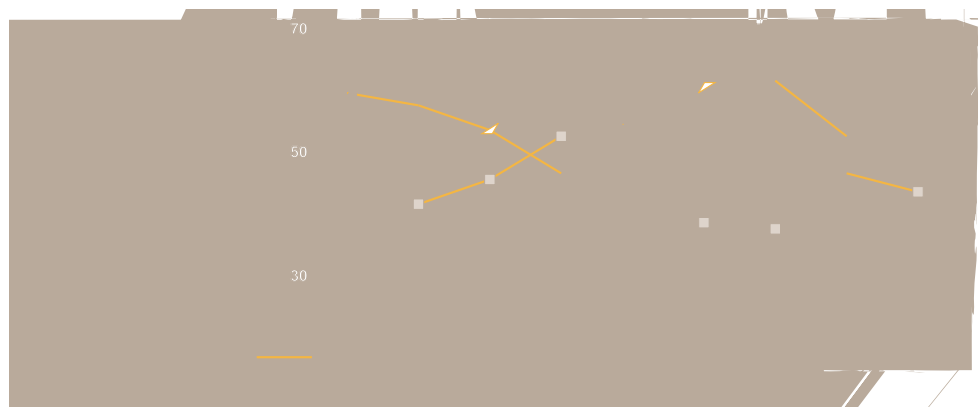
REMARQUE : le nombre de prévenus par catégorie de substance est supérieur au nombre annuel de prévenus étant donné qu'un prévenu donné peut détenir plusieurs substances lors de son interpellation.

**A.6.3 Arrestations: type de délit, croisé par la substance impliquée. (1995 - 1999)**

SUBSTANCE	DÉLIT	1995	1996	1997	1998	1999
HÉROÏNE	USAGE & TRAFIC	68	51	57	59	48
	TRAFIC/DEAL	21	56	53	9	18
	USAGE	24	6	7	17	27
	TOTAL	113	113	117	85	93
COCAÏNE	USAGE & TRAFIC	20	29	27	16	21
	TRAFIC/DEAL	7	27	23	7	9
	USAGE	10	1	6	6	12
	TOTAL	37	57	56	29	42
CANNABIS	USAGE & TRAFIC	25	13	18	19	32
	TRAFIC/DEAL	1	14	11	3	8
	USAGE	4	5	4	8	3
	TOTAL	30	32	33	30	43
AMPHÉTAMINES	USAGE & TRAFIC		2	2	4	1
	TRAFIC/DEAL		1			
	USAGE	2			4	
	TOTAL	2	3	2	8	1
ECSTASY (MDMA, ETC.)	USAGE & TRAFIC	3	3	3	1	3
	TRAFIC/DEAL	1	4	3		
	USAGE	1				
	TOTAL	5	7	6	1	3
LSD	USAGE & TRAFIC		1	1		1
	TRAFIC/DEAL		1			
	USAGE					
	TOTAL		2	1		1
NOMBRE TOTAL DE MOTIFS D'ARRESTATION CONNUS						
	USAGE & TRAFIC	116	99	108	99	106
	TRAFIC/DEAL	30	104	90	19	35
	USAGE	41	12	17	35	42
	TOTAL	187	215	215	153	183
NOMBRE TOTAL D'ARRESTATIONS INDÉPENDAMMENT DU MOTIF						
		128	149	154	100	108

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

#### A.6.4 Distribution selon nationalité des prévenus, tous délits confondus (1991- 1999)



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

#### A.6.5 Répartition selon sexe, nationalité et statut de mineur d'âge (1997-1999)

	NATIONALITÉ LUXEMBOURGEOISE						NATIONALITÉ ÉTRANGÈRE											
	97		98		99		97		98		99							
	H	F	Tot	H	F	Tot	H	F	Tot	H	F	Tot						
N. mineurs	374	95	469	464	114	578	704	144	848	635	79	714	494	79	573	860	89	949
d'âge	42	7	49	41	5	46	61	21	82		35		33	63	9	72		

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

REMARQUE : En 1997, 1998 et 1999, le nombre de prévenus dont le sexe est inconnu s'élevait respectivement à 22, 19 et 33.

#### A.6.6 Premiers auteurs (1992-1999)

##### A.6.6.1 Répartition selon statuts de premier auteur et de mineur d'âge (1992-1999)

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
PREMIERS AUTEURS	697	331	382	498	508	389	422	645
MINEURS	96	48	57	92	102	84	79	155
TOTAL (PRÉVENUS)	1.531	890	1.174	1.263	1.368	1.205	1.170	1.939

Source : Police Judiciaire. Section des Stupéfiants.

**A.6.6.2 Répartition selon statuts de premier auteur (consommateur et consommateur/revendeur) et substance impliquée ad minima (1992-1999)**

TYPE DE SUBSTANCE IMPLIQUÉE AD MINIMA	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
HÉROÏNE	162	91	154	170	121	104	109	157
COCAÏNE	64	15	39	46	34	20	30	60
AMPHÉTAMINES	5	0	15	11	11	12	18	14
TYPE " ECSTASY "	1	3	9	47	20	26	26	6
MÉDICAMENTS								
D'ACQUISITION ILLICITE	1	0	3	0	0	0	1	0
PRODUITS DE SUBSTITUTION								
D'ACQUISITION ILLICITE	0	0	1	0	0	0	0	0
TOTAL (SUBSTANCES HRC)	233	109	221	274	186	162	184	237

**A.6.7 Distribution des prévenus selon la catégorie socioprofessionnelle**

CATÉGORIE	1996		1997		1998		1999	
	N	%	N	%	N	%	N	%
OUVRIERS	323	24	260	21	246	21	447	23
FONCTIONNAIRES/ EMPLOYÉS	187	14	31	3	112	10	58	3
INDÉPENDANTS	59	4	8	1	17	1	33	2
ÉTUDIANTS	29	2	192	16	151	13	263	13
SANS PROFESSION	679	50	634	53	527	45	1012	52
RENTIERS	7	1	4	0.3	38	3	7	1
INCONNU	72	5	76	5.7	38	7	119	6

Source : Police Judiciaire. Section des Stupéfiants.

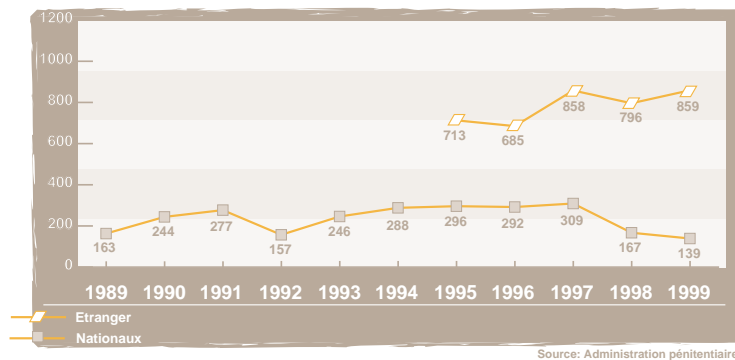
## B. Données statistiques relatives à la population de toxicomanes en milieu carcéral de 1989 à 1999

Le tableau suivant reprend le nombre de détenus nouvellement admis pour infraction(s) au code DELIT-STUP au sein des établissements pénitentiaires du Grand-Duché de Luxembourg de 1989 à 1999. A noter qu'au 31 décembre 1999, la population carcérale totale s'élevait à 386 (392) détenus (CPL:327 / CPA: 59). L'évolution de la proportion de nouvelles admissions "STUP" est en désaccord apparent avec l'augmentation sensible du nombre de prévenus pour infraction(s) à la loi sur les stupéfiants.

ANNÉE	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99
NOUVELLES ADMISSIONS (TOTAL)							713	685	858	796	859
NOUVELLES ADMISSIONS "STUP"	163	244	277	157	246	288	296	292	309	167	139
							41.5%	42.6%	36%	21%	16%

Source : Administration pénitentiaire

**Fig B.1** Détention carcérale pour code "Délict-Stup". 1989-1999





## C. Cas de décès par overdose au Grand-Duché de Luxembourg (1985-1999)

### C.1 Définition

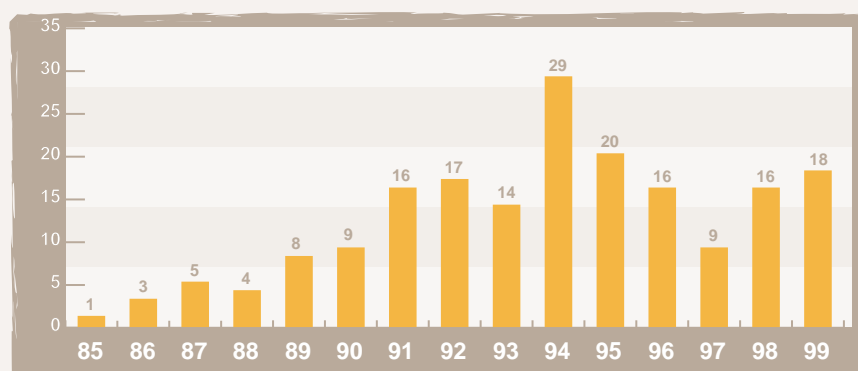
Le CIM-10 fait référence à la notion d'"intoxication aiguë": ( F1x.O) - G.1: Preuves manifestes concernant l'utilisation récente d'une ou de plusieurs substances psycho-actives à des doses suffisantes pour entraîner une intoxication. Dans le cadre restreint du présent chapitre l'occurrence d'une overdose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

OVERDOSE :

"Intoxication létale, volontaire ou accidentelle provoquée de façon directe par a) l'abus de drogues illicites ou b) par toute autre drogue dans le cas où la victime est considérée comme ayant été un consommateur ou une consommatrice régulier(e) de drogues illicites. Le cas est documenté par une autopsie légale. La dose létale varie d'un individu à l'autre et dépend autant des caractéristiques du produit ou des mélanges des produits consommés que de l'état de l'individu".

Cette formulation exclue bien évidemment toute personne non toxicomane ayant commis un acte suicidaire en consommant une dose létale de produits pharmaceutiques. Le graphique ci-après reprend l'évolution des cas de décès par surdosage survenus sur le territoire luxembourgeois suite à la consommation de drogues d'acquisition illicite.

**Fig C.1 Cas de décès par overdose au Grand-Duché de Luxembourg (1985-1999)**



Source: Police Judiciaire. Section des Stupéfiants.

## C.2 Résultats des analyses toxicologiques sur les victimes de surdosage fatal par le LNS (1999)

ANNÉE	AUTOPSIES (N)	DÉCÈS HÉROÏNE*	DÉCÈS AUTRES OPIACÉS*	TOTAL OPIACÉS*	DÉCÈS AUTRES DROGUES*	TOTAL DÉCÈS DUS AUX DROGUES
1992	38	11 dont 4x cocaïne associée	2x DHC	13	-	13
1993	45	11 dont 1x DHC + tilidine assoc. 1x cocaïne associée	3x DHC 2x DPX16	16	-	16
1994	49	22 dont 8x DPX assoc. 1x DHC associée 1x DHC + tilidine	1x DHC, 6x DPX dont 1x DHC associée 3x héroïne associée	29	-	29
1995	41	13 dont 3x DPX associée 1x MTD associée	3x DPX dont 1x héroïne associée 1x MTD	17	1	18
1996	40	13 dont 1x cocaïne associée 1x MTD associée		13	-	13
1997	42	8 dont 1x MTD associée	1x tilidine	9	1	10
1998	39	13 dont 1x cocaïne associée 1x MTD associée	16 dont 2x cocaïne associée 1x MTD	17	-	17
1999	61	17 dont 5x cocaïne associée 1x MTD associée 1x tramadol associée	1x buprénorphine 1x morphine	19	3	22

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

## Références bibliographiques

AST - Point Focal O.E.D.T Luxembourg (Ministère de la Santé), Réseau National d'Information sur les Drogues et les Toxicomanies - Toile d'araignée; *Rapport National 1994*, Luxembourg, Avril 1995

AST - Point Focal O.E.D.T Luxembourg (Ministère de la Santé), Réseau National d'Information sur les Drogues et les Toxicomanies - RELIS-LINDDA; *Rapport National 1995*, Luxembourg, Avril 1996

AST - Point Focal O.E.D.T Luxembourg (Ministère de la Santé), Réseau National d'Information sur les Drogues et les Toxicomanies - RELIS / LINDDA ; *Rapport National 1996*, Luxembourg, Mai 1997

AST - Point Focal O.E.D.T Luxembourg (Ministère de la Santé), Réseau National d'Information sur les Drogues et les Toxicomanies - RELIS / LINDDA ; *Rapport National 1997*, Luxembourg, Septembre 1998

AST - Point Focal O.E.D.T Luxembourg (Ministère de la Santé), Réseau National d'Information sur les Drogues et les Toxicomanies - RELIS / LINDDA ; *Rapport National 1998*, Luxembourg, Juin 1999

AST - Point Focal O.E.D.T Luxembourg (Direction de la Santé), *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. Luxembourg, Janvier, 2000*

Caballero, F., *Droit de la Drogue*, Paris, Dalloz, 1989

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

Centre de Prévention des Toxicomanies (CePT), *Bilan d'activités 1998*, Luxembourg, 1999

Centre de Prévention des Toxicomanies (CePT), *Bilan d'activités 1999*, Luxembourg, 2000

Comité de surveillance du Sida, *Rapport d'activité 1998*, Luxembourg, 1999

Comité de surveillance du Sida, *Rapport d'activité 1999*, Luxembourg, 2000

Conseil de l'Europe, *Rapport du séminaire sur la circulation routière et drogues*, Strasbourg, 19-21 avril 1999, ISBN 92-871-4144-4)

D.E.A., Drug Enforcement Agency – Agence américaine de lutte contre les drogues, <http://www.usdoj.gov/dea/deahome.html>

Decourrière A., *Les drogues dans l'Union européenne - Le Droit en question*, Bruxelles, Bruylant, 1996

Dekker S., *Estimation du nombre des "usagers de drogues à problèmes" - Inventaire des techniques utilisées dans quelques pays d'Europe*, Groupe Pompidou, Strasbourg, 1994

Dickes P., Houssemand Cl., Martin R., *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, 1996

EDDRA, *Système d'information sur les échanges en matière d'activités de réduction de la demande*, <http://www.reitox.emcdda.org:8000/eddra/>

EIB, *Banque de données européenne sur les instruments d'évaluation* [http://www.emcdda.org/activities/demand\\_eval\\_eib.shtml](http://www.emcdda.org/activities/demand_eval_eib.shtml)

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, *Annual Report on the State of the Drugs Problem in the European Union*, Lisbon, 1998

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, *Annual Report on the State of the Drugs Problem in the European Union*, Lisbon, 1999

Fischer U. Ch., Krieger W., *Suchtprävention an der Gemeng - Entwicklung, Durchführung und Evaluation eines Modells zur gemeindeorientierten Suchtprävention, CePT, Luxembourg*, Mars 1998

Fonds de Lutte contre le Trafic des Stupéfiants, *Rapport d'activité 1998*, Luxembourg, Avril 1999

Fonds de Lutte contre le Trafic des Stupéfiants, *Rapport d'activité 1999*, Luxembourg, Avril 2000

Gferer, Brodsky, *Estimation of drug abuse prevalence in California using the National Household Survey on Drug Abuse*, Document présenté lors de la réunion de la Sacramento Statistical Association, 27 mars 1991

Goerens R Dr., *Alcohol and Drugs at the workplace - Attitudes, policies and programmes in Luxembourg*. Luxembourg. Ministry of Health, 1998

Groupe de Mondorf; *Bulletin de Liaison n°1*, Metz, juillet 1996

Hartnoll R., *Drug treatment systems and first treatment demand indicator - Definitive protocol*, Groupe Pompidou, Council of Europe, 1994

Haw, Frischer, Donoghoe, *The importance of multi-site sampling in determining the prevalence of HIV-1 among drug injectors in Glasgow and London*, AIDS, 6, 517-18, 1992

Institut d'Etudes Educatives et Sociales (IEES), *Eine Repräsentative Untersuchung bei den Schüler der 5. Klasse des Sekundarunterrichts in Luxemburg*, Luxemburg, 1995

I STRA, *Système d'information sur les activités de formation*, [http://www.emcdda.org/activities/demand\\_info\\_istra.shtml](http://www.emcdda.org/activities/demand_info_istra.shtml)

Journal of Drug Issues, Prevalence Estimation Techniques for Drug Using Populations, vol 23-2, printemps.

Jugend an Drogenhëllef asbl, *Zweiter Bericht zur Evaluation des Methadonprogramms*, Luxemburg, August 1993

Korf D., Reijneveld S., Toet J., Estimating the Number of Heroine Users : A review of Methods and Empirical Findings from the Netherlands, *The international Journal of the Addictions*, 29 (11), 1393-1413, 1995

Lejealle B., *Niveau de formation de la population résidante en 1994*, Recueil des Etudes Sociales (PSELL n° 100), CEPS/INSTEAD, Luxemburg, 1996.

Luukkanen A-L., EU : n tilastot sen osoittavat : Kovat huumeet ovat osa Luxemburgia, in *SOCIUS*, 6/1999, ISSN 1238-0814, Finland.

Ministère de la Santé, *Rapport d'activités 1998*, Luxemburg, 1999

Ministère de la Santé, *Rapport d'activités 1999*, Luxemburg, 2000

Meisch P., Les drogues synthétiques de type " Ecstasy " au Grand - Duché de Luxembourg - Analyse de la situation, CePT, Luxemburg, 1998

Nurco D.N., A discussion of validity, in *Self-report methods of estimating drug use : Meeting challenges to validity*, ed. Rouse, Kozel, Richards NIDA research monograph n°57, Washington D.C., 1985

O.M.S., CIM-10 / ICD-10 - Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement, ISBN: 2-225-84609-X, Masson, Paris, 1997

O.N.U., Rapport annuel de l'Organe de contrôle des stupéfiants, <http://www.undcp.or.at/unlinks.html>

Origer A., *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, Luxemburg. AST - Point Focal OEDT Luxemburg - Ministère de la Santé, 1995

Origer A., *Etude des cas de décès par overdose au Grand-Duché de Luxembourg de 1993 à 1994*, In rapport du Réseau National d'Information sur les Drogues et les Toxicomanies, Luxemburg. AST - Point Focal O.E.D.T Luxemburg - Ministère de la Santé, 1995

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

Origer A., *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, Luxemburg. AST - Point Focal OEDT Luxemburg - Ministère de la Santé, 1997

Origer A., *Enquête auprès des médecins généralistes et des médecins psychiatres sur la prise en charge des patients toxicomanes*, in Rapport RELIS/LINDDA 1997. Luxembourg. Point Focal OEDT Luxembourg - Ministère de la Santé, 1998

Origer A., *Comparative study on the drug population of Portugal and a representative sample of Portuguese drug addicts residents of the Grand Duchy of Luxembourg*, Luxembourg. Point Focal OEDT Luxembourg - Ministère de la Santé, 1999

Padieu R., *Sur un calcul évaluatif du nombre de toxicomanes - Information statistique sur les drogues et les toxicomanes, rapport établi à la demande de la DGLDT, Décembre 1990*

QED, *Système d'information européen en matière de recherche qualitative*, <http://www.qed.org.uk/>

REITOX Virtual Library, <http://external.emcdda.org/virtlib/index.html>

Service Central de la Statistique et des Etudes Economiques (STATEC), (1998), *Annuaire Statistique du Luxembourg 1997*, Luxembourg. ISSN 1019-6471

Turner, Lessler, Gfroerer, *Survey Measurement of Drug Use : Methodological Studies*, National Institute on Drug Abuse, U.S. Department of Health and Human Services, 1992.

Van der Vaeren, Ch., "Le Comité européen de lutte anti-drogue (CELAD). Essai d'analyse institutionnelle", *Revue du Marché Commun de l'Union européenne*, n°366, 1993.

Watters, Biernacki, *Targeted sampling : Options for the study of hidden populations*, *Social Problems*; 36, 416-430, 1989

Wickens, *Quantitative methods for estimating the size of a drug-using population*, *Journal of Drug Issues*; 23, 185-216, 1993.





## Annexes

- A. Classification sommaire des substances psychoactives retenues au niveau du protocole RELIS F/D 99
- B. Sommaire des substances et préparations psychotropes, stupéfiantes et toxiques et précurseurs placées sous contrôle national par règlements grand-ducaux entre 1995 et 1999
- C. Définitions (CIM-10, DSM IV) de l'abus, l'usage nocif et de la dépendance
- D. Points focaux nationaux du Réseau Européen des Drogues et des Toxicomanies - REITOX
- E. Participation des organismes nationaux à des projets de recherche européens ou nationaux dans les domaines des drogues illicites et de la toxicomanie
- F. Organigramme des acteurs nationaux impliqués dans la lutte contre la toxicomanie

## Annexe A

### Classification sommaire des substances psychoactives retenues au niveau du protocole RELIS F/D 99

#### I) Substances psychoactives d'acquisition illicite

##### 1. STIMULANTS DU SYSTEME NERVEUX CENTRAL

- ▶ Amphétamines et méthamphétamines stimulantes  
AMPHETAMINES (non spécifiées)  
METHYLE PHENIATE  
PHENMETRAZINE  
EPHEDRINE, NOREPHEDRINE, PSEUDOEPHEDRINE  
AUTRES FORMES
- ▶ Cocaïne  
COCAINE HYDROCHLORIDE  
COCAINE BASE (ex. : " CRACK ")  
AUTRES FORMES
- ▶ Plantes  
KHAT ( CATHINONE, CATHINE)
- ▶ Stéroïdes androgènes anabolisants

##### 2. SÉDATIFS ET HYPNOTIQUES

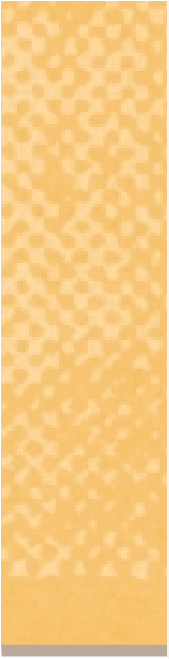
(usage non thérapeutique/absence de prescription médicale)

- ▶ Anxiolytiques - hypnotiques  
BARBITURIQUES ( ex. amobarital, sécobarital, etc.)  
BENZODIAZEPINES ET ANALOGUES ( ex. diazépam,  
estazolam, flunitrazépam, midazolam, témozépam, 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

(2000)



## II) SUBSTANCES PSYCHOACTIVES D'ACQUISITION LEGALE

### 1. SEDATIFS ET HYPNOTIQUES (usage thérapeutique / prescription médicale)

#### ANXIOLYTIQUES - HYPNOTIQUES

- (LRC) BARBITURIQUES (ex. amobarital, sécobarital, etc.)
- (LRC) BENZODIAZEPINES ET ANALOGUES ( ex. diazépam, estazolam, flunitrazépam, midazolam, témazépam, etc.)
- (LRC) DIVERS ( ex. méthaqualone)

#### SUBSTANCES VOLATILES

- COLLE
- BUTANE
- SOLVANTS
- PETROLE
- NITRITES
- (LRC) AUTRES INHALANTS VOLATILES PSYCHOACTIFS
- ALCOOL ETHYLIQUE

### 2. OPIACES

- (LRC) PRODUITS DE SUBSTITUTION (METHADONE, CODEINE, BUPRENORPHINE, PALFIUM, LAAM...)  
(usage thérapeutique / sous prescription médicale.)

#### REMARQUES :

- LRC : Low Risk Consume
- HRC : High Risk Consume

Les mélanges qui incluent plusieurs des substances citées sont à classer dans la catégorie du produit le plus dangereux contenu dans ces derniers.

## Annexe B

Sommaire des substances et préparations psychotropes, stupéfiantes et toxiques et précurseurs placées sous contrôle national par règlements grand-ducaux entre 1995 et 1999

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

Substance	Date d'inclusion ou de modification
DEXTROPROPOXYPENE	31/07/95
Delta-9-tétrahydrocannabinol et ses variantes stéréochimiques	09/10/96
ZIPEROL	09/10/96

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

Substance	Date d'inclusion ou de modification
ETRYPTAMINE	09/10/96
MBDB(N-Méthyl-1-(1,3-benzodioxol-5-yl)-2-butanamine	09/10/96
MDE (3,4-Méthylendioxy-N-éthylamphétamine)	09/10/96
METHCATHINONE	09/10/96
2,5-Dimethoxy-4-(prophylsulfanyl)phénéthylazane	09/10/96
3,5-Dimethoxy-4-(2-méthylèneoxy)phénéthylazane	09/10/96
4-Allyloxy-3,5-diméthoxyphénéthylazane	09/10/96
4-MTA (4- Méthylthioamphétamine)	06/12/99

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

Substance	Date d'inclusion ou de modification
Variétés de chanvre qui ne sont pas considérées comme stupéfiants:	08/01/98
Carmagnola	Felina 34
Cs	Ferimon
Delta-Llosa	Fibranova
Delta-405	Fibrimon 24
Epsilon 68	Fibrimon 56
Fedora 19	Futura
Fedrina 74	Santhica 23
DIHYDROETORPHINE (7,8-dihydro-7-alpha-[1 -(R)-hydroxy-1 -méthylbutyl]-6,14-endo-éthanothétrahydrooripavine)	06/12/99
REMIFENTANIL (méthyl ester de l'acide carboxylique 1-(2-méthoxycarbonyléthyl)-4-(phénylpropionylamino)-pipéridine-4)	06/12/99

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

ANNEXE:

## Partie A

Dénominations communes internationales	Autres noms communs ou vulgaires	Désignation chimique
AMOBARBITAL		acide éthyl-5 isopentyl-5 barbiturique
BUTALBITAL		acide allyl-5 isobutyl-5 barbiturique
CATHINE	(+)-norpseudo-éphédrine	(+)-(R)-[(R)-aminoéthyl-1] alcool benzyllique
CYCLOBARBITAL		acide éthyl-5 (cyclohexényl)-5 barbiturique
FLUNITRAZEPAM		(o-fluorophényl)-5 dihydro-1,3 méthyl-1 nitro-7 2H-benzodiazépine-1,4 one-2
GLUTETHIMIDE		éthyl-2 phényl-2 glutarimide
PENTOBARBITAL		acide éthyl-5 (méthyl-1 butyl)-5 barbiturique

ANNEXE:

## Partie B

ALLOBARBITAL		acide diallyl-5,5 barbiturique
ALPRAZOLAM		chloro-8 méthyl-1 phényl-6 4H--s-triazolo(4,3--a)benzodiazépine(1,4)
AMINOREX		2-amino-5-phényl-2-oxazoline
BARBITAL		acide diéthyl-5,5 barbiturique
BENZFETAMINE	benzphétamine	N-benzyl-N,a-- diméthylphénéthylamine
BROMAZEPAM		bromo-7 didhydro-1,3(pyridyl-2)-5 2H-benzodiazépine-1,4 one-2
	butobarbital	acide butyl-5 éthyl-5 barbiturique
BROTIZOLAM		2-bromo-4-(o-chlorophényl)-9-méthyl-6H-thiéno [3,2-f]-s--triazolo [4,3-a] [1,4] diazépine
CAMAZEPAM		diméthylcarbamate(ester) de chloro-7 dihydro-1,3 hydroxy-3 méthyl-1 phényl-5 2H-benzodiazépine-1,4 one-2
CHLORDIAZEPOXIDE		chloro-7 méthylamino-2 phényl-5 3H-benzodiazépine-1,4 oxyde-4
CLOBAZAM		chloro-7méthyl-1 phényl-5 1 Hbenzodiazépine-1,5 (3H,5H)dione-2,4
CLONAZEPAM		(o-chlorophényl)-5 dihydro-1,3 nitro-7 2H-benzodiazépine-1,4 one-2
CLORAZEPATE		acide chloro-7 dihydddro-2,3 oxo-2 phényl-5 1H--benzodiazépine-1,4 carboxylique-3
CLOTIAZEPAM		(o-chlorophényl)-5 éthyl-7dihydro-1,3 méthyl-1 2H-thiéno [2,3-e]-diazépine-1,4 one-2
CLOXAZOLAM		chloro-10 (o-chlorophényl)-1 1b tétrahydro-2,3,7,11b 5H-oxazolo [3,2-d]benzodiazépine [1,4]one-6
DELORAZEPAM		chloro-7 (o-chlorophényl) -5 dihydro-1,3 2H-benzodiazépine--14 one-2
DIAZEPAM		chloro-7 dihydro-1,3 méthyl-1 phényl-5 2H-benzodiazepine-1,4 one-2
ESTAZOLAM		chloro-8 phényl-6 4H-s--triazolo[4,3--a]benzodiazépine[1,4]
ETHCHLORVYNOL		chloro-1 éthyl-3 pentène-1 yne-4ol-3
ETHINAMATE		carbamate d'éthynyl-1 cyclohexyle
FENCAMFAMINE		N-éthyl phényl-3 amino-2 narbornane
FLUDIAZEPAM		chloro-7 (o-fluorophényl)- dihydro-1,3 méthyl-1 2H--benzodiazépine- 1,4 one-2
FLUNITRAZEPAM		(o-fluorophényl)-5 dihydro-1,3 méthyl-1 nitro-7 2H--benzodiazépine-1,4 one-2
FLURAZEPAM		chloro-7 [(diéthylamino)-2 éthyl]-1 (o-fluorophényl)-5dihydro-1,3 2H--benzodiazépine-1,4 one-2

HALAZEPAM	chloro-7 dihydro-1,3 phényl-5(trifluoroéthyl-2,2,2)-1 2H--benzodiazépine- 1,4 one-2
HALOXAZOLAM	bromo-10 (o-fluorophényl)-1 1b tétrahydrooxazolo-2,3,7,11 b[3,2--d](5H)-benzodiazépine[1,4] one-6
KETAZOLAM	chloro-11 dihydro-8,12b diméthyl-2,8 phényl-12b 4H--oxazyno[1,3][3,2--d]benzodiazépine[1,4](6H) dione-4,7
LEFETAMINE SPA	(-)-N,N-diméthyl diphényl-1,2 éthylamine
LOFLAZEPATE D'ETHYLE	carboxylate-3 d'éthyl chloro-7 (o-fluorophényl)-5 dihydro-2,3 oxo-2 1H-benzodiazépine-1,4
LOPRAZOLAM	(o-chlorophényl)-6 dihydro-2,4 [(méthyl-4 pipérazinyl-1 méthylène]-2 nitro-8 1H--imidazo[1,2-a benzodiazépine [1,4] one-1
LORAZEPAM	chloro-7 (o-chlorophényl)-5 dihydro-1,3 hydroxy-3 2H--benzodiazépine-1,4 one-2
LORMETAZEPAM	chloro-7 (o-chlorophényl)-5 dihydro-1,3 hydroxy-3 méthyl -1 2H-benzodiazépine-1,4 one-2
MAZINDOL	(p-chlorophényl)-5 dihydro-2,5 3H-imidazo (2,1-a) isoindolol-5
MEDAZEPAM	chloro-7 dihydro-2,3 méthyl-1 phényl-5 1H-benzodiazépine-1,4
MEPROBAMATE	dicarbamate de méthyl-2 propyl--2 propanediol-1,3
MÉSOCARBE	3-(a-méthylphénéthyl)-N--(phénylcarbamoyl)sydone imine
METHYLPHENOBARBITAL	acide éthyl-5 méthyl-1 phényl-5 barbiturique
METHYPRYLONE	diéthyl-3,3 méthyl-5 pipéridinedione-2,4
MIDAZOLAM	chloro-8 (o-fluorophényl)-6méthyl-1 4H-imidazo[1,5-a] benzodiazépine-1,4 dihydro-1,3 méthyl-1 nitro-7
NIMETAZEPAM	phényl-5 2H-benzodiazépine-1,4 one-2
NITRAZEPAM	dihydro-1,3 méthyl-1 nitro-7 phényl-5 2H-benzodiazépine-1,4 one-2
NORDAZEPAM	chloro-7 dihydro-1,3 phényl-5 2H-benzodiazépine-1,4 one-2
OXAZEPAM	chloro-7 dihydro-1,3 hydroxy-3 phényl-5 2H-benzodiazépine-1,4 one-2
OXAZOLAM	chloro-10 tétrahydro-2,3,7,1 1b méthyl -2 phényl-1 1b oxazolo [3,2-d] (5H)-benzodiazépine [1,4] one-6
PEMOLINE	amino-2 phényl-oxazolidinone-4
PHENDIMETRAZINE	(+)-(2S,3S)-diméthyl-3,4 phényl--2 morpholine



PHENOBARBITAL	acide éthyl-5 phényl-5 barbiturique
PHENTERMINE	a,a-diméthylphénéthylamine
PINAZEPAM	chloro-7 dihydro-1,3 phényl-5 (propinyl-2)-1 2H- benzodiazépine-1,4 one-2
PRAZEPAM	chloro-7(cyclopropylméthyl)-1 dihydro-1,3 phényl-5 2H- benzodiazépine-M one-2
PYROVALERONE	méthyl-4' (pyrrolidinyl-1)-2 valérophénone
SECBUTARBITAL	acide sec-butyl-5 éthyl-5 barbiturique
TEMAZEPAM	chloro-7 dihydro-1,3 hydroxy-3 méthyl-1 phényl-5 2H- benzodiazépine-1,4 one-2
TETRAZEPAM	chloro-7 (cyclohexène-1yl)-5 dihydro-1,3 méthyl-1 2H- benzodiazépine-1,4 one-2
TRIAZOLAM	chloro-8 (o-chlorophényl)-6 méthyl-1 4H-s-triazolo[4,3-a] benzodiazépine[1,4]
VINYLBITAL	acide (méthyl-1 butyl)-5 vinyl-5 barbiturique

Note: La liste exhaustive et mise à jour des substances placées sous contrôle national est disponible au point focal OEDT.

## 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

### Points focaux nationaux du Réseau Europeen des Drogues et des Toxicomanies - REITOX

- ▶ Belgique/België  
Institut Scientifique de la Santé Publique/ Wetenschappelijk Instituut Volkgezondheid – Louis Pasteur  
(Scientific Institute of Public Health – Louis Pasteur)  
Denise Walckiers  
Rue Juliette Wytsman 14  
B-1050 Bruxelles/Brussel  
Tél. (32-2) 642 50 35  
Fax (32-2) 642 54 10  
e-mail: [birn@iph.fgov.be](mailto:birn@iph.fgov.be)

---
- ▶ Danmark  
Sundhedsstyrelsen (National Board of Health)  
Vibeke Graff  
Amaliegade 13  
PO Box 2020  
DK-1012 København  
Tlf. (45) 33 91 16 01  
Fax (45) 33 93 16 36  
e-mail: [vig@sst.dkkag@sst.dk](mailto:vig@sst.dkkag@sst.dk)

---
- ▶ Deutschland  
Institut für Therapieforschung  
(Institute for Therapy Research – IFT)  
Roland Simon  
Parzivalstrabe 25  
D-80804 Munchen  
Tel. (49-89) 36 08 04 40  
Fax (49-89) 36 08 04 49  
e-mail: [simon@ift.de](mailto:simon@ift.de)

---
- ▶ Greece  
University Mental Health Research Institute (UMHRI)  
Anna Kokkevi  
74 Vassilisis Sophias Avenue  
GR-11528 Athens  
Tel. (30-1) 653 69 02  
Fax (30-1) 653 72 73  
e-mail: [akokke@mail.ariadne-t.gr](mailto:akokke@mail.ariadne-t.gr)

---

- ▶ Ελλάδα  
Ερευνητικό Μανετιστημιακό  
Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (Ε.Μ.Ι.Ψ.Υ.)  
Anna Kokkevi [In EL]  
Βασ. Σοφιάδ 72  
GR-11528 Αθήνα  
Τηλ. (30-1) 653 69 02  
Φαξ (30-1) 653 72 73  
e-mail: akokke@mail.ariadne-t.gr
- ▶ España  
Plan Nacional sobre Drogas (National Plan on Drugs – PNSD)  
Camilo Vazquez  
C/Recoletos, 22  
E-28001 Madrid  
Tel. (34) 915 37 27 24/25  
Fax (34) 915 37 27 08  
e-mail: cvazquez@pnd.mir.es
- ▶ France  
Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies  
(French Observatory for Drugs and Drug Addiction – OFDT)  
Jean Michel Costes  
105, rue Lafayette  
F-75110 Paris  
Tél. (33) 153 20 16 16  
Fax (33) 153 20 16 00  
e-mail: jecos@ofdt.fr
- ▶ Ireland  
Health Research Board  
Rosalyn Moran  
73 Lower Baggot Street  
Dublin 2 Ireland  
Tel. (353-1) 676 11 76  
Fax (353-1) 661 18 56  
e-mail: Rmoran@HRB.ie
- ▶ Italia  
Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per gli Affari  
Sociali, Ufficio per il coordinamento delle attività di prevenzione  
e recupero delle tossicodipendenze (Prevention and  
Rehabilitation Activities Coordination Unit, Department for Social  
Affairs of the Presidency of the Council of Ministers)  
Franco Scarpino  
Via Veneto, 56  
I-00187 Roma

Tel. (39-06) 48 16 14 95  
Fax (39-06) 48 24 934  
e-mail: [puntofocale@affarisociali.it](mailto:puntofocale@affarisociali.it)

▶ Luxembourg

Direction de la Santé, Point Focal OEDT, Luxembourg  
(Health Directorate, EMCDDA Focal Point, Luxembourg)

Alain Origer  
Allée Marconi-Villa Louvigny  
L-2120 Luxembourg  
Tél. (352) 47 85 625  
Fax (352) 46 79 65  
e-mail: [alain.origer@ms.etat.lu](mailto:alain.origer@ms.etat.lu)

▶ Nederland

Trimbos-instituut  
(Netherlands Institute of Public Health and Addiction)

Franz Trautmann  
Da Costakade 45 PO Box 725  
3500 AS Utrecht Nederland  
Tel. (31-30) 297 11 86  
Fax (31-30) 297 11 87  
e-mail: [ftrautmann@trimbos.nl](mailto:ftrautmann@trimbos.nl)

▶ Österreich

Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen  
(Austrian Health Institute – ÖBIG)

Sabine Haas  
Stubenring 6  
A-1010 Wien  
Tlf. (43-1) 515 61 60  
Fax (43-1) 513 84 72  
e-mail: [haas@oebig.at](mailto:haas@oebig.at)

▶ Portugal

Instituto Português das Drogas e das Toxicodependências  
(Portuguese Institute for Drugs and Drug Addictions)

Maria Moreira  
Rua de Alcolena, 1  
Apartado 94  
P-1400-004 Lisboa  
Tel. (351-21) 301 59 53  
Fax (351-21) 301 09 88  
e-mail: [maria@ipdt.pt](mailto:maria@ipdt.pt)

- ▶ Suomi/Finland  
 Sosiaali ja terveystieteiden tutkimus ja kehittämiskeskus (National Research and Development Centre for Welfare and Health – STAKES)  
 Ari Virtanen  
 PO Box 220  
 FIN-00531 Helsinki  
 P./tfn (358-9) 39 67 23 78  
 F./fax (358-9) 39 67 23 24  
 e-mail: [ari.virtanen@stakes.fi](mailto:ari.virtanen@stakes.fi)


---
- ▶ Sverige  
 Folkhälsoinstitutet (National Institute of Public Health)  
 Ylva Arnhof  
 S-103 52 Stockholm  
 Tfn (46-8) 56 61 35 00  
 Fax (46-8) 56 61 35 05  
 e-mail: [ylva.arnhof@fhinst.se](mailto:ylva.arnhof@fhinst.se)


---
- ▶ United Kingdom  
 DrugScope  
 Nicholas Dorn  
 Waterbridge House 32–36 Loman Street  
 London SE1 OEE UK  
 Tel. (44-20) 7928 12 11  
 Fax (44-20) 7928 17 71  
 e-mail: [nicholas@isdd.co.uk](mailto:nicholas@isdd.co.uk)


---
- ▶ European Commission  
 General Secretariat, Task Force Justice and Home Affairs –  
 Drugs Unit – SG/TF JHA/4  
 Timo Jetsu  
 Rue de la Loi 200 (N-9 7/26)  
 B-1049 Bruxelles  
 Tél. (32-2) 299 57 84  
 Fax (32-2) 295 32 05  
 e-mail: [timo.jetsu@cec.eu.int](mailto:timo.jetsu@cec.eu.int)


---
- ▶ Norge (Observer)  
 Norwegian Directorate for the Prevention of Alcohol and Drug  
 Problems  
 Stein Berg  
 PO Box 8152 Dep.  
 NO-0033 Oslo  
 Tfn (47-22) 24 65 00  
 Fax (47-22) 24 65 25  
 e-mail: [Ingvild.Hoel@RusDir.dep.telemax.no](mailto:Ingvild.Hoel@RusDir.dep.telemax.no)


---

## Annexe E

### Participation des organismes nationaux à des projets de recherche européens ou nationaux dans les domaines des drogues illicites et de la toxicomanie

INSTITUTION	PROGRAMME	DATE	DESCRIPTION	SOURCE DE FINANCEMENT
Point Focal O.E.D.T Luxembourg	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
	1999/2000	Etude épidémiologique et méthodologique des cas de décès liés à l'usage de drogues (1993-1998)	PFN
	1999/2001	Etude de prévalence de la population toxicomaniaque au Grand-Duché de Luxembourg	PFN
	2000/2001	Etude sur le coût social de la drogue au Grand-Duché de Luxembourg	Ministère de l'Edu- cation Nationale, Direction de la Santé
Programme de travail Epidémiologie O.E.D.T	1997-2000	Improving the comparabili- ty of general population surveys on drug use in the EU	OEDT
	1997	Synthetic Drugs in the EU	OEDT
	1997	Demand reduction activi- ties related to new synthetic drugs in the EU	OEDT
	1997	EMCDDA study on demand reduction activities of the criminal justice system	OEDT
	1997-2000	Inventory, bibliography and synthesis of qualitative research in the EU	OEDT
	1997-2000	Development of a core item list for monitoring the treatment of drug misusers (CIT 1.0)	OEDT

	1998	The use of amphetamines, ecstasy and LSD in the EU	OEDT
	1998-2000	Early warning system on new synthetic drugs and the national focal points of the EU	OEDT
	1998-2000	Technical development and maintenance of the EDDRA system	OEDT
	1998-2000	Study to obtain comparable national estimates of problem drug use prevalence for all EU Member states	OEDT
	1998-2000	Implementing standards for collecting data on drug-related deaths in the EU Member States	OEDT
	1999	Linguistic equivalences in the field of drug terminology	OEDT
	1999-2000	Technical development and maintenance of Evaluation Instrument Bank (EIB)	OEDT
	1999-2000	Mapping available information on social exclusion and drugs, focusing on minorities across 15 EU Member states.	OEDT
	1999-2000	Set-up of the EMCDDA's legal database on drugs	OEDT
Consultations Auteur : Laboratoire de Recherche CRI-SIS-ITRS	1999-2000	Etude comparative des réglementations nationales relatives aux remboursements des soins de santé dans la prise en charge des toxicomanes	pas applicable
CePT	1995 -...	Etude et évaluation d'un concept de prévention dans les communes	Commission européenne - DG V
CePT/ PFN	1996-98	Etude exploratoire sur la prévalence de la consommation d'MDMA (XTC) parmi une population de jeunes	Fonds de lutte contre le trafic des stupéfiants

		1999-2000	Etude exploratoire sur la consommation et les attitudes en matière du cannabis et de ses dérivés	CePT, PFN
Laboratoire National de Santé		1981	Contribution à la recherche de drogues toxicomanogènes dans les milieux biologiques	
		1989	Analyses de différents produits en vue de la comparaison de résultats avec d'autres laboratoires européens	Commission européenne - DG V
		1990	The Drugs of Abuse/Scene 90	
		1995	Analyse des causes médicales de la mort des victimes par overdose au Grand-Duché de Luxembourg de 1984 - 1995	Ressources ad-hoc
JDH. et Action Sociale pour Jeunes a.s.b.l.	Horizon	1993 - 94	Formation - réinsertion prof. et sociale de populations défavorisées (Toxicomanes)	C.E. + 40% Fonds Social Européen
	REITOX - O.E.D.T	1993- ...	Participation de la mise en place d'un réseau d'information et de recherche sur la toxicomanie	O.E.D.T Ministère de la Santé Luxembourg
C.T.M	Horizon	1993 - 94	Formation - réinsertion professionnelle et sociale de populations défavorisées ( Toxicomanes)	CE - + 40% Fonds Social Européen
	REITOX - O.E.D.T	1993-...	Participation de la mise en place d'un réseau d'information et de recherche sur la toxicomanie	O.E.D.T Ministère de la Santé Luxembourg
		1990	Projet pilote sur la toxicomanie au sein des établissements pénitentiaires 1) Information des détenus 2) Formation du personnel 3) Etude des connaissances 4) Etude en double aveugle concernant le sevrage 5) Analyse statistique	CE - DG V



Médecins sans Frontières	1996-...	Projet de recherche sur les mineurs toxicomanes vis-à-vis de la loi et mise en place d'un réseau de prise en charge	Ressources ad hoc
CEPS/ INSTEAD	1996	Etude de la consommation de drogues légales et illégales dans l'enseignement secondaire	C.E. - DG V Ressources ad hoc
	1982	Analyse critique de la situation actuelle de la toxicomanie et de la consommation de drogues illicites dans les pays de la CE	
Administration pénitentiaire	1998/99	Etude épidémiologique des infections HIV et hépatites virales B et C dans les prisons luxembourgeoises	Administration pénitentiaire Commission européenne - DG V Fonds de lutte contre le trafic des stupéfiants
Institut grand-ducal de Luxembourg	1976	Recherches sur la série de molécules analogues au principe actif du haschich	



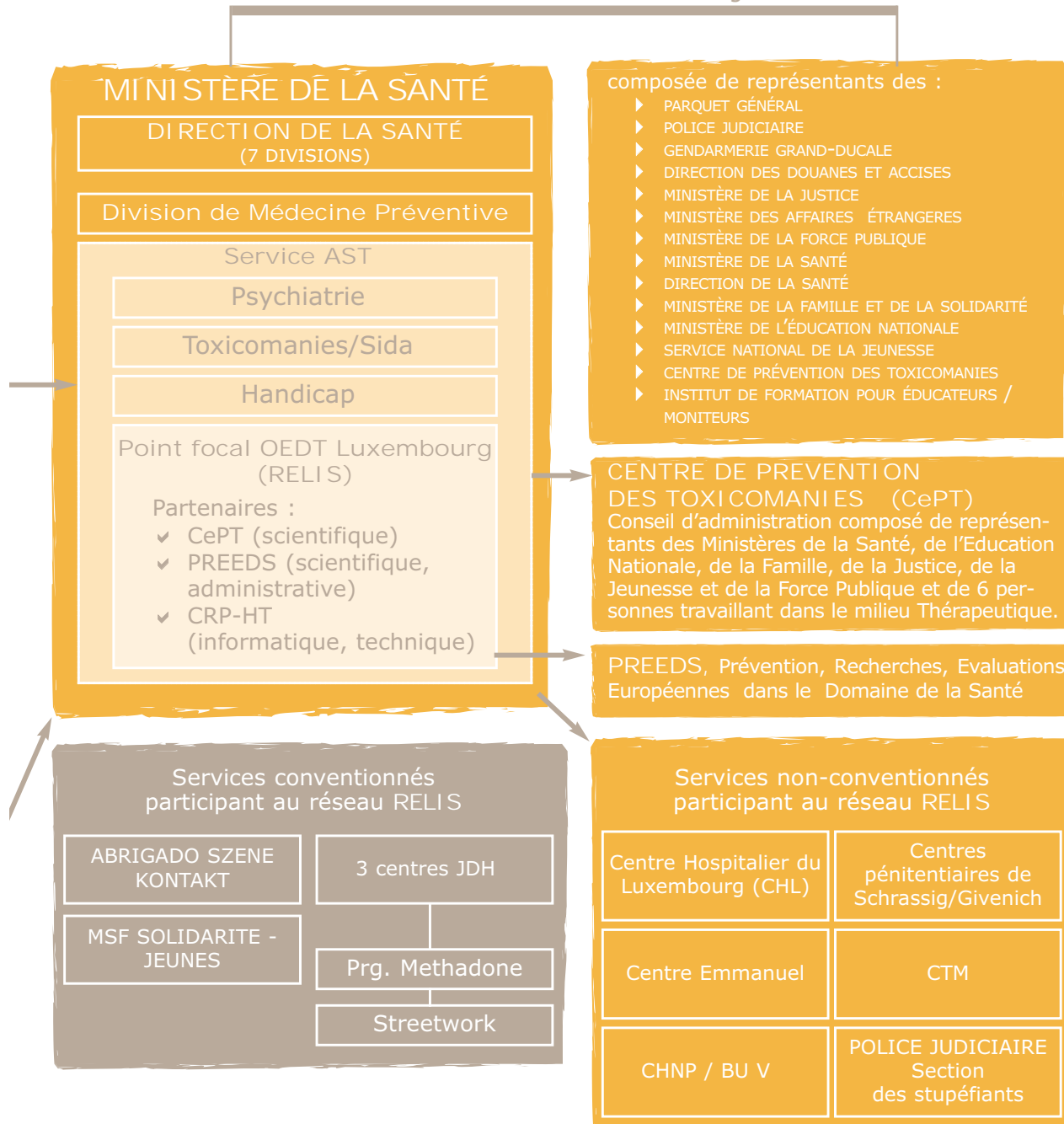
## Annexe F

Organigramme du réseau de collaboration du point focal  
Luxembourg  
(what is what / what is who)

1. Union européenne
2. Conseil de l'Union européenne
3. Conseil de l'Europe
4. Comité de Contact sur le blanchiment des capitaux
5. Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT)
6. ONU ( PNUCID, OICS, etc.)
7. OMS
8. EUROPOL (UDE)
9. GAFI
10. Groupe de Dublin
11. Fonds de Lutte (stupéfiants)
12. Cadre Schengen
13. BENELUX
14. Groupe de Mondorf Sarre/Rhénanie-Palatinat/Lorraine/Communauté germanophone de Belgique/ Grand-Duché de Luxembourg
15. EURO – AST

Coopération Internationale

Commission Interministérielle Drogues



Coopération Nationale





Ce rapport est édité par la Direction de la Santé, AST et le point focal luxembourgeois de l'Observatoire des Drogues et des Toxicomanies.