

Point Focal
O.E.D.T.
Grand-Duché
de Luxembourg



L'état du phénomène de la drogue au Grand-Duché de Luxembourg

Réseau national d'information
sur les stupéfiants et les toxicomanies
(R.E.L.I.S)

rapport
(2002)

Auteur :

Alain ORIGER

Direction de la Santé
Service AST
Point focal OEDT
Chargé de direction

Assistants scientifique :

- ▶ **Hélène DELLUCCI**
CRP-SANTE
- ▶ **PASCAL STRAUS**
CRP-SANTE

Collaborateurs : (par ordre alphabétique)

- ▶ **Andrée CLEMANG**
Conseiller de Direction adjoint
Ministère de la Justice
- ▶ **Henri GRÜN**
Ariane MOYSE
Fondation Jugend- an Drogenhëllef
- ▶ **Dr Robert HEMMER**
Isabelle ROBERT
Centre Hospitalier de Luxembourg
- ▶ **Dr Ferd KASEL**
Robert HOTTUA
Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique
- BU-V
- ▶ **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 JOS SCHLINK
Centre Pénitentiaire de Luxembourg
- ▶ **Tom SCHLECHTER**
Comité National de Défense Sociale - CNDS a.s.b.l
- ▶ **Prof. Dr Robert WENNIG**
Laboratoire National de Santé

Consultant 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 2002 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 2001.

Une deuxième partie traite des interventions en matière de réduction de la demande et des risques associés à l'abus de drogues et présente le sommaire des travaux de recherche récents. L'édition 2002 consacre un dossier spécial à l'état actuel des connaissances scientifiques en matière de cannabis, compilé à partir des travaux de recherche les plus 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 2001 en comparaison aux données des années 1994 à 2000.

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 2001 ainsi que les données relatives à la population de toxicomanes en milieu carcéral de 1989 à 2001 et à la mortalité liée à l'usage de drogues illicites.

Sommaire

Avant-propos

Sommaire

Résumé en langue française

Summary in English

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 la prévalence de l'usage de drogues d'acquisition illicite en population générale
- I.1.4 Estimation de la prévalence de l'usage de drogues dans les populations de jeunes et/ou en âge scolaire au G.-D. de Luxembourg
- I.1.5 Estimation de la prévalence de l'usage problématique de drogues d'acquisition illicite au G.-D. 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 Plan d'action 2000 – 2004 en matière de drogues et de toxicomanies
- I.2.4 Budgets et mécanismes de financement
- I.2.5 Coopération internationale
 - I.2.5.1 *Cadre et instruments de l'Union européenne en matière de drogues*
 - I.2.5.2 *Coopération interrégionale*

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 2001*
- 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 Evénements et programmes spéciaux en 2001
- II.1.14 Sommaire des publications en 2001

Chapitre II.2 Travaux de recherche récents - Sommaire

- II.2.1 Origer, A. & Dellucci, H. (2002). Etude épidémiologique et méthodologique des cas de décès liés à l'usage illicite de substances psycho-actives – analyse comparative 1992 - 2000 Séries de recherche n°3, Point focal OEDT Luxembourg – CRP-Santé, Luxembourg.
- II.2.2 Origer, A. (2002). Le coût économique direct de la politique et des interventions publiques en matière d'usage illicite de drogues au Grand-Duché de Luxembourg, Séries de recherche n°4, Point focal OEDT Luxembourg – CRP-Santé, Luxembourg.
- II.2.3 International Scientific Conference on Cannabis – Synthèses de l'état actuel des connaissances.

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 2000

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 QED – Système d'information européen en matière de recherche qualitative

III.1.3.7 Base de données européenne sur les textes de loi en matière de drogues

III.1.3.8 Base de données européenne en matière d'épidémiologie

III.1.3.9 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 2000

III.2.4 Traitement et représentativité des données

III.2.4.1 Description de la base 2001

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 2001
- III.2.5.b. Résultats de l'analyse détaillée des données fournies par la base RELIS 2001

Partie IV : DONNÉES STATISTIQUES OFFICIELLES DE 1984 À 2001

- A. Données statistiques relatives à la production, au trafic et à l'usage illicites de drogues de 1984 à 2001
- B. Données statistiques relatives à la population de toxicomanes en milieu carcéral de 1989 à 2001

References bibliographiques

Annexe

- A. Sommaire comparatif des principaux résultats d'enquêtes en milieu scolaire (1995-2000)
- B. Classification sommaire des substances psychoactives retenues au niveau du protocole RELIS 2001
- C. Sommaire des substances et préparations psychotropes, stupéfiants et toxiques et précurseurs placés sous contrôle national par règlements grand-ducaux entre 1995 et 2001
- D. Loi du 27 avril 2001 modifiant la loi modifiée du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie (Mém. A - 61 du 17 mai 2001, p. 1179)
- E. Définitions (CIM-10, DSMIV) de l'abus, l'usage nocif et de la dépendance
- F. Points focaux nationaux du Réseau Européen des Drogues et des Toxicomanies - REITOX
- G. Participation des organismes nationaux à des projets de recherche européens ou nationaux dans les domaines des drogues illicites et de la toxicomanie
- H. Organigramme des acteurs nationaux impliqués dans la lutte contre la toxicomanie

Glossaire

AST	Service d'action socio-thérapeutique de la Direction de la Santé
CDS (CND)	Commission des stupéfiants (Commission on Narcotic Drug)
CICAD	Commission interaméricaine pour le contrôle de l'abus des drogues DEA: Drug Enforcement Administration (États-Unis)
CNDS	Comité national de défense sociale
CePT	Centre de prévention des toxicomanies
CPOS	centre de psychologie et d'orientation scolaire
CRP-HT	Centre de recherche public - Henri Tudor
CRP-Santé	Centre de recherche public - Santé
CTM	Centre thérapeutique de Manternach
CHNP	Centre hospitalier neuro-psychiatrique
CPG	Centre pénitentiaire de Givenich
CPL	Centre pénitentiaire de Luxembourg
GHD	Groupe horizontal " drogue "
GID	Groupe interministériel " drogues "
EMEA	Agence européenne pour l'évaluation des médicaments
EUROPOL	Office européen de police
FBE	Federal Bureau of Investigation (États-Unis)
FED	Fond européen de développement
FEDER	Fond européen de développement régional
FLTS	Fonds de lutte contre le trafic des stupéfiants
GAFI (FATF)	Groupe d'action financière internationale (Financial Action Task Force on money laundering)
GAPC (CATF)	Groupe d'action sur les produits chimiques (Chemical Action Task Force)
GHD	Groupe horizontal drogue (du Conseil)
GID	Groupe interservices drogue (de la Commission européenne)
Honlea	Chefs des services nationaux de répression compétents en matière de drogues (organe subsidiaire de la Commission des stupéfiants)
JDH	Fondation Jugend- an Drogenhëllef

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

SADC	Southern African Development Community
SAP	Système d'alerte précoce en matière de nouvelles drogues synthétiques
SEPT	Semaine européenne de prévention des toxicomanies
SID	Système d'information douanier
SIS	Système d'information Schengen
SMC	Schéma multidisciplinaire complet (NU)
SNJ	Service national de la Jeunesse
SPG	Système de préférences généralisées
SPJ	Service des stupéfiants de la police judiciaire
TRANSRELIS	Réseau transfrontalier d'information sur les stupéfiants et les toxicomanies
UE	Union européenne
UNGASS	United Nations General Assembly Special Session on Drugs
ZePF	Zentrum für empirische pädagogische Forschung – Universität Landau

Résumé

Rapport National sur l'Etat du Phénomène des Drogues et des Toxicomanies au Grand-Duché de Luxembourg (RELIS - Edition 2002)

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

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

Les efforts déployés depuis 1994 ont permis de constituer une base de données nationale annuellement mise à jour, permettant notamment:

- de situer la prévalence, l'incidence et l'évolution de l'usage problématique de drogues au niveau national;
- de suivre des profils de trajectoires institutionnelles des demandeurs de soins;
- de servir de support scientifique et de base de données pour l'activité de recherche;
- à moyen terme, d'évaluer les tendances nouvelles et l'impact de certaines interventions sur les comportements et caractéristiques de la population d'usagers problématiques de drogues et de faciliter le processus décisionnel au niveau politique lors de la mise en place de plans d'action et de stratégies d'intervention en matière de lutte contre la toxicomanie.

Orientations politiques, légales et budgétaires

Suite aux élections législatives en 1999, le gouvernement a confié la coordination générale des actions dans les domaines des drogues et des toxicomanies au Ministère de la Santé. Les jalons stratégiques en matière d'interventions de réduction de la demande furent posés par l'élaboration du **plan d'action 2000 - 2004** par le bureau du coordinateur national "Drogues" mandaté par le Ministre de la Santé. Le plan d'action 2000-2004 constitue l'aboutissement du processus de concertation bilatérale entre le Ministère de la Santé et les intervenants de terrain en matière des besoins en infrastructures spécialisées, en ressources financières et humaines, en

réseaux de collaboration et du développement des activités de recherche et ce, à la lumière des priorités retenues par la déclaration gouvernementale de 1999. Le volet de la prévention primaire fut introduit dans une deuxième phase en 2002. Les ressources financières et humaines requises pour l'exécution graduelle du plan d'action ont été prévues par le Ministère de la Santé pour les exercices budgétaires 2000 à 2002.

Le plan d'action s'articule par ailleurs sur les nouveaux acquis introduits par la **loi du 27 avril 2001** modifiant la loi modifiée du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie. Outre la décriminalisation de l'usage de cannabis, des allègements de peines pour infraction(s) de consommation et une différenciation accrue au niveau du catalogue des peines en fonction du type d'infraction(s) et de la nature des substances impliquées, la loi du 27 avril 2001 institue un cadre légal pour le programme de traitement de la toxicomanie par substitution et d'autres moyens agréés par l'Etat dont la concrétisation peut prendre la forme de locaux d'injection de drogues et d'une distribution médicalement contrôlée de certains stupéfiants. En février 2002 entra en vigueur **le règlement grand-ducal déterminant les modalités du programme de traitement de la toxicomanie par substitution** tel que prévu par la loi du 27 avril 2001.

Le budget global du ministère de la Santé alloué aux services oeuvrant dans les domaines des drogues et des toxicomanies, est passé de 770.000.- € en 1999 à 3,6 millions.- € en 2001. La progression marquée pour l'exercice 2002 est en grande partie tributaire de l'exécution des projets prévus au plan d'action 2000-2004.

Une étude récente (Origer 2002) a permis d'estimer **le coût économique direct de la politique et des interventions publiques en matière d'usage illicite de drogues au Grand-Duché de Luxembourg** en référence à l'année budgétaire 1999.

Le coût économique direct à supporter par la collectivité est estimé à 23,345 millions d'euros en 1999 ce qui équivaut à 941,7 millions d'anciens francs luxembourgeois. On peut ainsi retenir une dépense annuelle par tête d'habitant de 54.- €. 39% des dépenses estimées sont consacrées à des activités de réduction de l'offre contre 59% qui sont attribuées aux mesures de réduction de la demande et des risques associés à l'usage illicite de drogues. 1 % des ressources sont consacrées respectivement aux activités de recherche et aux contributions internationales directes. La dépense totale à supporter par la collectivité représente 0,013% du P.I.B. national et 0,05% du budget de l'Etat en 1999.

Indicateurs juridiques et pénaux¹

Saisies de substances illicites

D'importantes variations au niveau de l'évolution des **quantités saisies** s'observent depuis 1984 et ceci pour presque tous les types de produits. La tendance générale à la baisse qui se dessinait au niveau des quantités d'héroïne et de cocaïne depuis le début des années 90 se confirme en 2001

Indépendamment des quantités saisies, on retient une augmentation discontinue du **nombre total de saisies** à partir de 1993. Le nombre de saisies de cocaïne, et d'ecstasy semble s'être stabilisé. 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, confirmée par les données de 2001. **Le nombre total de personnes impliquées lors d'affaires de saisies** s'est stabilisé, affichant 1.168 personnes en 1999 et 1.065 en 2001. Globalement, les **quantités saisies** ont régressé à partir de 1996 alors que le nombre de personnes impliquées dans le trafic s'est stabilisé au cours des trois dernières années.

Aucune saisie de **crack** n'a été rapportée à ce jour au Grand-Duché de Luxembourg. En 1994 furent enregistrées les premières saisies nationales de MDMA, MDA... (type : **ecstasy**) dont la disponibilité semblait amorcer une évolution quasi exponentielle de 1994 à 1996 qui s'est cependant stabilisée à un niveau bas (272 comprimés) depuis les dernières cinq années.

On note enfin une augmentation considérable des quantités de **cannabis saisies** en 2001 qui est encore plus prononcée en référence au nombre de saisies et au nombre de personnes impliquées dans ces mêmes saisies. A titre d'exemple on retiendra qu'entre 1994 et 2001 le nombre de saisies de cannabis est passé de 167 à 488 et le nombre de personnes impliquées de 242 à 668.

Mesures judiciaires et pénales

Le nombre de **procès verbaux** pour motifs d'infraction à la loi modifiée de 1973 a presque doublé entre 1995 (764) et 2001 (1.455). En ce qui concerne le nombre respectif de **prévenus**, on note une augmentation discontinue allant de 1.263 personnes en 1995 à 1.775 personnes en 2001, (comptages multiples inclus). En 2001, furent enregistrées 92 **arrestations** pour motifs d'infraction à la loi modifiée de 1973 (en baisse).

La population des prévenus est composée de 85% d'hommes, proportion qui variait entre 79% et 89% durant les dix dernières années. Depuis 1998, les citoyens **d'origine étrangère** constituent approximativement 50% des prévenus. Il s'agissait dans 35% des cas de **premiers auteurs** en 2001 (tendance croissante discontinue); le pourcentage de **mineurs** parmi les prévenus étant passé de 5,4% en 1993 à 9,2% en 2001.

¹ Sauf indication contraire, les données présentées se rapportent à l'année 2001. Par défaut d'autres indications, les données entre parenthèses se rapportent à l'année 2000.

Les données statistiques fournies par **l'administration pénitentiaire** pour l'année 2001 font état de 641 nouvelles entrées au CPL et au CPG dont 119 (18.6%) pour infraction(s) à loi du 19 février 1973 (Code : DELIT-STUP); une proportion qui représentait 42,6% en 1996 et qui n'a cessé de diminuer depuis.

Au niveau du recensement RELIS on retiendra qu'entre 1995 et 2000 on a observé une augmentation sensible de la fréquence de contact avec les forces de l'ordre. L'année 2001 semble signer une certaine stabilisation à cet égard. Le nombre de motifs d'interpellation pour infractions diverses (ex. criminalité liée à l'approvisionnement de drogues) a connu une régression significative depuis 1997. Il y a lieu de constater une détérioration continue en matière du passé pénal cumulé par les répondants par rapport aux années précédentes.

Indicateurs épidémiologiques

Prévalence en population générale

Prévalence d'usagers de drogues au sein de la population scolaire

Des données comparables issues d'enquêtes scolaires menées entre 1992 et 1999, témoignent d'un taux de prévalence "vie" (consommation au moins une fois au cours de la vie) croissant en ce qui concerne la consommation de drogues illicites, toutes catégories confondues. En référence aux données issues des études les plus représentatives, **l'augmentation disproportionnée de l'usage de cannabis** (16 à 20 ans : en 1992 (Matheis 1995) : 10,1%) et en 1999 ((HBSC 2000) : 38,9%), de champignons hallucinogènes (16 à 20 ans : en 1999 (HBSC, 2000) : 7,1%), et des substances de type ecstasy (16 à 20 ans : en 1992 (Matheis 1995) : 1,2%) et en 1999 ((HBSC 2000) : 5,2%) mérite une attention particulière. En rapport aux populations d'étudiants plus jeunes (13-14 ans et 15-16 ans), on observe une même tendance, particulièrement prégnante au niveau de la prévalence "vie" de l'usage de cannabis. **L'usage d'opiacés par les jeunes en âge scolaire témoigne d'une prévalence basse, n'ayant que faiblement progressé au cours de la période considérée (16 à 20 ans : en 1992 (Matheis 1995) : 0,9%) et en 1999 (HBSC 2000) : 1,3%).**

Prévalence de l'usage problématique de drogues

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

Le nombre d'usagers problématiques de drogues à haut risque et d'acquisition illicite indexés par les institutions nationales en 2001 équivaut à 3.306 personnes (1994 : 2.213) (double comptages inclus). A titre comparatif on retiendra qu'en 1994, 873 personnes furent recensées par les **institutions de réduction de la demande** et 1.340 par les **instances de réduction de l'offre**. En 2001 ces mêmes instances ont recensé respectivement 1.381 et 1.925 personnes ce qui équivaut à une croissance totale de 50%.

Pour 27% (32%) des usagers indexés (53% d'origine étrangère) par une institution donnée, il s'agissait du **premier contact avec cette même institution (intra-institution)**. Appliqué exclusivement aux institutions spécialisées de type sanitaire, ce même taux, en décroissance depuis 1997, s'élève à 26% (32%). En moyenne, un usager donné entre 1,73 (1,64) fois par année en contact avec une institution sanitaire spécialisée. 1,3% des usagers répertoriés par RELIS ont formulé la **première demande de traitement** au cours de leur vie auprès d'une institution sanitaire spécialisée (inter-institution) durant l'année 2001.

La première demande d'aide s'effectue dans 62% des cas pour des raisons médicales ou psychosociales. 45% des cas rapportent un contexte d'urgence lors du premier recours à un service ou intervenant d'aide. 80% des répondants (n: 246) ont déjà suivi au moins un **traitement de substitution** avant le recensement 2001. Il s'agissait pour 44% des cas d'un traitement dans le cadre du programme méthadone, et pour 56% d'un traitement dispensé par le réseau de médecine générale (Méphénon ® et autres opiacés / opioïdes).

Caractéristiques socio-démographiques de la population nationale d'usagers problématiques de drogues à haut risque et d'acquisition illicite

La distribution selon le **sexe** est restée constante depuis 1994 (2000: 19% de femmes, 81% d'hommes). La proportion de **ressortissants étrangers** au sein de la population toxicomane nationale a connue une nette progression entre 1998 (18%) et 1999 (48%) suivi d'une stabilisation à niveau élevé en 2000 (40%). Depuis 1994, la durée de séjour au G.-D. de Luxembourg des répondants étrangers affichent une nette tendance à la hausse. La population des non-luxembourgeois(es) est principalement composée de ressortissants portugais (57%, en hausse) dont la proportion est nettement supérieure à celle observée au niveau de la population générale.

L'âge moyen des usagers recensés est passé de 28 ans et 4 mois en 1995 à 29 ans et 1 mois en 2001. **L'écart entre les usagers les plus jeunes et les plus âgés s'accroît**. On est confronté à une situation fort polarisée à savoir un vieillissement de la population d'injecteurs de longue date et une diminution sensible de l'âge des " nouveaux " usagers problématiques. On retiendra entre autres l'augmentation de la **proportion de mineurs** parmi les prévenus pour infraction(s) STUP et la population total d'usagers problématiques. Respectivement 81% et 42% des usagers problématiques actuels ont consommé du cannabis et de l'héroïne (par voie i.v.) avant d'avoir atteint l'âge de 18 ans. En 1995 ces mêmes proportions étaient de 71% et 23% .

L'âge moyen des usagers luxembourgeois rejoint celui des répondants d'origine étrangère. **La différence d'âge selon le sexe** tend à se stabiliser. De façon générale **le profil des femmes** a connu des changements plus sensibles que celui des usagers problématiques masculins au cours des dernières années. On citera à titre d'exemple un âge moyen plus précoce lors de la première consommation de cigarettes de la première consommation de drogues d'acquisition illicite tous types confondus et du début déclaré d'un état de dépendance physique.

La **situation résidentielle** des sujets répertoriés affiche également une amélioration au regard des années précédentes. Le regroupement des personnes selon leur **provenance géographique** fait apparaître que les cantons du sud (38,3%) et les cantons du centre (42,2%) figurent en première position laissant entrevoir une légère prédominance récente de la région du centre. Les cantons du nord progressent également.

Tous indicateurs confondus, **la situation d'emploi des répondants connaît une évolution défavorable** au vu des données des quatre années précédentes. Le **taux de chômage** affiche une progression marquée depuis 1997. On observe **une diminution de l'autonomie financière au profit d'une dépendance sociale accrue**. A souligner cependant **la décroissance continue observée au niveau des revenus d'origine illégale et la baisse modérée de la proportion de personnes en situation d'endettement**

Prévalence et tendances de consommation

L'étude multi-méthodes de prévalence de l'usage problématique de drogues à haut risque et d'acquisition illicite, publiée en 2001 (Origer 2001) fournit les résultats suivants:

	1997	1999	2000
USAGE PROBLEMATIQUE : DROGUES HRC			
Prévalence moyenne	2.100	2.350	2.450
Taux de prévalence total	5 / ¹⁰⁰⁰	5,43 / ¹⁰⁰⁰	5,59 / ¹⁰⁰⁰
Taux de prévalence - âge :15-54	8,8 / ¹⁰⁰⁰	9,58 / ¹⁰⁰⁰	9,86 / ¹⁰⁰⁰
USAGE PROBLEMATIQUE : DROGUE DE PREFERENCE - HEROINE			
Prévalence héroïne	1.680	1.975	2.010
Taux de prévalence héroïne total	4 / ¹⁰⁰⁰	4,57 / ¹⁰⁰⁰	4,58 / ¹⁰⁰⁰
Taux de prévalence héroïne - âge :15-54	7 / ¹⁰⁰⁰	8,05 / ¹⁰⁰⁰	8,09 / ¹⁰⁰⁰
USAGE INTRA VEINEUX DE DROGUES (UID)			
Prévalence UID	1.370	1.780	1.715
Taux de prévalence UID total	3,25 / ¹⁰⁰⁰	4,12 / ¹⁰⁰⁰	3,91 / ¹⁰⁰⁰
Taux de prévalence UID-âge 15-54	5,71 / ¹⁰⁰⁰	7,26 / ¹⁰⁰⁰	6,90 / ¹⁰⁰⁰

La prévalence de l'usage problématique de drogues affiche une tendance générale à la hausse. L'usage problématique d'héroïne ne contribue toutefois que faiblement à cette progression. La prévalence de l'usage intraveineux de drogues semble même avoir diminué modérément en 2000. La grande majorité des **indicateurs indirects** (ex. surdoses, admissions en traitement, nombres d'infractions, etc.) suivent le décours de la courbe de croissance de la prévalence estimée entre 1997 et 2000.

Les opiacés continuent à constituer le **produit préférentiel** (stable) des usagers problématiques répertoriés par le réseau institutionnel. La tendance significative à la hausse du mode d'administration d'opiacés **par inhalation** observée en 1998 est stabilisée. La proportion de personnes en contact avec le réseau institutionnel spécialisé pour usage (préférentiel) de **cannabis** témoigne d'une hausse sensible. Dans ce même contexte, il y a lieu de citer les résultats des **expertises toxicologiques du LNS en matière d'accidents de la route** : dans 30,3% des expertises effectuées en 1995 des traces de cannabinoïdes furent détectées, en 2001 cette même proportion était de 37,3%. La hausse des indicateurs de consommation de cannabis au Grand-Duché est en accord avec les tendances observées au sein d'autres Etats membres de l'UE.

Les substances de **type ecstasy** sont faiblement représentées ce qui ne renseigne nullement sur la prévalence de son usage en population générale étant donné que les données RELIS portent sur l'ensemble des usagers problématiques actuels et ne recense dès lors pas la totalité des **usagers récréationnels**.

Le taux de **polytoxicomanie** (2000: 83%) ne connaît plus d'évolution significative. Les âges moyens lors de la **première consommation de la drogue préférentielle** et des **drogues illicites** en général, témoignent d'une diminution lente mais continue depuis cinq ans. Le passage au mode **d'administration intraveineux** s'opère de façon plus précoce comparé à l'année 1995.

Morbidité et mortalité liées à la consommation de drogues

Au cours des dernières années, il y a lieu de parler d'une **stabilisation de l'état de santé générale** des consommateurs problématiques de drogues. En termes épidémiologiques les taux d'infection au VHB (hépatite B) et la prévalence des cas de SIDA déclarés n'évoluent guère. Cependant **l'infection au VHC (hépatite C) est en nette progression** et tend à se rapprocher de la moyenne européenne ce qui n'est nullement le cas pour le taux d'infection VIH et le nombre de cas de sida déclaré. Selon les données fournies par le Laboratoire de Retrovirologie du CRP-Santé, la proportion moyenne d'usagers intraveineux de drogues parmi les personnes infectées par le VIH, recensées de 1984 à 2001 se situe à 16,3%.

Depuis 1985, l'évolution du nombre de **décès par surdosage** au Grand-Duché de Luxembourg a suivi une tendance générale à la hausse, atteignant un total de 29 personnes en 1994 pour ensuite redescendre graduellement à 10 cas en 1997. Depuis lors, on a observé une tendance continue à la hausse atteignant 26 cas en 2000 suivis de 18 cas en 2001. Ces cas de décès ne constituent qu'une partie des victimes dont la mort peut être associée à l'usage de drogues. En termes de **mortalité totale liée à l'usage de drogues** (décès directs et indirects), on dénombrait 23 cas en 1992 alors que cette même prévalence s'est stabilisée autour de 40 cas par année depuis 1995.

Exprimée en nombre de **cas de surdose par rapport à la population générale** du Grand-Duché de Luxembourg, cette proportion s'élevait à 4,08 décès par surdose pour 100.000 habitants en 2001 (2,09 décès par surdose pour 97). Une comparaison sommaire au niveau européen fait apparaître que le taux observé au Luxembourg est supérieur à ceux observés dans la majorité des autres états membres de l'UE, même si en 2001, le taux de surdose témoignait à nouveau d'une baisse sensible (18 cas).

Les résultats des **examens d'autopsie** effectués sur les victimes de surdosage ont permis de déceler dans 91% des cas des traces d'opiacés. Il s'agissait de **l'héroïne** dans 70 en association plus fréquente de substances de substitution.

Disponibilité et qualité des drogues illicites au niveau national

Selon les sources répressives (confirmées par les données RELIS), plus de 90% des drogues illicites consommées au Grand-Duché de Luxembourg proviendraient des Pays-Bas. Suite à l'ouverture des frontières, on a assisté à une transition de réseaux de distribution restreints entretenus par les consommateurs eux-mêmes à des réseaux de distribution plus organisés. L'indicateur de la source d'approvisionnement laisse supposer que **la disponibilité d'opiacés sur le marché national** s'est accrue. Si en 1996, 9% des usagers déclaraient s'approvisionner exclusivement à l'étranger, cette même proportion équivaut à 4% en 2001. Au cours de cette même période le **prix de vente** de rue de l'héroïne a également diminué.

A signaler enfin qu'à ce jour, aucune **unité de production** (e.g. 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. L'intensification des mesures de contrôle en matière production clandestine de substances synthétiques des pays frontaliers pourrait néanmoins favoriser la migration et l'implémentation de laboratoires clandestins sur le territoire luxembourgeois.

Les **prix moyens d'unités** de consommation courantes de l'héroïne, de la cocaïne et des substances de type ecstasy ont diminué au cours des 6 dernières années. Les produits dérivés du cannabis sont les seuls à afficher une hausse significative du prix d'acquisition au cours de la même période.

En termes de **pureté**, les échantillons de substances suspectes, analysées par le Laboratoire National de Santé en 2001, permettent de constater une augmentation du taux de THC dans les produits dérivés du cannabis et une diminution de la pureté de la cocaïne. Pour les autres substances analysées, les tendances sont peu claires.

Mesures de réduction des risques

Depuis la mise en place du **programme d'échange de seringues**, auquel participent toutes les institutions spécialisées dans la prise en charge des personnes toxicomanes, on note une augmentation continue du nombre de **seringues stériles distribuées** (2001: 224.609 / 1996 : 76.259). Cette même tendance s'observe pour le nombre de **seringues usées collectées** (2000: 155.516 (69%) / 1996 : 28.646 (38%)). Parmi les dispositifs du programme d'échange de seringues, les distributeurs automatiques sont les plus utilisés.

Deux consommateurs i.v. sur trois (stable) déclarent ne pas échanger de matériel d'injection usé. Tous lieux de distribution et de points de vente confondus la majorité des usagers injecteurs (32% en baisse) déclarent s'approvisionner en matériel d'injection de façon préférentielle dans les pharmacies. La progression la plus sensible s'observe au niveau de la distribution par les **services de traitement spécialisés**.

Les statistiques d'admission des deux **structures d'accueil bas-seuil** à Luxembourg-Ville, à savoir ABRIGADO du CNDS et KONTAKT 25 de JDH témoignent d'une hausse continue au cours des dernières années.

Le programme de substitution par la méthadone a été mis en place en 1989 sous la coordination du Ministère de la Santé et de la Fondation JDH. Le nombre de places d'encadrement offertes par le programme est passé 30 en 1993, à 158 en 2001 (stable). Parallèlement au programme méthadone conventionné par le Ministère de la Santé, un nombre important de toxicomanes se voient prescrits un **traitement de substitution par le réseau de médecine libérale**, soit en attente de leur entrée au programme, soit dans le but d'une désintoxication ou d'une maintenance bas-seuil hors programme. En 2001, l'Union des Caisses de Maladie a recensés 849 (1999: 745) personnes différentes qui ont bénéficié d'une prescription de médicaments avec l'indication de traitement de substitution (MEPHENON®, METHADICT®, SUBUTEX®) et 147 (1999: 125) médecins prescripteurs.

Orientations en matière de recherche

Les priorités futures du PFN en matière de recherche portent essentiellement sur les domaines suivants:

- études de prévalence en population générale, au sein de la population non répertoriée par le réseau institutionnel; des demandes d'aide ou de traitement adressées au réseau de médecine générale; de l'usage de drogues en prison;
- recherche dans le domaine de la mortalité indirectement associée à la consommation de drogues.
- monitoring des tendances au niveau de la consommation et de la composition des drogues synthétiques;
- études de prévalence des taux d'infection au VIH et VHC parmi la population d'usagers injecteurs;
- prévalence de la consommation par les toxicomanes de certains types de médicaments sous prescription telle que la famille des benzodiazépines;
- étude du coût socio-économique de la toxicomanie et de la lutte contre la drogue ;
- évaluation de l'impact de mesures de traitement.

Summary

National report on the state of the drug phenomenon in the Grand Duchy of Luxembourg (RELIS - Edition 2001)

Since its implementation in 1994, the Luxembourg National Focal Point (NFP) of the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) has been aiming at the development and maintenance of a national monitoring and information network on drugs and drug addiction, which is known as the Luxembourgish Information Network on Drugs and Drug Addiction (RELIS).

Relying on a multi-sectorial data network including in- and outpatient specialised treatment centres, low threshold facilities, general hospitals as well as law enforcement agencies and national prisons, RELIS enables the rapid assessment of new trends and developments.

Its objective is to:

- provide comprehensive information on drug issues in the Grand Duchy of Luxembourg
- contribute to drug prevalence estimations at the national level (problem drug users)
- unfold emerging trends
- track any drug-related activities, be they in policy, demand reduction or research areas
- assess the impact of supply, demand and risk reduction activities on current drug consume behaviours
- serve as a national data base for research activities.

Political, legal and budgetary orientations

Following the parliamentary elections of 1999, the Ministry of Health has been entrusted with the **overall drug policy coordination**. The strategic framework of drug demand reduction interventions has been defined by the national drug coordinator's office mandated by the Minister of Health by means of a **national action plan on drugs and drug addiction** covering the period 2000 to 2004. The latter constitutes the outcome of the bilateral consultation process between the drug coordinators' office and competent field institutions in the light of priorities set by the governmental declaration of 1999. The drug action plan mainly addresses current needs in terms of specialised infrastructures, human and financial

resources, collaboration networks and required developments in the field of drug research.

Primary prevention measures were included in a second phase in 2002. Financial and human resources required for the implementation of the drugs action plan are guaranteed by the Ministry of Health.

Furthermore, the 2000-2004 action plan is based on the amendments introduced by the **law of 27 April 2001** modifying the basic drug law of 19 February 1973. Besides the decriminalisation of cannabis use, alleviation of penalties for simple drug use, and an enhanced overall differentiation of penalties according to the type of drug offences and the nature of controlled substances involved, the law of 27 April 2001 foresees a legal framework for a series of harm reduction and maintenance measures such as drug substitution treatment, needle exchange and other state licensed means, which could materialise in shooting galleries or medically controlled narcotics' distribution programmes. According to the law of 27 April 2002, the **grand ducal decree on substitution treatment** entered in force in February 2002.

The overall **budget of the Ministry of Health** allocated to **drug demand reduction measures** has witnessed an increase from 770.000.- € in 1999 to 3.64 million € in 2000, following the centralisation of demand and harm reduction activities by the ministry of Health and to 2.71 million € in 2001. The provisional budget of 2002 foresees a **supplementary increase of 34.37 per cent**, thus figuring 3.64 million €. The consistent increase in 2002 is mainly due to the implementation of the drugs action plan 2000-2004.

A recent study (Origer 2002) has allowed to estimate **the direct economic costs of policies and interventions in the field of illicit drug** use referred to year 1999.

The direct economic costs of national policies related to illicit drug use reached approximately 23.345 million euros in 1999, which represents an annual per capita expenditure of 54.- €. 39% of estimated expenditures are related to supply reduction measures against 59% that are devoted to demand reduction interventions. Annually 1% of public resources are invested in drug research and international cooperation respectively. The total annual costs the collectivity has to stand for annually represents 0.013% of the gross national product and 0.05 of the total state budget in 1999.

Law enforcement indicators ²

Seizures of illicit substances at the national level

Striking variations have been observed as to the **quantity of illicit substances seized** since 1984. The general downward trend as regards seized quantities of heroin and cocaine from 1996 onwards has been confirmed by 2001 data.

Notwithstanding the quantities seized, the **number of seizures** has grown discontinuously since 1993. The number of cocaine and ecstasy like substances' seizures has stabilised and one observes a moderate but continuous increase of amphetamines seizures since 1997. The **number of persons** involved in heroin traffic has followed a constant upward trend confirmed in 2001. A stabilised trend has been observed with respect to the **total number of persons involved in drug seizures**, figuring 1,168 offenders in 1999 and 1,065 in 2001. Summarily, quantities of seizures have been decreasing since 1996, while the number of offenders involved has stabilised for the last three years.

Crack (cocaine-base) seizures have not been reported to date by national authorities. The first national seizures of **ecstasy type substances** (MDMA, MDA, etc.) were recorded in 1994. The availability of ecstasy appeared to soar between 1994 onwards whilst seizures, in terms of quantity, have significantly decreased in 1997 and have remained fairly stable over the last 5 years.

Towards 2001 a remarkable increase of quantities of seized **cannabis** has been observed; the number of cannabis seizures and persons involved followed proportionally an even steeper upward trend. Between 1994 and 2001 the number of cannabis seizures went from 167 to 488. During the same period, the number of offenders involved has marked an increase from 242 to 668.

Drug law offenders and prison sentences

The **number of police records** for presumed offences against the drug law, shows an important increase between 1995 (764) and 2001 (1,455). **The number of drug law offenders** ('prévenus') has increased from 1,263 in 1995 to 1,775 in 2001. 92 arrests on the same charge have been reported in 2001 (recent decrease).

The population of drug law offenders counts 87 per cent of males; a proportion that has been varying between 79 and 89 per cent during the past decade. Since 1998, **non-natives** have been representing about 50% of drug law offenders. Regarding the proportion of **first drug law offenders** (35%), a discontinuous upward trend-line can be observed. The percentage of **minors** (< 18 years) in drug law offenders has increased significantly since 1993 (5.4%) (2001: 9.5%).

² If not specified, data refer to 2001. Figures between brackets refer to 2000 if not specified

The proportion of **prison sentences** for drug law offences has decreased significantly compared to 1996 data. In 2001, 119 new entries (18.6 %) (1996: 42.6%) of convicted drug law offenders have been reported by national penal institutions (of a total number of 641 entries in 2001). Nevertheless, 55 per cent of problem drug users indexed by RELIS in 1995 reported at least one prison journey during their lifetime; in 2000 the same proportion equalled 76 per cent.

Epidemiological indicators

Drug use in population

Drug prevalence in school population

Comparable data from national school surveys, conducted between 1992 and 1999, show an increasing lifetime prevalence in young people (16-20 years) for all common illicit substances. Referred to the data from the most representative national school surveys, special emphasise may be put on the disproportional increase of cannabis (16 to 20 years : in 1992 (Matheis 1995) : 10,1%) and in 1999 ((HBSC, 2000) : 38,9%), magic mushrooms (16 to 20 years : in 1992 (Matheis 1995) : 7,1%) and ecstasy prevalences (16 to 20 years : in 1992 (Matheis 1995) : 1,2%) and in 1999 ((HBSC, 2000) : 5,2%). Prevalence of opiates use in youngsters (16 to 20 years : in 1992 (Matheis 1995) : 0,9% and in 1999 (HBSC, 2000) : 1,3%) is still showing a low prevalence, which has poorly increased during the referred period. In younger school populations (13-14 and 15-16 years), similar trends are observed, especially with regard to cannabis lifetime use.

Problem drug use

Data on institutional contacts and drug treatment demands

The number of problem high risk drug users indexed by national institutions in 2001 figures 3,306 (1994: 2,213) (double counting excluded). 873 users have been indexed by national specialised drug demand reduction agencies and 1,340 persons by supply reduction agencies in 1994. Referred to 2001 the same agencies have indexed 1,381 and 1,925 respectively, which equals to a progress rate of 50%.

27 per cent (32%) of indexed drug users, of which 53% were non-natives, have been in contact for the first time in 1999 with a given RELIS institution (**intra-institutional**). Expressed in terms of drug treatment demands (health care institutions only), the same rate, on the decrease since 1997, equals to 26 per cent (32%). On average, a problem drug user addresses 1.66 (1.7) drug treatment demands per year. For 1.3 per cent (3%) of registered cases it has been the **first drug treatment** demand during lifetime (**inter-institutional**).

The first treatment demand is motivated in 62% of indexed cases by medical and/or psychosocial problems. 45% of respondents have addressed their first treatment demand in a emergency context. 80% of indexed users have already received substitution treatment prior to the 2001 indexing. 44 % of the latter were admitted to the medium threshold national methadone programme and 56% have been provided substitution treatment (prescription of Méphénon ®) by the national GP network (low threshold).

Socio-demographic and epidemiological characteristics of problem HRC drugs users

Gender distribution has remained fairly balanced since 1994 (2001: 19 % females, 81 % males). The proportion of **non-natives** among the overall national drug population has known a significant increase between 1998 (18%) and 1999 (48%) followed by a stabilisation in 2001 (40%). Since 1994, the **duration of residence** in the G. D. of Luxembourg of non-native problem drug users has constantly increased. The population of non-natives drug users largely consists of Portuguese nationals (2000: 57%, increase); a proportion, which is consistently higher than the one observed in the general population.

Compared with 1995, the **mean age**, applied to the total drug population (28 Y, 1M), has markedly increased, (2001: 29Y,1M). Currently one observes a fairly polarized situation that is, an aging population of long term drug injectors and a significant decrease in age referred to first treatment demanders and first drug offenders. Furthermore, increases have been noted with regard to the proportion of **minors** in drug offenders and in the total drug population. 82 per cent and 47 per cent of problem users have experienced cannabis and heroin (i.v.) use respectively, while being underage. In 1995, RELIS figures referred to 71 per cent and 23 per cent respectively.

The mean age of native and non-native problem drug users tends to balance as well as the **difference in age in proportion to gender**. Generally speaking, the **profile of female users** has known most significant changes during recent years. In comparison with male users, one could mention a lower mean age at first consume of cigarettes, at first use of illicit drugs and an earlier start of a physical addiction state reported by female users.

Residential status of problem drug users has improved for the last 4 years. **Geographic distribution**, according to electoral districts, suggests that 42.4 per cent (36%) come from the centre region and 38.3 per cent (44.5%) from cities in the South of the country. Northern cantons also show an increasing trend.

All indicators included, the **employment status** of respondents has declined for the last four years. The **unemployment rate** among the drug population has grown in significance since 1997. Data on revenues confirm observed trends in occupational status, namely a weakening of financial autonomy associated to an **increasing social dependency**.

Two socio-economic indicators that show a positive evolution refer to **revenues of illegal origin** and the **indebtedness status**. The former went down from 23 to 9 per cent and the latter from 59 to 41 percent between 1995 to 2001.

Problem drug use prevalence and consume trends

The multi-methods prevalence study on problem HRC drug use at the national level, published in 2001 (Origer, 2001), provides the following figures:

	1997	1999	2000
PROBLEM USE : HRC DRUGS			
Average prevalence	2,100	2,350	2,450
Total prevalence rate	5 / ¹⁰⁰⁰	5.43 / ¹⁰⁰⁰	5.59 / ¹⁰⁰⁰
Total prevalence rate - age :15-54	8.8 / ¹⁰⁰⁰	9.58 / ¹⁰⁰⁰	9.86 / ¹⁰⁰⁰
PROBLEM USE : HEROIN			
Prevalence heroin	1,680	1,975	2,010
Total prevalence rate - heroin	4 / ¹⁰⁰⁰	4.57 / ¹⁰⁰⁰	4.58 / ¹⁰⁰⁰
Total prevalence rate - heroin age :15-54	7 / ¹⁰⁰⁰	8.05 / ¹⁰⁰⁰	8.09 / ¹⁰⁰⁰
INTRAVENOUS DRUG USE (IDU)			
Prevalence IDU	1,370	1,780	1,715
Total prevalence rate - IDU	3.25 / ¹⁰⁰⁰	4.12 / ¹⁰⁰⁰	3.91 / ¹⁰⁰⁰
Total prevalence rate - IDU - age 15-54	5.71 / ¹⁰⁰⁰	7.26 / ¹⁰⁰⁰	6.90 / ¹⁰⁰⁰

Although the total drug use prevalence shows an upward tendency, heroin use does not contribute significantly to the referred progression. Intravenous drug use prevalence has even shown a slight decrease in 2000. Observed tendencies in most of indirect indicators (e.g. overdoses, treatment admissions, drug offences), closely follow the progression curve of the estimated prevalence between 1997 and 2000.

Opiates are referred to as **primary drug** by a large majority of indexed users. The significant increase of the **inhalation mode** (also known as 'blowing' or 'chasing the dragon') referred to opiate use in 1998 has stabilised. Cannabis use are increasingly reported as primary drug by RELIS respondents. In this context, one might refer to recent results from toxicological expertises performed by the National Health Laboratory (LNS) following **traffic accidents**: in 1995, 30.3 percent of expertises reported cannabis use of involved drivers; in 2001 the same proportion figured 37.3 per cent.

A complete absence of **crack** and **volatile substances** (e.g. solvents) in primary use patterns has to be stressed. **Ecstasy-like substances** are poorly represented, which has to be interpreted with caution since RELIS indexes only current **problem drug users** and not **exclusive recreational users**.

The proportion of **poly-drug** use still on the increase, represent the most common consume pattern. The mean ages at the moment of **first consume** of the current main drug and illicit drugs in general have shown a slow but constant downward trend for the last 5 years. In contrast to 1995 data, the **switch to intravenous drug use** occurs earlier in 2001.

Drug-related morbidity and mortality

Indicators retained by RELIS stress an overall stabilisation of the **general health state** of indexed drug users. **HBV** and **HIV** prevalence rates³ are stable. However, one should emphasise that the **HCV** infection rate has been increasing noticeably and tends to reflect the average rate observed in the E.U. According to official figures published by the National Surveillance Committee on AIDS, the average **proportion of injecting drug users in HIV infected persons** between 1984 and 2001 figures 16.3 per cent.

The number of fatal overdoses indexed at the national level has shown an increasing trend from 1985 to 1994 (29 cases), followed by a slow decrease until 1997 (10 cases). Afterwards, the prevalence has increased anew to reach 18 cases in 2001. In terms of **drug-related mortality** (direct and indirect deaths), 23 cases have been indexed in 1992; prevalence has stabilised since 1995 figuring roughly 40 cases per year.

Compared with national prevalence figures on problematic drug users in 2000 (N = 2.450), in 1999 (N = 2.350) and in 1997 (N = 2.100) (Origer 2001), **overdose** cases represents a rate varying between 0.48% in 1997 and 1.1% en 2000 (0.77% in 99). Referred to the **total number of drug-related deaths**, indexed by national law enforcement agencies and forensic institutes, the same proportion shows weaker variations: 1.346% in 2000, 1.361% in 1999 and 1.333% in 1997.

The **overdose rate in the national general population** figured 4.08 overdose deaths per 100,000 inhabitants in 2001 (2.09 od. cases in 1997). An international comparison shows that the **overdose rate** of the G. D. of Luxembourg is among the highest within EU Member states, even though it has known a significant decrease in 2001.

³ HIV and hepatitis figures refer to both, injecting on non-injecting drug users

Results of toxicological analysis performed on overdose victims refer to the presence of **opiate** traces in 91 per cent of cases. In 70 per cent of autopsy cases **heroin** consume was reported, increasingly in association with substitution drugs.

Profile of the national drug market

A series of reliable information sources suggest that 90 per cent of illicit drugs consumed in the G. D. of Luxembourg originate from the Netherlands. Since the opening of EU borders, better organised distribution networks tend to replace micro networks maintained by the users themselves. Drug supply indicators support an **increased opiates availability** on the national market. In 1996, 9 per cent of indexed problem users reported to acquire drugs exclusively abroad; in 2001 the same proportion figured 4 per cent. During the same period the **average street price of heroin** has decreased.

No illicit **drug production units** (e.g. clandestine laboratories) have been discovered at the national level thus far. The local production of cannabis and magic mushrooms is rather insignificant in terms of quantity. The intensification of control measures in border countries with regard to synthetic drugs may have as a result that those production units previously established in border countries migrate in order to implement in the Grand Duchy of Luxembourg.

Average **street retail prices** of illicit drugs have decreasing during past years, with the exception of cannabis, on the increase (haschisch: 7.4 €/gram, marijuana: 6.2 €/gram).

In terms of **purity**, samples of 'suspect substances' analysed by the National Laboratory of Health (LNS) in 2001, revealed an increase in THC concentration in cannabis and a decreasing Cocaine purity. Referred to other analysed substances, trends are unclear.

Harm reduction activities

The number of **sterilised syringes distributed** (2001: 224,609 / 1996 : 76,259) has been rising right from the start of the **needle exchange programme**, which reunites institutions from all levels of specialised drug treatment. The number **of used syringes collected** (2001: 155,516 (69%) / 1996: 28.646 (38%)) has increased accordingly. Referring to **facilities** included in the needle exchange programme, a majority of drug injectors procure their injection material from automatic dispensers. 2 of 3 injectors report clean needle use. All syringes providing facilities and selling points included, pharmacies constitute the main source of provision (32%, decrease) reported by intravenous drug users. The most significant increase during recent years has been observed at the level of specialised treatment agencies.

Admission figures from **low threshold agencies** show a constant increase during recent years.

Created in 1989, the national **methadone substitution programme** indexed 30 patients in 1993 and 158 patients in 2001. In addition to the methadone substitution programme financed by the Ministry of Health, an increasing number of problem drug users address the **network of independent general practitioners** either in expectation of programme admission, for detoxification purposes or in order to get ambulatory maintenance care. Data provided by the Union of Health Insurance Funds refer to 849 (1999: 745) patients who did receive substitution treatment in 2001 by means of the prescription of methadone or buprenorphine containing medicaments (MEPHENON ® , METHADICT ® and SUBUTEX ®). In 2001, the number of GPs prescribing the listed drugs reached 147 (1999:125).

Drug research priorities

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

- drug prevalence in general population and in prison,
- prevalence of HIV and HCV infection in injecting drug users,
- prevalence of hidden populations and of treatment demands addressed to GPs,
- drug-related morbidity and mortality,
- monitoring of trends in consume and chemical composition of synthetic drugs,
- prevalence of benzodiazepines use in drug population,
- socio-economic cost of drug addiction and the fight against illicit drugs,
- drug treatment impact evaluation



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*

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

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

Tendances récentes

Lors des dernières cinq années, un accroissement important de la prévalence d'héroïne et de cocaïne s'observe et une diminution continue de l'âge du premier contact avec des drogues licites et illicites. Si en 1998, le mode d'administration par voie non intraveineuse (non-i.v.) d'héroïne affichait une nette augmentation au détriment du mode i.v., on assiste actuellement à une stabilisation du mode non-i.v. L'usage de cannabis et de ses produits dérivés ne cesse de se développer; une tendance qui se confirme à la lumière du nombre des saisies, du nombre de personnes impliquées dans les affaires de saisies et de l'augmentation de la fréquence des contacts institutionnels pour usage problématique de cannabis recensés au cours des dernières quatre années. A ce jour, aucune saisie de PCP ou de Crack n'a été rapportée par les instances nationales. Cependant, selon des sources officieuses, ces mêmes substances apparaissent sporadiquement et en quantités minimales sur le marché national de la drogue.

L'évolution quasi exponentielle de la consommation de drogues de type synthétique observée entre 1994 et 1996 semble entamer un croissance plus modérée au vu de l'évolution des indicateurs indirects au cours de cette même période. L'expansion de l'usage de cannabis en population générale (surtout entre 12 et 20 ans) est confirmée par une série d'études indépendantes.

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

A relever également l'absence de saisies au niveau national de certaines substances qui ont connu des taux de prévalence croissants dans d'autres Etats membres telles que notamment : le MBDM (*N-metyl-1-(1,3-bezodioxol-5-yl)-2-butanamine*), le GHB (*gamma-hydroxybutyrate*), le 4-MTA (*4-Methylthioamphetamine*), la Ketamine (*2-(2-chlorophenyl)-2-(methylamino)-cyclohexanone*) et la PMA (*paramethoxyamphétamine* ou 4-Methoxyamphétamine)

I.1.2 Sources d'approvisionnement et trafic de stupéfiants

Selon des 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

limité d'autres consommateurs, soit par vente directe, soit par la distribution au sein d'un réseau restreint de dealers. Cependant, depuis plusieurs années, on assiste à l'expansion de réseaux de distribution plus organisés. Le marché national attire de plus en plus de "professionnels de la drogue", venant avant tout de Belgique, de France et d'Allemagne, œuvrant au déploiement d'un réseau de distribution à caractère purement commercial.

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.

1.1.3 Prévalence de l'usage illicite de drogues en population générale

A ce jour, le Grand-Duché de Luxembourg ne dispose pas d'enquête représentative sur la prévalence de l'usage de drogues licites ou illicites en population générale. La faisabilité d'une telle enquête est actuellement évaluée par le PFN.

► Cependant, un projet pilote de prévention primaire au niveau communal a été lancé par le CePT en 1995. En 2000, 13 communes luxembourgeoises participaient au projet dont question. Le projet communal mérite d'être cité étant donné que le plan de recherche prévoyait une enquête non représentative sur l'usage de drogues en population générale (nommée ci-après " Etude Fischer 1999", selon le nom de l'auteur). Les résultats de l'étude Fischer 1999 (réf. 1.1.3.a) représentent à l'heure actuelle les données les plus valides en termes de description non représentative de l'usage de drogues d'acquisition illicite en population générale.

REFERENCE 1.1.3.a : Fischer U. CH. et Krieger W. (1999). Suchtprävention an der Gemeng – Entwicklung, Durchführung und Evaluation eines Modells zur gemeindeorientierten Suchtprävention, CePT, Luxembourg.

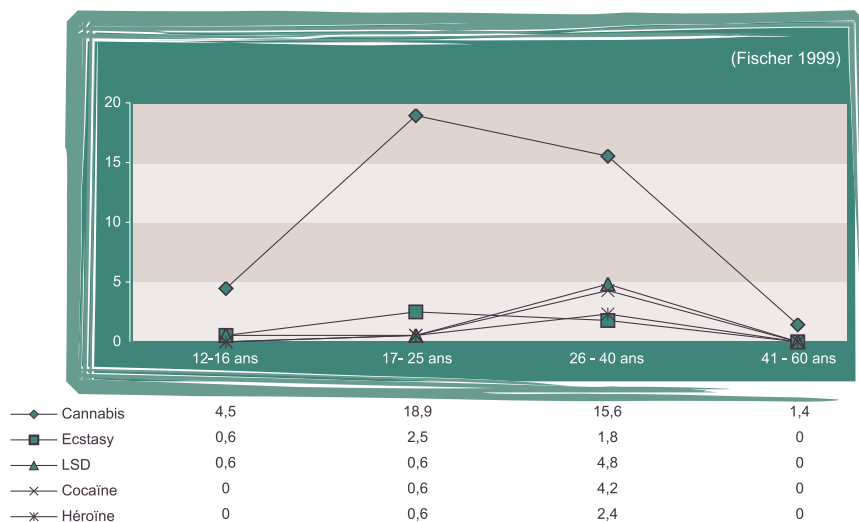
FR. Projet de prévention des addictions au niveau communal.

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

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

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

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



- Une deuxième étude qu'il convient de citer a été commanditée par le CePT et fut publiée en 2000 (ci-après nommée " Etude Fischer 2000"). Bien que l'étude Fischer 2000 porte essentiellement sur l'usage de cannabis, un certain nombre d'autres drogues furent prises en compte. Les échantillons d'étude sont d'une part issus de la population des visiteurs de cinéma à Luxembourg Ville (réf. 1.1.3.b) et, d'autre part, de la population communale de 6 communes du Grand-Duché de Luxembourg (réf. 1.1.3.c)

REFERENCE **1.1.3.b** : Fischer U. CH. (2000). Cannabis in Luxemburg - Eine Analyse der aktuellen Situation, CePT, Luxembourg.
FR.: Cannabis – Une analyse de la situation actuelle

Année de la collecte des données 1999

Type d'étude Enquête isolée

Objet primaire Prévention primaire des addictions – Prévalence de l'usage de cannabis dans les milieux de jeunes

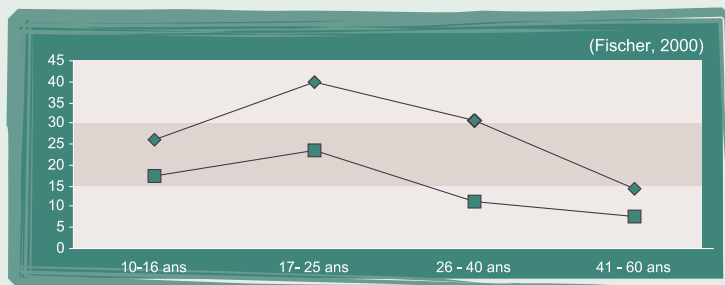
Echantillon d'étude 991 cas valides – échantillon aléatoire

Couverture Cinémas à Luxembourg Ville
(non représentative de la population générale)

Distribution d'âge 15 à 64 ans

Instruments d'investigation Interviews structurés en face à face

Fig 1.1.3.3: *Prévalence vie/actuelle de l'usage de cannabis selon l'âge: Echantillon cinéma (% valides)*



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

REFERENCE **1.1.3.c** : Fischer U. CH. (2000). Cannabis in Luxemburg - Eine Analyse der aktuellen Situation, CePT, Luxembourg.
FR.: Cannabis – Une analyse de la situation actuelle

Année de la collecte des données 1999

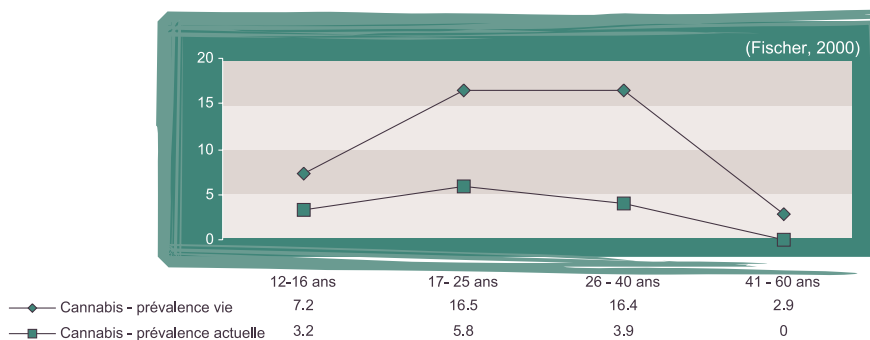
Type d'étude Enquête isolée

Objet primaire Prévention des comportements addictifs. Etude de la prévalence de l'usage de cannabis au niveau communal

Population cible Population dans 6 communes luxembourgeoises

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

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



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

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

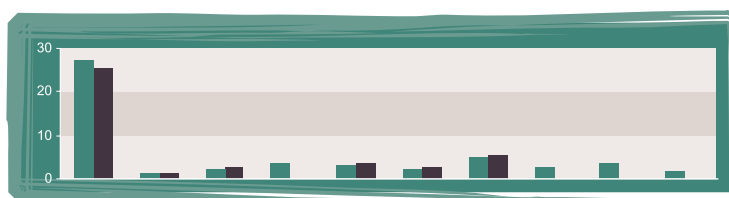
Prévalence vie: Population scolaire

En guise d'analyse comparative, les données issues des enquêtes scolaires présentées ci-avant ont été regroupées en fonction des classes d'âges retenus par ces mêmes études. Les données de prévalence vie en référence au groupe d'âge de 12 à 20 ans, fournies par les études HBSC (2000) et Fischer (2000), témoignent de taux fort comparables qui, en référence aux données d'études antérieures, affichent des hausses sensibles pour le cannabis, les champignons hallucinogènes, les amphétamines et les substances de type ecstasy. Les différences les plus notables au niveau de la variable sexe sont des taux de prévalence moins élevés chez les femmes au regard de la consommation de cannabis, d'amphétamines et de champignons hallucinogènes mais un usage plus soutenu de médicaments psychoactifs.

L'étude HBSC (2000), l'étude Fischer (2000) et les études répétées de Matheis (1985/95) permettent de suivre l'évolution des tendances observées entre 1983 et 1999 pour le groupe d'âge 16 à 20 ans. La prévalence de l'usage de cannabis témoigne de la hausse la plus significative au cours de la période considérée. Egalement en hausse, par ordre d'importance sont le taux de prévalence de l'usage de psilocybine (champignons hallucinogènes), d'ecstasy, de cocaïne et d'héroïne. L'usage d' LSD et de solvants affiche une certaine stabilisation, voire une diminution depuis 1983.

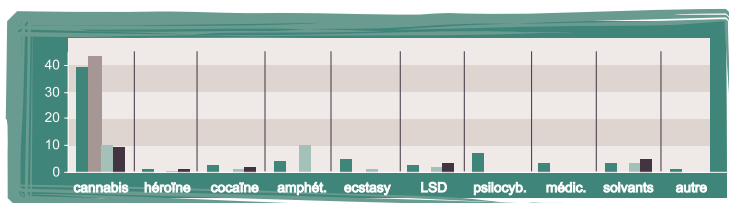
En ce qui concerne le groupe d'âge de 13 à 14 ans, on retiendra un taux de prévalence vie croissant du cannabis (9,7 - 10,5%) et de la cocaïne (1,6 - 2%) entre 1997 et 1999. Au niveau des groupes d'âges de 15 à 16 ans, la totalité des taux de prévalence vie affichent des valeurs croissantes depuis 1992 (cannabis: 27,7%, psilocybine: 4,1%). En comparaison avec ce dernier groupe d'âge, le groupe des élèves âgés entre 17 et 18 ans (HBSC, 2000) affiche des taux de prévalence doublés à l'exception de l'usage de cannabis, de médicaments et de substances volatiles.

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



	cannabis	héroïne	cocaïne	amphét.	ecstasy	LSD	psilocyb.	médic.	solvants	autre
■ HBSC (2000) données 1999	27.4	1.2	2.3	3.7	3.1	2.1	4.8	2.5	3.8	1.6
■ Fischer (2000) données 1999	25.3	1.3	2.9		3.4	2.8	5.3			

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



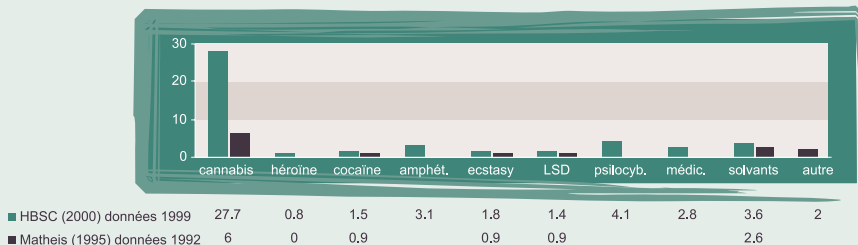
	cannabis	héroïne	cocaïne	amphét.	ecstasy	LSD	psilocyb.	médic.	solvants	autre
■ HBSC (2000) données 1999	38.9	1.3	2.8	4.6	5.2	2.7	7.1	3.3	3.8	1.7
■ Fischer (2000) données 1999	43.3									
■ Matheis (1995) données 1992	10.1	0.9	1.2	9.9	1.2	2.1			3.5	
■ Matheis (1983) données 1983	9.3	1.2	2			3.7			4.8	

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



	cannabis	héroïne	cocaïne	amphét.	ecstasy	LSD	psilocyb.	médic.	solvants	autre
■ HBSC (2000) données 1999	10.5	0.8	1.6	2.3	1.7	1.1	1.6	1.5	3.3	1.6
■ Fischer (2000) données 1999	9.7	1.6	2		2.4	1.9	2			
■ Meisch (1998) données 1997	7.2	0.6	0.3	2.3	1.4	0.6			4.3	

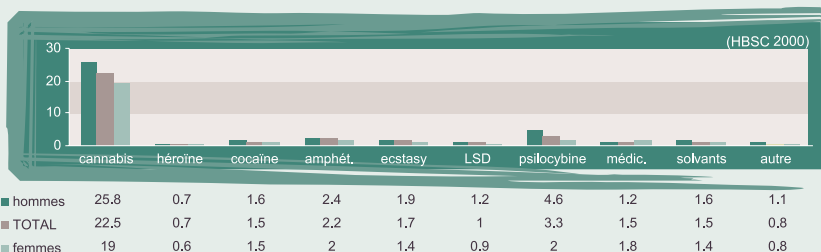
Fig 1.1.4.4 PRÉVALENCE VIE: Population scolaire - 15 à 16 ans



Prévalence au cours des derniers 12 mois: Population scolaire

L'étude HBSC (2000) est la seule à fournir des données de prévalence au cours des derniers douze mois en référence à la population scolaire âgée entre 12 et 20 ans. Les résultats reflètent les proportions observées au niveau de prévalence vie, et notamment un taux élevé d'usage de cannabis (22,5%). La distribution selon le sexe s'aligne sur les données de prévalence vie à l'exception de l'usage d'amphétamines qui est proportionnellement plus élevé chez les femmes au cours des derniers 12 mois. L'usage de médicaments, tous types confondus, est également plus prévalent chez les femmes.

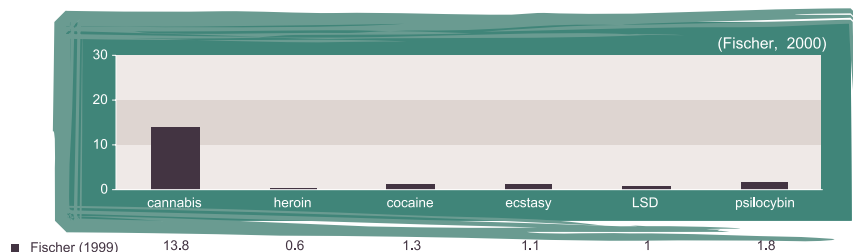
Fig 1.1.4.5 PRÉVALENCE DERNIERS 12 MOIS: Population scolaire - 12 à 20 ans



Prévalence au cours des derniers 30 jours: population scolaire

L'étude Fischer (2000) fournit des données en rapport à la prévalence au cours des derniers 30 jours chez les élèves âgés entre 13 et 18 ans. Le cannabis et les substances de type ecstasy affichent des prévalences de 13,8% et 1,1% respectivement. Les valeurs pour l'héroïne, la cocaïne et le LSD se rapprochent de celles des prévalences au cours des derniers 12 mois.

**Fig 1.1.4.6 PRÉVALENCE DERNIERS 30 MOIS:
Population scolaire - 13 à 20 ans**



1.1.5 Prévalence de l'usage problématique de drogues d'acquisition illicite au G.-D. de Luxembourg

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

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

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

Tab. 1.1.5.2 Prévalence et taux de prévalence moyens selon différents groupes cibles (1997 – 2000)

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

Source : Origer (2001)

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

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, de la Formation Professionnelle et des Sports, de la Famille, de la Solidarité Sociale et de la Jeunesse, de la Force Publique et des Affaires Étrangères, se concertent au sein d'une plate-forme interministérielle. Les différents ministères restent compétents au niveau de la définition de leurs actions et de l'engagement des moyens budgétaires, alors que la coordination politique est du ressort du Groupe Interministériel "Drogues" (GID) actuellement sous présidence du Ministère de la Santé. S'ajoutent à la liste des ministères représentés au sein du GID des délégués du Parquet général, de la Direction de la Police Grand-Ducale, de la Direction des Douanes et Accises, du Service National de la Jeunesse et du Centre de Prévention des Toxicomanies.

Il convient de noter que suite aux dernières élections législatives en 1999, le 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 la direction du 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 budgétaire substantiel 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 administratif qu'en matière de recherche et d'actions préventives.

L'organigramme produit en annexe (H), présente sous forme actualisée les principaux acteurs impliqués dans les domaines des drogues et des toxicomanies au Grand-Duché de Luxembourg, ainsi que les réseaux de coopération qu'ils entretiennent entre eux. La partie gauche de l'organigramme présente le réseau de coopération internationale alors que la partie droite décrit exclusivement le niveau national.

Le deuxième niveau repris dans l'organigramme, regroupe principalement les organes de coordination. Il englobe les départements ministériels travaillant en étroite collaboration avec un certain nombre d'associations

conventionnées. Y 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 la direction du Point Focal OEDT.

Ensuite, il convient de 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), intégrée depuis 2000 au CRP-Santé, et finalement le *Centre de Recherche Public - Henri Tudor* (C.R.P-HT). Le CePT, PREEDS, CRP-Santé et le CRP-HT, sont tous quatre partenaires scientifiques ou administratifs du PFN.

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

I.2.2 Aperçu historique des acquis légaux et structuraux

Tableau récapitulatif sommaire de 1999 à 2002

► 1999

- le 26 janvier Conseil d'Etat émet son premier avis concernant le projet de loi (n°4349) modifiant la loi modifiée du 19 février 1973 concernant la vente des substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie
- déclaration gouvernementale du 12 août 99 (extrait p.12): "*Nous pouvons pratiquer la politique de l'autruche autant que nous le voulons, mais nous avons bel et bien un problème substantiel de drogue au Luxembourg. Nous ne pourrions pas le résoudre, cela dépasserait la capacité de l'Etat. Mais nous pouvons l'alléger, l'encadrer, l'assouplir, en aidant d'un point de vue de mentalité et d'attitude, en ne considérant pas les drogués comme des criminels mais comme des malades, pour aller jusqu'à modifier nos lois et les peines y assorties. Concrètement, cela reviendra à créer chez nous des centres thérapeutiques, de faciliter l'accès à ces centres à l'étranger, de créer des infrastructures où, sous contrôle médical, nous dispenserons de l'héroïne aux drogués afin d'endiguer la criminalité due à l'approvisionnement, de développer les programmes basés sur la méthadone, de mettre à disposition des centres de conseils pour les parents d'enfants et d'adolescents dépendants et de multiplier les programmes de prévention et d'information. Il n'est en tout cas pas question d'une légalisation des drogues dites douces au niveau national uniquement. Des suggestions et des solutions au niveau européen sont nécessaires pour cela. Nous voulons aider les malades mais éviter à tout prix le tourisme de la drogue avec toutes ses conséquences*".
- août 1999 : accords de coalition (extrait pp. 73-74) : "*La politique du Gouvernement en matière de drogues doit reposer sur quatre piliers : 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 il s'agit du milieu où elle s'enlisait. Il sera cependant nécessaire de créer au Luxembourg des infrastructures post-thérapeutiques.

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

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

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

► **2000**

- 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, de la Solidarité Sociale et de la Jeunesse au Ministère de la Santé. Le budget du CePT a été transféré du Ministère de l'Éducation Nationale, de la Formation Professionnelle et des Sports au Ministère de la Santé dans le cadre de l'exercice 2001.
- août 2000: clôture des consultations bilatérales en vue de la finalisation du plan d'action 2000-2004 en matière de drogues et de toxicomanies du Ministère de la Santé.
- en septembre 2000 a eu lieu le démarrage de nouveaux services de la fondation JDH prévus au plan d'action 2000 - 2004, à savoir la structure d'accueil bas-seuil " KONTAKT 25 " à Luxembourg Ville et le réseau d'aide à la réinsertion par le logement, nommé "le projet niches".
- novembre 2000: présentation du plan d'action 2000-2004 en matière de drogues et de toxicomanies par le ministre de la Santé.

► 2001

- 4 janvier 2001: dépôt par Mme Renée Wagener de la proposition de loi visant à réglementer la production, la distribution et la vente du cannabis
- 6 mars 2001: finalisation du rapport de la Commission spéciale " stupéfiants " concernant le projet de loi (n°4349) modifiant la loi modifiée du 19 février 1973 concernant la vente des substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie.
- vote de la loi du 27 avril 2001 modifiant la loi modifiée du 19 février 1973 concernant la vente des substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie, entrée en vigueur le 17 mai 2001.

► 2002

- 12 février 2002 : entrée en vigueur du règlement grand-ducal du 30 janvier 2002 déterminant les modalités du programme de traitement de la toxicomanie par substitution.
- 28 août 2002 dépôt par Mme Renée Wagener de la proposition de loi instaurant un programme de délivrance de médicaments à base de cannabinoïdes

1.2.3 Plan d'action en matière de drogues et de toxicomanies

Etat actuel de la situation (01/11/2002)

Le Ministère de la Santé, à qui incombe depuis les élections législatives de 1999 la coordination générale des activités de réduction de la demande en matière de drogues, a chargé le coordinateur national " drogues " de dresser les priorités en la matière sous forme d'un plan d'action pluriannuel.

Le premier **plan d'action en matière de traitement de réduction des risques et de recherche dans le domaine des drogues** couvre la période 2000 à 2004 et porte prioritairement sur les besoins en infrastructures spécialisées, en ressources financières et humaines, en réseaux de collaboration et sur le développement des activités de recherche. Il repose sur cinq piliers regroupant au total 10 projets à court et moyen terme.

En matière de **prévention primaire des toxicomanies**, le CePT, en collaboration avec le coordinateur national " drogues " a élaboré un plan pluriannuel 2003-2005 à l'image du plan d'action 2000-2004 (traitement, réduction des risques et recherche). Le plan d'action en matière de prévention primaire a été présenté au Ministre de la Santé en mars 2002 accompagné d'une demande financement (enveloppe budgétaire 750.000 euros, 9,25 postes).

Tab. 1.2.3.1 Récapitulatif sommaire des projets retenus dans le cadre des plans d'action 2000 – 2004 et 2003-2005

PROJET RETENU	PERIODE DE REALISATION	ETAT D'AVANCEMENT (01/11/2001)
A. Structures à bas seuil		
A.1 Foyer d'accueil d'urgence pour personnes toxicomanes	2000-2003	<u>Ouverture</u> : prévue en 2003 <u>Site</u> : acquis <u>Financement</u> : accordé <u>Concept</u> : finalisé et présenté aux responsables de la Ville de Luxembourg et concertation avec ces derniers quant aux actions d'information grand public à entreprendre. <u>Personnel</u> : accordé (Ministère de la Santé) <u>Gestionnaire prévu</u> : Association agréée et conventionnée <u>Maître d'ouvrage</u> : Administration des Bâtiments Publics
A.2 Structure d'accueil bas-seuil - KONTAKT 25	2000-2001	<u>Opérationnel</u> depuis 2000 <u>Personnel</u> : accordé (exercices 2001 et 2002) <u>Extension</u> : en cours <u>Gestionnaire</u> : Fondation JDH
A.3 Locaux agréés d'injection de drogues sous contrôle médical	2002-2003	<u>Ouverture</u> : prévue en 2003 <u>Site</u> : acquis (intégré au site du foyer d'accueil d'urgence) <u>Financement</u> : accordé <u>Personnel</u> : prévu (exercice 2002) <u>Concept</u> : consultations nationales et internationales Concertation avec groupes d'intérêt <u>Gestionnaire prévu</u> : Association agréée et conventionnée

Remarques:
Une entrevue entre le Ministre de la Santé, le Ministre de la Justice et des responsables du Parquet a permis d'aborder la collaboration Justice-Santé en la matière.

B. Réseau de prise en charge et de traitement

B.1

Annexes résidentielles supervisées
- Axe EST 2001-2004

Ouverture: Opérationnel depuis octobre 2002
Site: Commune de Rosport
Financement: garanti (FLTS)
Personnel: accordé (Ministère de la Santé)
Concept: défini
Gestionnaire: CTM (CHNP)

B.2

Centre de consultation et d'orientation - NORD 2000-2002

Opérationnel depuis 1999
Site: alternative proposée par la commune d'Ettelbrück
Personnel suppl.: prévu pour l'exercice 2002
Gestionnaire: Fondation JDH, MSF

Remarque:

Compte tenu des problèmes de locaux, le centre fonctionne actuellement à bas régime

B.3

Adaptation des structures existantes aux exigences du programme de traitement de la toxicomanie par substitution 2001-2002

Sites: à intégrer au sein du nouveau site de JDH
Extension du programme à la Commune d'Esch/Alzette
Postes suppl.: accordés (exercice 2002)
Modalités de fonctionnement: définies par règlement grand-ducal du 30/01/2002

Remarques:

Le règlement grand-ducal du 30 janvier 2002 dispose des modalités du traitement de substitution au niveau national et de la création d'une commission de surveillance. Ladite commission s'est réunie la première fois en novembre 2002. Une des premières missions de la commission est la conceptualisation d'un registre de surveillance des prescriptions de substitution au niveau national. Le registre en question sera géré par une Division de la Direction de la Santé.

B.4

Distribution contrôlée de certains stupéfiants 2002-2004

Ouverture: prévue entre 2003 et 2004
Personnel: prévu pour l'exercice 2003
Concept: groupe expert désigné et visites d'études en cours
Gestionnaire: à désigner

Remarques: Différentes options sont en examen, notamment l'intégration du projet dans une structure spécialisée existante ou au sein du milieu hospitalier. Un rapport de faisabilité sera rédigé par le groupe d'experts.

C. Structures post-thérapeutiques / Réinsertion socioprofessionnelle

C.1

Réseau d'aides au logement et appartements supervisés
- Projet « Les niches »

2000-2002

Opérationnel depuis 2000
Personnel suppl.: accordé (exerc. 2001 et 2002)
Financement: fonds de roulement de 25.000.- euros accordé par le Fonds de lutte contre le trafic des stupéfiants. Demande de renouvellement de crédit introduite au Fonds par l'intermédiaire de JDH.
Extension: en cours (actuellement 9 appartements à disposition)
Gestionnaire: Fondation JDH

D. Recherche et monitoring épidémiologique

D.1

Consolidation du système d'alerte précoce sur les drogues de type synthétique (SAP)

2001-2002

Point traité par la Commission Interministérielle « Drogues »
Gestionnaire : PFN/Direction de la Santé

Remarques:

Un protocole de transmission des données sensibles a été élaboré par le coordinateur national " drogues " et a été approuvé par la Commission Interministérielle " Drogues ". Une entrevue entre le Ministre de la Santé, le Ministre de la Justice et des responsables du Parquet a permis de dégager les problèmes existants.

D.2

Recherche-action sur la prévalence et la propagation du VHC et du VIH au sein de la population toxicomanaïque

2003-2004

Début: janvier 2003
Financement: garanti (FLTS)
Création de partenariats
Gestionnaire: PFN / Direction de la Santé

Remarques:

Le Comité National d'Éthique de Recherche a approuvé le projet lors de sa séance du 11 septembre 2002. Le LNS a donné son accord de participation.

E. Prévention primaire

E.1 Extension des programmes en cours

- E.1.1 Activités de formations
- E.1.2 Prévention en milieu scolaire secondaire
- E.1.3 Prévention en milieu scolaire primaire
- E.1.4 Documentation

E.2 Nouveaux projets :

- E.2.1 Prévention au sein des foyers, foyers de jour et homes pour enfants et jeunes
- E.2.2 Consultation en prévention primaire
- E.2.3 Prévention au milieu de travail
- E.2.4 Compagne média
- E.2.5 Evaluation
- E.2.6 Renforcement administratif du CePT

Le CePT, en collaboration avec le coordinateur national " drogues " a élaboré un plan pluriannuel 2003-2005 en matière de prévention primaire des toxicomanies à l'image du plan d'action 2000-2004 (prise en charge et recherche). Les piliers dudit plan d'action sont les suivants (à gauche) :

A noter que le plan d'action constitue un cadre qui reflète la stratégie générale du Ministère de la Santé en vue de l'optimisation de l'ensemble des interventions en matière de drogues et de toxicomanies, et ce en fonction des priorités constatées et de l'adéquation entre les besoins et les ressources mobilisables. Aussi s'agit-il d'un cadre ouvert qui permet l'inclusion de projets complémentaires en cas de besoin. La grande majorité de projets retenus requiert la mise à disposition de ressources humaines supplémentaires et l'acquisition de biens immobiliers. En ce qui concerne les premiers, la majorité des postes demandés ont été prévues pour l'exercice budgétaire 2002 par le biais d'une convention ou d'un élargissement de convention entre le Ministère de la Santé et les gestionnaires désignés. Pour ce qui est des besoins infrastructureux, des négociations soutenues entre le Service AST (Direction de la Santé), le Fonds de lutte contre le trafic des stupéfiants et la Commission des Loyers ont permis de dégager un certain nombre de solutions à long terme. Une évaluation des acquis et structures créées à partir du plan d'action sera menée à la fin de l'année 2004.

I.2.4 Budgets et Mécanismes de Financement

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

chargé de la coordination générale des actions menées dans le domaine de la toxicomanie au niveau national. Le budget global du ministère de la Santé alloué aux services oeuvrant dans le domaine des drogues et des toxicomanies, est passé de 31 millions de francs en 1999 à 89 millions en 2000, suite au regroupement des associations spécialisées par le Ministère de la Santé et à 109 millions en 2001. Le projet de budget 2002 marque une **progression supplémentaire de 34,37 %** pour atteindre 147 millions de francs.

A signaler également que le point focal national vient de publier une étude sur le coût économique direct de la politique et des interventions publiques en matière d'usage illicite de drogues au Grand-Duché de Luxembourg dont un résumé figure au chapitre II.2. Pour l'année 1999, le **coût économique direct à supporter par la collectivité est estimé à 23,345 millions d'euros** ce qui équivaut à 941,7 millions d'anciens francs luxembourgeois. On peut ainsi retenir une dépense annuelle par tête d'habitant de 54.- €. En référence aux estimations les plus récentes du nombre d'usagers problématiques de drogues illicites (UPD) au niveau national (Origer 2000), on retient un coût moyen annuel par UPD de 9.934.- €.

La dépense totale à supporter par la collectivité représente 0.013% du P.I.B. national et 0,05% du budget de l'Etat en 1999.

Des projets plus ciblés (régionaux, locaux, etc.) élaborés par des organismes non gouvernementaux et qui requièrent un financement externe, sont le plus souvent introduits auprès des ministères compétents. Un certain nombre de projets sont également soumis à divers fonds (Fonds de lutte contre le trafic des stupéfiants, fondations, fonds privés, etc.) ou bien introduits auprès d'institutions européennes (CE, OEDT, etc.) par les organismes gestionnaires impliqués ou par l'intermédiaire du ministère compétent.

Le financement des mesures retenues par le plan d'action 2000-2004 est en majeure partie assuré par le biais du budget alloué au Ministère de la Santé ce qui concerne le volet des ressources humaines. Les investissements en biens immobiliers, non prévu au budget visé, ont été rendus possibles grâce aux négociations entre le service AST et le Fonds de lutte contre le trafic des stupéfiants, la Commission des Loyers et l'Administration des Bâtiments Publics.

1.2.5 Coopération Internationale

La partie gauche de l'organigramme institutionnel produit en annexe H présente de façon sommaire le réseau de coopération internationale dans lequel le Grand-Duché de Luxembourg est actuellement impliqué. Le paragraphe 1.2.5.1 concerne les instruments au sein de l'Union européenne et reproduit des extraits du document : " Cadre et instrument de l'Union européenne en matière de drogues " (Commission européenne, 2002). Le paragraphe 1.2.5.2. présente les structures avec lesquelles le G.-D. de Luxembourg collabore au niveau interrégional.

1.2.5.1 Cadre et Instruments de l'Union européenne en matière de drogues européenne

I - Cadre juridique

A. Sources européennes

Le traité de Rome de 1957 (modifié par l'Acte unique) permettait déjà, dans le cadre d'une compétence communautaire, d'aborder la question des drogues. En effet, à la lecture du texte, on s'aperçoit que certains articles permettaient à la CEE de fonder juridiquement son action en ce domaine: par exemple, dans le cadre de la protection de la santé publique (article 152), de la politique commerciale commune en ce qui concerne les précurseurs chimiques (article 133) ou de la coopération au développement (article 179).

Mais l'engagement au niveau de l'Union, en faveur d'une coopération structurée et renforcée pour mener la lutte contre la drogue, a trouvé son expression dans le traité sur l'Union européenne, dont l'entrée en vigueur a créé de nouvelles opportunités significatives pour la mise en oeuvre de stratégies globales effectives. Avec le traité sur l'Union européenne (traité UE), c'est la première fois que la problématique des drogues va pouvoir être appréhendée d'une manière globale au niveau européen. Il ne s'agit plus de mettre en oeuvre des actions spécifiques concernant des politiques particulières (santé publique, politique commerciale, aide au développement), mais d'une prise en compte du phénomène d'une manière beaucoup plus large et complète, notamment dans le cadre de la politique étrangère et de sécurité commune (PESC) et dans le cadre de la coopération en matière de justice et d'affaires intérieures. On assiste là au début d'une coopération institutionnalisée de la lutte antidrogue, le traité de Maastricht introduisant dans le cadre de l'Union une complémentarité des actions communautaires et intergouvernementales. Le cadre juridique du traité UE a permis l'adoption par le Conseil européen de Cannes du plan d'action de l'Union européenne en matière de lutte contre la drogue pour les années 1995-1999. Le plan d'action de lutte contre la drogue 2000-2004 a été adopté par le Conseil européen de Feira en juin 2000.

Aujourd'hui, les dispositions mises en oeuvre par le traité de Maastricht représentent un acquis indéniable, que le nouveau traité d'Amsterdam tente de prolonger et d'approfondir. Ce traité fonde en effet une nouvelle répartition de compétences pour la réalisation de nouveaux objectifs en modifiant certains aspects du traité UE. La mise en place d'un espace de liberté, de sécurité et de justice constitue ainsi une priorité extrêmement importante dans le cadre de l'Union. Il reste à observer quels domaines vont subir une communautarisation et quels autres vont voir leur réalisation limitée à la coopération intergouvernementale. En fait, l'intérêt du traité d'Amsterdam, dans son approche relative à la thématique des drogues, est de tenter de concilier une approche intégrée et coordonnée pour la réalisation d'objectifs qui touchent essentiellement à la souveraineté et au domaine réservé des États.

En ce qui concerne la protection et l'amélioration de la santé publique, le traité d'Amsterdam prévoit à l'article 152 que la Communauté, " complète l'action menée par les États membres en vue de réduire les effets nocifs de la drogue sur la santé, y compris par la formation et la prévention". Dans ce domaine, le principe de subsidiarité joue pleinement son rôle, en excluant toute possibilité d'harmonisation des politiques sanitaires des États membres. Néanmoins, le nouveau traité renforce, d'une façon générale, les possibilités d'actions communautaires dans le domaine, en rajoutant au volet "prévention" un volet "amélioration" de la santé publique. Cela ouvre la possibilité d'une action communautaire dans le cadre de l'approche "réduction des risques" [...]

B. Sources internationales

Ces sources sont de deux natures fort différentes au regard du droit. Les premières découlent spécifiquement d'actes juridiquement liants conclus dans le cadre de l'Organisation des Nations unies. Il s'agit d'actes conventionnels, en l'occurrence *la convention unique sur les stupéfiants de 1961*, telle que modifiée par le protocole de 1972, *la convention de Vienne sur les psychotropes de 1971* et *la convention des Nations unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes de 1988*. Ces trois instruments imposent aux États, dans les limites prévues par le droit, de nombreuses obligations, entre autres le contrôle des activités licites liées aux drogues, la criminalisation des différentes phases du trafic et la criminalisation du blanchiment d'argent. Parallèlement, les Nations unies ont également favorisé l'approbation d'actes multilatéraux non conventionnels - juridiquement non liants -, qui ont eu le mérite de rappeler aux États membres les obligations souscrites et de fixer de nouvelles priorités d'action (mesures à prendre pour lutter contre les effets de l'argent issu du trafic illicite de la drogue, renforcement de la coopération judiciaire et juridique, etc.) à mesure que le phénomène des drogues s'intensifiait.

La conférence de Vienne de 1987 a ainsi abouti à la signature du schéma multidisciplinaire complet (SMC), tandis qu'en 1990 l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations unies adoptait le programme mondial d'action, assorti d'une déclaration politique des États membres, par laquelle ils entendaient soutenir leurs efforts en matière de prévention de l'abus des drogues et de lutte contre le trafic illicite et ses conséquences collatérales.

II - Cadre organique

La coordination tant au niveau de l'Union qu'au niveau international est un maillon essentiel dans la politique de la lutte contre la drogue. Par ailleurs, en fonction des traités successifs, les institutions communautaires ont vu leurs compétences évoluer à mesure que la problématique des drogues prenait de l'importance. C'est tout ce maillage institutionnel tant international qu'intracommunautaire que nous nous proposons de présenter maintenant, en insistant bien évidemment sur le rôle de la Commission en la matière.

A. Répartition des compétences au sein du schéma institutionnel de l'Union

a) Généralités

Du point de vue institutionnel, les années 90 ont réellement marqué la volonté d'implication de l'UE dans la problématique des drogues, que l'on parle de prévention, d'actions en vue de réduire le trafic illicite ou de coopération internationale au développement. En marge du triptyque organique Conseil, Commission, Parlement, qui ont compétence à traiter de cette question, de nouveaux organes ont été créés pour répondre à des besoins spécifiques. Il s'agit de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) et d'Europol. N'oublions pas non plus que, à côté de l'Union, le Conseil de l'Europe s'est lui aussi préoccupé de cette thématique, notamment dans le cadre de l'abus des drogues. Le **groupe Poincaré**, mis en place de façon informelle en 1971 et institutionnalisé au sein du Conseil de l'Europe à partir de 1980, a été la première assise de la coopération européenne dans le domaine. La Commission est membre de son groupe des correspondants permanents.

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

États-Unis, le Japon et la Norvège. Le PNUCID participe en tant qu'observateur aux travaux du groupe de Dublin.

b) Commission

Au sein de la Commission, de nombreuses directions générales ont à traiter de la problématique des drogues (DG Justice et affaires intérieures, DG Santé et protection des consommateurs, DG Relations extérieures, DG Développement, EuropeAid, DG Élargissement, DG Marché intérieur, DG Entreprises, DG Fiscalité et union douanière, OLAF, DG Emploi et affaires sociales, DG Énergie et transports, DG Recherche, DG Éducation et culture, Eurostat). Afin de coordonner l'action de ces différentes directions générales, une unité de coordination de la lutte antidrogue, située au sein de la direction générale de la justice et des affaires intérieures, a été instituée. Cette unité s'appuie sur le **groupe interservices drogue** (GID), auquel participent les représentants des différentes directions générales impliquées par la problématique du phénomène des drogues.

Le domaine de compétence en matière de lutte contre la drogue des différentes directions générales est brièvement présenté ci-après.

Justice et affaires intérieures

Dans le cadre du titre VI du traité UE, un élément essentiel de la prévention et de la lutte contre le trafic de drogues consiste à promouvoir la coopération des autorités policières et judiciaires. Pour ce faire, la direction générale de la justice et des affaires intérieures dispose des programmes Falcone, OISIN et Grotius, relatifs, respectivement, à la lutte contre le crime organisé, à la coopération policière et douanière et à la coopération judiciaire. À côté de ses activités concernant le troisième pilier, la direction générale de la justice et des affaires intérieures abrite l'unité de coordination de la drogue.

Santé

La direction G de la direction générale de la santé et de la protection des consommateurs est chargée, en particulier, de compléter l'action menée par les États membres en vue de réduire les effets nocifs de la drogue sur la santé (article 152, paragraphe 1). Elle est responsable de la mise en oeuvre du programme "Prévention de la toxicomanie", qui sera prochainement intégré dans le programme de la santé publique. Le programme "Prévention de la toxicomanie" vise à contribuer à la lutte contre la toxicomanie, notamment en encourageant la coopération entre les États membres, en appuyant leur action et en promouvant la coordination de leurs politiques et de leurs programmes en vue de prévenir les dépendances liées à l'usage de stupéfiants et de substances psychotropes, ainsi qu'à l'usage associé d'autres produits.

Directions générales de la famille "relations extérieures"

La DG Relations extérieures, la DG Développement et la DG Élargissement ont la responsabilité des aspects extérieurs de la politique de drogue.

Dans ce contexte, la DG Relations extérieures et la DG Développement ont la responsabilité de la programmation de l'aide communautaire destinée aux pays tiers non-candidats. L'Office de coopération EuropeAid est responsable de l'identification, de la mise en oeuvre et de l'évaluation de ces programmes communautaires.

Comme responsable des relations avec les pays candidats, la DG Élargissement a en charge, en particulier, l'évaluation de la reprise de l'acquis communautaire par les pays candidats et la gestion des programmes d'assistance technique en faveur de ces pays.

La délégation de la Commission européenne auprès des Nations unies à Vienne occupe une part importante de son activité à fournir des informations, des analyses et à faciliter les contacts entre les services de la Commission et les principaux organes compétents en matière de drogues basés à Vienne (PNUCID, OICS, Commission des stupéfiants).

La coordination des aspects extérieurs de la politique européenne en matière de drogues est assurée par un coordinateur " inter-DG Relations extérieures", qui préside les réunions mensuelles d'un groupe interservices de coordination.

La lutte contre la drogue est un domaine repris dans tous les accords de coopération avec les pays tiers. Par ailleurs, divers ensembles géographiques ont été identifiés en tant que priorités dans le cadre d'une coopération en matière de contrôle des drogues: les Caraïbes et l'Amérique latine, l'Asie centrale, l'Afrique australe et l'Afrique de l'Ouest. L'un des objectifs de ces accords régionaux est d'accroître la coopération intraterritoriale entre les différentes agences nationales compétentes en matière de contrôle des drogues en soutenant le développement et la mise en place au niveau national de plans directeurs basés sur des besoins identifiés et un engagement politique motivé de la part des régions et des pays concernés.

Entreprises

La DG Entreprises a en charge, notamment, d'assurer l'application au niveau intracommunautaire de la directive 92/109/CEE du Conseil sur le contrôle des précurseurs. Cette directive, adoptée sur la base de l'article 95 du traité CEE en vue de l'achèvement du marché intérieur, est complémentaire au règlement (CEE) n° 3677/90 relatif au contrôle du commerce international des produits précurseurs. Des mesures relatives aux contrôles de nouveaux précurseurs (qui ne sont pas au nombre de ceux qui figurent dans les annexes de la directive de 1992 et qui sont néanmoins utilisés dans la production des drogues synthétiques) sont à l'étude par les services de la Commission.

Fiscalité et union douanière

La DG Fiscalité et union douanière a en charge, dans le cadre de l'application du règlement (CEE) n° 3677/90 du Conseil, le contrôle du commerce international des produits précurseurs. En outre, la DG Fiscalité et union douanière est aussi responsable de la mise en oeuvre des accords internationaux sur le contrôle des précurseurs que la Communauté a conclus avec huit pays de l'Organisation des États américains (Bolivie, Colombie, Équateur, Pérou, Venezuela en 1995; Mexique, États-Unis en 1997; Chili en 1998).

OLAF

L'Office européen de lutte antifraude (OLAF) exerce toutes les compétences d'enquête conférées à la Commission par la réglementation communautaire et les accords en vigueur avec les pays tiers, en vue de renforcer la lutte contre la fraude, la corruption et toute autre activité illégale portant atteinte aux intérêts financiers de l'Union.

Emploi et affaires sociales

La DG Emploi et affaires sociales peut, dans le cadre de son programme EQUAL, qui a pour objectif la lutte contre les discriminations et les inégalités dans le domaine de l'emploi, soutenir des projets concernant la réinsertion de toxicomanes.

Marché intérieur

La DG Marché intérieur est en particulier responsable des questions relatives au blanchiment des capitaux. Un rapport sur l'intégration dans les législations nationales des principes de la directive 91/308/CEE du Conseil sur le blanchiment est rédigé au moins tous les trois ans. Ajoutons également que, à l'heure des nouvelles technologies, des transactions financières et commerciales par le biais d'Internet et de toutes les questions de sécurisation des échanges et des données que ces nouveaux flux imposent (cryptage), il est nécessaire de trouver la juste mesure entre sécurité, secret des correspondances privées et maintien de l'ordre public. La direction E (*libre circulation de l'information, propriété intellectuelle, médias, protection des données*) a compétence pour traiter de ces questions.

Éducation et culture

La DG Éducation et culture est responsable du dossier sur la lutte contre le dopage. La Commission a présenté le 16 novembre 1999 une communication concernant un plan d'appui communautaire à la lutte contre le dopage dans le sport, qui a pour but de présenter les actions menées par la Commission ainsi que celles qui sont envisagées, afin de

répondre aux demandes formulées par les autres institutions dans le domaine de la lutte contre le dopage. Par ailleurs, par le biais de ses programmes et actions relatifs à l'éducation, à la formation et à la jeunesse (notamment Socrates, Leonardo da Vinci et " Jeunesse"), la DG Éducation et culture a financé un certain nombre de projets liés au problème des drogues centrés, soit sur l'accès à l'emploi des jeunes désavantagés, soit sur la réinsertion sociale et la formation de jeunes quittant le système carcéral, soit, enfin, considérant la lutte contre la toxicomanie en tant que thème éducatif.

Recherche

La DG Recherche a pour mission de renforcer les bases scientifiques et technologiques de l'industrie de la Communauté et de favoriser le développement de sa compétitivité internationale, ainsi que de promouvoir les actions de recherche jugées nécessaires au soutien du développement des politiques communautaires. Dans le cadre du cinquième programme cadre (1998-2002), deux lignes budgétaires spécifiques sont mobilisables pour la lutte contre la drogue. Il s'agit du programme "Qualité de la vie" et du programme "Croissance compétitive et durable".

Transports

La DG Énergie et transports est responsable en particulier de la problématique de l'utilisation de véhicules sous l'emprise de stupéfiants. En 1997, la Commission adoptait le second programme d'action en matière de sécurité routière pour la période 1997-2001, avec une priorité particulière pour le développement des contrôles routiers.

Eurostat

L'office statistique des Communautés européennes est aussi concerné par la thématique des drogues dans le cadre de ses compétences générales, c'est-à-dire fournir à l'Union européenne des statistiques de haute qualité. La coopération entre l'OEDT et Eurostat concerne essentiellement (avec l'aide des États membres) deux domaines: tout d'abord la collection des statistiques sur les causes de décès liés à l'abus des drogues et ensuite la collecte des données sanitaires concernant l'abus des drogues.

c) Conseil

Au niveau du Conseil, deux groupes sont appelés à traiter de façon spécifique les questions de drogue. Le **groupe horizontal drogue** (GHD), créé en 1997, a pour objectif d'assurer la coordination multidisciplinaire et transpiliers de l'action du Conseil en matière de lutte contre la drogue. Son mandat a été élargi en 1999 à la coordination de la coopération avec les pays tiers en matière de lutte contre la drogue. Le **groupe du trafic illicite**, créé en 1999, traite de la coopération policière contre le trafic de drogues dans le cadre du troisième pilier. Plusieurs autres groupes sont engagés ponctuellement dans des activités concernant les drogues. On peut citer le **groupe multidisciplinaire** qui a en charge la lutte contre le crime organisé, le **groupe de la santé** qui est responsable de la mise en oeuvre du programme relatif à la prévention de la toxicomanie, le **groupe des questions économiques** qui traite les questions liées au contrôle des précurseurs chimiques, le **groupe du système des préférences généralisées** (SPG) qui a en charge la mise en oeuvre du système des préférences liées aux aides au développement alternatif, mais aussi le **groupe de coopération douanière**, le **groupe de coopération policière**, le **groupe d'entraide en matière pénale**, le **groupe des télécommunications** et le **groupe des services financiers et du blanchiment d'argent**.

d) Parlement européen

De nombreuses commissions du Parlement européen ont à connaître de la problématique des drogues. On peut citer en particulier la commission des libertés et des droits des citoyens, de la justice et des affaires intérieures, la commission de l'emploi et des affaires sociales, la commission des affaires étrangères, des droits de l'homme, de la sécurité commune et de la politique de défense, la commission du développement et de la coopération, la commission de la culture, de la jeunesse, de l'éducation et des sports, la commission de l'environnement, de la santé publique et de la politique des consommateurs, la commission de l'agriculture et du développement rural, la commission économique, monétaire et de la politique industrielle.

e) Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT)

L'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, mis en place par le règlement (CEE) n° 302/93 du Conseil du 8 février 1993 est une, agence communautaire, c'est-à-dire un organisme de droit public européen possédant la personnalité juridique, non prévu par les traités, et créé par un acte de droit dérivé en vue de remplir une tâche spécifique précisée dans son acte constitutif.

Le rôle de cet Observatoire est de fournir à la Communauté et à ses États membres des informations objectives, fiables et comparables au niveau européen sur le phénomène des drogues et des toxicomanies et leurs conséquences. L'Observatoire s'appuie sur le réseau européen d'information sur les drogues et les toxicomanies (Reitox), qui est composé d'un point focal par États membres ainsi que d'un point focal de la Commission.

La Norvège est membre de l'OEDT depuis le 1er janvier 2001, et la Commission dispose d'un mandat de négociation pour associer les pays candidats aux travaux de l'OEDT. Par ailleurs, l'OEDT a organisé, par le biais du Memoranda of Understanding, un partenariat avec différentes organisations internationales, en particulier avec le groupe Pompidou, le PNUCID, l'OMS, la CICAD, Interpol et Europol.

f) Europol

Europol est un organisme intergouvernemental qui a pour mission d'améliorer la coopération policière entre les États membres aux fins de la lutte contre le terrorisme, le trafic illicite de drogues et les autres formes graves de la criminalité internationale. Dans ce cadre, il doit faciliter l'échange d'informations entre les États membres, rassembler et analyser les informations et les renseignements, communiquer aux services compétents des États membres les informations les concernant et les informer immédiatement des liens constatés entre les faits délictueux, faciliter les enquêtes dans les États membres et gérer des recueils d'informations informatisées.

B. Partenaires de l'Union européenne

Les partenaires de l'Union européenne sont nombreux et diversifiés. Certains dépendent du système des Nations unies [la Commission des stupéfiants (CDS), l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS) et l'Office pour le contrôle des drogues et la prévention du crime (ODCCP)]. D'autres ont un statut d'organisation internationale spécialisée [Organisation mondiale de la santé (OMS), Interpol, Organisation mondiale des douanes (OMM) ou ont une structure qui n'est pas formellement institutionnalisée en tant que telle [Groupe d'action financière internationale (GAFI)]. Notons enfin parmi les partenaires de la Commission les structures à caractère régional comme la Commission interaméricaine pour le contrôle de l'abus des drogues (CICAD).

a) Commission des stupéfiants (CDS)

Créée en 1946, elle représente l'une des six commissions techniques du Conseil économique et social des Nations unies, et elle est composée par les représentants de cinquante-trois États membres. Comme précisé dans ses statuts, elle joue *"dans le système des Nations unies le rôle d'organe directeur chargé de toutes les questions relatives à la lutte contre l'abus des drogues [...]. Celle-ci aide le Conseil économique et social à superviser l'application des conventions et des accords internationaux concernant les*

stupéfiants et les substances psychotropes, étudie les changements qu'il peut y avoir lieu d'apporter au mécanisme mis en place à l'échelon international pour assurer le contrôle des drogues et peut établir de nouvelles conventions et de nouveaux instruments internationaux [...] Elle peut également prendre sur la recommandation de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) des décisions ayant trait aux substances qu'il convient de soumettre à un contrôle international".

b) Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS)

Depuis la convention unique de 1961 sur le contrôle international des drogues, la convention de 1971 sur les psychotropes de même que celle de 1988 contre le trafic illicite de ces substances ont renforcé tour à tour la législation internationale en vigueur en imposant aux États de nombreuses obligations. Parmi celles-ci, il leur est notamment imposé de réserver l'utilisation des drogues à des fins médicales et scientifiques et de criminaliser toutes les activités liées au trafic illicite. Dans cette optique, l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS) veille à " *promouvoir l'application des dispositions des traités sur le contrôle des drogues par les gouvernements. Ses tâches sont fixées par les traités. Elles sont essentiellement de deux ordres: en ce qui concerne la fabrication, le commerce et la vente licites de drogues, l'Organe veille à ce que des quantités suffisantes soient disponibles à des fins médicales et scientifiques [prévention des détournements]; en ce qui concerne la fabrication et le trafic illicites de drogues, l'Organe repère les faiblesses des systèmes de contrôle nationaux et internationaux et contribue à améliorer la situation".*

Cet Organe est composé de treize membres dont l'indépendance et l'impartialité sont reconnues. Ces personnes n'exercent pas leurs fonctions en tant que représentant de leur pays d'origine. Trois de ces membres sont élus directement par l'OMS sur proposition d'une liste de dix personnes, proposée par les États membres de l'ONU ou parties à la convention de 1961. En théorie, on pourrait reconnaître à cette entité des fonctions presque judiciaires dès lors que les conventions lui imposent "de contrôler l'exécution des conventions, de juger les États et d'entreprendre le cas échéant auprès d'eux les procédures nécessaires pour assurer leur exécution". Cependant, jamais les demandes d'explication, les injonctions et les recommandations d'embargo n'ont été utilisées.

c) Office pour le contrôle des drogues et la prévention du crime (ODCCP)

Constatant qu'il était bien difficile de dissocier le trafic illicite des drogues de la criminalité organisée, les Nations unies ont décidé en 1997 de réunir au sein d'une même structure (ODCCP) le Programme des Nations unies pour le contrôle international de la drogue (Pnucid) et la Commission pour la prévention du crime.

Le Pnucid a été créé en 1991 à la suite de la résolution 45/179 de l'Assemblée générale des Nations unies, en remplacement du Fonds des Nations unies pour la lutte contre l'abus de drogue (Fnulad). La mission principale de cet organe réside dans l'orientation et la coordination de toutes les activités (information, assistance juridique, assistance technique et coopération internationale) entreprises par les Nations unies en matière de lutte antidrogue. La Commission pour la prévention du crime a, quant à elle, compétence pour traiter des questions relatives à la sphère criminelle dans son acception la plus large: trafic international des drogues, mais également corruption, crimes contre mineurs, réseaux internationaux de prostitution, etc.

d) Organisation mondiale de la santé (OMS)

L'objectif majeur de l'OMS est de contribuer à la réalisation d'un niveau de santé le plus élevé possible pour l'ensemble des populations. En ce qui concerne plus spécifiquement les activités de l'OMS liées aux drogues, il convient de souligner que cette organisation est la seule compétente pour déterminer quelles substances doivent être placées sous contrôle international, de manière que ces dernières ne soient utilisables que dans un contexte médical et scientifique. L'OMS intervient donc très activement dans le classement des substances au sein des tableaux prévus par les conventions car elle doit pouvoir *"évaluer le pouvoir générateur de dépendance et l'utilité thérapeutique des différentes substances, ainsi que la gravité des problèmes d'ordre social et de santé publique que peut entraîner leur utilisation abusive"*.

e) Organisation internationale de police criminelle (OIPC)/Interpol

L'OIPC (Interpol) a pour mission d'assurer et de développer l'assistance réciproque la plus large de toutes les autorités de police criminelle dans le cadre des lois existant dans les différents pays et dans l'esprit de la déclaration universelle des droits de l'homme; d'établir et de développer toutes les institutions capables de contribuer efficacement à la prévention et à la répression des infractions de droit commun. Cette organisation a été créée officiellement en 1923, et, depuis, force est de constater que les questions relatives au trafic illicite de stupéfiants et de psychotropes mobilisent une part importante de son activité et de ses agents.

Dans cette optique, la sous-division des stupéfiants recueille et analyse toutes les informations relatives au trafic illicite des drogues de manière tant à coordonner les demandes d'assistance formulées par les bureaux centraux nationaux (BCN) qu'à aider les services spécialisés des États en coordonnant certaines opérations conjointes. De plus, cette sous-division a développé depuis maintenant plusieurs années des programmes spécifiques pour répondre à des problèmes extrêmement précis comme:

- ▶ le recensement des organisations de trafiquants africains;
- ▶ le recueil d'informations tactiques et stratégiques sur le trafic d'héroïne par la route des Balkans;
- ▶ le programme sur les marques et les logos figurant sur les emballages de cocaïne.

f) Organisation mondiale des douanes (OMD)

Ancien Conseil de coopération douanière jusqu'en 1994, l'Organisation mondiale des douanes (OMD) compte aujourd'hui 145 membres. Comme son nom l'indique, il s'agit d'une organisation internationale qui a compétence pour traiter de toutes les questions en matière de coopération douanière entre États membres. Les statuts de cette institution imposent entre autres aux États de resserrer leur coopération technique de manière à coordonner l'action des services douaniers compétents. Cette organisation est chargée entre autres de diffuser des informations sur les saisies de drogues qui sont effectuées, de même que sur les moyens utilisés par les trafiquants pour masquer les transports illicites. L'OMD participe en tant qu'observateur aux réunions de la Commission des stupéfiants.

g) Groupe d'action financière internationale (GAFI)

Créé par le sommet du G7 de Paris en 1989, le GAFI se définit lui même comme un "organisme intergouvernemental qui a pour objectif de concevoir et de promouvoir des stratégies de lutte contre le blanchiment des capitaux, processus consistant à dissimuler l'origine illégale des produits de nature criminelle". Composé de vingt-six pays membres et de deux organisations, cet organisme se réunit plusieurs fois par an pour concentrer son attention sur trois thèmes principaux: "1) *surveiller les progrès effectués par les membres dans la mise en oeuvre de mesures pour contrer le blanchiment de capitaux grâce à un double procédé d'autoévaluation annuelle et d'évaluation mutuelle plus détaillée;* .2) *examiner les tendances en matière de techniques et de contre-mesures du blanchiment de capitaux;* 3) *promouvoir l'adoption et la mise en oeuvre des recommandations du GAFI par les pays non membres*".

h) Commission interaméricaine pour le contrôle de l'abus des drogues (CICAD)

Le 17 novembre 1984, l'assemblée générale de l'Organisation des États américains décida de convoquer une conférence régionale relative aux problèmes posés par la question des drogues sur ce continent. cette conférence se déroula en avril 1986 à Rio et permit l'adoption du programme interaméricain d'action contre l'usage, la production et le trafic de stupéfiants et de psychotropes. La conférence suivante qui se tint au

Guatemala en novembre 1986 consacra la naissance officielle de la CICAD.

Cette Commission, composée de trente-quatre États membres, a pour but de promouvoir et de faciliter d'une manière multilatérale la coopération entre les États membres en matière de contrôle des drogues, de lutte contre le trafic et la production illicites, ainsi que d'usage.

1.2.5.2 Coopération interrégionale

a. Le cadre SCHENGEN

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

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

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

Le Traité d'Amsterdam sur l'Union européenne, entré en vigueur le 1er mai 1999, intègre la Convention de Schengen. Les décisions concernant le passage des frontières intérieures, les contrôles aux frontières extérieures, l'attribution des visas, la réglementation de l'immigration et du droit d'asile sont désormais prises par les ministres réunis en Conseil de l'Union européenne.

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

b. Le cadre BENELUX

La concertation entre les Etats du BENELUX sur leurs politiques respectives en matière de drogues se traduit par différents accords conclus au niveau ministériel. A retenir, entre autres, les efforts de concertation menés au sein de l'Union Economique BENELUX et du Conseil Interparlementaire Consultatif du BENELUX, les accords bilatéraux signés entre les Etats

membres du BENELUX et les concertations bilatérales notamment entre le Grand-Duché et la Belgique.

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.

c. Le Groupe de Mondorf

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

Le Groupe fut créé en 1992 dans le cadre de la première Semaine Européenne de Prévention des Toxicomanies. Le "Groupe de Mondorf" est composé des ministres de la Santé des "Länder" de la Sarre et de la Rhénanie-Palatinat (Allemagne), du Grand-Duché de Luxembourg et depuis 1994, de la Communauté germanophone de Belgique ainsi que du préfet pour la Sécurité et la Défense du Département de la Moselle (France). Le 9 novembre 1998, fut signée, à l'occasion de l'inauguration de la troisième semaine européenne de prévention des toxicomanies, la "Déclaration commune de Mondorf " qui confirme la volonté politique de collaboration et qui fixe les priorités pour les années à venir. De 1996 à 1998, le Luxembourg assurait la présidence du Groupe de Mondorf. Actuellement (2000), la Présidence du Groupe est assurée par la Sarre (D). Au début 2001, le Groupe a publié un classeur d'information régulièrement mis à jour reprenant les données clefs en matière de drogues et de toxicomanies de chaque région partenaire.

d. EURO-AST

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

e. Fonds de Lutte contre le Trafic des Stupéfiants

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

Depuis sa création, le Fonds a donné son accord pour des projets d'un montant total de 10.844.756 EUR dont à la fin de l'exercice 2001 8.808.250 EUR ont été effectivement engagés et 6.639.803 ont été déboursés. Au 31 décembre 2001, 10.844.756 EUR ont été engagés dont EUR 4.001.143 EUR pour des projets nationaux Le Fonds disposait alors

d'un actif net de 23.046.728 EUR . Le Fonds s'est engagé financièrement dans 28 projets nationaux, 3 projets dans des pays PECO, 9 projets en Amérique, 3projets en Afrique et 9projets en Asie. Le rapport d'activité 2001 du Fonds de lutte contre le trafic des stupéfiants peut être téléchargé sur le site: <http://www.etat.lu/FI>

Chapitre I.3

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

1.3.1 La Législation Nationale et les Peines Applicables

1.3.1.1 Législation de base et procédures d'amendement

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

La loi de 1973 fut modifiée par les lois suivantes :

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

- ▶ **loi du 8 août 2000**, modifiant
 - a- certaines dispositions de la loi modifiée du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie
 - b- la loi du 26 juillet 1986 relative à certains modes d'exécution des peines privatives de liberté,
- ▶ **loi du 27 avril 2001** modifiant la loi modifiée du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie,

Au moment de la rédaction du rapport RELIS 2002, le texte coordonné à publier suite à l'entrée en vigueur de la loi du 27 avril 2001 modifiant la loi modifiée du 19 février 1973 n'a pas encore été disponible. Le tableau I.3.1 produite en annexe D constitue un sommaire des modifications les plus saillantes introduites par ladite loi. Les termes de la loi sont volontairement simplifiés afin d'accroître sa lisibilité pour l'ensemble des lecteurs non-spécialistes. Pour toute information complémentaire, on se référera au texte original produit en annexe D ainsi qu'au texte coordonné de 1992 et ses modifications successives (téléchargeable du site : <http://www.etat.lu/memorial> ou http://eldd.emcdda.org/databases/eldd_search.cfm)

▶ **(loi du 14 juin 2001 portant**

1.approbation de la Convention du Conseil de l'Europe relative au blanchiment, au dépistage, à la saisie et à la confiscation des produits du crime, faite à Strasbourg ,le 8 novembre 1990;

2.modification de certaines dispositions du code pénal;

3.modification de la loi du 17 mars 1992

1.portant approbation de la Convention des Nations-Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes, faite à Vienne, le 20 décembre 1988;

2.modifiant et complétant la loi du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie;

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

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

1.3.1.2 *Sommaire du relevé général de la législation en matière de médicaments et de substances toxiques de 1967 à 2002*

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 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).

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 a 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 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 a 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 médical 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).

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 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 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 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).

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 9 janvier 1998 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 26 mars 1974 établissant la liste des stupéfiants. (Mém. A - 4 du 29 janvier 1998, p. 55)

Loi du 11 août 1998 portant introduction de l'incrimination des organisations criminelles et de l'infraction de blanchiment au code pénal et modifiant:

- 1° la loi modifiée du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie
- 2° la loi modifiée du 5 avril 1993 relative au secteur financier;
- 3° la loi modifiée du 6 décembre 1991 sur le secteur des assurances;
- 4° la loi modifiée du 9 décembre 1976 relative à l'organisation du notariat;
- 5° la loi du 20 avril 1977 relative à l'exploitation des jeux de hasard et des paris relatifs aux épreuves sportives;
- 6° la loi du 28 juin 1984 portant organisation des jeux de hasard et des paris relatifs aux épreuves sportives;
- 7° le code d'instruction criminelle (Mém. A-73 du 10 septembre p. 1456)

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

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

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

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

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

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

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

Loi du 8 août 2000, modifiant

a) certaines dispositions de la loi modifiée du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie

b) la loi du 26 juillet 1986 relative à certains modes d'exécution des peines privatives de liberté.

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

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

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

Loi du 14 juin 2001 portant

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

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

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

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

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

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 2000, 174 Etats étaient parties à la Convention de 1961, dont 161 Etats qui sont parties de la Convention dans sa forme version amendée.

21 février 1971. - Convention des Nations Unies sur les substances psychotropes faite à Vienne

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

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

La Convention fixe une série de mesures de contrôle pour un très grand nombre de substances et contient quatre annexes numérotées, susceptibles d'être modifiées, et qui dressent la liste des substances psychotropes sous contrôle. En date du 1er novembre 2000, 164 Etats étaient parties à la Convention de 1971.

20 décembre 1988. - Convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes faite à Vienne

appr. L. 17 mars 1992, v. Mém. 1992, 697

Pour l'état des ratifications v. Mém. 1993, 11 et 392

La Convention a pour objectif de renforcer les mesures de lutte contre le trafic illicite et la coopération entre Etats dans ce domaine. Par prorogation des Conventions des Nations Unies de 1961 et de 1971, les parties s'engagent notamment à sanctionner ceux qui commettent ou sont complices d'infractions, à ériger le blanchiment des produits de la drogue en une infraction passible de sanction, à confisquer le montant des recettes du trafic de drogue et à faire le nécessaire afin de dépister, détecter, geler

ou saisir le montant de telles recettes. La Convention fixe une série de mesures relatives à la fabrication, au transport et à la cession de matériel, de matériaux ou de substances utilisés dans ou pour la culture illicite, la production ou la fabrication de stupéfiants ou de substances psychotropes précurseurs. L'annexe de la Convention, susceptible d'être modifiée, contient deux listes classant ces précurseurs.

En date du 1^{er} novembre 2000, 157 Etats étaient parties à la Convention de 1988 ce qui équivaut à 83 % des pays du monde hors C.E..

Partie II

Réduction de la Demande et Activités de Recherche

Chapitre II.1

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

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

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

Ci-après figure une présentation sommaire des activités de réduction de la demande menées au niveau national au cours de l'année 2001:

II.1.1 LES ACTIONS PREVENTIVES

Interventions au cours de la prime enfance

Les interventions visant à promouvoir les expériences positives au sein de la famille et des jardins d'enfants méritent une place importante dans l'effort de prévention. Il existe un certain nombre d'initiatives locales et régionales centrées sur l'information, les discussions et conseils fournis aux enseignants ainsi qu'aux parents. En septembre 2000, le CePT a lancé les premiers "coffrets" de prévention, destinés aux enfants âgés entre 3 et 5 ans. Le "coffret" de prévention destiné aux jeunes entre 11 et 15 ans a été rendu disponible en septembre 2001.

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

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

Programmes de prévention en milieu scolaire

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

Le CePT, en collaboration avec le Service d'Éducation à la Santé et à l'Environnement du Ministère de l'Éducation Nationale a lancé le projet "**d'Schoul op der Sich**". La clé de voûte du projet consiste à initier un dialogue entre tous les partenaires de la vie scolaire au sujet de la façon d'aborder la prévention, les drogues et les toxicomanies à l'école. Il s'agit d'un projet participatif, dans lequel tous les partenaires prennent activement part à la conception du contenu du projet et le déterminent. En 2001 les membres du groupe de coordination du projet s'est réuni à raison d'une fois toutes les trois semaines et ont suivi trois formations de base sur les thèmes suivants :

- Comment définir la prévention des toxicomanies (CePT)
- Information sur les drogues illicites (Police Judiciaire)
- Usage de drogues dans notre culture (CePT)

Le CePT est le partenaire national du "**European Healthy School and drugs** EHSD). Le projet qui implique 10 partenaires européens est cofinancé par l'UE et coordonné par le Trimbos Institut (NL). L'objectif premier du projet EHSD est l'amélioration de la collaboration entre les organisation nationales et régions oeuvrant dans le domaines de la prévention de toxicomanies par le développement de concepts et pratiques innovateurs en la matière.

En matière d'enseignement primaire, le CePT participe au projet initié par la fondation MENTOR et réalisé par le Ministère de l'Éducation Nationale, de la Formation Professionnelle et des Sports. Le projet a pour but de mettre en place des programmes d'éducation visant la prévention en matière d'addictions. Après la mise en place en 1999 des structures de collaboration entre les différents intervenants au Luxembourg sous forme de groupes de pilotage, de travail et d'évaluation, les efforts des intervenants se sont concentrés en 2000 sur l'élaboration du matériel didactique qui sera utilisé dans les écoles. Un manuel est en voie d'édition qui comprend d'une part une brochure détaillée s'adressant aux enseignants pour leur donner les informations et renseignements de base indispensables en matière de prévention de stupéfiants et d'autre part des " cartes d'enseignement " pour différentes unités de formation.

Des séances d'information pour enseignants et/ou parents ciblées principalement sur les substances psychotropes, les tendances actuelles et les signes précurseurs des comportements addictifs sont également organisées par le CePT et, sur demande, par la Section Stupéfiants de la Police Judiciaire.

A signaler que les acteurs du CePT interviennent au niveau de la formation de base (ISERP) et de la formation continue (SCRIPT) du personnel enseignant de l'enseignement primaire et secondaire ainsi qu'au niveau de la formation continue du personnel socio-éducatif par le biais de l'Institut National d'Administration Publique (INAP).

Le Ministère de l'Éducation Nationale, de la Formation Professionnelle et des Sports et le Ministère de la Santé ont participé à une enquête qui a lieu tous les quatre ans dans plus de 25 pays européens et qui porte, entre autres, sur les habitudes de consommation de drogues illicites d'étudiants issus de l'enseignement secondaire. Un sommaire des résultats de l'étude figure sous le point 1.1.4.

Par ailleurs, le CPOS est représenté dans toutes les écoles secondaires par des psychologues expérimentés dont une des tâches est de prendre en charge et d'orienter les étudiants présentant des comportements à risque.

Depuis la rentrée scolaire 2000/2001, MSF – Solidarité Jeunes a considérablement amplifié ses activités dans le cadre des établissements scolaires (interventions de crise) partant du constat qu'une bonne collaboration avec les écoles est essentielle pour toucher le plus tôt possible les jeunes consommateurs de drogues.

La démarche de MSF – Solidarité Jeunes, soutenue par le SCRIPT du Ministère de l'Éducation Nationale, se veut complémentaire aux offres de prévention lancées par le Centre de Prévention des Toxicomanies dans le cadre du projet " Schoul op der Sich " et aux interventions organisées par la Police Judiciaire.

L'offre de MSF – Solidarité Jeunes aux écoles porte sur les deux volets suivants :

1. Etant conscient des problèmes institutionnels engendrés par la consommation de drogues légales ou illégales dans l'enceinte scolaire, MSF – Solidarité Jeunes propose son aide pour l'élaboration de réponses en cas de difficulté.

Le service offre des interventions ou des supervisions pour les professionnels de l'éducation avec les objectifs suivants: faciliter les prises de décisions de même que la résolution du problème et améliorer le travail en réseau avec les professionnels extérieurs à l'école.

2. L'équipe thérapeutique se tient évidemment à disposition pour offrir un suivi psycho-social et/ou thérapeutique aux adolescents et à leurs familles concernées en cas de demande.

Les programmes pour jeunes

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

Organisés conjointement par le Groupe de Mondorf, le CePT et le SNJ plusieurs projets innovateurs du domaine des loisirs ont été mis en place au cours des dernières années. Du 20 au 23 mai 2001 fut organisé à Eisenborn et au Marienthal une formation avec le thème " Nature - mouvement - créativité " qui fut évalué par la suite par le ZePF. Du 2 au 7 juillet un rally-aventure fut organisé à Marienthal, Bech, Fliessem et Walledorf. Les différentes stations furent assurées par des intervenants du CSEE de Dreibern et de Schrassig ainsi que par des intervenants allemands. Les rencontres en question sont alternativement patronnées par les régions partenaires du Groupe de Mondorf.

La méthode " Abenteurpädagogik " appliqué au champ de la prévention primaire connaissant un grand succès auprès des jeunes, le CePT, en collaboration avec le Centre Marienthal (SNJ), a élaboré un projet identique dans le cadre du programme de prévention dans les communes pour les 5e et 6e classes des écoles primaires.

Ce projet propose des activités à trois niveaux :

- préparation pour les enseignants,
- journées d'aventures pour les élèves,
- soirées-conférence pour les parents.

Principales institutions impliquées :

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

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

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

Contact: Thérèse MICHAELIS

3, rue Fort Wallis
L-2714 Luxembourg
Tél.: 49 77 77 / Fax.: 40 89 93
e-mail : cept@ong.lu
URL: <http://www.cept.lu>

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

Contact : Eglise URBAIN

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

- **Le Groupe de Mondorf**

Contact: Alain ORIGER

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

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

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

Contact:

76, bld. de la Pétrusse
L-2320 Luxembourg
Tél.: 40 55 50 / Fax.: 40 55 56
e-mail: 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.

MSF – Solidarité Jeunes s'adresse par ailleurs aux entourages familiaux et institutionnels (écoles, protection de la jeunesse, foyers d'accueil, etc.) lorsque ces derniers sont confrontés à la consommation d'un mineur d'âge.

Contact: Alain MASSEN

33, rte de Strasbourg
L-2561 Luxembourg
Tél.: 48 93 48 / Fax.: 48 93 47
e-mail:
msf-solidaritejeunes@luxembourg.msf.org
URL: http://www.msf.lu/proj_lu.html

► *La prévention par le sport*

L'École Nationale de l'Éducation Physique et des Sports (ENEPS) a sollicité la collaboration du CePT afin de mettre en place un projet de prévention qui s'adresse principalement aux responsables d'associations sportives et aux entraîneurs. Le projet s'intitule " Kinder stark machen " et fut initié par la " Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung " de Cologne. Le projet se situe actuellement dans sa phase d'organisation. Les premières actions concrètes sont prévues au printemps 2002.

► *Les campagnes d'information par les médias*

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

L'une des premières campagnes médiatiques à grande échelle contre l'abus de drogues (Gutt liewen ouni Drogen: Bien vivre sans drogues), avait été lancée en 1987 par le SNJ, qui peut être considéré comme l'un des pionniers en matière de prévention primaire dans le domaine des drogues à l'échelle nationale. Jusqu'à ce jour, plusieurs campagnes d'information et de prévention ont été menées principalement sous la responsabilité de

différents départements du Ministère de la Santé et du SNJ. Le CePT projette de mener une campagne pluriannuelle d'information et de prévention multimédia à l'échelle nationale dont le début est prévue pour l'année 2002.

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

En se basant sur l'intérêt qu'avait rencontré le projet sur l'ecstasy, le CePT a pris l'initiative en l'an 2000 d'analyser la situation du cannabis. Cette étude a pour objectif de dresser un inventaire de la consommation et des attitudes par rapport au cannabis au Luxembourg.

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

II.1.2 DISPOSITIF D'ACCUEIL TELEPHONIQUE

Le 1^{er} octobre 1995, le CePT a intégré une ligne d'accueil téléphonique, réservée aux problèmes liés à la dépendance au sens large du terme. Le personnel bénévole spécialement formé, écoute et conseille des toxicomanes, des étudiants, des parents et des professionnels 24h/ 24 et 7 j/7. L'équipe d'accueil est exclusivement constituée de bénévoles et les appels ne sont pas gratuits jusqu'à ce jour.

Ci-après figure une présentation sommaire des statistiques d'appels pour les années 1996 à 2001 :

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

	1997	1998	1999	2000	2001
NOMBRE D'APPELS	653	717	626	831	858
SEXE					
masculin	40 %	50%	36%	37,4%	61,8%
féminin	60 %	50%	64%	62,6%	38,2%
DEMANDEUR					
personne concernée	75 %	83%	76%	84,6%	87,5%
famille et entourage	25 %	17%	24%	15,4%	12,5%
MOMENT D'APPEL					
week-end (+vendredi)	40 %	45%	38%	43,9%	43,6%
en semaine	60 %	55%	62%	56,1%	56,4%

PRODUITS IMPLIQUÉS

alcool	39 %	50,5%	42,5%	46,8%	16,2%
médicaments	38 %	40,6%	29,3%	41,7%	19,5%
héroïne/cocaïne	12 %	10,9%	13,3%	8,3%	6,4%
cannabis	9 %	6,5%	11%	7,5%	7,1%
nicotine	1 %	d.m.	2%	1,4%	1,5%
ecstasy type	0,5 %	2,8%	0,5%	1,2%	0,5%
autre	0,5 %	d.m.	1,4%	1,8%	12,6%

MOTIF DE LA DEMANDE

conseils et soutien	50 %	d.m.	d.m.	90,2%	81,4%
orientation	27,5 %	32,2%	d.m.	27,2%	23,3%
info sur autres structures	15 %	d.m.	d.m.	3,1%	3,5%
info sur substances	4 %	d.m.	d.m.	3,5%	4,7%
info sur service téléphone	3 %	d.m.	d.m.	1,8%	1,3%
conseils juridiques	0,5 %	d.m.	d.m.	0,6%	0,5%

CLASSES D'ÂGE

< 11	0,1 %			0%	0%
12-15 ans	0,7 %	0,8%	0,5%	0,5%	0,1%
16-19 ans	2 %	2%	2,6%	1,8%	1,7%
20-24 ans	5 %	2%	4%	2%	3,5%
25-30 ans	4,5 %	7,2%	9%	7,8%	7,6%
31-40 ans	26 %	40,6%	26,5%	14,2%	14,5%
41-50 ans	57 %	34,8%	42,6%	49%	51,3%
> 50 ans	4,7 %	12,6%	14,8%	9,7%	9,5%
inconnu	0%	0%	0%	15%	11,8%

Source: CePT 2001

Réseaux européens :

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

II.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. En 2001, on dénombre 44 réunions des groupes de prévention.

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.

A signaler que le projet continue, au-delà de la phase d'évaluation conclue en 1998, en s'appuyant sur les acquis et les réseaux de collaboration mis en place.

En 2000, le CePT a obtenu le soutien de la Commission Européenne pour le lancement du 3e projet européen. Ce projet a comme principal objectif la collecte d'informations sur les acquis, les stratégies et les besoins des 'bénévoles' travaillant dans le domaine de la prévention primaire.

En 2001 le projet comptait sur la participation de 13 communes luxembourgeoises qui ont pu bénéficier de l'offre suivante :

- Test des boîtes de prévention pour la catégorie d'âge de 3 à 5 ans
- Projet Out-Time pour les 5^{ème} et 6^{ème} classes du primaire
- Performances théâtrales
- Conférences
- Compagne sur l'usage d'alcool en dessous de 16 ans.

II.1.4 REDUCTION DES RISQUES ET DOMMAGES

II.1.4. a Travail de rue

Depuis 1989, **un programme de travail de rue**, coordonné par la fondation JDH, est opérationnel dans le sud du pays, ceci dans le cadre du projet " Drogen an AIDS ".

Au cours de l'année 2000, la JDH a adapté ses services à la réalité du terrain et entamé de nouveaux projets. Jugend- an Drogenhëllef Esch (JDHE) a notamment mis fin à ses activités de streetwork en mai 2000, à la lumière des expériences des dernières années.

Comme le **milieu ouvert** de la drogue se concentre de plus en plus à Luxembourg-Ville et a fortement régressé au sud du pays, la JDH conjointement avec le Ministère de la Santé ont créé dans le cadre du plan d'action 2000 – 2004 une structure ouverte à Luxembourg-Ville sous le nom de KONTAKT 25 (K25) dont une description détaillée figure sous le point II.1.4. b.

II.1.4. b Les services à seuil bas

1. L'a.s.b.l. Comité National de Défense Sociale (CNDS), créée en 1966 était à l'origine des premières offres de bas seuil pour des minorités marginalisées au Grand-Duché. Les premières actions entreprises, notamment le développement du travail de rue dans les milieux de la drogue, de la prostitution et de la délinquance remontent à l'année 1985. Le projet dénommé initialement "Camionnette - SZENE KONTAKT " fut créé en 1993 en tant que dispositif d'intervention mobile, placé aux environs de la gare ferroviaire de Luxembourg Ville. Dans une optique de réduction des risques associés à la consommation intraveineuse de drogues, un service plus spécialisé fut ensuite mis en place par l'équipe pluridisciplinaire du projet.

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 de la structure fixe d'accueil à bas seuil pour consommateurs de drogues et autres groupes marginalisés, nommée "ABRIGADO" située dans les environnements immédiats de la gare ferroviaire. **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 cinq membres, est multidisciplinaire et propose les services suivants :

- ▶ Information générale
- ▶ Consultations en matière de problèmes sociaux, psychologiques ou juridiques
- ▶ Orientation vers d'autres services ou institutions

- ▶ Assistance sociale
- ▶ Espace de repos et de protection
- ▶ Prévention du Sida, échange de seringues, distribution de préservatifs
- ▶ Distribution d'eau stérile, d'acide ascorbique et de tampons alcoolisés
- ▶ Soins médicaux élémentaires
- ▶ Vêtements, nourriture et boissons
- ▶ Visites en clinique ou en prison
- ▶ Entretiens personnels

Statistiques du Projet ABRIGADO – SZENE KONTAKT 1997-2001

	1997	1998	1999	2000	2001
JOURS DE PRÉSENCE AU SEIN DE LA SCÈNE	248	248	251	232	250
NOMBRE TOTAL DE CONTACTS	8.734	8.525	10.602	11.834	14.522 d
NOMBRE MOYEN DE PERSONNES REÇUES PAR JOUR	35	34,4	42,2	51	58 d
PREMIÈRES DEMANDES D'AIDE	388	+/- 216	215	276	265
NOMBRE DE NOUVEAUX CLIENTS PAR JOUR	1,6	0,87	0,84	1,2	1,1
NOMBRE DE SERINGUES DISTRIBUÉES	46.993	42.621	55.436	42.924	62.777 d
NOMBRE DE SERINGUES USÉES COLLECTÉES	43.987	37.587	48.747	38.534	56.738 d
TAUX DE RETOUR DE SERINGUES USÉES	93,6%	82,2%	88%	89,77%	90,38%
POURCENTAGE DE CLIENTS ÂGÉS ENTRE 18 ET 35 ANS	77,51%	80,64%	86,59%	73,45%	71,56% f
POURCENTAGE DE FEMMES AVEC AU MOINS 1 ENFANT		48,82%	47,17%	42,7%	45,39% d
DISTRIBUTION SELON SEXE					
MASCULIN	72,4%	71,7%	70%	69,57%	69,37%
FÉMININ	27,6%	28,3%	30%	30,43%	30,63%
NATIONALITÉ					
LUXEMBOURGEOISE	70,68%	71,52%	68,84%	68,38%	68,38%
ÉTRANGÈRE	29,48%	29,48%	31,16%	31,62%	31,62%
MOTIFS DE DEMANDES LIÉES À LA CONSOMMATION DE DROGUES	87,14%	87,43%	87,44%	85,5%	84,19%
POURCENTAGE DE PROSTITUÉS PARMIS LA CLIENTÈLE FÉMININE	52,42%	50%	50,63%	46,35%	46,31%
SITUATION PÉNALE DES CLIENTS					
JAMAIS EN PRISON	49,79%	49,49%	50,52%	47,7%	47,21%
1 SÉJOUR EN PRISON	23,02%	22,69%	23,61%	22,03%	21,88%
PLUSIEURS SÉJOURS EN PRISON	27,17%	27,80%	25,87%	30,27%	30,91%

Source: CNDS 2001

La collaboration entre les services compétents de la Direction de la Santé et les responsables du CNDS ont permis de mener à bien les travaux préparatoires de la mise en place d'un foyer **d'accueil d'urgence pour toxicomanes**. Le foyer en question, qui fait partie des structures retenues par le plan d'action 2000-2004 du Ministère de la Santé, comblera un besoin urgent en logements de crise pour la population concernée. Le foyer

fonctionnera 7/7 jours dans un cadre d'admissions et de sorties journalières. Le nouveau foyer sera appelé à intégrer le siège social d'ABRIGADO, le service bas-seuil, et des hébergements de crise pour toxicomanes, tels que prévus au plan d'action 2000-2004 en matière de drogue et de toxicomanies. Sous cette forme le foyer en question constituera la première structure intégrée en matière d'interventions à bas-seuil pour toxicomanes au niveau national.

Au cours des années 2000 et 2001, les négociations entre la Direction de la Santé, la Commission des Loyers et du Fonds de lutte contre le trafic des stupéfiants ont permis de mettre à disposition un bien immobilier adéquat et les fonds nécessaires aux travaux de transformation et d'aménagement. Par ailleurs la convention conclue entre le Ministère de la Santé et le CDNS fut élargie à 11 postes de travail destinées aux activités de la structure d'accueil.

2. **La structure bas-seuil K25 de JDH** fonctionne depuis septembre 2000, en tant que lieu d'accueil ouvert au rez-de-chaussée du centre de consultation JDH au 25, rue du Fort Wedell et témoigne d'un taux de contact élevé et croissant.

Missions et services offerts :

- ▶ **Prévention de santé:**
Echange de seringues, distribution de préservatifs et de lubrifiants, prévention hépatites et sida, orientation aux soins médicaux.
- ▶ **Consultations:**
Consultations pour problèmes de toxicomanie sans rendez-vous, consultations en cas de difficultés sociales, consultations spécifiques pour femmes, consultations médicales, informations et orientation;
- ▶ **Divers:**
Buanderie, vestiaire, hygiène corporelle.

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

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

	2000 (4 MOIS)	2001
Jours d'ouverture	69	249
Nombre total de contacts / visites	3.787	15.864
Nombre moyen de contacts / visites par jour	56	64
Nombre de seringues distribuées	9.032	49.105
Nombre de seringues usées collectées	8.100	47.200
Taux de retour de seringues usées	90%	96%
Nombre de préservatifs distribués	364	1991
Nombre de feuilles d'aluminium distribuées	/	476
Distribution selon sexe	masculin 77,5%	79,8%
	fémninin 22,5%	20,2%

Source: JDH 2001

Dans le cadre de la réduction des risques, le K25 distribue du papier aluminium, afin de favoriser une consommation par fumée de l'héroïne au lieu d'une consommation intra-veineuse, comportant d'avantage de risques de contamination par les hépatites et le Sida. Cette mesure a permis de toucher une clientèle à moins avancée dans leur carrière de consommateurs de drogues dures.

Le service fait par ailleurs le relais entre clients et médecins afin de favoriser l'accès aux soins pour les personnes marginalisées.

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

Statistiques d'admissions du projet "OPPEN DIR" JDH - ESCH/ALZETTE (1997-2001)

	1997	1998	1999	2000	2001
Nombre total de contacts	1.050	1.818	1.676	1.249	1.175 f
Premières demandes d'aide	113	181	126	114	101 f
Nombre d'entretiens		436	318	377	366
Nombre de seringues distribuées	1.701	3.068	4.948	3.728	7.108 d
Nombre de seringues usées collectées	990	1.400	3.150	2.160	5.490 d
Taux de retour de seringues usées	58%	46%	64%	58%	77% d

Source: Fondation JDH. 2001

4. Le centre "**Drop In**" (Croix-Rouge) pour prostitué(e)s fonctionne depuis 1998. Le centre, qui est conventionné par le Ministère de la Promotion Féminine, offre une série de services à bas seuil dont notamment l'échange de seringues par un agent éducatif, la distribution de préservatifs, soins médicaux et soins personnels.

Statistiques d'admissions du centre Drop IN /Croix-Rouge (2000-2001)

	2000	2001
Nombre de contacts	5.567	4.531 f
Sexe		
Masculin	78%	84%
Féminin	22%	16% f
Pays d'origine		
Luxembourg	62%	55% f
Portugal	27%	31%
France	4,5%	8%
Allemagne	2,5%	1,5%
Pays de l'Est	2%	2,5%
Autres	2%	2%
Seringues distribuées	36.961	39.122
Retour de seringues	36.046(97%)	37.831 (97%)
Doses NaCL distribuées	36.522	38.611
Aico-Tips distribués	71.347	79.244
Doses d'ascorbine distribuées	32.925	38.651
Filtres distribués	23.457	25.846
Préservatifs et lubrifiants distribués	2.453	3.621

Source: Drop-In Croix Rouge 2001

En moyenne le guichet et l'échange de seringues sont ouverts deux heures par journée La présence d'un médecin une demie-heure par semaine et d'une infirmière 5 heures par semaine permet d'assurer les soins médicaux requis.

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

Une des plus importantes actions menées en matière de prévention des maladies infectieuses au sein de la population d'usagers de drogues a débuté en 1993. Il s'agit de la mise en place du **programme national d'échange de seringues**. Actuellement, cinq services spécialisés participent au programme. Par ailleurs cinq distributeurs de seringues ont été placés aux endroits les plus appropriés des différentes villes du Grand-Duché de Luxembourg (Luxembourg Ville, Esch-sur-Alzette, Dudelange, Differdange et Ettelbrück). Les taux d'utilisation des distributeurs affichent une tendance à la hausse. Entre 1996 et 2001, on retient une augmentation de 295% du nombre de seringues distribués. Le taux de retour de seringues usées, distribuées dans le cadre du programme est également en hausse. Le tableau ci-après donne un aperçu des quantités de seringues écoulées et re-collectées par les différents services impliqués de 1997 à 2001:

Statistiques des activités d'échange de seringues au niveau national 1996-2001

	SERINGUES DISTRIBUÉES				SERINGUES USÉES COLLECTÉES			
	1996	1998	2000	2001	1996	1998	2000	2001
JDH, Esch s/ ALZETTE								
• STREETWORK	122	58						
• CENTRE DE CONSULTATION	854	3.068	3.728	7.108 a	360 (46%)	1.400 (58%)	2.160 (77%)	5.490 a
JDH, LUXEMBOURG-VILLE	6.801	16.800	34.532	49.105 a	5.000 (46%)	7.660 (77%)	26.560 (96%)	47.200 a
OPPEN DTR, Esch s/ ALZETTE (RÉSEAU PSY)	2.829	3.849	8.157	6.527	1.696 (60%)	2.439 (69%)	7.225 (88,5%)	5.557 (85%)
CNDS - ABRIGADO	22.729	42.621	42.924	62.777 a	20.090 (88%)	37.587 (88%)	38.534 (89,5%)	56.738 (90%)
DISTRIBUTEURS DE SERINGUES	42.924	43.347	63.111	59.790	1.500 (3,5%)	1.800 (4%)	2.100 (3,3%)	2.700 (4,5%)
DROP-IN (CROIX-ROUGE)			36.961	39.122 a			36.046 (97,5%)	37.831 (97%)
TOTAL	76.259	109.743	189.413	224.609	28.646 (38%)	58.886 (46%)	112.625 (59%)	155.516 (69%)

Source: RELIS 2001

A titre d'information, on peut citer les statistiques officielles de **l'AIDSBERÔDUNG (CROIX ROUGE)**, un des principaux lieux d'accueil et d'information en matière de VIH et de sida. Au courant de l'année 2001, 270 (304) personnes ont consulté les services de l'Aidsberôdung, dont 115 (114) vivaient avec le VIH/sida. Parmi les personnes vivant avec le HIV/Sida, 40% (45%) ont rapporté être des hommes homosexuels, 34% (35%) des hétérosexuels, 26% (22%) des usagers de drogues. Le sex-ratio était de 74%/26% (79%/21%) en faveur des hommes. 23% (25%) ont consulté pour la première fois les services de l'Aidsberôdung en 2001.

En ce qui concerne les statistiques d'admission de la Maison Henry Dunant de l'Aidsberôdung, on retiendra que parmi les 13 personnes hébergées, 2 déclaraient être toxicomane 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 2001 et des infections par hépatites virales de 1995 à 2001:

Tableau II.1.5.1 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	0	33,3
1998	7	23,3	6	25,0	1	16,7
1999	6	20,6	4	17,4	2	33,3
2000	2	2,3	1	3	1	10
2001	7	17,5	7	26	0	0
TOTAL	83	16,3	56	23	19	20

Source: Laboratoire de Retrovirologie – CRP-Santé 2002

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

ANNEE	1984-94		1995		1996		1997		1998		1999		2000		2001		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
HOMOSEXUEL(S)/ BISEXUEL(S)	1138	48	15	54	12	45	15	58	10	34	10	34	17	39	11	27,5	228	44,7
UIDs	53	19	3	10	2	7	3	11	7	23	6	21	2	2	7	17,5	83	16,3
HÉTÉROSEXUEL(S)	57	20	9	32	11	41	8	31	7	23	9	31	21	43	19	47,5	141	27,6
TRANSFUSIONS SANGUINES	16	5,6															16	3,5
TRANSMISSION MÈRE-ENFANT	1	0,3							1	3							2	0,4
INCONNU	21	7	1	4	2	7	0	0	5	17	4	14	4	16	3	7,5	40	7,9
TOTAL	260		28		27		26		30		29		44		40		510	

Source: Laboratoire de Retrovirologie – CRP-Santé

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

ANNEE	1985-93	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	TOTAL	
										N	%
HOMOSEXUEL(S)/ BISEXUEL(S)	41	5	10	5	5	4	2	5	1	78	48,8
UIDs	14	2		3	2	3	1	1	2	28	17,5
HÉTÉROSEXUEL(S)	10	3	5	3	3		2	3	4	33	20,6
TRANSFUSIONS SANGUINES	5	1		2		1				9	5,7
TRANSMISSION MÈRE-ENFANT		1								1	0,6
INCONNU	7	1				1		1	1	11	6,8
TOTAL	77	13	15	13	10	9	5	10	8	160	100
DECES DECLARES	46	13	7	4	4	5	5	4	4	92	

Source: Comité de surveillance du sida. Rapport d'activité. 2002

Tableau II.1.5.4 Pourcentage des cas de SIDA par catégorie de transmission sur le total cumulé des cas*, 1981-2001 (U.E.)

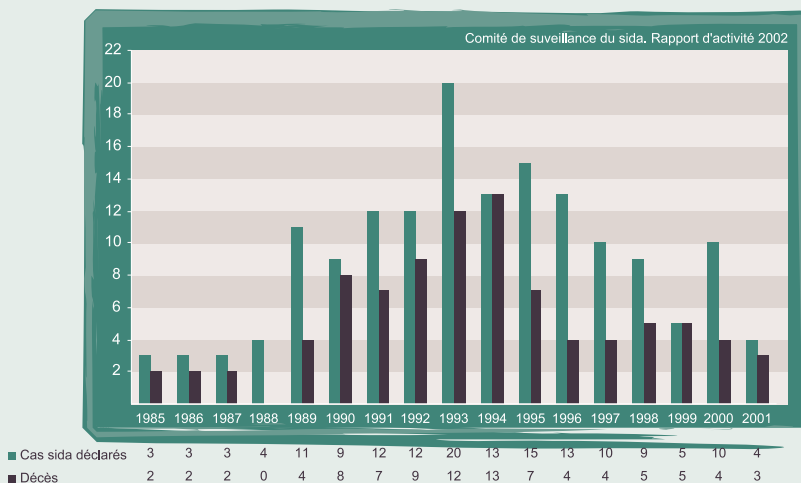
	Usagers de drogues par voie intraveineuse (UDV)	Contactés hétérosexuels	Hommes homosexuels/ bisexuels	De mère à enfant	Hommes homosexuels/ bisexuels et UDV	Hémophilie et trouble de la coagulation	Transfusés
UE15	39,4	17,6	32,6	1,3	1,4	1,5	1,6
BELGIQUE	6,5	45,4	36,3	3,8	0,5	0,5	4,4
DANEMARK	8,1	18,7	64,2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

Source : EUROSTAT (2002)

n.d. : Données non disponibles *Total non ajusté des délais de déclaration

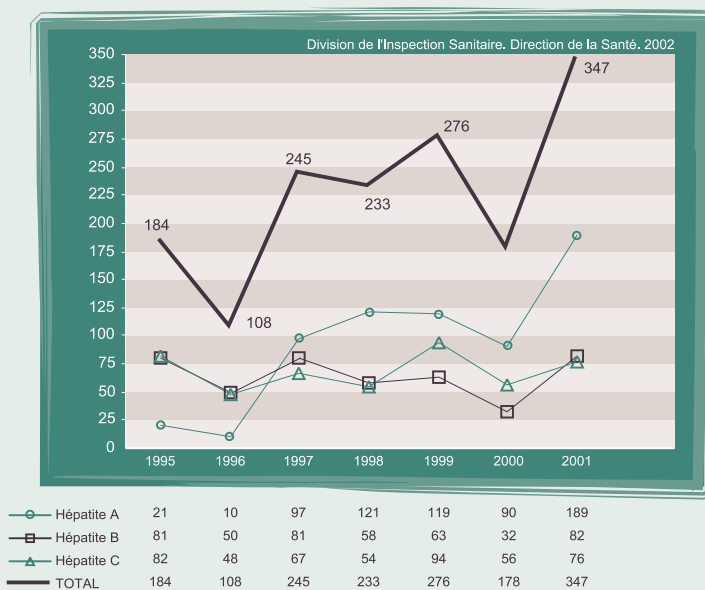
Certaines catégories de transmission peu fréquentes et les cas ne permettant pas d'identifier la catégorie ne sont pas présentés dans ce tableau. Ceci explique que le total des pourcentages par État membre n'atteint pas 100%.

Fig. II.1.5.5 Evolution du nombre de cas sida et du nombre de décès associés (1985-2001)



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

Fig. II.1.5.6 Hépatites virales déclarées en population générale au Grand-Duché de Luxembourg (1995-2001)



Dans le cadre du plan d'action drogues 2000-2004 du Ministère de la Santé, **le point focal OEDT** a mis en œuvre un plan de Recherche – Action intitulé " Prévalence et propagation de l'hépatite virale C (VHC) et du VIH au sein de la population d'usagers problématiques de drogues d'acquisition illicite (UPD). Dépistage, prise en charge et réduction des risques et dommages ".

Le plan de recherche repose sur cinq axes prioritaires:

- 1° Dépistage individualisé du VHC et du VIH au sein de la population des UPD.
- 2° Estimation de la prévalence et de l'incidence du VHC et VIH parmi la population cible.
- 3° Orientation des personnes infectées vers des structures adéquates de prise en charge.
- 4° Analyse du lien entre comportements à risque et infection au VHC et VIH.
- 5° Analyse de l'efficacité des stratégies actuelles de prévention et de réduction de risques/dommages.

Les résultats escomptés sont :

- 1° Contact avec une population difficilement accessible par le biais d'une offre tangible et individualisée. Création d'un espace d'opportunité pour transmettre le message préventif, de promouvoir la réduction des risques et d'envisager avec le demandeur une prise en charge plus soutenue. Connaissance par l'utilisateur lui-même de sa sérologie VHC et HIV. Réduction des risques et dommages pour l'utilisateur et son entourage.
- 2° Données de prévalence valides qui permettent de mesurer l'ampleur réelle et la progression du HCV et du VIH parmi la population cible.
- 3° Diagnostic précoce et réduction des dommages causés par le développement des maladies respectives, suivi médical, augmentation de la qualité de la vie et, dans le meilleur des cas, prolongation de la durée de vie des personnes concernées.
- 4° Des données qualitatives devront permettre de déterminer des facteurs à risques et des facteurs protecteurs face à l'infection au VHC et au VIH, à intégrer dans la conceptualisation des stratégies de prévention et de réduction des risques.
- 5° Les données de prévalence et d'incidence constituent une base valide à l'évaluation de l'impact des stratégies d'intervention passées et futures.
- 6° Selon les ressources disponibles, les axes prioritaires seront complétés par des interventions de type vaccination contre l'hépatite B et A (VHB /VHA), permanences médicales, etc..

7° Recommandations pour la mise en place d'un réseau permanent d'observation et d'intervention en matière de maladies infectieuses au sein de la population cible.

Le financement du projet est assuré par le Fonds de lutte contre le trafic des stupéfiants. En septembre 2002 le Comité National D'Éthique de la Recherche (CNER) a avisé le projet favorablement. Le projet débutera début 2002 et impliquera tous les acteurs de terrain compétents.

II.1.6 TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION

Le programme de substitution par la méthadone a été mis en place en 1989 sous la coordination du Ministère de la Santé et de la Fondation JDH. Le nombre de places d'encadrement offertes par le programme est passé de 30 en 1993, à 164 en 1999. En 2001, le nombre total de participants (158) est resté stable. *(En guise d'explication, une augmentation des prises en charge plus intensives: parentalité, poly-consommateurs, double diagnostique, etc., peuvent être invoqués.).* Initialement, le programme se limitait à la ville de Luxembourg et aux environs immédiats. Depuis 1994, d'importants efforts ont été déployés afin de régionaliser le programme en question en collaboration avec des médecins prescripteurs agréés et de pharmaciens distributeurs.

La prescription de méthadone liquide s'inscrit dans le cadre d'un traitement à long terme dont l'objectif final demeure l'abstinence, bien que pour un certain nombre de patients, il y a lieu de parler d'un encadrement de maintenance ou de stabilisation. Depuis le début de l'année 2000, la prescription de buphrénorphine est également pratiquée selon indication pour certains patients admis au 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 à la lumière de l'expérience acquise.

A retenir enfin que la fondation JDH, en collaboration avec le Centre de Recherche Henri-Tudor, a développé un logiciel d'évaluation, opérationnel depuis la fin de l'année 1998 et mis à jour en 2000.

Statistiques du Programme Méthadone (JDH) 1997-2001

		1997	1998	1999	2000	2001
NOMBRE DE PARTICIPANTS		158	186	164	158	158
DISTRIBUTION SELON SEXE						
	MASCULIN	68%	70,5%	64%	66%	68%
	FÉMININ	32%	29,5%	36%	34%	32%
NATIONALITÉ						
	LUXEMBOURG	73%	74%	76%	73%	75%
	PORTUGAL	13%	13%	13%	16%	15%
	ITALIE	6%	5%	5%	4%	3%
	FRANCE	4%	3%	2%	3%	2%
	BELGIQUE	1%	1,5%	1%		1%
	CAP-VERT	1%	1,5%	2%	1%	1%
	ESPAGNE	1%	1%	0,5%		
	ALLEMAGNE		1%	0,5%	3%	2%
	Ex-YOUGOSLAVIE	1%				1%
DISTRIBUTION D'ÂGE						
	< 20	d.m.	0,5%			
	20-24	d.m.	10,5%	11%	8%	3%
	25-29	d.m.	29%	25,5%	28%	22%
	30-34	d.m.	33%	32%	29%	32%
	35-39	d.m.	18%	20,5%	23%	27% d
	≥ 40	d.m.	9%	11%	12%	16% d
DURÉE DE TOXICODÉPENDANCE						
	< 3 ANS	1%	2%	2%	3%	3%
	3-5 ANS	16%	16%	17%	6%	6%
	6-10 ANS	42%	46%	45%	31%	31%
	11-15 ANS	28%	24%	24%	27%	27%
	> 15 ANS	13%	12%	12%	32%	32%
	Inconnu				1%	1%
PROVENANCE GÉOGRAPHIQUE						
	Sud	47%	44,5%	48%	45%	43%
	Luxembourg Ville (+alentours)	30%	29%	24%	32%	34%
	Nord	16%	22%	23%	20%	20%
	Est	6%	4%	5%	3%	3%
	Ouest	1%	0,5%			
MOTIFS DE SORTIE						
	Abandons	d.m.	54%	62,5%	68%	49%
	Traitement à terme	d.m.	22%	16%	13%	16%
	Cures résidentielles	d.m.	15%	9%	10%	5%
	Prison	d.m.	3,5%	7%	3%	10%
	Décès	d.m.	3,5%			
	Exclusion	d.m.	2%	5,5%	3%	5%
	Tranfert				3%	
	Convenance					10%
	Autres					5%

Source: Fondation JDH 2001

Une première évaluation du programme méthadone a été entreprise en 1995. En 1998, JDH, avec le support du PFN, commandité la création d'un logiciel statistique de gestion des données d'admissions. En 2000 une deuxième évaluation à caractère scientifique et basée sur les données fournies par le logiciel en question fut entreprise par un consultant extérieur.

Les principaux résultats de l'évaluation qui porte sur les années 1993 à 2000 (Dellucci 2001) se résument comme suit :

- ▶ accroissement du nombre de patients féminins au cours de la période évaluée;
- ▶ la grande majorité des patients passent en moyenne entre 1 et 2 ans au programme. Depuis 1999, on observe une augmentation au niveau de la proportion d'ancien clients;
- ▶ les patients d'origine portugaise représentent le principal groupe de clients non-luxembourgeois;
- ▶ augmentation du nombre de patients originaires de la région du nord du pays ce qui a été confirmé par les données RELIS sur l'ensemble des usagers problématiques de drogues;
- ▶ amélioration de la situation de logement des patients en comparaison à la population totale d'usagers problématiques de drogues;
- ▶ augmentation de la proportion de patients en situation de dépendance sociale.

Parallèlement au programme méthadone conventionné par le Ministère de la Santé, un nombre important d'usagers se voient prescrits un **traitement de substitution par le réseau de médecine libérale** soit en attente de leur entrée au programme, soit dans le but d'une désintoxication ou d'une maintenance bas-seuil hors programme. Les données fournies par l'Union des Caisses de Maladie permettent d'esquisser l'envergure du nombre de personnes qui ont bénéficié de 1999 à 2001 d'une prescription de médicaments avec l'indication de traitement de substitution (MEPHENON ®, METHADICT ®, SUBUTEX ®) et du nombre de médecins prescripteurs.

ANNÉE	1999	2000	2001
Nombre de patients bénéficiaires	745	844	849
Nombre de médecins prescripteurs	125	145	147

Source : Union des Caisses de Maladie 2002

Etat de la législation :

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

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

II.1.7 SERVICES RESIDENTIELS DE DESINTOXICATION

Cinq hôpitaux régionaux offrent des services de désintoxication physique (sevrage) par le biais de leurs services psychiatriques respectifs. L'unité de désintoxication présentant la plus grande capacité d'accueil spécialisé se trouve au sein d'un département spécialisé (BU V) du Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique (CHNP). Les 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 quatre hôpitaux généraux, sont à consulter au chapitre II.4.3.

Statistiques du BU-V du CHNP 1997-2001

		1997	1998	1999	2000	2001
NOMBRE D'ADMISSIONS		226	251	272	247	242
NOMBRE DE PREMIÈRES ADMISSIONS			70	62	66	47 ↘
NOMBRE DE PATIENTS (COMPTAGES MULTIPLES EXCLUS)			158	155	161	153
DISTRIBUTION						
SELON SEXE						
MASCULIN		72%	80,5%	70%	76%	77%
FÉMININ		28%	19,5%	30%	24%	23%
DISTRIBUTION D'ÂGE						
	< 15	1%	0,20%	0%	1%	0%
	15-19	1%	4,80%	8%	4%	5%
	20-24	31%	24%	23%	22%	17,5% ↘
	25-29	25%	32%	32%	31%	27,5%
	30-34	26%	21%	25%	24%	23,5%
	35-39	13%	16%	9%	13%	16,5%
	≥ 40	3%	2%	3%	5%	10% ↗
ORIENTATION POST SEVRAGE						
	RETOUR AU DOMICILE	42%	23%	25%	12%	50,3%
	RETOUR À LA SCÈNE	29%	46%	31%	35%	19,7%
	RETOUR SCÈNE OU DOMICILE			20%	23%	2%
	INSTITUTION THÉRAPEUTIQUE LUX	11%	12%	9%	9%	5,2%
	INSTITUTION THÉRAPEUTIQUE À L'ÉTRANGER	10%	10%	6%	16%	13%
	INSTITUTION / FOYER	5%	3%	4%	4%	5,8%
	AUTRE	3%	6%	5%	1%	4%

Source: CHNP - RELIS 2001

II.1.8 LES SERVICES EXTRAHOSPITALIERS

Structures de consultation et d'accueil

Le principal centre de consultation pour toxicomanes issu du secteur extrahospitalier a déjà été mentionné; il s'agit de la Fondation JDH. Son offre couvre des interventions thérapeutiques à court, à moyen et à long terme, des interventions de crise, une assistance sociale et des entretiens d'orientation et de conseil. JDH coordonne par ailleurs le programme national de substitution par la méthadone. Le siège central de JDH, qui se trouve à Luxembourg Ville, dispose également d'antennes dans le sud du pays à Esch-sur-Alzette et, depuis février 1998, dans le nord, à Ettelbrück. Depuis 2000, JDH a conclu une convention unique avec le Ministère de la Santé. A la date du 1er janvier 2001, JDH disposait de 15,5 postes plein temps pour couvrir la totalité des activités.

Statistiques du centre de consultation JDH de Luxembourg -Ville 1997-2001

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

Source: Fondation JDH. 2001

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

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

Source: Fondation JDH 2001

Structures résidentielles, communautés thérapeutiques

Au niveau national, il existe un seul centre thérapeutique résidentiel pour personnes toxicomanes, situé à Manternach (Est). **Le Centre Thérapeutique de Manternach (CTM)**, en tant que annexe du CHNP, était conçu pour l'accueil de 18 patients au sein d'un même site. En 1998, il a été décidé de porter la capacité maximale du CTM à 25 lits afin de pouvoir faire face à des situations d'urgence (5 lits sont réservés à des patients sous méthadone). 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. Avec une occupation annuelle moyenne de 22 lits, le CTM atteint actuellement son seuil de fonctionnement normal.

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

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 CTM s'est efforcé durant les dernières années à faire participer davantage chaque client(e) à l'élaboration de son plan thérapeutique. Ce plan individuel fixe des buts et des échéances que le client et l'équipe s'engagent à respecter mutuellement. Néanmoins, suite aux conclusions d'évaluation ou de réévaluation, des modifications peuvent être effectuées. 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.

**Statistiques du Centre Thérapeutique de Manternach - Syrdallschlass
(1997-2001)**

		1997	1998	1999	2000	2001
NOMBRE TOTAL DE PATIENTS HÉBERGÉS (nouveaux patients et patients de l'année précédente encore présents, enfants exclus)		55	55	59	56	52
NOMBRE D'ADMISSIONS (ANNÉE EN COURS)			39	47	43	34
NOMBRE DE PATIENTS ADMIS (ANNÉE EN COURS)		36	37	40	37	31
OCCUPATION MOYENNE MENSUELLE				20,1	21,6	21,1
JOURNÉES DE PRÉSENCE DES PATIENTS		6.580	8.101	7.348	7.910	7.709
DISTRIBUTION SELON SEXE						
MASCULIN		82%	87,5%	77,9%	75%	86,5%
FÉMININ		18%	12,5%	22,1%	25%	13,5%
DISTRIBUTION D'ÂGE.						
	< 20	6,5%	7,2%	3,4%	8,9%	3,9%
	20-25	43,5%	35,7%	32,2%	26,8%	15,4% ↘
	26-30	25,8%	23,2%	25,4%	35,7%	44,2% ↗
	> 30	24,2%	33,9%	39%	28,6%	36,5%
NATIONALITÉ						
	LUXEMBOURG	69,4%	66%	64,4%	73,2%	69,8%
	PORTUGAL	9,7%	12,4%	18,6%	8,9%	7,7% ↘
	ITALIE	6,5%	8,9%	6,8%	5,4%	15,4% ↗
	ESPAGNE		3,6%	3,4%	7,1%	3,9%
	ALLEMAGNE	4,8%		1,7%	1,8%	1,9%
	FRANCE	4,8%	1,8%	1,7%	1,8%	
	BELGIQUE	1,6%	1,8%	1,7%		
	EX-YOUGOSLAVIE	1,6%	1,8%		1,8%	1,9%
	MAROC		1,8%			
	APATRIDE	1,6%	1,9%	1,7%		
ETAT CIVIL						
	CÉLIBATAIRE	82,3%	85,7%	81,3%	87,5%	80,8%
	MARIÉ(E)	1,6%	3,6%	8,5%	3,5%	5,8%
	SÉPARÉ(E)	3,2%	1,9%	3,4%	1,8%	
	DIVORCÉ(E)	12,9%	8,8%	6,8%	5,4%	9,6%
	VEUF(VE)				1,8%	1,9%

Source: CTM. 2001

Les structures d'accueil pour mineurs d'âge

Créé en 1996 et conventionné de 1997 à 1999 par le Ministère de la Famille, le **projet "MSF -SOLIDARITE JEUNES"** (Médecins Sans Frontières) se situe au point d'articulation des domaines sanitaire et judiciaire. Le projet s'adresse à tous les jeunes consommateurs de drogues licites et illicites de moins de 18 ans et à leurs familles ayant des difficultés avec les instances institutionnelles, et s'efforce de constituer un réseau de collaboration entre les institutions sanitaires et judiciaires afin de faciliter la réinsertion de jeunes en difficultés. Dans le cadre de la collaboration

avec les institutions stationnaires, MSF-SOLIDARITE JEUNES offre des formations destinées aux intervenants socio-éducatifs travaillant dans les foyers et centres d'accueil.

En date du 1er janvier 2000 fut conclue une convention de collaboration unique entre MSF-SOLIDARITE JEUNES et le Ministère de la Santé qui porte sur trois postes de psychologues plein temps.

Statistiques du projet MSF-SOLIDARITE JEUNES 1997 - 2001

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

Source: Solidarité Jeunes (MSF). 2001

II.1.9 LES SUIVIS EN POSTCURE

La gestion de la **maison de postcure** qui a ouvert ses portes en 1995, incombe à la Fondation JDH et au CTM, et se trouve sous la tutelle du Ministère de la Santé. La population se compose principalement de patients ayant suivi à terme le programme thérapeutique du CTM. Le centre en question dispose d'une capacité d'accueil de 7 personnes qui peuvent profiter d'un logement et d'un encadrement psychologique pour une durée de 6 à 12 mois. A ce stade, la plupart des résidents disposent d'une occupation professionnelle. Le centre de postcure représente en quelque sorte la dernière étape d'un processus de réhabilitation, qui dans beaucoup de cas, va de la désintoxication d'urgence à la réintégration socioprofessionnelle. En 2001, 10 (9) personnes ont séjourné dans la maison de post-cure pour un total de 1.306 (1.370) jours de présence. Le taux d'occupation moyen en 2001 s'élevait à 3,58 (3,83) résidents.

II.1.10 INTERVENTIONS DE REINTEGRATION SOCIOPROFESSIONNELLE

Outre les activités de formation et de réinsertion proposées par le CTM dans le cadre du programme thérapeutique, il convient de mentionner la création d'un service spécialisé au sein de la Fondation JDH, retenu par le plan d'action 2000-2004 et promu par le service AST de la Direction de la Santé.

A partir du septembre 2000, la JDH a en effet démarré un projet d'aide à la réinsertion par le logement, nommé "**le projet niches**". Ce projet a pris son point de départ à partir de la constatation qu'un certain nombre de personnes en voie de rétablissement ne disposent pas des ressources nécessaires pour se procurer un logement convenable, facteur essentiel de stabilisation à un certain stade du processus de réintégration.

Le projet fonctionne de la manière suivante: la Fondation loue des studios ou appartements, se porte garant pour le loyer et sous-loue les biens immobiliers aux clients concernés. Un fonds de roulement d'un million Flux, servant aux avances de loyer a été mis à disposition par le Fonds de lutte contre le trafic des stupéfiants. Les frais courants sont reportés sur les sous-locataires. Un suivi psychosocial est garanti, défini de manière individuelle selon les besoins constatés.

Le premier défi consistait à trouver des propriétaires ou agences disposés à louer à une clientèle généralement marginalisée. Une campagne d'information auprès de la presse et des agences immobilières a porté ses fruits; des relations de confiance ont pu être établies.

Ensuite, il s'agissait de trouver des objets convenables, mais abordables pour des personnes à revenu modeste. A noter que des formes de soutien tout à fait différentes peuvent s'avérer nécessaires selon le cas: aide pratique, aide financière ou aide psychosociale.

Fin 2001, 11 appartements/studios ont pu être loués. Le projet a permis de constater l'envergure des demandes de logement, alors que l'offre en locations abordables s'avère très réduite.

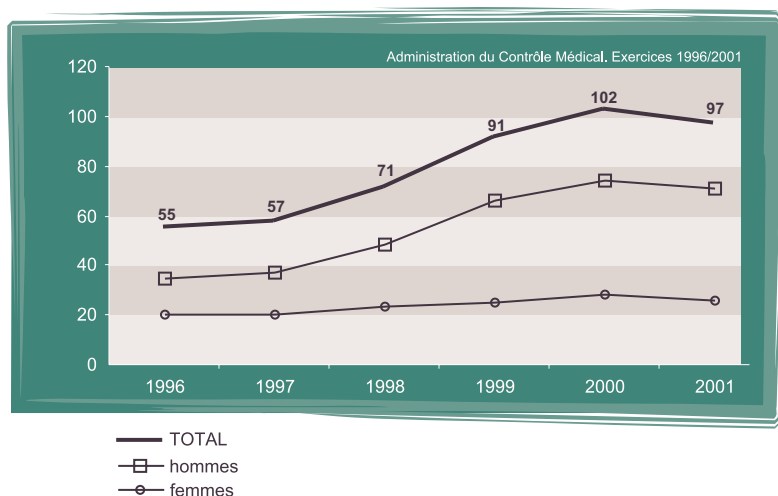
II.1.11 LES DEMANDES DE TRAITEMENT A L'ETRANGER

Ci-après figurent les données statistiques relatives aux demandes de traitement résidentiel (drogues dures et polytoxicomanie) à l'étranger de 1997 à 2001:

GROUPE D'ÂGE	(96)	(98)	(00)	(01)	HOMMES (01)		FEMMES (01)	
	N	N	N	N	N	%	N	%
< 20 ANS			3	3	1	1	2	2
20 À 25 ANS			33	26	15	15,5	11	11,3
> 25 ANS			66	68	55	56,7	13	13,5
TOTAL	55	71	102 ▲	97 ▼	71	73,2	26	26,8
Âge moyen			27,9 ans		30 ans		29 ans	

Source : Administration du Contrôle Médical : Cures de désintoxication (drogues dures et polytoxicomanie) à l'étranger - Exercices 1997/2001.

Fig. II.1.11 Cures de désintoxication (drogues dures et polytoxicomanie) à l'étranger - Exercices 1996/2001.



Source : Administration du Contrôle Médical

II.1.12 LE TRAITEMENT EN MILIEU CARCERAL

- Statistiques des entrées au CPL et CPG

Le tableau ci-après reprend le nombre de détenus nouvellement admis aux établissements pénitentiaires du Grand-Duché de Luxembourg pour infraction(s) au code "DELIT-STUP" couvrant la période de 1989 à 2001. Au 1er septembre 2001, la population carcérale totale s'élevait à 338 (400) détenus (CPL: 274 / CPG: 64). Au total on comptait 913 entrées et 956 sorties. On observait de 1996 à 1999, une diminution importante de la proportion de détenus admis aux centres pénitentiaires pour des motifs d'infraction à la loi sur les stupéfiants. Le taux en question semble s'être stabilisé au cours des dernières deux années.

ANNEE	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01
NOUVELLES ENTRÉES (TOTAL)							713	685	858	796	859	767	687
NOUVELLES ENTRÉES "STUP"	163	244	277	157	246	288	296	292	309	167	139	161	150
							41,5%	42,6%	36%	21%	16%	21%	22%

Source: Administration pénitentiaire. 2002

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

Conjointement, un groupe d'experts mandaté par le ministre de la Justice a soumis une proposition de projet pilote s'étalant de 2000 à 2005 qui vise la prise en charge globale des détenus toxicomanes, couplé à un programme de prévention primaire et de prévention des maladies infectieuses et la création d'unités sans drogues au sein des prisons. Un avant-projet a été introduit par la direction du CPG et CPL auprès du délégué du procureur général d'Etat en juillet 1999. En octobre 2001 a eu lieu la présentation du concept final élaboré par un expert étranger. Un comité de direction suit actuellement l'implémentation du projet. A préciser enfin que depuis le début de l'année 2001, le protocole RELIS est appliqué à tout détenu pour infraction(s) à la loi sur les stupéfiants aux fins d'une meilleur monitoring de la population cible en milieu pénitentiaire.

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

Les membres des équipes CDNS, du CTM et de la Fondation JDH assurent des consultations au sein des deux établissements pénitentiaires établis sur le territoire national.

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

Offre de prise en charge en milieu carcéral par JDH 1998 - 2001

		1998	1999	2000	2001
NOMBRE DE DÉTENUIS PRIS EN CHARGE		43	61	73	75
NOMBRE DE SÉANCES DE CONSULTATION		260	401	478	434
SANS CONTACTS ANTÉRIEURS AVEC LES SERVICES DE JDH		63%	36%	35%	32%
DISTRIBUTION					
SELON SEXE	FÉMININ	17%	8%	13%	16%
	MASCULIN	83%	92%	87%	84%
DISTRIBUTION					
SELON ÂGE	15-19		3%		3%
	20-24	28%	14%	21,5%	17%
	25-29	35%	52%	36%	33%
	≥ 30	37%	31%	42,5%	47%
SUBSTANCE PRÉFÉRENTIELLE					
IMPLIQUÉE	HÉROÏNE	44%	31%	91%	84,5%
	POLYTOXICOMANIE	42%	44%		
	COCAÏNE ET HÉROÏNE	5%	18%		
	AUTRE	9%	7%	9%	15,5%

Source: Fondation JDH. 2001

- Traitement de substitution en milieu carcéral

Actuellement, le service médical du centre pénitentiaire offre trois types d'intervention aux détenus toxicomanes :

1. Traitement de sevrage
2. Traitement de substitution
3. Mesures de réduction de risques et dommages

A titre indicatif on retiendra qu'en 2001, 134 (74) personnes ont suivi un traitement de substitution (Méthadone, Subutex, Burgondin) au sein du CPL. La dose moyenne pour la méthadone était de 50 mg par jour, se situant dans une marge de 5mg à 120mg. La durée moyenne de traitement à la méthadone en 2001 était de 106 jours.

78 patients sous traitement de substitution ont été élargis ou transférés dans une autre institution. 30 patients ont souhaité arrêter le traitement à la méthadone pendant leur incarcération de leur propre gré. 2 personnes ont été exclus du programme de traitement pour des raisons de trafic de substance de substitution. 15 patients substitués ont été réincarcérés durant l'année 2001. 53 patients ont diminué leur dose au cours de leur séjour et 67 ont suivi un traitement à dose stable.

- Prévention VIH/SIDA et hépatites en milieu carcéral

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

Le test de dépistage du 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 2001, plus de 500 (200) tests de dépistage de l'infection VIH ont été effectués aux centres pénitentiaires du Luxembourg. Aucun nouveau cas d'infection par le VIH n'a été dépisté.

432 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	2000	2001
HÉPATITE A:	90 cas	125	172	115	267 (62%)
HÉPATITE B:	63 cas	70	74	43	104 (24%)
ANTIGÈNE HBS:	7 cas	5	8	5	9 (2%)
ANTICORPS HBS:	18 cas	34	29	44	91 (21%)
HÉPATITE C:	69 cas	78	82	54	85 (20%)
SYPHILIS:	2 cas	1	3	2	13 (3%)
Nb. TOTAL D'EXAMEN SÉROLOGIQUES	221	252	282	185	432

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

	1997	1998	1999	2000	2001
HÉPATITE A:	46	71	79	51	125
HÉPATITE B:	7	7	6	4	3
HÉPATITE C:	19	17	28	23	30

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

	1997	1998	1999	2000	2001
HÉPATITES B ET C:	21	20	19	7	18
HÉPATITES A ET B ET C:	16	30	20	14	23
HÉPATITES A ET B:	17	13	29	18	62
HÉPATITES A ET C:	11	11	15	10	16

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

II.1.13 LES GROUPES D'ENTRAIDE

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

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

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

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

II.1.14 EVENEMENTS, PROGRAMMES ET PUBLICATIONS EN 2001

Juin 2001 (13) : Conférence organisée par Fondation Jugend- an Drogenhëllef intitulée : " Psychiatrie et dépendance à une substance ".

Juin 2001 (15.&16.) : Europäischer Workshop zur Motivation von Freiwilligen in der primären Suchtprävention "Prevention needs volunteers!-Volunteers need...!?"organisé par le Centre de prévention des toxicomanies et le Zentrum für empirische pädagogische Forschung.

Juli 2001 (2.-7.) : IRON TEAM – eine grenzüberschreitende Adventure-Rallye (Marienthal-Bech-Fliessem-Wallendorf).

Juli 2001 : Soirée cabaret intitulé " Hey, das geht gut rein " par Jemas Solo organisé par la Suchtpräventionsgruppe de Walferdange.

Juli 2001 : Conférence par le Dr Bernhard Spitzer (Psychiatre, Neurologue dans la Landesnervenklinik Mauer) intitulée " Drogen in der Gesellschaft – Moderne Ansätze der Drogentherapie ".

Octobre 2001 (17): Conférence par Mme Teresa GARCIA (Psychologue et psychothérapeute, co-fondatrice et Directrice de l'Institut Gregory Bateson à Liège) intitulée: " Les jeunes – délinquants, consommateurs de drogues, dépassant les limites, (...) " organisée par Caritas Luxembourg et MSF.

Novembre 2001 : Parution de la brochure " hallucinogènes " par le Centre de Prévention des Toxicomanies.

Décembre 2001 : Le Centre de Prévention des Toxicomanies a rassemblé dans un coffret de prévention un choix de matériel ludique et pédagogique pour les multiplicateurs potentiels que sont les enseignants, les parents et toute personnes intéressée désirant aborder le sujet de la prévention avec des enfants de 3 à 6 ans.

Décembre 2001 : Le Centre de Prévention relance à l'occasion des fêtes de fin d'années sa campagne contre l'abus d'alcool " Keen Alkohol ënner 16 Joer, mir haalen eis drun ".

Décembre 2001 : Campagne de sensibilisation " What's what ?Drugs'n more " lancée en collaboration avec le Service Nationale de la Jeunesse et le Centre de Prévention des Toxicomanies.

Avril 2002 (17) : Dans le cadre de la semaine de prévention du projet 'd'Schoul op der Sich (SOS)-Iwwer den Emgang mam Thema Drogen', le SPOS, le CePT et les membres des groupes de coordination des établissements d'enseignements post-primaire participants ont invité à une table ronde intitulée : " Noutwendegkeet an Grenzen vum Secret professionnel ".

Chapitre II.2

Sommaire des travaux de recherche récents

II.2.1 Origer, A. & Dellucci, H. (2002). *Etude épidémiologique et méthodologique des cas de décès liés à l'usage illicite de substances psycho-actives – analyse comparative 1992 - 2000* Séries de recherche n°3, Point focal OEDT Luxembourg – CRP-Santé, Luxembourg.

RESUME

Les conséquences de l'abus de drogues alimentent un large spectre de détresse individuelle et sociale. Le décès d'un usager de drogues vient la plupart du temps signer l'issue d'un enchevêtrement dont les éléments constitutifs sont difficilement repérables a posteriori. La notion de mortalité liée à l'usage de drogues inclut tant les suites fatales d'une intoxication aiguë (surdose) que les décès pour lesquels l'usage de drogue(s) a pu constituer une cause associée. Il s'agit là néanmoins de deux réalités distinctes en termes de repérage épidémiologique. Le présent travail de recherche vise d'une part à cerner les facteurs qui mènent un individu de l'usage expérimental de drogues à une issue fatale (Partie I) et de l'autre, de proposer des repères méthodologiques permettant de disposer de données de prévalence et d'incidence fiables (Partie II).

Partie I

Depuis 1985, l'évolution du nombre de **décès par surdosage** au Grand-Duché de Luxembourg a suivi une tendance générale à la hausse, atteignant un total de 29 personnes en 1994 pour ensuite redescendre graduellement à 10 cas en 1997. Depuis lors, on a observé une tendance continue à la hausse atteignant 26 cas en 2000 suivis de 18 cas en 2001. Ces cas de décès ne constituent qu'une partie des victimes dont la mort peut être associée à l'usage de drogues. En termes de **mortalité totale liée à l'usage de drogues** (décès directs et indirects), on dénombrait 23 cas en 1992 alors que cette même prévalence s'est stabilisée autour de 40 cas par année depuis 1995.

Exprimée en nombre de **cas de surdose par rapport à la population générale** du Grand-Duché de Luxembourg, cette proportion s'élevait à 6,43 décès par surdose pour 100.000 habitants en 2000 (3,95 décès par surdose pour 99 et 2,09 pour 97). Une comparaison sommaire au niveau européen fait apparaître que le taux observé au Luxembourg est supérieur à ceux observés dans la majorité des autres états membres de l'UE, même si en 2001, le taux de surdose témoignait à nouveau d'une baisse sensible (18 cas).

Comparé à l'estimation du nombre total d'utilisateurs problématiques de drogues illicites au G.-D. de Luxembourg en 2000 (N = 2.450), en 1999 (N = 2.350) et en 1997 (N = 2.100) (Origer 2001), le nombre de décès par surdose représente une proportion se situant entre 0,48% en 97 et 1,1% en 2000 (0,77% en 99). En référence au nombre total de décès, **toutes causes confondues**, enregistrés par les forces de l'ordre, cette proportion affiche des variations plus faibles: 1,346% en 2000, 1,361% en 1999 et 1,333% en 1997.

Deux stratégies d'action émanent des constats épidémiologiques de cette première partie de l'étude. En premier lieu la nécessité de mettre en place un **dispositif d'encadrement qui permette de cibler de façon précoce et active les usagers** à haut risque et ensuite le **développement de programmes de ré-insertion** fonctionnant comme "espace de transition" à même de combler le vide psychosocial qui s'observe fréquemment suite à l'arrêt d'un épisode institutionnel (e.g. prison, hôpital, centre thérapeutique). Il va sans dire que ces programmes doivent être intégratifs en prenant les bénéficiaires en charge avant leur sortie institutionnelle. Une approche active en termes de prévention des risques, le travail en réseau multidisciplinaire et une reconnaissance précoce d'éléments à haut risque semblent à l'heure actuelle les moyens les plus adéquats afin de réduire la morbidité et la mortalité au sein de la population d'utilisateurs de drogues.

Partie II

La deuxième partie de l'étude aborde principalement les trois questions suivantes:

Quelle est la concordance entre les données fournies par les différents registres nationaux en matière de décès et d'utilisateurs de drogues ?

Une comparaison sommaire des données du Registre Spécial de la Section des Stupéfiants de la Police Judiciaire (RSPJ) et du Registre National des Causes de Décès (RCD) a permis de constater que l'extraction des cas de décès liés à l'usage de drogues à partir du RCD par l'application d'un standard prédéfini tel que le standard DRD recommandé par l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT), mène systématiquement à une prévalence supérieure à celle fournie par le RSPJ. Toutefois, les données, quantitativement différentes, s'accordent sur une même tendance (courbe évolutive) au cours des années 90. Cette observation s'applique particulièrement aux décès par surdose et à la mortalité en général, alors que l'évolution du nombre de décès associés n'affiche pas de tendance dominante.

Est-ce que les données incluses dans le RCD et l'application d'un standard donné (DRD) permettent une estimation fiable et valide de la prévalence de la mortalité liée à l'usage illicite de drogues ?

Le standard DRD constitue un outil de référence valide pour estimer la prévalence de la mortalité liée à l'usage de drogues au Grand-Duché de Luxembourg. Sa pertinence est toutefois tributaire des procédures nationales en matière de collecte et d'encodage des données au niveau des registres des causes de décès. Une analyse comparative des données fournies par toutes les sources disponibles permet de détecter les discordances éventuelles, d'ajuster le standard aux réalités nationales et d'affiner les paramètres de prévalence notamment au regard de la distinction entre les cas de surdoses et les décès associés. En tout état de cause, l'application indifférenciée des différents standards recommandés par l'OEDT ne permet pas de disposer de données de prévalence valides en raison des spécificités du recensement des cas de décès au niveau national. L'étude a ainsi permis aux chercheurs de se prononcer sur une méthode adaptée au contexte national, combinant à la fois les avantages du standard DRD (CIM-9 et CIM-10) et les données complémentaires de nature plus qualitative fournies par les registres portant exclusivement sur la mortalité en rapport à l'usage illicite de drogues. De façon générale, on note une meilleure concordance des causes de décès indexées par RSPJ et le RCD (CIM-9 : 70% / CIM-10 : 87%) depuis l'application de la CIM-10 par le RCD.

Quels moyens peuvent être mis en œuvre afin d'améliorer la qualité des données nationales de prévalence et d'incidence en matière de mortalité liée à l'usage de drogues ?

En vue d'expliquer la discordance entre les différentes sources de données (RSPJ, RCD-DRD), il convient d'insister sur les procédures de recensement des décès au niveau national. On retient en effet **deux facteurs de variabilité** au niveau de la dernière; le premier étant la **qualité des données** inscrites par le médecin complétant le certificat de décès et le second, **l'interprétation** (application des critères diagnostiques de la CIM-9/10) par les agents du RCD des données figurant sur le certificat de décès. Ces deux moments dans la production des données primaires font intervenir des facteurs individuels difficilement quantifiables. D'autre part, il est d'une importance cruciale que les responsables du RCD disposent, le cas échéant, de tous **les rapports médico-légaux (autopsies, analyses toxicologiques)** sur les victimes de surdose et ce, dans des délais raisonnables, afin d'accroître la concordance entre le RSPJ et les données incluses au RCD. L'élaboration d'un **protocole réglementant la transmission des données médico-légales** aux registres généraux et spéciaux de décès ainsi que le croisement des sources selon les critères retenus par une analyse comparative des mêmes registres constituent des créneaux de développement intéressants et nécessaires.

II.2.2 Origer, A. (2002). *Le coût économique direct de la politique et des interventions publiques en matière d'usage illicite de drogues au Grand-Duché de Luxembourg*, Séries de recherche n°4, Point focal OEDT Luxembourg – CRP-Santé, Luxembourg.

RESUME

Le travail de recherche porte sur l'estimation du coût économique direct de la politique et des interventions publiques en matière d'usage illicite de drogues au Grand-Duché de Luxembourg. Le cadre temporel retenu par les auteurs est l'année budgétaire 1999.

Il s'agit d'une estimation qui concerne exclusivement les dépenses publiques directes excluant dès lors le " *coût des conséquences indirectes* " et le " *coût des conséquences intangibles* " ainsi que les dépenses de consommation à porter par l'utilisateur de drogues lui-même. En termes méthodologiques, les chercheurs se sont appuyés sur les concepts de la méthode "Cost of Illness".

Pour l'année 1999, le coût économique direct à supporter par la collectivité est estimé à 23,345 millions d'euros ce qui équivaut à 941,7 millions d'anciens francs luxembourgeois. On peut ainsi retenir une dépense annuelle par tête d'habitant de 54.- €. En référence aux estimations les plus récentes du nombre d'utilisateurs problématiques de drogues illicites (UPD) au niveau national (Origer 2000), on retient un coût moyen annuel par UPD de 9.934.- €.

39% des dépenses estimées sont consacrées à des activités de réduction de l'offre contre 59% qui sont attribuées aux mesures de réduction de la demande et des risques associés à l'usage illicite de drogues. 1 % des ressources sont consacrées respectivement aux activités de recherche et aux contributions internationales directes.

La dépense totale à supporter par la collectivité représente 0.013% du P.I.B. national et 0,05% du budget de l'Etat en 1999.

II.2.3 *International Scientific Conference on Cannabis. Brussels 25/02/2002.*

Le présent texte constitue un sommaire des discussions menées lors de la conférence scientifique internationale sur le cannabis qui s'est tenue à Bruxelles le 25 février 2002. Il s'agit d'un condensé de l'état actuel des connaissances en matière de produits dérivés du cannabis.

Prévalence de l'utilisation du cannabis

Parmi les drogues illicites, le cannabis est le produit le plus consommé au monde. Les enquêtes les plus récentes montrent que l'expérimentation, tout comme l'usage plus régulier de cannabis, est en hausse chez les jeunes depuis une dizaine d'années dans l'ensemble des pays occidentaux. Environ 45 millions de citoyens de l'UE ont essayé le cannabis au moins une fois au cours de leur vie. Néanmoins, l'expérience avec cette drogue est moins répandue en Europe qu'aux Etats-Unis ou en Australie par exemple.

En Europe, l'accroissement de la consommation est d'autant plus important au cours des dernières années que le pays avait une consommation initiale faible. Ainsi, l'expérimentation de cannabis chez les jeunes de 15-16 ans en Finlande a doublé entre 1995 et 1999, passant de 5% à 10%. De même, en France, la prévalence d'expérimentation chez les jeunes de 15-16 ans a fortement augmenté, passant de 12% à 23% entre 1993 et 1999.

Tableau I : Prévalence-vie de consommation de cannabis chez les jeunes de 15 à 16 ans dans différents pays européens

Pays	Prévalence (%)			
	1992	6	1999	27
Luxembourg	1995	6	1999	8
Suède	1995	17	1999	24
Danemark	1995	5	1999	10
Finlande	1995	6	1999	12
Norvège	1995	41	1999	35
Grande-Bretagne	1995	37	1999	32
Irlande	1995	12	1999	23
France	1995	7	1999	8
Portugal	1995	19	1999	25
Italie	1995	22	1999	35
République Tchèque	1995	8	1999	14
Pologne	1995	14	1999	20
Ukraine	1995	4	1999	11
Hongrie	1995			

Source: ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Drugs)¹

Un accroissement similaire de la consommation chez les jeunes est également constaté dans d'autres pays comme les Etats-Unis, le Canada, l'Australie et la Nouvelle-Zélande. En Grande-Bretagne, pays de forte consommation, comme en Italie, la prévalence de consommation semble se stabiliser depuis quelques années.

¹ Pour le Luxembourg les taux de prévalence ne proviennent pas de l'étude ESPAD, mais pour 1992 de l'étude de Matheis (1995) et pour 1999 de l'étude HBSC (2000)

La plupart des consommateurs de cannabis s'initient à titre expérimental durant l'adolescence ou le plus jeune âge adulte. Dans les cultures occidentales l'âge moyen de la première consommation est le plus bas pour le tabac et l'alcool, suivi par le cannabis et les autres drogues illicites. Beaucoup de jeunes arrêtent la consommation après la première expérience ou après une courte période d'utilisation. Les profils des consommateurs de cannabis sont fortement similaires à travers les pays occidentaux. Les consommateurs de cannabis sont issus de toutes les classes sociales, de tous les niveaux démographiques et éducationnels. Les facteurs comme le chômage, l'absentéisme à l'école, un abus de boissons alcoolisées et de tabac, ainsi que des troubles du comportement peuvent jouer le rôle de catalyseur pour certains cas de consommation lourde.

Plusieurs facteurs semblent déterminants aussi bien pour l'usage d'alcool et de tabac que de cannabis, ces trois produits étant souvent associés. C'est le cumul de plusieurs facteurs de risques qui peut mener l'individu vers un comportement d'abus.

Les associations de produits obscurcissent la mise en évidence de facteurs de consommation qui pourraient être propres au cannabis. Ainsi, par exemple, la consommation d'alcool et de cannabis sont-elles fortement corrélées, et d'avantage encore celles de tabac et de cannabis, ne serait-ce que par leur mode similaire de consommation. On peut citer trois facteurs importants qui interviennent conjointement dans l'initiation à la consommation : le contexte familial, la situation scolaire et l'influence des pairs.

Pharmacologie et neurobiologie

Les effets mentaux du cannabis apparaissent 15 à 20 minutes après l'inhalation et 30 à 90 minutes après l'ingestion (Streel, Verbanck et Pelc² 2002). Ingré, l'absorption du THC dans le sang est de 2 à 3 fois moindre qu'en fumant la même quantité, mais la quantité administrée est plus difficile à gérer. Le corps élimine très lentement ; l'élimination complète d'une simple dose peut prendre jusqu'à 30 jours. La composition chimique du cannabis est complexe. Parmi plus de soixante cannabinoïdes recensés à ce jour dans la plante, les principales substances responsables de l'effets pharmacologique chez l'homme sont le Δ^9 -TétraHydroCannabinol (Δ^9 -THC) et, à un degré moindre, le Δ^8 -THC et l'acide Δ^0 -tétrahydrocannabinolique (transformé en Δ^9 -THC lors de la combustion).

² STREEL, E., VERBANCK, P., PELC I (2002). Pharmacology and neurobiological aspects of cannabis in the INTERNATIONAL CONFERENCE on CANNABIS 02/2002

Après inhalation, selon la manière de fumer, 15% à 50% du $\Delta 9$ -THC présent dans la fumée sont absorbés et passent dans le flux sanguin. Cette absorption est très rapide. Les concentrations sanguines maximales sont obtenues en moins de dix minutes en fonction des doses administrées. Très lipophile, le $\Delta 9$ -THC se distribue rapidement dans tous les tissus riches en lipides, principalement le cerveau. Cette fixation tissulaire est responsable d'une diminution rapide des concentrations sanguines. La forte lipophilie, ainsi que l'existence d'un cycle entéro-hépatique et d'une réabsorption rénale se traduisent par des effets psycho-actifs prolongés. La vitesse d'élimination des cannabinoïdes est très variable et dépend de nombreux paramètres : dose, consommation régulière ou isolée, adiposité du sujet etc. L'élimination du $\Delta 9$ -THC et de ses métabolites se fait par différentes voies : digestive, rénale et sudorale.

Les effets pharmacologiques des cannabinoïdes dépendent du système cannabinoïde endogène composé de substances neurochimiques et de récepteurs. Cependant, les études expérimentales analysées ne permettent pas d'expliquer l'ensemble des effets des cannabinoïdes par la seule médiation des récepteurs actuellement identifiés.

Cannabis – drogue de transition ?

Lors d'études épidémiologiques poussées Richter et van Laar⁴ (2002) ne trouvaient dans pas de preuve convaincante que le cannabis serait une drogue de transition : par exemple que les propriétés de la substance même pousse les individus à essayer d'autres drogues illicites. Streel et al. (2002), qui ont mené différentes recherches neuro-biologiques, n'ont pas plus réussi à démontrer un lien.

Récemment, des études en laboratoire ont mené à l'hypothèse que certains animaux dont on avait démontré auparavant la disposition de la prise de drogue, avaient tendance à progressivement augmenter leur consommation d'amphétamines et d'héroïne après une absorption fréquente de fortes doses de cannabis.

D'autres études épidémiologiques⁵ (Fergusson & Holbrook 2000) ont mis en évidence une relation statistique entre l'usage du cannabis et la consommation d'autres drogues plus tard dans la vie, tout en soulignant qu'une relation statistique n'est pas équivalent à une relation causale. La plupart des consommateurs de cannabis ne débouchent pas sur la consommation d'autres drogues. Néanmoins, des facteurs comme le milieu social, des facteurs génétiques, l'environnement scolaire, le comportement ou un accès facile à des marchés illégaux peuvent favoriser une telle relation.

⁴ RIGHTER, H., VAN LAAR, M. (2002). *Epidemiological aspects of cannabis use in INTERNATIONAL CONFERENCE on CANNABIS 02/2002*

⁵ FERGUSSON D., HOLBROOK L. (2000). *Does cannabis use encourage other forms of illicit drug use?* *Addiction* 2000; 95: 505-520

Effets somatiques du cannabis

Les signes somatiques aigus apparaissant après consommation de cannabis sont souvent mineurs et variablement ressentis. Les manifestations cardio-vasculaires varient en fonction de la concentration en $\Delta 9$ -THC : la fréquence et le débit cardiaques augmentent habituellement, et la vaso-dilatation périphérique explique la survenue d'une hypotension ortho-statique ou de céphalées. Les effets broncho-pulmonaires se traduisent par la survenue d'une toux signant une irritation bronchique. D'autres effets ont été décrits, aux niveaux oculaire, digestif et urinaire. La plupart des effets somatiques aigus de la prise de cannabis sont atténués en cas de consommation chronique, en raison du développement d'une tolérance pharmaco-dynamique.

Cannabis durant la grossesse

Il est important de distinguer entre un usager de cannabis occasionnel, régulier ou important. Une consommation occasionnelle de cannabis constitue un risque réduit au niveau de la santé ou du bien-être. La manière d'administration de la drogue (voie orale, inhalation..) influe sur la durée des effets immédiats, tels la disphorie, fréquence cardiaque, etc.. Aucun cas de décès après intoxication aiguë isolée de cannabis n'a jamais été constaté chez l'homme.

D'après les connaissances actuelles l'usage chronique de cannabis n'a aucun effet clinique sur un système d'organe donné, à l'exception des poumons. Le THC peut influencer sur le fœtus à travers le sang de la mère, et sur le bébé à travers le lait du sein. Les effets du cannabis chez le nouveau-né n'ont pas été clairement étudiés ; il n'est pas connu si la consommation de cannabis chez la mère influe sur le développement du bébé.

Cancérogénité du cannabis

L'évaluation d'un effet cancérigène d'un usage régulier de cannabis doit tenir compte du mode de consommation et donc des taux de goudrons et d'autres produits cancérigènes (e.g. benzanthracène) contenus dans les différentes préparations inhalées. Par ailleurs, les effets bronchodilatateurs du $\Delta 9$ -THC pourraient favoriser la rétention des goudrons au niveau des voies aériennes supérieures. Bergeret, Papageorgiou et Pelc⁴ (2002) observent que la quantité de goudron présent dans la fumée d'une cigarette de cannabis est de 50% plus élevée que dans une cigarette de tabac. Les autres modes d'administration de cannabis n'associent aucun risque de cancer. Le Δ -benzopirène contenu dans le cannabis est dans l'état brûlé beaucoup plus cancérigène que le nicotine contenu dans le tabac.

⁴ BERGERET, I, PAPAGEORGIOU, C., PELC, I (2002). Cannabis and physical health in INTERNATIONAL CONFERENCE on CANNABIS 02/2002

Néanmoins, les rares études qui ont tenté d'évaluer le risque d'un cancer des poumons est plus élevé pour les fumeurs de cannabis ou les fumeurs de tabac ne permettent pas de conclure. Il est possible que l'habitude de fumer du cannabis augmente l'habitude de fumer du tabac et l'utilisation conjointe de plus en plus fréquente pourrait éventuellement augmenter le risque d'un cancer.

Troubles mentaux et états mentaux

Hanak, Tecco et Pelc⁷ (2002) avancent que l'utilisation du cannabis peut induire des réactions psychotiques aiguës (illusions et/ou hallucinations) chez des personnes plus sensibles. Ceci est plus probable quand la drogue est ingérée en grandes quantités, et lorsqu'elle est utilisée avec d'autres substances psycho-actives. Après un certain temps d'abstinence les symptômes disparaissent.

Il n'y a pas encore de réponse claire à la question si le cannabis peut déclencher un état psychotique ou non. Une autre incohérence est le fait que d'une part le cannabis peut être nocif pour des personnes souffrant déjà de schizophrénie, alors que d'autre part il peut alléger les symptômes. Les raisons principales pour ces incertitudes persistantes sont des connaissances insuffisantes sur les facteurs de risques de la schizophrénie et le manque d'études cliniques adéquates et d'études épidémiologiques longitudinales. Par conséquent, les relations entre cannabis et troubles schizophréniques restent très controversées et complexes. D'après les données ECA⁸, la prévalence des troubles schizophréniques chez les sujets abuseurs de ou dépendants au cannabis est de 6% alors qu'elle est d'environ 1% en population générale. L'association entre troubles schizophréniques et usage abusif de cannabis pourrait trouver son origine dans diverses situations : automédication d'une schizophrénie primaire pour tenter de soulager les premiers symptômes anxieux ou consommation de cannabis primaire avec développement d'un trouble schizophrénique secondaire. Cette dernière hypothèse, pharmacopsychotique, renvoie à une vulnérabilité schizophrénique révélée ou majorée par la prise de cannabis, et pose la question de troubles qui ne seraient pas décompensés sans ce facteur déclenchant ou activant. Certains arguments plaident en faveur du rôle d'un dysfonctionnement des systèmes endocannabinoïdes dans la physiopathologie de la schizophrénie, que la consommation de cannabis pourrait aggraver.

L'anxiété est supposée être une réaction défavorable commune au cannabis, mais il n'y a pas d'évidence concluante pour ce lien. Une des raisons principale pour ce manque de connaissances est que jusqu'à ces jours les études ont échoué à distinguer clairement entre la consommation seule de cannabis et la consommation de substances combinées.

⁷ HANAK, C., TECCO, J., PELC, I., (2002) Cannabis, mental health and dependence in INTERNATIONAL CONFERENCE on CANNABIS 02/2002

⁸ Epidemiologic Catchment Area (ECA) : Survey of Mental Disorders, Wave 1, (Household), 1980-1985

Dépendance, problèmes et demande de traitement

Dans la quatrième édition du manuel diagnostique et statistique (DSM-IV) de l'association américaine de psychiatrie, la dépendance au cannabis est décrite comme un usage compulsif ne s'accompagnant pas, en général, d'une dépendance physiologique. Toutefois, une tolérance pour la plupart des effets du cannabis a été rapportée chez des consommateurs chroniques, et un syndrome de sevrage décrit dans certaines études.

Une dépendance au cannabis ne peut être exclue, néanmoins le nombre de personnes qui en font l'expérience reste inconnu. D'après des études cliniques la dépendance n'est pas à sous-estimer pour des consommateurs fréquents et chroniques mais elle est moins fréquente que la dépendance au tabac et à l'alcool. A l'instar de la fréquence et de la quantité consommée, la probabilité de devenir dépendant semble liée à un début précoce de la consommation de cannabis et à des facteurs personnels et sociaux désavantageux, de même qu'à des troubles du comportement. Quoi qu'il en soit, le manque de données appropriées, par exemple par des recherches sur des consommateurs de cannabis qui ne sont pas sous traitement, signifie que l'évaluation satisfaisante du risque reste difficile.

La plupart des usagers de cannabis arrivent à contrôler leur consommation. Pour ceux qui deviennent dépendants, situation classifiée comme un trouble pathologique, leur dépendance à la drogue doit contrecarrer à leur fonctionnement à tel point qu'ils passent le seuil pour un diagnostic clinique. Par ailleurs, la plupart des usagers rencontrant des problèmes liés cannabis ne consultent pas des institutions spécialisées, ce qui signifie qu'il n'y a que peu d'informations disponibles. L'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies a défini ce phénomène comme " utilisation problématique de drogues ", ce qui pourrait contribuer à mieux comprendre cette manière de consommation. Néanmoins ce concept n'a pas été évalué pour le cannabis.

La question si l'usage combiné des substances légales et illégales porte des risques ou des effets supplémentaires, reste un domaine négligé au niveau des études. L'utilisation temporaire du cannabis affecte les fonctions cognitives, mais les changements restent réversibles.

Les effets aigus du cannabis sur le fonctionnement cognitif et intellectuel ont été étudiés en laboratoire chez des volontaires soumis à une batterie de tests standardisés destinés à mesurer les facultés de mémoire, d'intelligence, d'attention, de traitement de l'information, de résolution de problèmes, d'apprentissage ou d'abstraction. Des études récentes montrent essentiellement des effets amnésiants à court terme (mémoire de travail) : la prise de cannabis altère la capacité des sujets à se rappeler des mots, des images, des histoires ou des sons présentés sous l'emprise du produit, aussitôt ou plusieurs minutes après cette présentation. La performance des volontaires lors des tests autres que ceux destinés à

évaluer la mémoire est peu ou pas modifiée selon les études. Chez les volontaires soumis à des tests d'attention auditive avant et après la prise de cannabis, la tomographie à émission de positrons permet de mettre en évidence des modifications de flux sanguin au niveau de différentes régions du cerveau.

Les effets observés in vivo chez les consommateurs sont proches de ceux analysés en laboratoire. Pour des doses induisant somnolence, euphorie modérée et sensation de bien-être, s'associent une altération de la perception temporelle, des troubles de la mémoire à court terme et une incapacité à accomplir des tâches multiples simultanées. Lorsque la consommation est plus importante, des troubles du langage et de la coordination motrice peuvent apparaître, ainsi qu'une dysphorie ; le temps de réaction est également augmenté. À dose élevée, certaines de ces modifications cognitives peuvent durer jusqu'à 24 heures. Ces altérations fonctionnelles peuvent retentir sur l'accomplissement de tâches psychomotrices et doivent être prises en compte, en particulier par les sujets dont le travail impose un risque à la sécurité des autres. Enfin, ces troubles de la mémoire et des facultés d'apprentissage peuvent également retentir sur le travail scolaire et l'adaptation sociale. Il s'agit là de l'altération la plus problématique, car la plus fréquemment rencontrée, liée à la prise répétée de cannabis.

Selon Ramaekers, Berghaus, van Laar et Drummer⁹ (2002), le THC peut temporairement altérer les fonctions cognitives. Des doses entre 40 et 300 micro-grammes de THC par kilogramme de poids corporel (dépendant de la dose) affectent l'exécution des tâches mesurant la mémoire, l'attention divisée et soutenue, et le temps de réaction. Le THC altère le processus d'apprentissage au moment où l'utilisateur est sous l'influence de la drogue, mais il n'affecte pas la récupération dans la mémoire d'informations apprises avant l'utilisation du cannabis.

Une consommation soutenue et prolongée peut déboucher sur des déficits de mémoire et d'attention, des temps de réaction plus lents et une capacité altérée d'organiser et d'intégrer des informations plus complexes. Ces déficits sont probablement liés aux symptômes d'une utilisation récente ou au manque de cannabis les premiers jours de l'abstinence. Ils disparaissent en grande partie après une abstinence prolongée. Ceci indique que le THC ne provoque aucun changement grave permanent ou irréversible au niveau des fonctions cognitives ou psychomotrices.

⁹ J. RAMAEKERS, J., BERGHANS, G., Van LAAR, M., DRUMMER, O. (2002). Performance impairment and risk of motor vehicle crashes after cannabis use in INTERNATIONAL CONFERENCE on CANNABIS 02/2002.

THC, performance de conduite et risques d'un accident de conduite

Les usagers de cannabis qui conduisent sous l'influence de la drogue peuvent en réalité avoir consommé non seulement du cannabis mais en plus de l'alcool. Même à faible dose, comme le soulignent Ramaekers et al. (2002), les conséquences des effets conjugués sont potentiellement dangereuses. L'utilisation combinée de THC et d'alcool affaiblit gravement la performance de la conduite au niveau cognitive et psychomoteur, et des études expérimentales montrent une augmentation brusque du risque de culpabilité du conducteur lors d'accidents. Solowijn (1998) et Chester et al. (1983)¹⁰ ont montré que la performance est d'avantage affectée pour des tâches de conduite (orientation et ajustement de la vitesse) que pour des tâches de manœuvre (tenir distance ou freiner) ou de stratégie (observation et compréhension du trafic, estimation du risque ou planification). Les effets combinés de l'alcool et du cannabis constituent un risque plus important que les effets de l'une ou l'autre drogue consommée séparément.

Des études menées essentiellement aux Etats-Unis, en Europe et en Australie ont tenté de cerner la nature et l'ampleur réelle du problème que pose l'usage des substances psychoactives, y compris de cannabis, lors de la conduite automobile. Elles ont utilisé tantôt l'approche épidémiologique, tantôt l'approche expérimentale (simulateurs, tests psychomoteurs). Au cours des années quatre-vingt-dix, les cannabinoïdes apparaissent au premier rang des substances psycho-actives illicites détectées lors d'investigations menées auprès de conducteurs impliqués ou non dans des accidents. Les fréquences de mise en évidence de cannabis dépendent des populations d'enquête; les estimations sont largement tributaires du mode de sélection des échantillons faisant l'objet des tests (représentativité ou non) et de l'utilisation des moyens de détection du cannabis (milieu biologique, détection de $\Delta 9$ -THC ou de ses métabolites, techniques de dosage). A ce jour, il n'existe pas encore un test simple et assez fiable, pour effectuer sur place, comme par exemple les tests d'alcool.

Dans les enquêtes sur des sujets accidentés, ces derniers sont soumis à un prélèvement de sang ou d'urine (parfois les deux) et la consommation de cannabis est détectée par recherche et dosage du $\Delta 9$ -THC dans le sang ou du $\Delta 9$ -THC-COOH dans le sang ou les urines. Une détection positive de cannabinoïdes n'a toutefois pas une signification univoque en termes de sécurité routière : la présence de $\Delta 9$ -THC dans le sang à un certain degré atteste une consommation récente de cannabis pouvant perturber les facultés du conducteur, tandis que la présence de $\Delta 9$ -THC-COOH dans le sang ou dans les urines révèle une consommation pouvant parfois remonter à plusieurs jours, voire plusieurs semaines, sans lien avec d'éventuels effets sur le comportement de conduite.

¹⁰ * SOLOWIJ, N. (1998). Cannabis and cognitive functioning. University Press. Cambridge.

* CHESHER, G., STARMER, G. (1983). Cannabis and human performance skills. NSW: Drug and Alcohol authority Research . Sydney.

En ce qui concerne la détection de l'usage de cannabis, il y a lieu de distinguer les méthodes de dépistage, utilisées dans un but d'orientation, et les méthodes de confirmation et de dosage. Le dépistage peut être effectué par des méthodes immuno-chimiques, soit à l'aide d'automates, soit en utilisant des tests rapides qui permettent d'obtenir un résultat en quelques minutes. Pour des raisons de sensibilité et de spécificité, ces méthodes immuno-chimiques sont, à ce jour, exclusivement réservées à l'urine et ne peuvent en aucun cas être utilisées pour d'autres milieux biologiques tels que le sang. Du fait de la possibilité de résultats faussement positifs (dus à des réactivités croisées avec d'autres substances), tout résultat positif obtenu par méthode immuno-chimique doit obligatoirement être confirmé par une méthode séparative spécifique.

Pour les urines, de nombreux tests de dépistage sont commercialisés, certains d'entre eux présentant une assez bonne fiabilité en termes de spécificité et de sensibilité. Le Δ^9 -THC-COOH (inactif) est le métabolite majoritairement retrouvé dans les urines. Le seuil de détection positive est aujourd'hui fixé à 50ng/ml. L'urine permet de mettre en évidence une consommation de cannabis, sans préjuger du temps écoulé entre le moment de la dernière consommation et celui du recueil d'urine.

La confirmation de la consommation fait appel à des méthodes séparatives, chromatographiques. Actuellement, la méthodologie de référence est la chromatographie en phase gazeuse avec détection par spectrométrie de masse (CPG-SM). Le sang est unanimement considéré comme étant le seul milieu biologique adapté à des fins de confirmation. En effet, seul le sang analysé par CPG-SM permet de différencier principes actifs et métabolites inactifs, et d'effectuer parallèlement une analyse quantitative. Il permet en outre d'estimer le temps écoulé entre le moment de la dernière consommation et celui de la prise de sang. C'est pourquoi l'analyse de sang par CPG-SM est la seule méthodologie acceptable dans tout contexte médico-légal (incluant les accidents de la voie publique).

Usage médical du cannabis

La question de savoir si le cannabis peut être utilisé à des fins médicales est d'une importance actuelle et a récemment incité une série d'activités et de conférences internationales. Les questions se posent si des préparations de cannabis peuvent alléger des spasmes de douleur et de muscle pour des patients présentant des maladies chroniques comme l'asthme, ou des troubles neurologiques comme la sclérose en plaque, ou aident à diminuer la nausée et les vomissements induits par la chimiothérapie et à augmenter l'appétit des patients subissant un traitement contre le cancer ou le SIDA. Des études plus récentes confirment une diminution de la pression intra-oculaire pour le glaucome.

Légalisation, politique et l'utilisation du cannabis

La plupart des études (Kilmer 2002)¹¹ démontrent que des lois souples au niveau de la possession de cannabis n'augmentent pas le nombre d'utilisateurs de cannabis. Les juridictions avec des lois libérales de possession n'ont pas nécessairement un pourcentage plus élevé d'utilisateurs de cannabis que ceux avec des lois plus conservatrices. Cependant, la majorité de ces études ne contrôlent pas le niveau d'application des lois de possession de cannabis. On connaît très peu au sujet de l'influence d'une application réelle de tels lois sur l'utilisation du cannabis en Europe. Les résultats de quelques analyses récentes aux Etats-Unis suggèrent que l'application des pénalités puisse légèrement réduire l'utilisation du cannabis chez les adultes (pas chez les adolescents) dans ce pays.

Kilmer rapporte une augmentation du nombre d'arrestations pour des infractions de possession de cannabis dans les années 90 dans la plupart des quelques pays ayant des données appropriées (six pays européens et deux pays non-européens). Ceci est important en raison de la tendance dans beaucoup de pays de réduire la sévérité des sanctions concernant la violation des lois de possession de cannabis. Une interprétation univoque de ces observations semble actuellement prématurée.

Vers la fin des années 90, dans 5 pays européens et 3 pays non-européens ayant des données appropriées, la probabilité d'être arrêté pour possession de cannabis semble être proche des 2 à 3 pour cent parmi les utilisateurs récents de cannabis. A noter également, la grande différence entre ces pays au niveau du nombre d'utilisateurs de cannabis et des ressources policières mobilisées.

Pour savoir plus au sujet des effets possibles d'une politique de possession de cannabis sur l'utilisation du cannabis, des modèles peuvent être conçus pour examiner cette relation.

En vue de disposer de données plus fiables il serait nécessaire de développer des modèles incluant l'histoire d'utilisation de drogues, le plaisir ou les conséquences néfastes de la drogue, les voies d'accès au cannabis, le prix, l'approbation ou désapprobation sociale, la connaissance des aspects légaux, l'impact des inscriptions au casier judiciaire, etc. Ce genre d'études est réalisé aux Etats-Unis et en Australie, mais pas encore en Europe.

¹¹ Etudes compilées par KILMER Beau "Do cannabis possession laws influence cannabis use?" in INTERNATIONAL CONFERENCE on CANNABIS 02/2002



Partie III

Réseau National d'Information et de Monitoring Epidémiologique

Chapitre III.1

L'OEDT et les Points Focaux Nationaux

III.1.1 Historique

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

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

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

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

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

En 1994, le point focal du Grand-Duché de Luxembourg a établi son siège au Service d'Action Socio-Thérapeutique (AST) du Ministère de la Santé. L'AST, en passe de muter vers une division au sein de la Direction de la Santé, est chargé de la coordination nationale des activités s'inscrivant dans les domaines de la psychiatrie, 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 les toxicomanies (RELIS), la coordination du Système d'Alerte Précoce sur les drogues synthétiques, la gestion de la base de données nationale sur les projets en matière de réduction de la demande (EDDRA), la contribution nationale à la création et la mise à jour de la base de données européenne en matière de législation sur les drogues (ELDD) l'appui de décisions politiques et l'exécution et la coordination des activités nationales de recherche dans le domaine de la toxicomanie.

Les statuts et fonctions des membres du point focal ainsi que la constitution du réseau de collaborateurs scientifiques et administratifs sur lequel s'appuie le PFN sont décrits en annexe (G). Depuis 2000, le Centre de Recherche Public-Santé assure la gestion administrative et logistique du PFN.

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

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

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

REITOX joue un rôle crucial dans l'exécution du programme de travail de l'OEDT. Aussi, REITOX 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 2000

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

Chaque point focal s'engage à exécuter des plans de travail annuels relatifs à chacun des indicateurs clés tels que arrêtés contractuellement sur une base annuelle. D'autres indicateurs s'étant ajoutés au cours du temps sont développés sur base

volontaire, n'étant pas repris au niveau des contrats standards. Les efforts ainsi déployés contribuent d'une part à développer ou, le cas échéant, à améliorer les sources d'information et les réseaux de collaboration nationaux et de l'autre, à fournir à l'OEDT des données valides et comparables sur l'état du phénomène de la drogue au sein de l'espace européen.

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

(<http://www.reitox.emcdda.org:8008/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 la 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.

En date la base EDDRA fait état de 10 projets luxembourgeois qui rencontrent les critères d'inclusion.

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

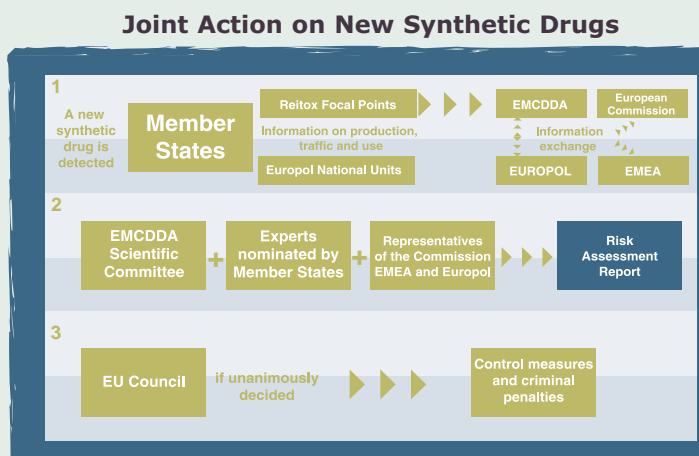
L'OEDT, assisté des points focaux nationaux, assure une mission importante au niveau de la détection et l'évaluation de nouvelles drogues synthétiques au sein de l'Union européenne en accord avec l'Action commune du 16 juin 1997, fondée sur l'article K.3 du traité sur l'Union européenne, relative à l'échange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

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

L'Action commune prévoit:

- ▶ la mise en place d'un " Système d'Alerte Précoce (SAP) " sur les nouvelles drogues synthétiques détectées au sein de l'U.E;
- ▶ des mécanismes d'évaluation des substances en question ainsi qu'un processus de décision portant sur les mesures de contrôle et des dispositions pénales à appliquer par les Etats membres.

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 31.12.2001, l'Action commune avait permis d'évaluer les risques et mesures à entreprendre pour les substances suivantes : 4-MTA (4-Méthylthioamphétamine) et MBDB (N-méthyl-1-(3,4-méthylènedioxyphényl)-2-butanamine), GHB (Gamma-hydroxybutyric acid), Kétamine (2-(2-chlorophényl)-2-(méthylamino)-cyclohexanone) et PMA (paraméthoxyamphétamine ou 4-Méthoxyamphétamine).

III.1.3.5 EIB - Banque de données européenne sur les instruments d'évaluation
(http://www.emcdda.org/responses/methods_tools/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 d'un catalogue de références portant sur des études antérieures.

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

II.1.3.6 QED - Système d'information européen en matière de recherche qualitative
(http://www.emcdda.org/responses/methods_tools/qualitative_research.shtml)

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

Une attention particulière est consacrée aux publications des dix dernières années, des projets actuellement en cours et au recensement des chercheurs impliqués dans la recherche qualitative au sein des différents pays de l'UE.

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

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

Actuellement, QED recense 6 projets de recherche luxembourgeois qui appliquent des méthodologies de type qualitatif.

II.1.3.7 Base de données européenne sur les textes de loi en matière de drogues (ELDD)

En juin 2001, fut lancée la base de données en matière de législation sur les drogues, accessible au grand public sous l'adresse URL : <http://eldd.emcdda.org/home.shtml>. ELDD permet d'avoir accès via Internet aux textes de loi en matière de drogues en vigueur dans les différents Etats membres. Les principaux atouts de la nouvelle base de données sont l'accès aisé, la représentativité européenne, la mise à jour permanente ainsi que l'historique des modifications législatives récentes. En date ELDD recense 42 textes légaux luxembourgeois dans leur version originale ou traduit en langue anglaise accompagnés de résumés de l'objet des lois ou règlements produits.

II.1.3.8 Base de données européenne en matière d'épidémiologie

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

II.1.3.9 Ressources documentaires
(<http://external.emcdda.org/virtlib/index.html>)

Le centre d'information et de documentation (DIC) (<http://oxford.emcdda.org/winlib/index.html>) de l'OEDT offre les services suivants:

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

- ▶ recherches bibliographiques en ligne et consultation de quelques 45.000 textes intégraux par le biais de BIBLIODATABASE (<http://oxford.emcdda.org/winlib/gbs.htm>)

Le DIC est relié aux centres de documentation sur les drogues et les toxicomanies des points focaux nationaux REITOX ainsi qu'à une série de centres de documentation et de bibliothèques nationaux ou gérés par diverses organisations internationales. Le DIC ne dispose pas d'une collection exhaustive de documents en matière de drogues, mais se définit davantage comme un centre de ressources promouvant le partage d'information entre les divers centres de documentation à l'échelle européenne. Les documents qui ne sont pas physiquement répertoriés au DIC peuvent être accédés par l'intermédiaire de la bibliothèque virtuelle REITOX.

La bibliothèque virtuelle REITOX (<http://virtlib.emcdda.org>) 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 toxicomane répertoriée par le réseau institutionnel au niveau national (RELIS). Opérationnel depuis début 1994, RELIS repose sur un réseau d'information multi-sectoriel incluant centres de traitement spécialisés, hôpitaux généraux, centres de consultation, ainsi que les instances judiciaires et pénales compétentes.

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

- ▶ de situer la prévalence, l'incidence et l'évolution de l'usage problématique de drogues illicites au niveau national;
- ▶ de suivre les profils des personnes recensées sans pour autant révéler leur identité;
- ▶ de servir de support scientifique et de pool de données aux activités de recherche;
- ▶ à long terme, d'évaluer les tendances nouvelles et l'impact de certaines interventions sur les comportements et caractéristiques de la population toxicomane.

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

Au courant de l'année 2000, le dispositif RELIS a connu un certain nombre d'améliorations, surtout au niveau de la routine de collecte de données auprès de la Section des Stupéfiants de la Police Judiciaire, de la collaboration avec les institutions pénitentiaires nationales et de la couverture nationale des institutions de traitement spécialisées.

Les rapports annuels sur l'état du phénomène de la drogue au Grand-Duché de Luxembourg ainsi que d'autres publications du PFN peuvent être consultés et téléchargés du site: <http://www.relis.lu>

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

Depuis 1996, le point focal OEDT œuvre à la mise en place du système de monitoring épidémiologique TRANSRELIS qui résulte de la transposition du modèle luxembourgeois RELIS aux régions 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. Suite à la présentation officielle des résultats du projet TRANSRELIS en 2000, le Groupe de Mondorf a pris la décision de continuer la collecte de données interrégionales sur base d'un protocole commun réduit.

III.1.4.3 SAP – Système d'Alerte Précoce sur les drogues synthétiques

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

Des discussions au sein du Groupe Interministériel " Drogues " sont actuellement en cours en vue d'accroître la performance du SAP par le biais d'un accroissement sensible du nombre des analyses toxicologiques et une intensification de la collaboration entre les administrations compétentes.

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

Le CLDDT recense actuellement plus de 2.100 références bibliographiques en matière d'addiction au sens large du terme. Outre le service de consultation sur place, le CLDDT assure la distribution des publications nationales et internationales en matière de drogues.

Chapitre III.2

Réseau National d'Information sur les Drogues et les Toxicomanies

III.2.1 Remarques préliminaires

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

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

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

III.2.2 Base méthodologique

• A. Réseau de collecte de données

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

Sont retenues toutes personnes :

- a. - qui présentent une consommation problématique de produits 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 qui sont entrées en contact pendant l'année en cours avec une des institutions faisant partie du réseau RELIS.

• **B. Indicateurs de prévalence**

Par le terme indicateur, il faut comprendre toute variable qui autorise, sur base d'un certain nombre de critères de calcul logiques et empiriques, une démarche d'extrapolation sur une population totale. En 2000, le réseau d'information tenait compte des indicateurs suivants:

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

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

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

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

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

Le système, qui prévoit un certain nombre de mécanismes de contrôles, permet, entre autres, de distinguer, le cas échéant, les vrais des faux doubles comptages par comparaison d'un paquet de données socio-démographiques directement au moment de l'encodage des données. C'est le même code qui permettra de différencier les individus impliqués à un niveau **intra-institutionnel** et **inter-institutionnel**, et de disposer de

données relatives aux personnes et non pas aux épisodes (événements, contacts, etc.) sans pour autant révéler l'identité de la personne concernée.

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

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

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

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

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

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

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

• **E. Spécificité du protocole**

Le dispositif national vise principalement trois niveaux d'information :

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

Il reste à préciser que le réseau ne pourra fonctionner et se développer dans les années à venir qu'à condition que les institutions accordent la priorité à un seul protocole de collecte en l'intégrant dans le cadre général de l'accueil et des programmes de prise en charge.

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

Ce niveau se révèle particulièrement important dans une optique à long terme. La base de données nationale réunit en effet des informations recueillies depuis l'année 1994 ce qui permettra une étude longitudinale des comportements toxicomaniaques ainsi que de la dynamique du réseau de prise en charge et du dispositif répressif. A noter enfin que les données RELIS furent exploitées au niveau de la conceptualisation du plan d'action 2000 - 2004 en matière de drogues et des toxicomanies du Ministère de la Santé

• **F. Modalités de la collecte de données et critères d'échantillonnage**

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

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

- Entretien lors duquel l'intervenant note les réponses fournies par la personne questionnée;
- Personne questionnée complète le protocole en présence de l'intervenant qui, après en avoir vérifié sommairement le contenu, complètera les données manquantes par un entretien en face à face;

- Complément d'information à caractère spécifique par consultation du dossier médical et/ou personnel et concertation avec les intervenants institutionnels.

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

• G. Définitions

- ▶ **Population cible** (cf. point A)
- ▶ **Substances retenues**¹

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

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

¹ La définition des termes HRC/LRC ainsi que la classification détaillée des produits retenus dans le cadre de RELIS peut être consultée en annexe B.

filière et consommée à des fins non thérapeutiques. Dans le premier cas, les risques inhérents à la consommation sont limités, dans le deuxième ils sont non contrôlables.

- **Traitement / demande de traitement**

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

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

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

Cette définition exclut néanmoins :

- ▶ tout contact où la consommation de drogues n'est pas le motif premier de consultation;
- ▶ tout contact avec des services généraux avec l'objectif exclusif d'assistance sociale;
- ▶ toute demande qui, pour des raisons propres à la personne concernée, n'a pas aboutie;
- ▶ tout contact par téléphone ou par lettre qui est resté sans suite;
- ▶ toute demande qui vise exclusivement à obtenir des informations pratiques;
- ▶ toute demande adressée à un membre de la famille, à l'entourage ou à toute institution ne faisant pas partie du réseau de prise en charge (p. ex. curé, enseignant, etc.).

II.2.3 Description de la population toxicomaniaque répertoriée par le réseau institutionnel de 1994 à 2001

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 2001, ainsi que le nombre d'admissions, de consultations ou d'interpellations en relation avec la consommation et/ou la détention de drogues. Les tendances suivantes peuvent être relevées :

- ▶ augmentation continue jusqu'en 1999, et stabilisation depuis du nombre de personnes en contact avec des institutions sanitaires spécialisées. Les données de 1999 et 2000 suggèrent que même si le nombre de personnes en traitement (double comptages inclus) est stable, le nombre absolu (comptages multiples exclus) de demandeurs de traitement a diminué au cours de la même période. En d'autres termes, on compte un nombre plus ou moins constant de demandeurs de soins qui consultent un plus grand nombre d'institutions spécialisées,
- ▶ suite à la hausse spectaculaire du nombre de personnes (double comptages inclus) en contact avec l'ensemble du réseau institutionnel national pour motif d'usage illicite de drogues, on observe une stabilisation, voire une légère baisse, du nombre de contacts avec les institutions spécialisées et les unités hospitalières nationales (comptages multiples inclus et exclus) entre 1999 et 2001.
- ▶ stabilisation également du nombre de détenus et de personnes interpellées pour motifs d'infraction à la loi sur les stupéfiants.

INSTITUTION	NOMBRE D'ADMISSIONS (A) ET/ OU CONSULTATIONS (C) ET/OU CONTACTS (CO) OU INTERPELLATIONS (I)						NOMBRE DE PERSONNES INDEXEES						
	94	96	98	99	2000	2001	94	96	98	99	2000	2001	
TYPE AMBULATOIRE													
JDH LUXEMBOURG (C)	1662	1086	829	961	924	950	284	308	270	299	300	279	
JDH CONSULT. PRISON (C)			260	401	478	434			43	61	73	75	
JDH ESCH/ALZETTE (C)		949	974	1.676	1.249	1.175	130	175	209	213	165	199	
JDH ETTTELBRÜCK (C)	754			32	d.m.	n.a.				24	d.m.	d.m.	
PROGRAMME METHADONE							51	128	186	164	158	158	
MSF-SOLIDARITE- JEUNES (A)			35	70	91	141	/	/	46	99	132	195	
CENTRE EMMANUEL (C)	2	7	15	34	42		2	7	10	21	39	31	
TYPE RÉSIDENTIEL													
CT MANTERNACH (A)	48	58	39	47	43	34	48	55	56	59	56	52	
TYPE BASE-SEUIL													
ABRIGADO - SZENE		6.456	8.525	10.602	11.834								
KONTAKT (CO)		/	/	/	15.864								
SOUS TOTAL : INSTITUTIONS SPECIALISEES (avec comptages multiples) ²							515	673	820	940	923	983	
UNIT. PSYCHIATRIQUES HOSPITALIERES ⁴													
CHNP-BU-V (A)	249	251	251	272	247	242	148	157	158	179	161	153	
CHL							≈ 70	≈ 70	50	54	56	51	
CLINIQUE STE THERESE							d.m.	d.m.	d.m.	17	32	41	
HVEA							≈ 90	37	28	50	53	40	
CLINIQUE ST. LOUIS							d.m.	13	15	15	14	10	
SOUS TOTAL : INSTITUTIONS SANITAIRES (avec comptages multiples)							≈ 308	≈ 277	243	307	316	295	
INSTITUTIONS A L'ETRANGER							≈ 50	55	71	91	102	97	
TOTAL : INSTITUTIONS REDUCTION DE LA DEMANDE (avec comptages multiples) (sans comptages multiples) ⁴							≈ 879	≈ 1.005	1.134	1.338	1.341	1.381	/
							/	/	/	757	637	/	
INSTITUTIONS JUDICIAIRES ET PENALES													
CPL							210	259					
CPG							30	33	167	139	161	150	
POLICE GRAND-DUCALE - SPJ - DOUANES							1.100	1.368	1.170	1.939	1.758	1.775	
TOTAL INSTITUTIONS REDUCTION DE L'OFFRE (avec comptages multiples)							1.340	1.660	1.337	2.078	1.919	1.925	
TOTAL CUMMULE DES INSTITUTIONS REDUCTION DE LA DEMANDE INSTITUTIONS RéDUCTION DE L'OFFRE (avec comptages multiples) (sans comptages multiples)							2.213 d.m.	2.665 d.m.	2.471 d.m.	3.416 1.198	3.260 1.024	3.306 d.m.	

² Comptages multiples inter- et intra-institutionnels

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

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

III.2.4 Traitement et représentativité des données

III.2.4.1 Description de l'échantillon

En 2001 la base RELIS a recensé 788 (788) individus qui ont été répertoriés par différentes institutions de soins ou bien interpellés par les forces de l'ordre pour infraction(s) présumée(s) à la loi sur les stupéfiants durant l'année en cours. Au total, la base RELIS a recensé 3.250 usagers depuis sa création.

III.2.4.2 Taux et couverture de réponses

Le taux de réponses se situe autour de 99% étant donné qu'il s'agit d'une procédure de recueil individualisé et que le nombre de sujets ayant refusé l'entretien individuel est tout à fait minime.

La couverture de réponses au niveau des institutions spécialisées renseigne sur la quantité et la représentativité de l'information collectée sur base du protocole de données. Elle permet d'évaluer la qualité du recueil de données au cours des années. Le tableau suivant qui présente les pourcentages de réponses par catégories de questions indique une augmentation de la **couverture moyenne de réponse** par rapport à 2000 de 3,34 %.

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

Il y a lieu de constater une augmentation du taux de couverture des réponses en comparaison à l'année 2000. Les couvertures les plus faibles s'observent par ordre croissant au niveau des axes 19,17, 14, et 20. Les accroissements les plus sensibles se notent au niveau des données relatives aux situations résidentielle, professionnelle et judiciaire.

III.2.5 Résultats et analyses

Les données reproduites ci-après se rapportent à l'intégralité des personnes recensées au cours de l'année 2001 selon les critères appliqués par le dispositif RELIS. Le point focal luxembourgeois de l'OEDT fournit annuellement aux institutions participantes les données se rapportant à leurs propres clients. Par ailleurs, le point focal peut également fournir des données agrégées se rapportant exclusivement aux institutions spécialisées de type sanitaire.

Les présents résultats ne sont pas exprimés en valeurs absolues mais en nombre de réponses (x) par le nombre de réponses connues (*exemple : Nationalité : luxembourgeoise 54% (n=708) signifie qu'au niveau du recueil des données, on compte 708 réponses (cas connus) et que parmi ces 708 sujets il y en a 54% qui sont de nationalité luxembourgeoise; la nationalité de 80 cas est donc inconnue.* Les pourcentages (valides) se rapportent par conséquent au nombre de réponses connues (n = 708) et non pas à l'effectif total de l'échantillon (N=788). Les valeurs reprises dans les tableaux sont exprimées en pourcentages. La valeur " N " correspond au nombre total de répondants pour lesquels des données valides ont été disponibles.

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

Dans la mesure où une analyse comparative s'avère pertinente, les données de 1994 à 2001 ont été confrontées, permettant une validation longitudinale des résultats observés. Les graphiques respectifs se rapportent, sauf indication contraire, aux résultats des années 1994 à 2001.

Les résultats suivis des signes (▲) et (▼) reflètent les tendances les plus marquantes pour l'année 2001. Sauf indication contraire, les données entre parenthèses se réfèrent à l'année 1999.

La comparaison des données permet de mesurer la fidélité des résultats au regard de la variabilité **intra-facteurs** (distributions à écart type élevé) et de la variabilité **inter-facteurs**; à savoir **les effets structures** et **les effets volumes**. Les premiers décrivent l'influence due au changement des critères d'échantillonnage (participation de nouvelles institutions au réseau /proportions d'individus par institution), les seconds concernent l'augmentation numérique des répondants répertoriés par la base RELIS.

Les données socio-démographiques ont été confrontées, dans la mesure du possible, aux distributions observées au niveau de la population totale du Grand-Duché de Luxembourg. (Source : *Annuaire statistique 1995-2001 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 2001.

PRESENTATION DES RESULTATS

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 annuellement mise à jour des données** recueillies sur base du protocole RELIS 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 pas a fortiori de la première demande de traitement toutes institutions confondues. En d'autres termes, 27 % des personnes qui ont consulté une institution donnée, n'avaient pas encore été admises auparavant dans cette même institution. La proportion de nouveaux clients est en régression 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 (59% anciens). Aussi, observe-t-on que la **majorité des nouveaux clients sont d'origine étrangère**. La **différence de l'âge moyen et de la durée de dépendance** entre anciens et nouveaux clients est plus prononcée que les années précédentes tout en retenant

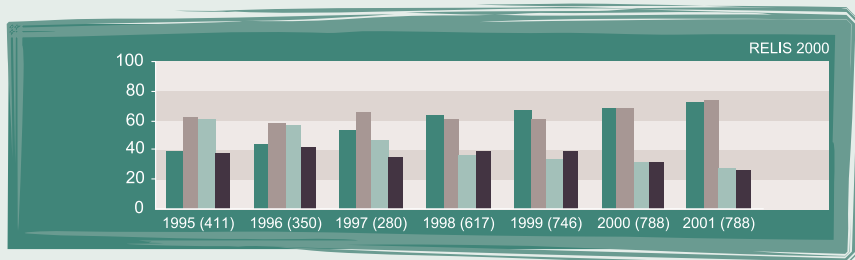
que les durées moyennes de dépendance s'est stabilisée pour les nouveaux clients.

► **Institutions spécialisées de type sanitaire**

Appliqués au recours aux institutions sanitaires spécialisées, les résultats témoignent de moins de variations au niveau de la proportion d'anciens et de nouveaux clients au cours du temps. Depuis 1995, **le taux de nouveaux patients** se situe entre 26% et 42%. Avec 26% en 2001, on atteint le niveau le plus bas depuis 1995.

En ce qui concerne les nouveaux patients, la proportion de personnes d'origine luxembourgeoise est en augmentation depuis les trois dernières années. Actuellement environ **la moitié des nouveaux patients demandeurs de soins sont de nationalité luxembourgeoise**. L'âge moyen des nouveaux clients est stable alors qu'il affiche une hausse continue pour les anciens clients recensés par le réseau sanitaire. La durée moyenne de dépendance est en régression chez les nouveaux clients.

Fig.A.1. Statut d'admission des clients pour une institution donnée (type: sanitaire et répressif) 1995-2001



■ Anciens total	39	43	54	64	67	68	73
■ Anciens sanitaire	62	58	65	61	61	68	74
■ Nouveaux total	61	57	46	36	33	32	27
■ Nouveaux sanitaire	38	42	35	39	39	32	26

TABLEAU A.1. Données clés sur les anciens et les nouveaux cas répertoriés selon le type d'institution impliquée

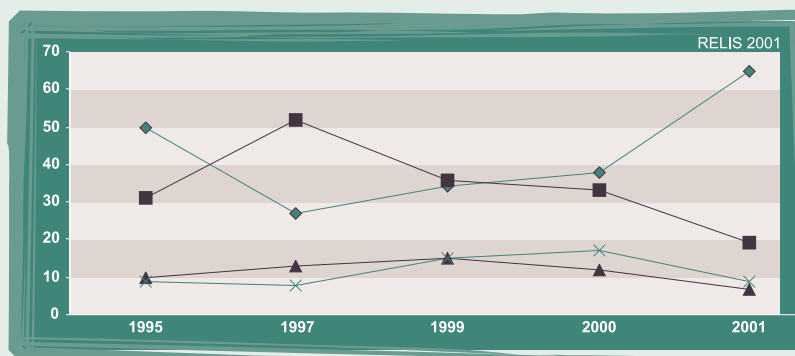
	NOUVEAUX TOTAL	NOUVEAUX (SANITAIRE)	ANCIENS TOTAL	ANCIENS (SANITAIRE)
2001 (2000)	%	%	%	%
NATIONALITÉ				
LUXEMBOURGEOISE	45 (38)	55 (51)	59 (60)	69 (70)
NATURALISATION	2 (0)	5 (1)	2 (2)	3 (3)
ÉTRANGÈRE	53 (62)	41 (48)	39 (38)	28 (27)
AGE MOYEN				
	27 ans et 4 mois (28 a et 1 m)	29 ans (28 a et 8 m)	29 ans et 9 mois (29 a et 1 m)	31 ans et 7 mois (29 a et 4 m)
DURÉE MOYENNE DEPUIS LE 1ER CONTACT AVEC DES DROGUES ILLICITES				
	14 ans et 10 mois (14 a et 3 m)	14 ans et 8 mois (14 a et 5 m)	15 ans et 10 mois (15 a et 4 m)	16 ans et 2 mois (14 a et 9 m)
DURÉE MOYENNE DE L'ÉTAT DE DÉPENDANCE PHYSIQUE				
	10 ans (10 a et 7 m)	9 ans et 11 mois (10 a et 9 m)	12 ans et 4 mois (11 a et 7 m)	12 ans et 6 mois (11 a et 6 m)

- A.2. *Distribution des fréquences de recours, toutes institutions spécialisées confondues*

On note au cours de l'année 2001 (Fig. A.2.), une nette majorité des demandeurs de traitement (65%) répertoriés par le réseau institutionnel, qui ne font état que d'un seul contact avec à une institution RELIS.

Une décroissance marquée des effectifs s'observe entre les fréquences 1 et 2; décroissance qui se poursuit de façon plus ou moins homogène jusqu'à un maximum absolu de 9 recours de traitement pour l'année 2001. En moyenne, une personne consulte ou entre en contact avec une institution donnée 1.73 (1.64) fois par année.

Fig A.2. Fréquences de recours par années, toutes institutions confondues. 1995-2001



◆ 1	50	27	34	38	65
■ 2	31	52	36	33	19
▲ 3	10	13	15	12	7
× >3	9	8	15	17	9

- A.3. A.3. Nombre d'institutions spécialisées différentes (type : sanitaire) contactées au cours d'une année donnée

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 d'institutions sanitaires différentes contactées au cours de l'année 2001 s'élève à cinq et qu'en moyenne une personne répertoriée a consulté 2.04 (1,21) institutions sanitaires différentes au cours de l'année 2001.

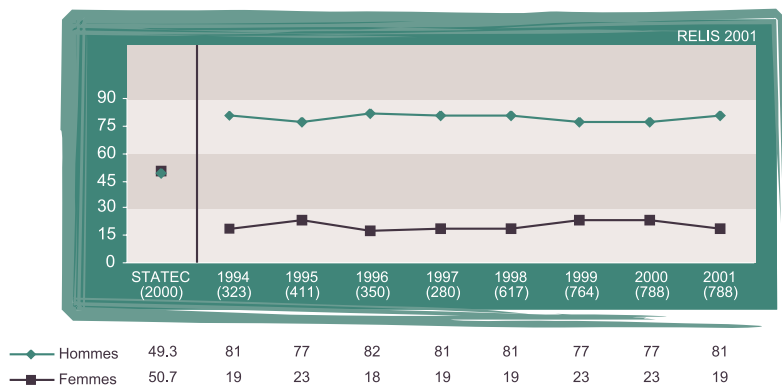
- A.4. Indicateur de première demande de traitement :

Pour l'année 2001, on compte 2,41% (1998 : 4%) de premières demandes de traitement pour problèmes liés à l'usage illicite de drogues, 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 sensiblement inférieur aux taux moyens observés dans d'autres Etats membres de l'UE.

III.2.5.B RELIS 2002 - SOMMAIRE DES DONNEES

3. SEXE

Fig 3. Distribution selon le sexe. 1994-2001 (% valide)



COMMENTAIRES

La distribution de 81%* d'hommes et de 19% de femmes (n**=788) reflète le sex ratio observé au sein des différentes structures d'accueil pour toxicomanes du Grand-Duché de Luxembourg et, à plus grande échelle, les résultats d'études menées dans d'autres pays européens.

TENDANCES

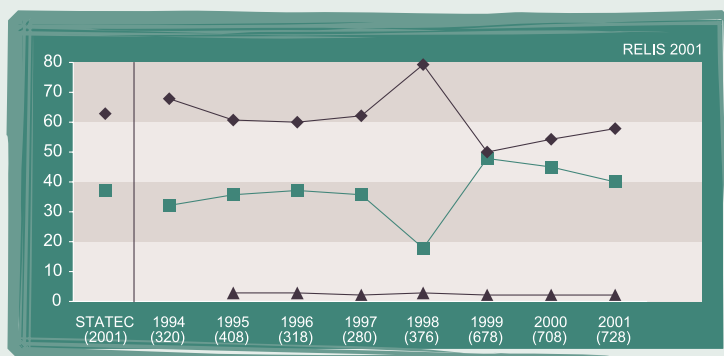
STABLE

METHODOLOGIE

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

4. NATIONALITE

Fig 4. Nationalité. 1994-2001 (% valide)



◆ Luxembourgaise
■ Etrangère
▲ Lux. naturalisée

COMMENTAIRES

58% des répondants sont de nationalité luxembourgeoise (n: 728). Actuellement la distribution selon la nationalité se rapproche de celle observée en population générale.

DONNÉES

COMPLÉMENTAIRES

- **Age moyen des personnes de nationalité étrangère:** 29 ans et 5 mois (▲) (29 ans et 1 mois) (1997: 28 ans et 9 mois).
- **Durée moyenne de séjour au Grand-Duché de Luxembourg** des personnes de nationalité étrangère et qui sont nées à l'étranger: 23 années et 5 mois (▲) (26 années et 3 mois).

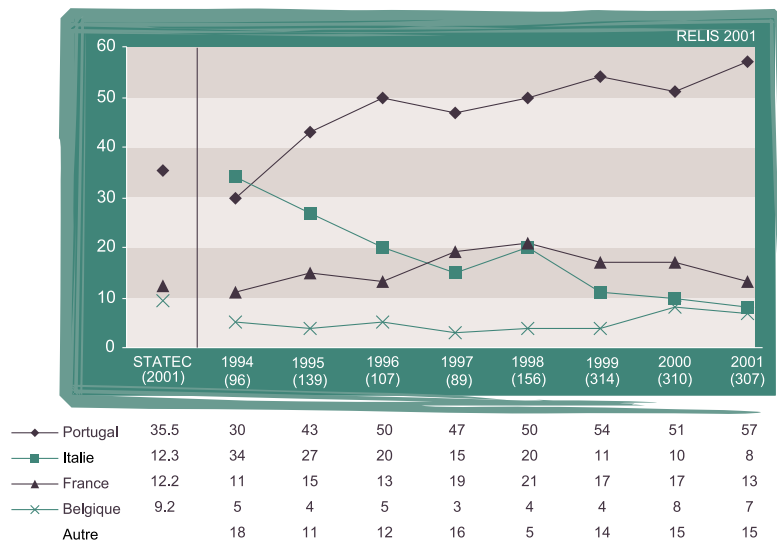
TENDANCES

- Une proportion stable de ressortissants étrangers au sein de la population toxicomane nationale observée jusqu'en 1998 est suivie par une hausse remarquable en 1999 et une faible baisse à partir de 2000.
- La durée de séjour au G.-D. de Luxembourg des répondants étrangers affiche une tendance continue à la hausse de 1994 à 2000.

4.1. PAYS D'ORIGINE

PAYS	STATEC 2001	1994 (%)	1995 (%)	1996 (%)	1997 (%)	1998 (%)	1999 (%)	2000 (%)	2001 (%)
PORTUGAL	35,5	30	43	50	47	50	54	51	57
ITALIE	12,3	34	27	20	15	20	11	10	8
FRANCE	12,2	11	15	13	19	21	17	17	13
BELGIQUE	9,2	5	4	5	3	4	4	8	7
ALLEMAGNE	6,4	6	3	1	3	0	5	4	5
ROYAUME UNI	2,9	2	0	0	0	0	1	0	0
PAYS BAS	2,3	2	1	2	0	0	1	0	0
ESPAGNE	1,8	0	0	0	0	5	4	3	1
GRÈCE	0,8	2	0	0	0	0	0	0	1
TOTAL : AUTRES EU	3,4	0	0	0	0	0	0	0	0
CAP VERT		2	4	3	2	0	2	1	2
AFRIQUE		2	1	3	3	0	1	1	2
EX-YOUGOSLAVIE		2	2	3	7	0	2	1	3
ETATS UNIS		2	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL :									
AUTRES NON-EU	13,2	8	7	9	12	0	5	3	7
N	164.700	96	139	107	89	156	314	310	307

Fig 4.1. Principaux pays d'origine. 1994-2001 (% valide)



DONNÉES

COMPLÉMENTAIRES

- Pourcentage de personnes originaires des **pays limitrophes** tels que la France, la Belgique et l'Allemagne: 25 % (29 %).

TENDANCES

- Nette prépondérance de citoyens portugais (57 % toujours en hausse) dans le groupe des personnes de nationalité étrangère. Les deux autres pays d'origine les plus représentés (**France et Italie**) ont connue une dégression continue depuis les quatre dernières années. Les ressortissants portugais sont les seuls à être largement surreprésentés en référence à la distribution observée en population générale (cf. STATEC 2001).

- Stabilisation du nombre de personnes originaires des pays limitrophes.

- Le nombre total d'utilisateurs problématiques de drogues originaires de pays hors EU affiche à nouveau une augmentation à partir de 1998.

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. *Distribution selon l'âge 1994-2001 (% valide)*

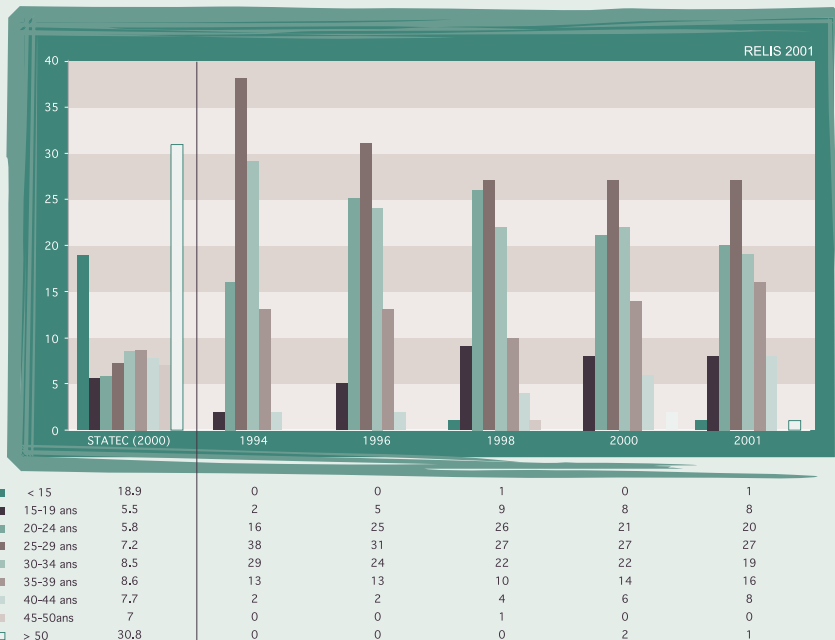
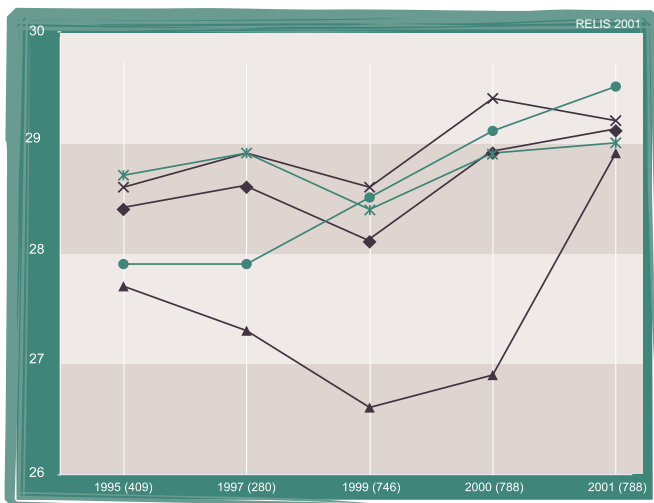


Fig 5.bis Age moyen/écart (années,mois). 1995-2001.



◆	âge moyen total	28,4	28,6	28,1	28,9	29,1
◆	écart type	5,4	5,76	6,77	7,14	7,3
▲	âge moyen femmes	27,7	27,3	26,6	26,9	28,9
◆	âge moyen hommes	28,6	28,9	28,6	29,4	29,2
◆	âge moyen luxembourgeois	28,7	28,9	28,4	28,9	29
◆	âge moyen non-luxembourgeois	27,9	27,9	28,5	29,1	29,5

COMMENTAIRES

- A la date du 31/12/01, l'âge moyen des 788 personnes recensées en 2001 était de **29 ans et 1 mois** ▲ présentant un **écart type de 7.3** ▲.
- Concentration des effectifs 66% (70%) entre 20 et 34 ans ▼.
- 44 % ▲ (39%) des sujets affichent un âge supérieur à 29 ans.
- 3,2% (3,1%) des usagers problématiques recensés sont **mineurs d'âge**. Par extrapolation aux données de prévalence de l'usage problématique de drogues HRC, obtenus en 2000, on peut estimer leur nombre absolu au niveau national se situant entre 80 et 100.

TENDANCES

- L'âge moyen, toutes catégories confondues, témoigne d'une tendance générale à la hausse. Une analyse longitudinale des données révèle que la classe d'âge de 15 à 19 ans a connu une hausse depuis 1994 et que la classe d'âge de 25 à 34 ans affiche une tendance générale à la baisse. Il est important de noter que la proportion de **personnes âgées de plus de 34 ans** n'a cessé d'augmenter depuis 1996 et que l'écart type de la distribution d'âge augmente. En d'autres termes, **l'écart entre les répondants les plus jeunes et les plus âgés s'accroît**.
- L'âge moyen des usagers luxembourgeois est inférieur de cinq mois à celui des répondants d'origine étrangère.

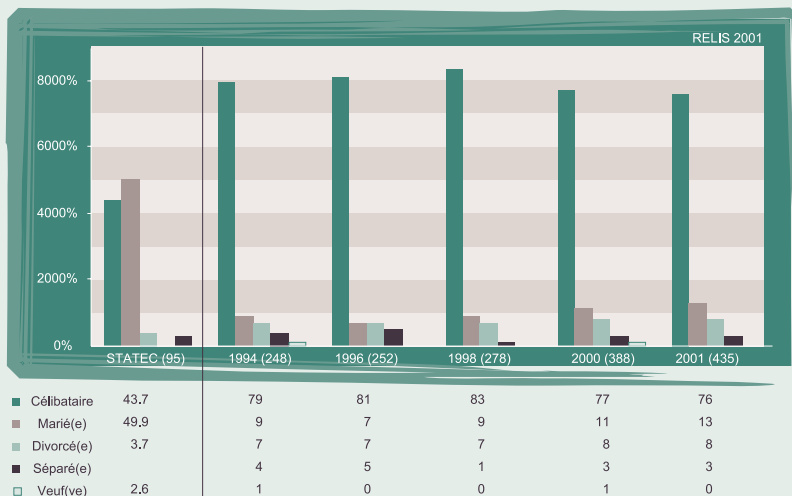
- La **différence d'âge selon le sexe** a tendance à s'estomper. Les hommes affichent une moyenne d'âge de plus en plus élevée. Cette tendance est davantage prononcée pour la sous-population de personnes d'origine étrangère comparée aux répondants luxembourgeois. Pour la première fois l'âge de répondants féminins de nationalité luxembourgeoise est supérieur à celle des hommes.

5.1 DISTRIBUTION D'ÂGE SELON LE SEXE ET LA NATIONALITÉ (2001)

NATIONALITÉ	SEXE	AGES MOYENS INDIVIDUELS	GROUPES	AGES MOYENS GROUPES
LUXEMBOURGEOISE	FÉMININ	29 ans et 6 mois (1998: 26a10m)	FEMMES	28 ans et 9 mois
	MASCULIN	28 ans et 11 mois (1998: 28a2m)	HOMMES	29 ans et 2 mois
ÉTRANGÈRE	FÉMININ	28 ans et 11 mois (1998: 26a4m)	LUXEMBOURGEOIS	28 ans et 10 mois
	MASCULIN	29 ans et 7 mois (1998: 28a11m)	ÉTRANGERS	29 ans

6. ETAT CIVIL

Fig 6. *Etat civil du répondant. 1994-2001* (% valide)



TENDANCES

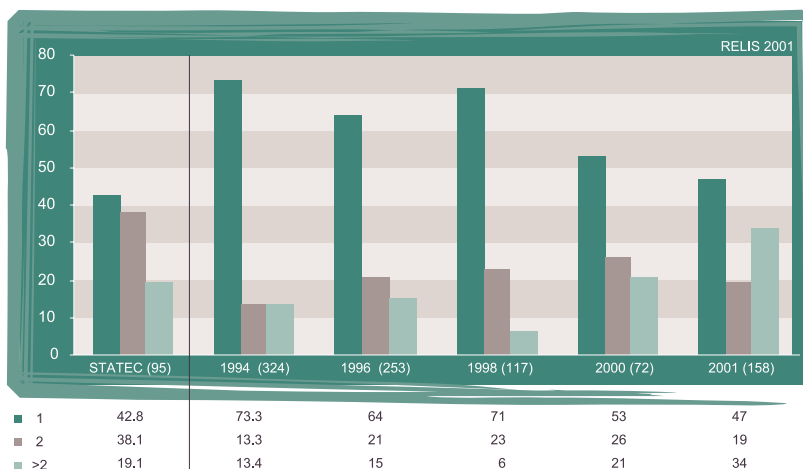
- Faible augmentation de la proportion de personnes mariées

MÉTHODOLOGIE

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

6.1 NOMBRE D'ENFANTS DES REpondANTS

Fig 6.1 Nombre d'enfants des répondants parents. 1994-2001 (% valide)



DONNÉES

COMPLÉMENTAIRES

- 46% (47%) des personnes recensées **n'ont pas d'enfants**.
- 10 % (7%) des femmes déclarent être **enceintes**.

COMMENTAIRES

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

TENDANCES

Le pourcentage de **personnes ayant plus de 2 enfants équivaut à 34%** et affiche une nette tendance à la hausse depuis 1994. Cette tendance s'explique en partie par l'augmentation de l'âge moyen des répondants.

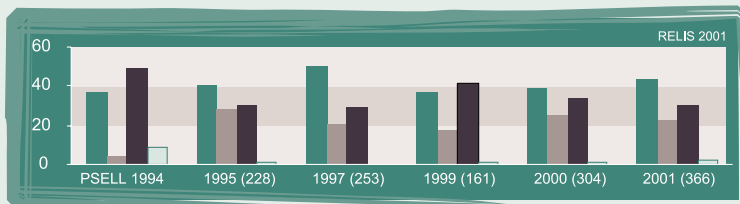
TERMINOLOGIE

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

7. SCOLARITE

7.1 SCOLARITE TERMINEE

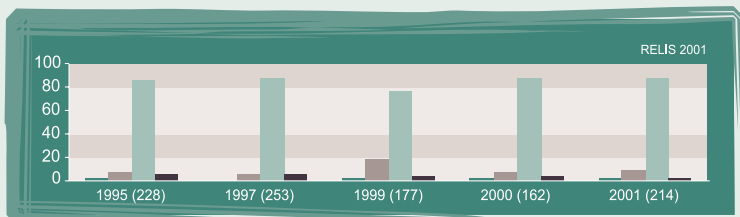
Fig 7.1. Niveau scolaire acquis. 1995-2001 (% valide)



	1995	1997	1999	2000	2001	
■ Primaire	36.9	40	50	37	39	44
■ Comp/Spéc.	4.1	28	21	18	25	23
■ Secondaire	48.8	31	29	41	34	31
□ Supérieur	9	1	0	1	1	2

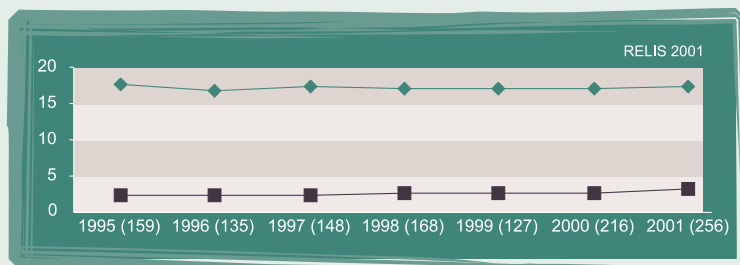
7.2 SCOLARITE NON TERMINEE

Fig 7.2 Niveau scolaire commencé mais non terminé. 1995-2001 (% valide)



	1995	1997	1999	2000	2001
■ Primaire	2	0	1	1	1
■ Comp/Spéc.	8	6	19	8	9
■ Secondaire	85	88	76	88	88
■ Supérieur	5	6	4	3	2

Fig 7.2 bis Age moyen à la fin de la scolarité/écart type. 1995-2001.



	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
◆ âge moyen	17.6	16.7	17.3	17.1	17.1	17.1	17.3
■ écart type	2.3	2.5	2.23	2.71	2.53	2.54	3.18

COMMENTAIRES

- Le graphique 7.1 indique qu'au niveau des cycles de "scolarité terminée" (acquise), 44% (▲) (39%) ont terminé *uniquement* un **cycle d'études primaires**; 23% (25%) 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 88% et 2 % sont entrés **en enseignement secondaire et supérieur** et l'ont abandonné par la suite. 9% (▼) des sujets ne disposent pas d'un cycle d'enseignement complémentaire achevé.

DONNÉES

COMPLÉMENTAIRES

- Pour ce qui est des 31% qui détiennent uniquement un diplôme de fin d'études secondaires, il s'agissait pour 18% de l'enseignement secondaire classique, pour 35% du technique, pour 38 % du professionnel et pour 9% de filières polyvalentes ou non spécifiées.
- 10% (stable) (n=286) des répondants étaient **en cours de scolarisation en 2001**.
- **L'âge moyen à la fin ou au moment de l'interruption de la scolarité**: 17 ans et 3 mois (17 ans et 1 mois) (n=256). Ecart type : 3.18.

TENDANCES

- Depuis 1999, légère baisse du niveau d'études atteint par les répondants. Stabilisation en ce qui concerne les niveaux d'étude entamés mais non acquis.
- L'âge moyen à la fin de la scolarité demeure stable.

MÉTHODOLOGIE

- Les 10% (10%) 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	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
2 parents en vie	82	75	73	78	77	76	77
2 parents décédés	2	7	6	3	3	4	3
1 des parents décédé	16	18	21	19	20	19	20
Père décédé	11,4	15,9	16,2	15	15,3	14,6	17,7
Mère décédée	4,6	2,1	4,8	4	4,7	4,4	2,3
N	368	247	236	212	255	294	348

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.

TENDANCES

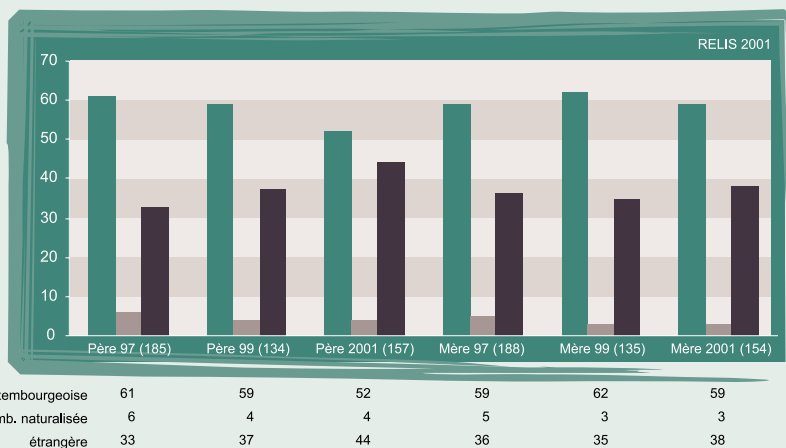
STABLE

MÉTHODOLOGIE

Les données se rapportent aux parents biologiques du répondant.

8.2 NATIONALITE DES PARENTS

Fig 8.2 Nationalité des parents. 1997-2001 (% valide)



TENDANCES

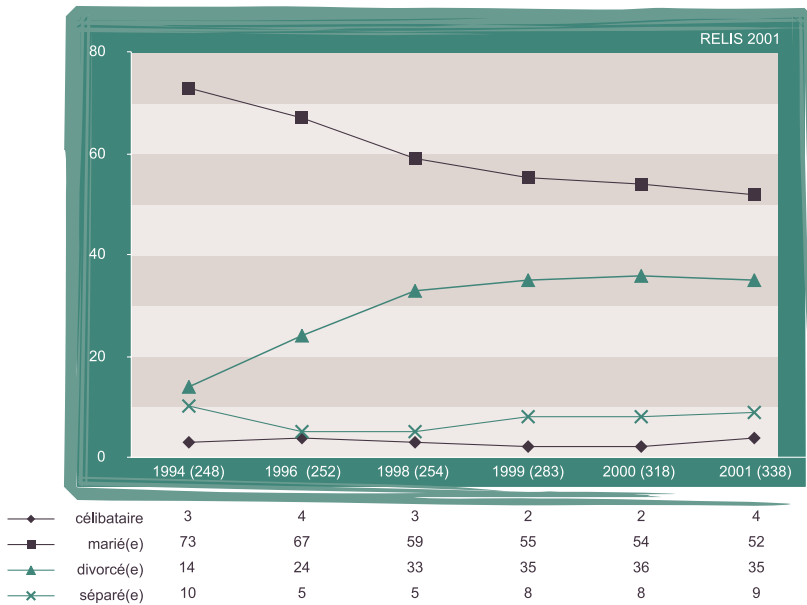
- La distribution selon la nationalité des parents témoigne d'une hausse progressive des parents de nationalité non luxembourgeoise.
- La tendance observée est plus prononcée chez les pères.

TERMINOLOGIE

Les données se rapportent aux parents biologiques.

8.3 ETAT CIVIL DES PARENTS

Fig 8.3 *Etat civil des parents. 1994-2001 (% valide)*



TENDANCES

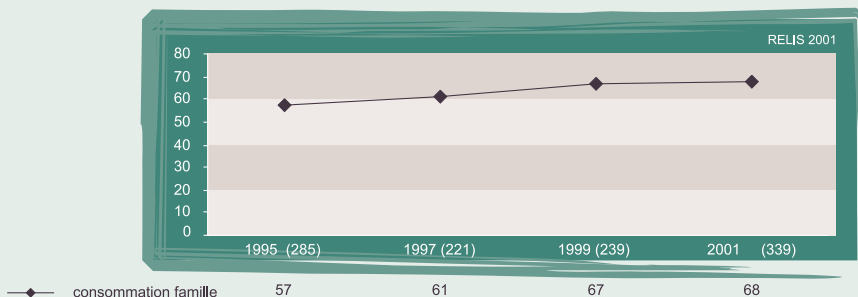
Sur 338 couples parentaux, on note 35% de divorces (stabilisé depuis 1997) et 9% de séparations. La proportion de parents mariés a évolué en décroissant depuis 1995.

TERMINOLOGIE

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

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

Fig 8.4 Consommation de drogues au sein de la famille d'origine. 1995-2001



COMMENTAIRES

Dans 68% (hausse) des cas, il y a au moins un des membres de la famille d'origine qui consomme ou a consommé régulièrement un ou plusieurs des produits définis ci après.

DONNÉES

COMPLÉMENTAIRES

Dans 32% des cas d'abus, il s'agit d'un membre de la fratrie; dans 26 % des cas, il s'agit du père et dans 16% des cas de la mère des sujets. Cette distribution reflète les observations des années précédentes.

TENDANCES

HAUSSE

TERMINOLOGIE

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

8.5 MODE DE VIE LORS DU PREMIER CONTACT AVEC DES DROGUES ILLICITES

MODE/LIEU	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
CHEZ COUPLE PARENTAL	60	59	55	58	57	56	60
CHEZ PÈRE	3	3	3	5	3	2	3
CHEZ MÈRE	15	16	16	17	18	17	18
ALTERNATIVEMENT CHEZ PÈRE ET MÈRE	0	1	1	1	0	0	0
CHEZ MEMBRE(S) DE LA FAMILLE	5	2	7	4	10	9	8
SEUL(E)	6	6	6	5	4	2	2
EN COUPLE	6	8	6	5	4	5	3
CHEZ AMI(E)(S)	2	3	2	1	1	1	1
EN INSTITUTION	3	2	4	4	3	5	5
AUTRE	0	0	0	0	0	1	0
N	395	268	240	219	245	285	331

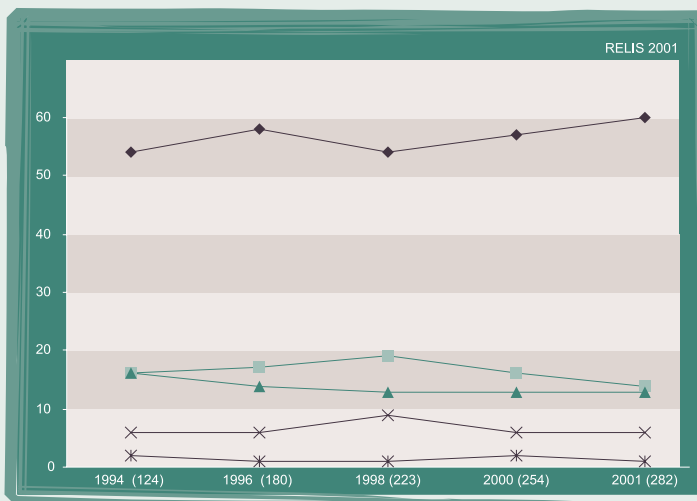
COMMENTAIRES Au moment du premier usage illicite de drogues, 81% (75%) des sujets habitaient toujours chez les parents ou chez un des parents. 8% des répondants habitaient chez un des membres de la famille autres que les parents. La situation observée s'explique en partie par le fait que la moyenne d'âge des sujets lors du premier contact s'élève à 15 ans et 8 mois (n:353).

TENDANCES Accroissement de la proportion d'usagers qui résident chez les parents ou un des parents.

8.6 OCCUPATION PROFESSIONNELLE DU PERE OU DU TUTEUR

OCCUPATION DU PERE OU DU TUTEUR	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Ouvrier qualifié	34	38	32	36	32	34	35	39
Ouvrier non-qualifié	20	22	26	18	22	27	22	21
Employé	16	16	17	9	19	16	16	14
Libéral	16	12	14	18	13	13	13	13
Cadre supérieur	2	5	4	4	4	3	4	4
Cadre moyen	4	3	2	4	5	3	2	2
Travail au noir	1	0	0	0	0	0	0	0
Chômeur	2	3	1	2	1	1	2	1
Autre	5	1	4	9	4	3	5	6
N	124	239	180	222	223	232	254	282

Fig 8.6 Occupation professionnelle du père ou du tuteur. 1994-2001. (% valide)



◆ Ouvrier	54	58	54	57	60
■ Employé	16	17	19	16	14
▲ Libéral	16	14	13	13	13
× Cadre	6	6	9	6	6
* Chômeur	2	1	1	2	1
✱ Autre	6	4	4	5	6

COMMENTAIRES

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

TENDANCES

Diminution lente et discontinue de la proportion d'employés parmi les pères et tuteurs des répondants. Croissance modérée au en référence au statut d'ouvrier.

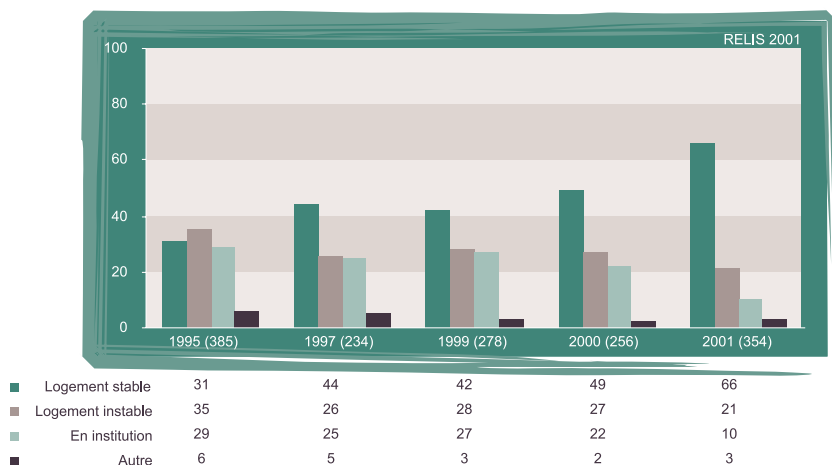
TERMINOLOGIE

Les données se rapportent au père biologique ou, le cas échéant, au tuteur ou l'autorité parentale.

9. DOMICILE

9.1 MODE DE VIE (OU ?)

Fig 9.1 *Dernier lieu de résidence connu. 1995-2001 (% valide)*



COMMENTAIRES

66% des usagers déclarent disposer d'un logement stable au moment du recueil 2001, ce qui constitue une proportion double de celle observée en 1995.

TENDANCES

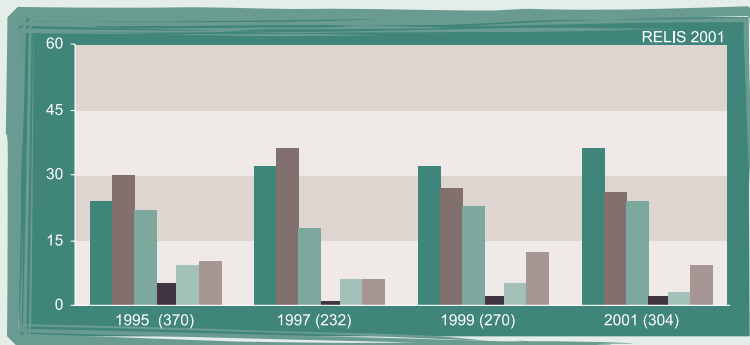
Amélioration continue de la qualité de la situation résidentielle depuis 1995 au regard de la proportion de personnes qui disposent d'un logement stable.

TERMINOLOGIE

L'item concerne le dernier lieu de résidence connu (le cas échéant différent du domicile officiel) des répondants.

9.2 MODE DE VIE ACTUEL (AVEC QUI)

Fig 9.2 Mode de vie actuel. 1995-2001 (% valide)



■	seul(e)	24	32	32	36
■	en couple	30	36	27	26
■	avec parents	22	18	23	24
■	avec mb de famille	5	1	2	2
■	avec ami/connaissance	9	6	5	3
■	autre	10	6	12	9

COMMENTAIRES

- 24 % (stable) des répondants vivent au domicile de leurs parents

TENDANCES

La distribution selon le mode de vie donne lieu à des fluctuations importantes au cours des années. On retiendra cependant que la proportion de personnes vivant seules (36%) affichait une tendance modérément croissante.

A préciser que pour les répondants qui vivent avec une personne qui présente également un usage problématique de drogues il s'agit dans 75% du partenaire sexuel.

TERMINOLOGIE

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

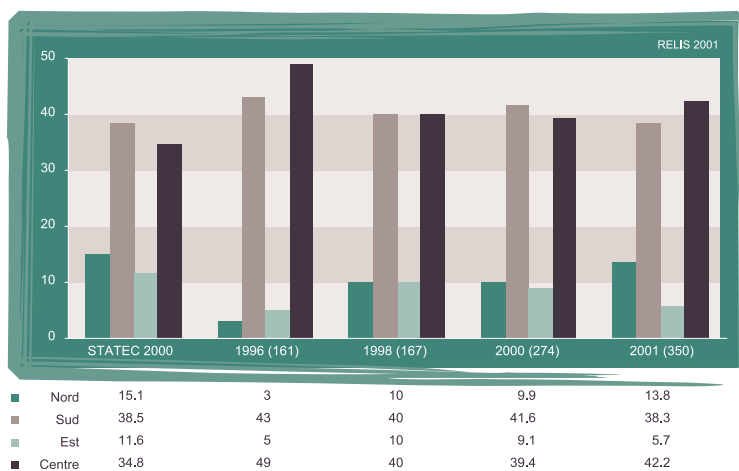
- La rubrique " seul(e) " comprend les personnes qui disposent d'un logement et qui y vivent seules ainsi que les "Sans Domicile Fixe".

9.3 SITUATION GEOGRAPHIQUE DU DERNIER LIEU DE RESIDENCE PRINCIPAL

	SUD	CENTRE	NORD	EST
RELIS 95	53%	27%	13%	7%
RELIS 96	43%	49%	3%	5%
RELIS 97	43%	40%	10%	7%
RELIS 98	40%	40%	10%	10%
RELIS 99	44,5%	36%	8%	11,5%
RELIS 2000	41,6%	39,4%	9,9%	9,1%
RELIS 2001 (%)	38,3%	42,2%	13,8%	5,7%
% STATEC 2000 (%)	38,5%	34,8%	15,1%	11,6%
N. STATEC 2000	204.183	151.481	65.776	50.726
% STATEC 1996 (%)	37%	36%	16%	11%
N. STATEC 1996	58.094	57.854	23.570	17.574

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

Fig 9.3 **Situation géographique du dernier lieu de résidence principal 1996-2001. (% valide)**



COMMENTAIRES

- Le regroupement des données selon les régions (circonscriptions électorales) fait apparaître que depuis 1996 la région du centre a tendance à s'imposer face aux cantons du sud.
- Pour les circonscriptions du centre et de l'est, les effectifs observés (RELIS 2001) diffèrent fortement des effectifs recensés par le STATEC en 2000 (population des résidents âgés entre 15 et 40 ans) et en 2000 (STATEC) (population totale).

**DONNÉES
COMPLÉMENTAIRES**

- Distribution selon le nombre d'habitants de la commune d'origine: N: 296
 - < 2.000 habitants: 17% (17%)
 - 2.000 – 10.000 habitants: 30% (27%)
 - 10.000 – 30.000 habitants: 13% (13%)
 - > 30.000 habitants: 38% (43%)
 - autre: 2 %

TENDANCES

On remarquera que depuis 1995 **la prépondérance des personnes originaires de la région du sud s'est estompée en faveur principalement de la région du centre.** Les cantons du nord confirment par contre leur progression.

10. SITUATION PROFESSIONNELLE

10.1 SITUATION DE CHOMAGE

Fig 10.1 *Situation de chômage. 1995-2001 (% valide)*

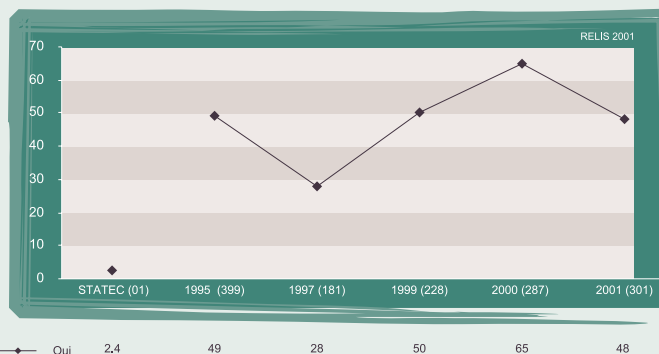
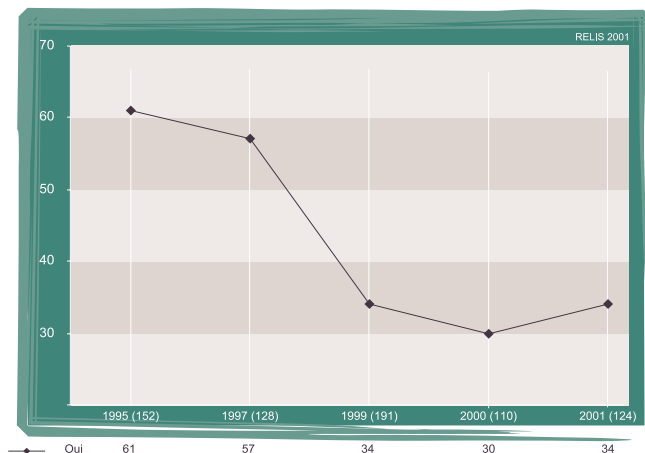


Fig 10.1bis Inscription auprès de l'administration de l'emploi. 1995-2001
(% valide)



COMMENTAIRES

- Le pourcentage de **chômeurs** parmi les répondants a connu de larges fluctuations au cours des dernières 7 années et s'élève en 2001 à 48%.
- Bien qu'ayant connu une régression par rapport à l'année 2000, le taux de chômage est toujours significativement plus élevé que le taux moyen en population générale.

DONNÉES

COMPLÉMENTAIRES

- 20% (25%) des personnes en situation de chômage affirmaient entreprendre des **démarches afin de trouver une occupation professionnelle**.
 - 64% (40%) des personnes en situation de chômage ne sont pas inscrites auprès de l'administration de l'emploi et ne touchent par conséquent pas d'allocations de chômage. Cette proportion s'est stabilisée à un niveau bas.
- L'inscription de la personne en tant que demandeuse d'emploi ne constitue pas nécessairement un indicateur de la motivation à trouver du travail; par contre, elle indique dans quelle mesure le sujet recourt aux mesures d'aide sociale existantes.

TENDANCES

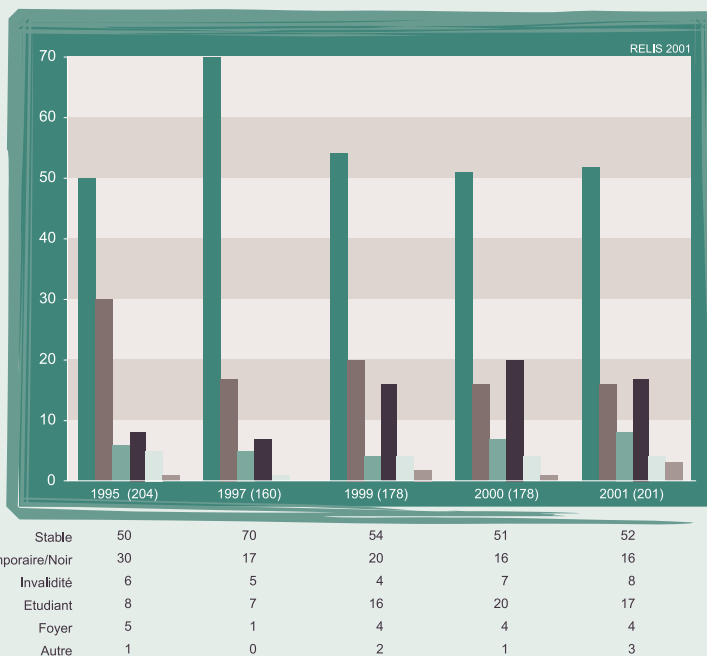
- Amélioration momentanée des indicateurs de chômage à suivre au cours des années prochaines.

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. 1995-2001 (% valide)



COMMENTAIRES

• Parmi les personnes issues de la population active qui disposent d'un emploi rémunéré, 52% (stable) présentent une **situation d'emploi stable**. Un pourcentage élevé mais décroissant (16%) de ces mêmes personnes ne travaillent qu'occasionnellement, au noir ou bien sous contrat à durée déterminée. A relever également qu'entre 1998 et 2000 le **pourcentage (17% stabilisation à un niveau élevé) d'étudiants** au sein de la population de toxicomanes répertoriés affiche une tendance significative 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 est restée stable. Il ne s'agit donc pas d'un effet structure mais plutôt d'une **hausse confirmée de la proportion d'étudiants au sein de la population d'utilisateurs problématiques de drogues**.

TENDANCES

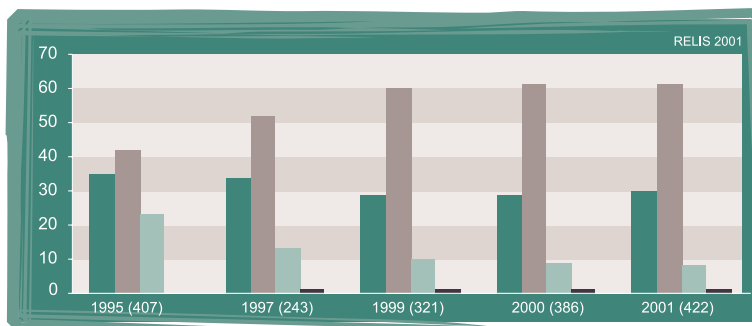
- Tous indicateurs confondus, la situation d'emploi des répondants ne connaît pas d'évolution favorable au vu des données des quatre années précédentes. Bien que le taux de chômage a connu une baisse marquée en 2001 qu'il s'agira de confirmer par la suite, la proportion de personnes qui disposent d'un emploi stable n'a pas évolué favorablement.

11. SITUATION FINANCIERE

11.1 SOURCES DE REVENU (% valide)

SOURCES DE REVENU	PRIMAIRE						SECONDAIRE OCCASIONNEL					
	96	97	98	99	00	01	96	97	98	99	00	01
R.M.G.	19	16	19	25	32	33	1	1	1	2	0,5	2
RÉSERVES	4	4	2	0	2	1	6	6	2	4	2,5	3
PARENTS	19	18	19	21	14	14	18	16	11	14	15	25
SALAIRE	32	30	32	26	25	27	2	0	2,5	4	2	2
AIDE SOCIALE	2	3	0	2	2	2	2	0	1	3	12	14
PENSION	0	0	1	2	1	2	0	0	0	0	1	1
ALLOC. HANDICAP	3	1	1	1	1	0	1	1	1	0,5	1,5	0
PARTENAIRE	1	2	2	2	3	2	7	8	4,5	6,5	6	9
DÉLITS (N)	12	11	9	8	6	6	58	63	60,5	54	49	37
PROSTITUTION	3	2	1	3	3	1	5	4	7,5	6	5	2
AUCUN	5	12	12	9	10	9	0	0	1	2	0,5	2
AUTRE	0	1	2	1	1	3	0	1	8	4	2	3
TOTAL	269	243	276	321	386	422	192	180	138	183	205	171

Fig 11.1 Distribution selon le revenu primaire. 1995-2001 (% valide)



Autonomie	35	34	29	29	30
Dépendance sociale	42	52	60	61	61
Act. Illégales / prostitution	23	13	10	9	8
Autre	0	1	1	1	1

COMMENTAIRES

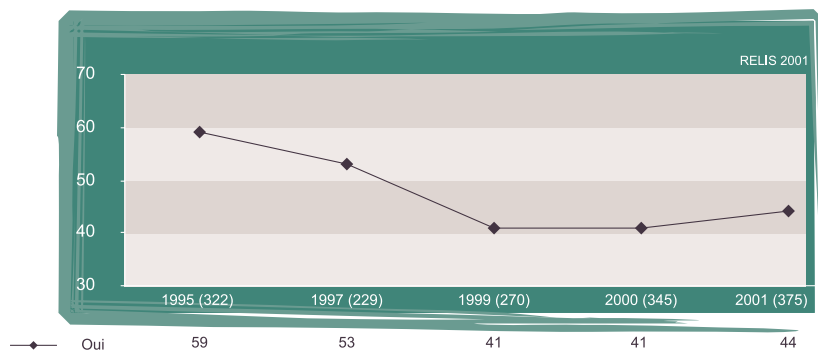
- Les sources de revenu primaire, par ordre d'importance, sont le R.M.G. 33%(▲), le salaire propre 27% et les contributions financières des parents 14%.
- Du côté des revenus secondaires, on retiendra que 37% (▼) des 171 cas connus ont recours à des actes délictueux et que 25 % sont toujours entretenus en partie par leurs parents.
- Le graphique 11.1 présente les données relatives au **revenu primaire** regroupées en fonction de leur origine. 30% des personnes répertoriées sont elles-mêmes garantes de leur revenu légal (autonomie); 61% des personnes sont financièrement et/ou socialement dépendantes (parents, aides sociales) et 8% ont recours à des activités illégales et/ou à la prostitution.

TENDANCES

- Les données relatives aux sources de revenus confirment les observations au niveau des situations d'emploi et de chômage à savoir:
 - **une diminution de l'autonomie financière au profit d'une dépendance sociale accrue.** Le RMG constitue la première source de revenu primaire des répondants. Ces derniers dépendent du support financier des leurs parents (revenu secondaire) dans 25% (▲) des cas.
 - **La décroissance continue observée au niveau des revenus d'origine illégale** (primaires et secondaires) depuis 1995 se poursuit.

11.2 SITUATION D'ENDETTEMENT

Fig 11.2 Situation d'endettement. 1995-2001 (% valide)



COMMENTAIRES

Une proportion importante mais stable (44%) de toxicomanes présentent une situation d'endettement. La précarité de la situation financière d'un grand nombre d'utilisateurs semble être contrebalancée par l'augmentation des contributions financières provenant du réseau social.

TENDANCES

STABLE

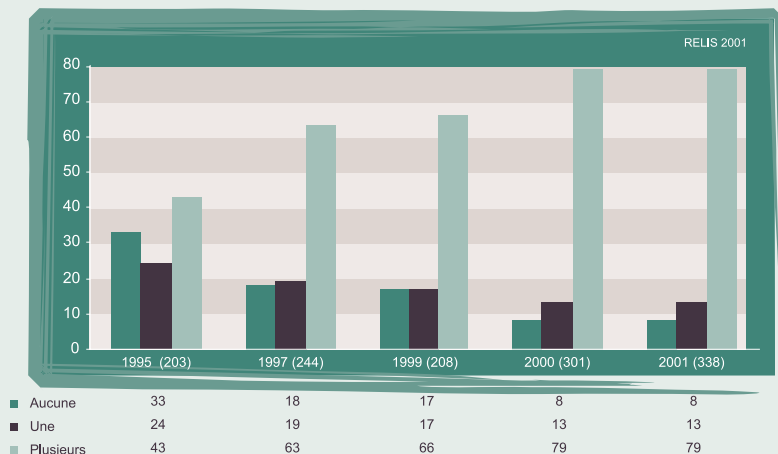
TERMINOLOGIE

Ont été retenues uniquement les personnes qui présentaient des dettes d'un montant supérieur à 2.500.- € 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. 1995-2001 (% valide)



COMMENTAIRES

Au total 92% 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. 79% des cas connus ont été interpellés ou condamnés à plusieurs reprises, ce qui souligne le caractère hautement récidiviste des actes délictueux.

DONNÉES

COMPLÉMENTAIRES

- Durée moyenne qui sépare le moment du premier contact avec des drogues d'acquisition illicite et le moment de la première interpellation: 13 ans et 10 mois (n :514) (13 ans 3 mois)
- Durée moyenne entre le début de dépendance physique et la première interpellation: 10 ans et 6 mois (n :500) (9 ans et 10 mois)
- Durée moyenne qui sépare le moment du recueil des données et le dernier contact avec les forces de l'ordre: 3 ans et 1 mois (n :1014) (3 ans et 1 mois).

TENDANCES

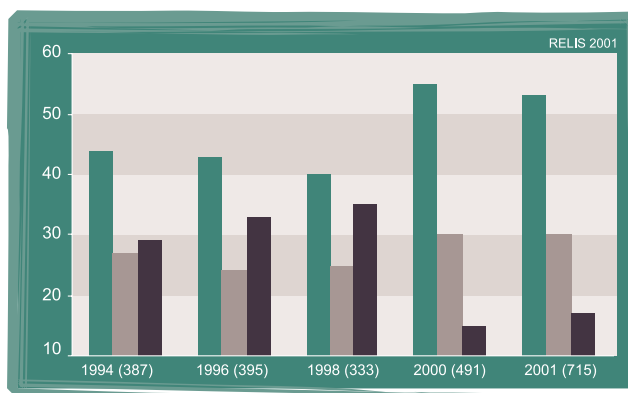
Entre 1995 et 2000 on a observé une augmentation sensible de la fréquence de contact avec les forces de l'ordre. L'année 2001 semble signer une certaine stabilisation à cet égard.

TERMINOLOGIE

Interpellation: infraction présumée à la loi sur les stupéfiants et autres infractions liées à l'usage de drogues.

12.2 RAISONS DE L'INTERPELLATION OU DE LA CONDAMNATION

Fig 12.2 Raisons de l'interpellation. 1994-2001 (% valide)



■ Détenue / Consommation de drogues	44	43	40	55	53
■ Vente de drogues	27	24	25	30	30
■ Délits divers	29	33	35	15	17

COMMENTAIRES

Les délits commis par les sujets concernent avant tout **la détention et la consommation de produits toxiques illicites** (53%). La revente ne compte que pour 30% des infractions.

TENDANCES

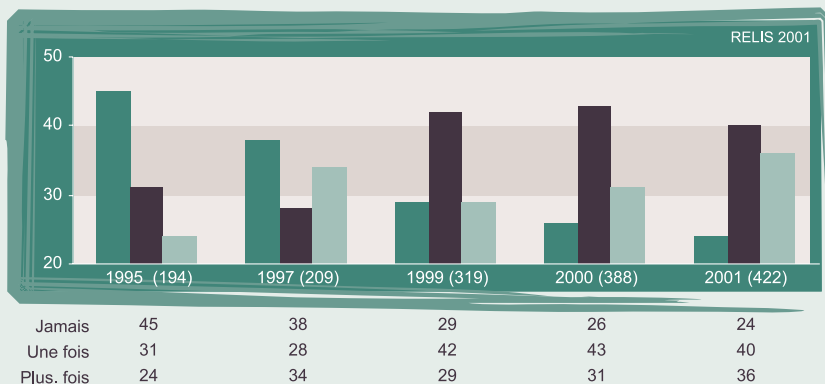
Le nombre de **motifs d'interpellation pour infractions diverses** (ex. criminalité liée à l'approvisionnement de drogues) est en régression depuis 1997.

TERMINOLOGIE

Les pourcentages cités reprennent le **nombre de délits** (2 réponses possibles) commis par les 715 personnes pour lesquelles des précisions sur la situation judiciaire étaient connues, sachant qu'un même individu a pu être interpellé ou condamné pour plusieurs délits à la fois. Le nombre de **motifs d'interpellation** équivaut à 1.036.

12.3 SEJOURS EN PRISON

Fig 12.3 Fréquence des séjours en prison. 1995-2001 (% valide)



COMMENTAIRES

- 76% (▲) des répondants ont déjà purgé des peines de prison. Parmi ces derniers, 40% étaient en prison une seule fois et 36 % ont purgé plusieurs peines.

DONNÉES

COMPLÉMENTAIRES

- 58% (56%) (n:125) des répondants déclarent avoir fait connaissance en prison d'autres détenus consommateurs de drogues auxquelles ils ont acheté, vendu ou cédé des drogues d'acquisition illicite et qu'ils ont continué à fréquenter après leur libération.

TENDANCES

Détérioration continue en matière du passé pénal cumulé par les répondants par rapport aux années précédentes. Cette tendance est en accord avec le nombre élevé de contacts judiciaires signalé plus haut.

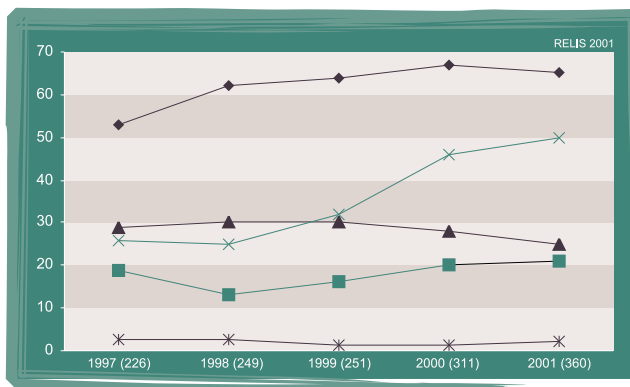
TERMINOLOGIE

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

13. DONNEES MEDICALES

13.1 ETAT DE SANTE ACTUEL

Fig 13.1 Etat de santé. 1997-2001 (% valide)



◆	"Normal"	53	62	64	67	65
■	Mauvais état général	19	13	16	20	21
▲	Hépatite B	29	30	30	28	25
×	Hépatite C	26	25	32	46	50
*	SIDA déclaré	2.5	2.5	1.25	1.35	2.03

COMMENTAIRES

Respectivement 25% et 50% des répondants ont contracté l'hépatite B et C. Les 7 cas (2%) de SIDA regroupent les personnes qui ont effectivement développé la maladie. Au total, 48% (41%) (n : 344) souffraient simultanément d'au moins deux affections différentes.

TENDANCES

Au cours des dernières années, il y a lieu de parler d'une **stabilisation de l'état de santé générale** des répondants. En termes épidémiologiques les taux d'infection au VHB et la prévalence des cas de SIDA déclarés n'ont guère évolué. Cependant **l'infection au VHC (hépatite C) est en nette progression** et tend à s'ajuster sur la moyenne européenne.

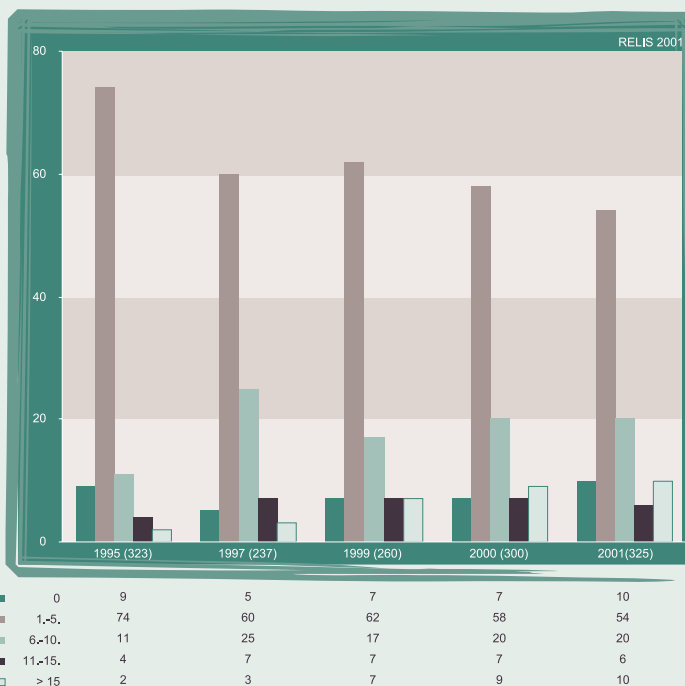
TERMINOLOGIE

- Dans le cadre du protocole RELIS 2001, l'état de santé " normal " est défini par l'absence d'affections spécifiques ou d'un état d'épuisement général tel que toute activité physique est rendue difficile.

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

13.2 NOMBRE DE SEVRAGES

Fig 13.2 Nombre de sevrages institutionnels. 1994-2001 (% valide)



COMMENTAIRES

La grande majorité des toxicomanes recensés par RELIS ont à leur actif au moins une tentative de sevrage physique. 54% des sujets ont déjà subi 1 à 5 sevrages et 20%, 6 à 10 sevrages au cours de leur carrière de d'usagers de drogues.

TENDANCES

Le taux moyen de sevrages est en hausse depuis 1994 avec une exception notable en 1998. Il s'agit de tenir compte de la diminution de l'âge au début de la consommation, de la durée de la dépendance et de l'accroissement de la moyenne d'âge en général en vue d'expliquer la tendance observée. L'augmentation graduelle du nombre de personnes âgées de plus de 35 ans peut constituer un des facteurs explicatifs de la tendance observée.

TERMINOLOGIE

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

13.3 HYGIENE ET PRECAUTIONS

Fig 13.3 Utilisation de préservatifs. 1995-2001 (% valide)

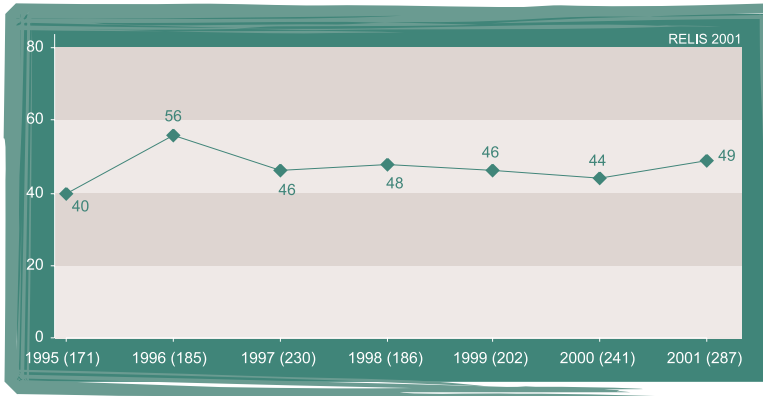
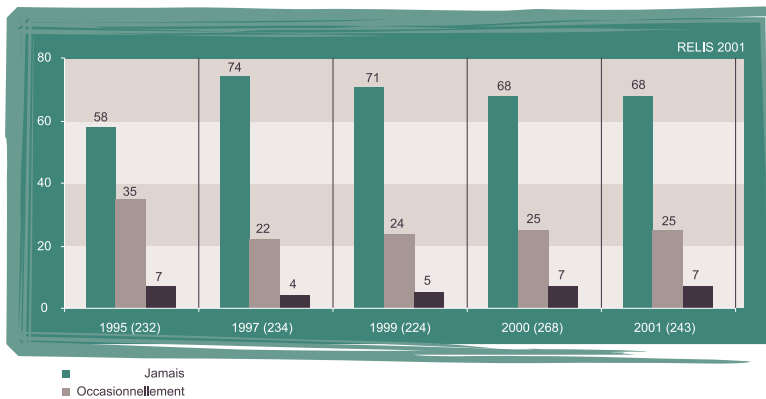


Fig 13.3bis Echange de seringues usées au cours du mois écoulé. 1995-2001 (% valide)



COMMENTAIRES

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

TENDANCES

- Le taux d'utilisation de préservatifs s'accorde sur celui des années précédentes (49%).
- Avec un écart notamment pour l'année 1998, on retrouve une distribution semblable à celles observées entre 1996 et 2001 en matière d'échanges de seringues.

TERMINOLOGIE

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

13.4 TEST SIDA (VIH)

Fig 13.4 Test VIH au cours de la vie. 1995-2001 (% valide)

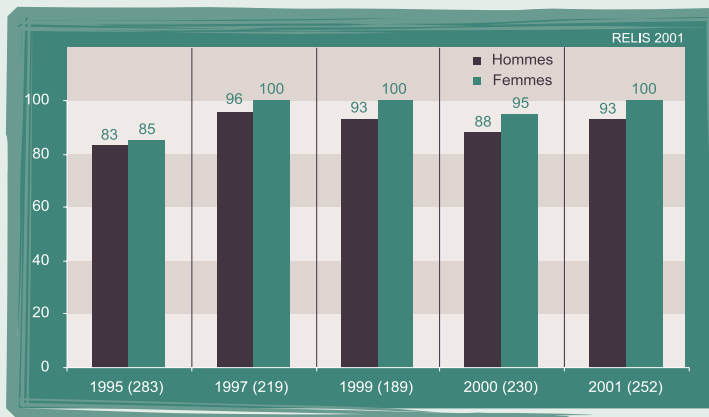


Fig 13.4bis Test VIH au cours des cinq derniers mois. 1997-2001 (% valide)

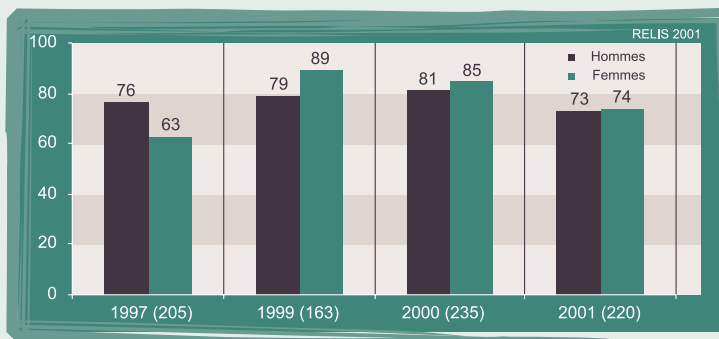


Fig 13.4ter Résultats du test VIH. 1994-2001 (% valide)

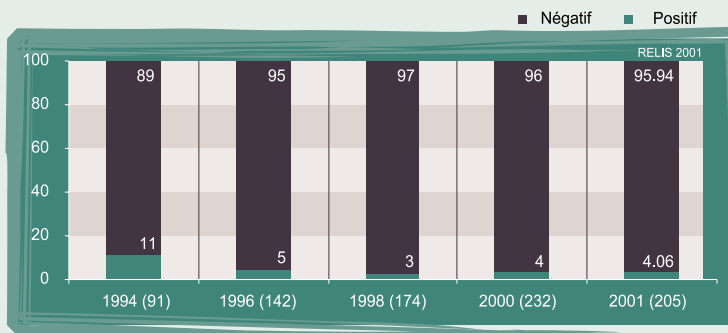


Fig 13.4 quater *Maladie du SIDA déclarée. 1994-2001 (% valide)*

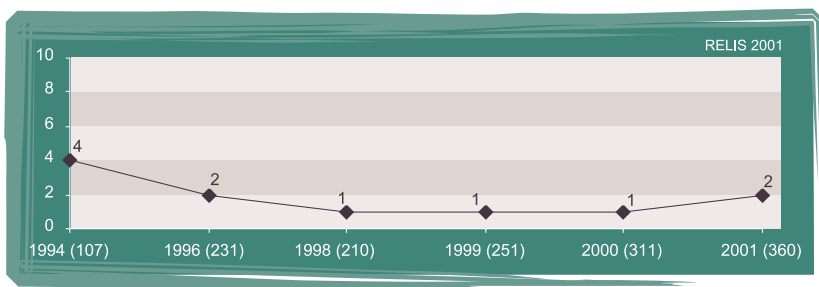
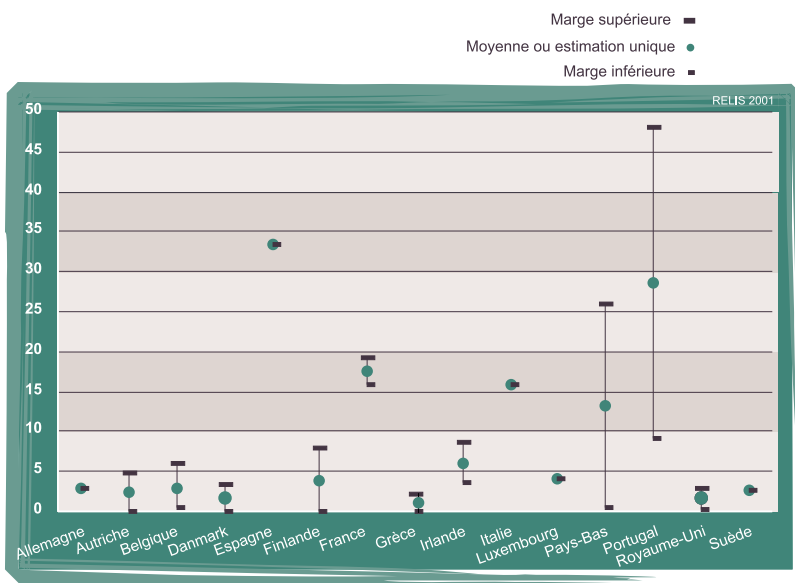


Fig 13.4 5 *Prévalence d'infections au VIH parmi les usagers intraveineux dans l'UE. 1996-2001 (% valide)*



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

COMMENTAIRES

- Une majorité (Total: 95% ▲) des usagers recensés 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 subi des prises de sang ou autres examens médicaux.

- En ce qui concerne les **tests effectués au cours des cinq derniers mois** avant le recueil des données, on constate que la proportion de femmes qui se sont soumises à un test VIH (74 % ▼) équivaut à celle des hommes (73%); une tendance que l'on observe pas au niveau des tests VIH au cours de la vie.

SÉROLOGIE VIH:

- 4% de l'ensemble des répondants sont VIH positifs. Se référant exclusivement aux usagers de drogues par voie intraveineuse, on obtient le même taux d'infection VIH (4%).

- A rappeler que 2% des personnes qui ont effectué un test VIH, avaient effectivement développé la maladie au moment du recueil des données.

- Le taux observé au Grand-Duché de Luxembourg est inférieur à la majorité de taux maximum observés au sein de l'UE. (Source: OEDT (2002). *Rapport annuel sur l'état de la situation du problème de la drogue 2001. Lisbonne*).

DONNÉES

COMPLÉMENTAIRES

- Age moyen des personnes qui ont subi un test VIH au moins une fois au cours de leur existence: 31 ans et 7 mois (n : 457)

TENDANCES

- Test VIH au cours de la vie: fluctuations dans les limites des valeurs des années précédentes.

- Test VIH au cours des derniers 5 mois: plus forte diminution depuis 1998 pour les deux sexes.

Le taux d'infection VIH affiche une légère hausse par rapport aux trois années antérieures ce qui doit être interprété à la lumière de l'accroissement concomitant de la prévalence VIH au sein de la population générale.

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

13.5 TEST HEPATITE C (VHC)

Fig 13.5 Test VHC au cours de la vie 2000-2001

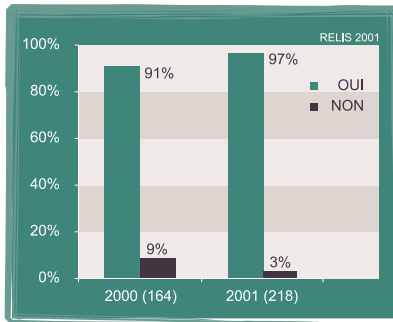


Fig 13.5 bis Test VHC au cours des 5 derniers mois 2000-2001

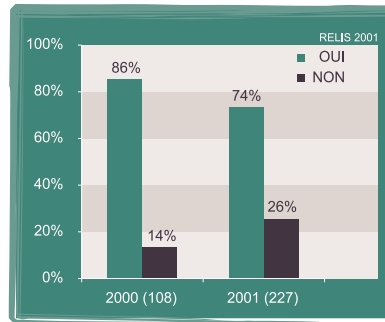
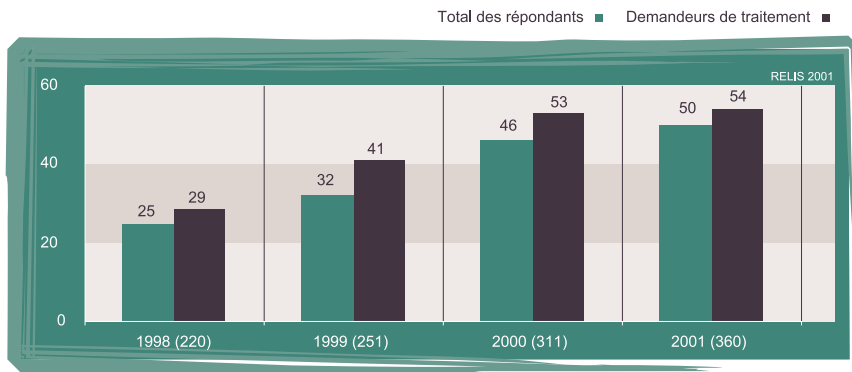


Fig 13.5 ter Statut sérologique VHC 1998-2001 (% valide)



COMMENTAIRES

On observe une augmentation en 2001 de la proportion de personnes qui ont déjà effectué au moins un test de dépistage du VHC au cours de leur vie. En ce qui concerne les tests de dépistage au cours des cinq derniers mois, on constate, à l'instar des tests de dépistage VIH, une diminution assez marquée de la proportion de répondants testés.

TENDANCES

- Depuis l'inclusion de l'indicateur VHC au protocole RELIS, on observe une **hausse continue du taux d'infection au VHC** (50-54% ▲).

14. SANTE MENTALE

14.1 COMPORTEMENTS A RISQUE

Fig 14.1 Tentatives de suicide. 1995-2001 (% valide)

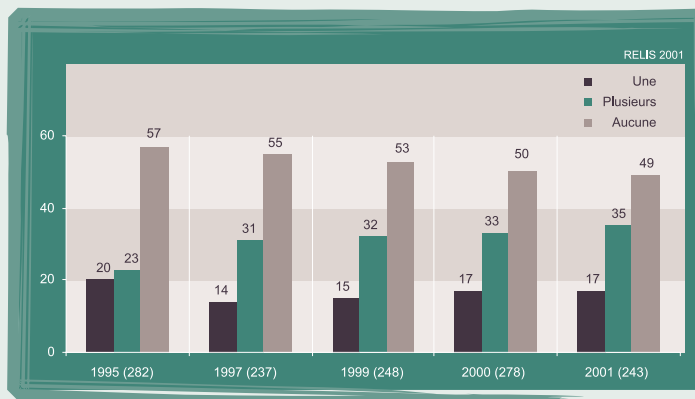
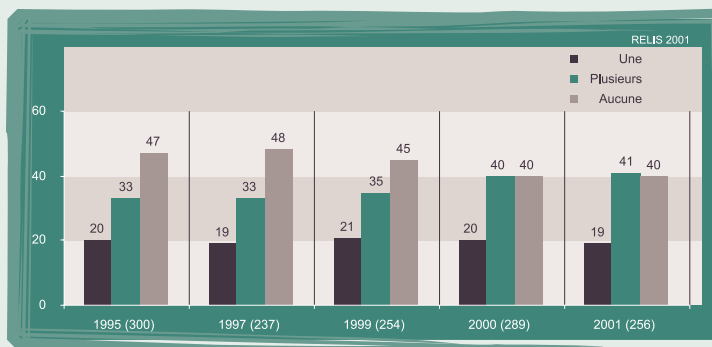


Fig 14.1bis Surdosages non fatals. 1994-2001 (% valide)



COMMENTAIRES

- Tentative(s) de suicide (une et plusieurs): 52% (▲)
- Victimes de surdose(s) non fatales: 60%
- Agression(s) envers autrui: 68% (▼)

DONNÉES

COMPLÉMENTAIRES

- 22% des personnes concernées font état des trois comportements cités (38% : 2 et 40% : 1).

TENDANCES

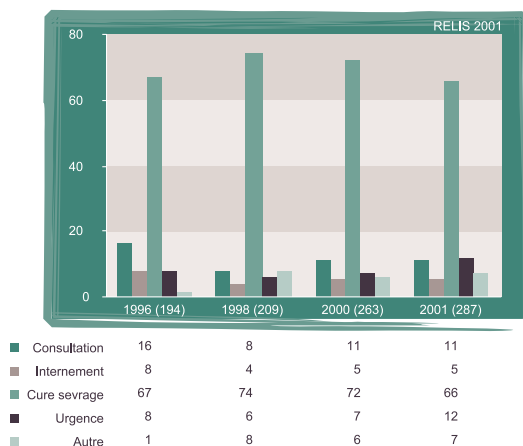
Augmentation modérée et continue depuis 1997 de l'indicateur des tentatives de suicide.

14.2 ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES

Fig 14.2 Antécédents psychiatriques. 1996-2001 (% valide)



Fig 14.2bis Motifs des contacts psychiatriques. 1996-2001 (% valide)



COMMENTAIRES

- Pour les personnes qui témoignent d'un passé psychiatrique, il s'agit dans 66% des cas de cures de sevrage en unité psychiatrique et, dans 34% des cas, de problèmes psychopathologiques divers. Exprimé en d'autres termes, 31% de l'ensemble des répondants RELIS ont déjà eu recours à des services psychiatriques pour des motifs autres que le sevrage physique.

TENDANCES

Absence de tendance notable à long terme.

MÉTHODOLOGIE

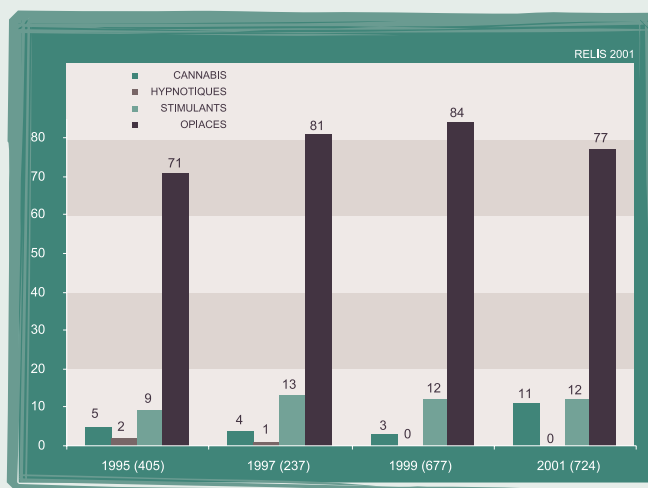
- Les cures de sevrages sont retenues étant donné qu'elles s'effectuent en milieu hospitalier psychiatrique.

15. CONSOMMATION DE PRODUITS TOXIQUES

15.1 PRODUITS PRÉFÉRENTIELS

PRODUIT PRÉFÉRENTIEL	PRÉFÉRENCE 1				PRÉFÉRENCE 2				PRÉFÉRENCE 3				
	96	98	00	01	96	98	00	01	96	98	00	01	
ALCOOL			1	1	3	2	3	4	10	6	8	8	
CANNABIS ET DÉRIVÉS	5	3	7	11	16	29	26	28	33	41	31	34	
INHALANTS, SUBSTANCES VOLATILE									1				
HALLUCINOGENES (LSD,PCP,ETC.)		1			3	4	1	1	8	5	3	4	
HYPNOTIQUES ET SÉDATIFS	2	1			6	4	9	8	13	12	17	14	
STIMULANTS SNC					1	1		1	1				
MDMA (XTC) ²	2	6	1	3	6	7	4	4	8	10	6	7	
AMPHÉTAMINES ¹		2			3	3	2	3	2	6	5	3	
CRACK (EX. COCAÏNE FREEBASE)					2		1		1	1	1		
COCAÏNE	5	4	4	7	12	18	15	14	3	7	7	7	
COCAÏNE (I.V.)	8	3	3	2	24	15	17	12	6	7	7	5	
OPIOIDES/OPIACÉS	2	2	5	1									
PRODUITS DE SUBSTITUTION (CONSUM. ILLÉGALE)							3	2	1	1	2	1	
PRODUITS DE SUBSTITUTION (SOUS PRESCRIP.)		1	1	2	6	3	5	7	6	3	4	4	6
HÉROÏNE ET AUTRES OPIACÉS	17	36	24	22	10	4	5	9	5	3	3	3	
HÉROÏNE ET AUTRES OPIACÉS (I.V.)	58	41	53	47	11	7	6	8	5	3	5	6	
AUTRES PRODUITS PSYCHOACTIVES						1					2		
N	283	574	731	724	241	397	530	561	193	255	360	375	

Fig 15.1 Produits préférés (groupes) (1995-2001)



COMMENTAIRES

- **Substance et mode d'administration préférentiels:** héroïne par voie intraveineuse (53%). Substance préférentielle indépendamment du mode d'administration : opiacés / opioïdes d'acquisition illicite : 77%
- **Substances secondaires** dans l'ordre de préférence: cannabis / cocaïne / héroïne (69%) (stable)

DONNÉES

COMPLÉMENTAIRES

- **Age moyen** des répondants au moment de la première consommation de la drogue préférentielle actuelle: 15 ans et 4 mois (15 ans et 4 mois).
- Taux de **polytoxicomanie:** 83% (87%).

TENDANCES

- Les opiacés continuent à constituer le produit préférentiel (78%) des usagers problématiques répertoriés par le réseau institutionnel. La tendance significative à la hausse du mode d'administration d'opiacés par inhalation: 22% (24%), observée en 1998 a été suivie par une décroissance notable à partir de la même année. L'héroïne en mode i.v. (47%) en tant que produit préférentiel affiche une tendance à la baisse.
- Stabilisation à niveau bas de la prévalence de substances de **type ecstasy** (MDMA, etc.) en première (3%) et deuxième préférence (4%) et des stimulants de type amphétamine (**STA**) en premier niveau de préférence.
- La proportion de personnes en contact avec le réseau institutionnel spécialisé pour usage (préférentiel) de cannabis (11% a) témoigne d'une hausse sensible. Ce taux est encore plus élevé chez les usagers demandeurs de soins spécialisés (échantillon sanitaire) (16% a). L'augmentation des contacts institutionnels pour usage problématique de cannabis est en accord avec les tendances observées au sein d'autres Etats membres de l'UE.
- Faible prévalence (décroissante) de la **cocaïne** en mode d'administration i.v. en tant que produit de consommation préférentielle. Tous modes d'administration et niveaux de préférence confondus, légère baisse de la consommation de cocaïne associée à la diminution du groupe des stimulants en général.
- Absence complète de **substances volatiles et de crack** en tant que produit préférentiel. Très faible prévalence de l'usage de crack en deuxième et troisième 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 MODE D'ADMINISTRATION

ANNÉE 2001	HOMMES (N:304)	FEMMES (N:106)	TOTAL (N:410)
CONSUMMATION INTRAVEINEUSE ACTUELLE (%)	70	62	67
CONSUMMATION I.V AUPARAVANT MAIS PAS ACTUELLEMENT (%)	14	21	16
CONSUMMATION I.V. AU COURS DE LA VIE (%)	84	83	83
CONSUMMATION I.V. ACTUELLE DE LA DROGUE PRÉFÉRENTIELLE	52	38	48

Remarque

- Etant donné que l'item 15.2 figurait pour la première fois sur le protocole RELIS en 2001, aucune analyse comparative n'est possible à ce stade. A retenir que les hommes prédominent au niveau de la consommation i.v. actuelle. Une plus grande proportion de femmes, qui injectaient auparavant ont arrêté la consommation par voie intraveineuse par la suite.

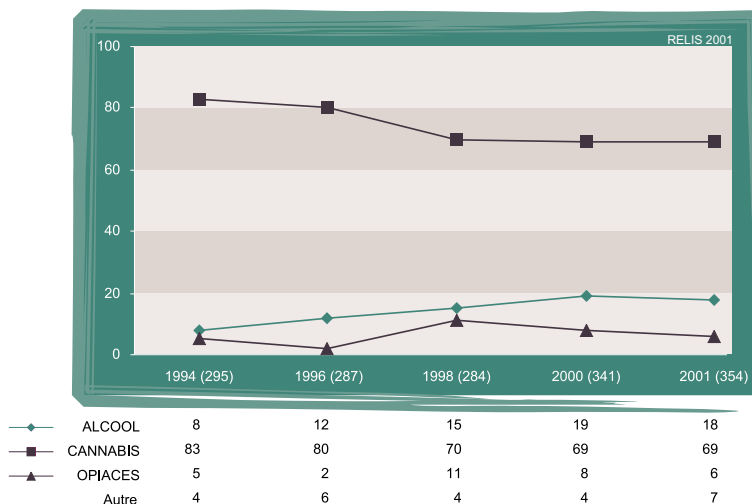
15.3 SEQUENCES DE CONSOMMATION

DROGUE DE PREMIER CONTACT (%)	1994	1996	1998	2000	2001
ALCOOL	8	12	15	19	18
CANNABIS ET DÉRIVÉS	83	80	70	68	69
INHALANTS, SUBST. VOLATILES		2	1	1	1
HALLUCINOGENES (LSD, PCP, ETC.)	2	1	1	1	1
HYPNOTIQUES ET SÉDATIFS	1	1	1		

STIMULANTS SNC

MDMA (XTC)					1
AMPHÉTAMINES	1		1		1
CRACK (EX. COCAÏNE FREEBASE)					
COCAÏNE	1	1			1
COCAÏNE (I.V.)					1
OPIOIDES/OPIACÉS					
PRODUITS DE SUBSTITUTION (CONS. ILLÉGALE)					
PRODUITS DE SUBSTITUTION (SOUS PRESCRIP.)					
HÉROÏNE ET AUTRES OPIACÉS	4	1	5	4	3
HÉROÏNE ET AUTRES OPIACÉS (I.V.)	1	1	6	4	3
AUTRES PRODUITS PSYCHOTROPES					
			1	1	1
N	295	287	284	341	354

Fig. 15.3 Drogue de premier contact (groupe). 1994-2001 (% valide)



COMMENTAIRES

- **Le premier contact prolongé** avec des produits d'acquisition illicite concerne dans 69% des cas connus le cannabis et ses produits dérivés suivi d'une substance licite à savoir l'alcool (18%) qui a affiché une nette progression les dernières sept années.

- **En termes chronologiques**, 32% des répondants ont fait l'expérience de la consommation d'héroïne (17% i.v. / 15% non-i.v.) suite à leur premier contact avec une/des drogue(s) illicite(s). Un troisième moment de l'évolution de la consommation est marquée pour 21% des répondants par la consommation de cocaïne (11% i.v. / 10% non-i.v.) et 43% par la consommation d'héroïne (30% i.v. / 13% non-i.v.).

- A remarquer que la cocaïne est très rarement citée (2%) en tant que drogue de premier contact. Une majorité de personnes ont déjà consommé au moins 2 à 4 autres substances avant de déboucher sur l'usage de cocaïne. La disponibilité, le prix et la spécificité de la scène de consommation pourraient intervenir en tant que facteurs explicatifs de la situation observée.

DONNÉES

COMPLÉMENTAIRES

- Age moyen du premier contact (consommation) avec des drogues illicites: 15 ans et 8 mois (n=311) (15 ans 6 mois) (2000 - hommes : 15 ans et 9 mois / femmes: 15 ans et 6 mois).
- Age moyen de la première consommation régulière de cigarettes: 14 ans et 3 mois (n: 248) (13 ans et 9 mois). Les hommes commencent en moyenne plus tard à fumer (14 ans et 6 mois) que les femmes (13 ans et 8 mois).

TENDANCES

- En moyenne, contact plus précoce avec des drogues d'acquisition illicite (depuis 3 ans) et stabilisation de l'âge lors de la première consommation de cigarettes après une diminution durant plusieurs années. Ces deux tendances, avant tout prégnantes chez les femmes, sont rapportées par un grand nombre d'autres pays au sein de l'UE.

TERMINOLOGIE

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

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

AGE 2001 (2000)	10-13	14-15	16-17	18-19	20-21	22-25	26-33	+33
ALCOOL	40 (29)	34 (46)	13 (14)	9 (6)	2 (4)	1 (1)		
CANNABIS ET DÉRIVÉS	25 (22)	34 (34)	23 (26)	13 (13)	3 (3)	1 (1)	2 (1)	
INHALANTS, SUBST. VOLATILES	46 (27)	27 (36)	9 (10)	18 (27)				
HALLUCINOGENES (LSD, PCP, ETC.)	15 (12)	32 (36)	27 (25)	15 (13)	4 (7)	6 (7)	1 (0)	
HYPNOTIQUES ET SÉDATIFS	6 (9)	8 (12)	24 (23)	22 (16)	11 (14)	13 (12)	15 (14)	1 (0)
STIMULANTS SNC								
MDMA (XTC)	6 (8)	30 (28)	28 (20)	18 (32)	6 (4)	12 (4)	0 (4)	
AMPHÉTAMINES	6 (4)	12 (20)	46 (56)	18 (8)	18 (8)	0 (4)		
CRACK (EX. COCAÏNE FREEBASE)		33 (0)	0 (0)	0 (34)	0 (0)	33 (33)	33 (33)	
COCAÏNE	2 (3)	10 (8)	14 (14)	25 (17)	18 (25)	15 (22)	12 (11)	4 (0)
COCAÏNE (I.V.)	0 (2)	20 (13)	16 (26)	26 (27)	13 (13)	12 (9)	12 (9)	1 (1)
OPIOIDES								
PRODUITS DE SUBSTITUTION (CONS. ILLÉGALE)				20 (0)		20 (0)	20 (0)	40 (0)
PRODUITS DE SUBSTITUTION (SOUS PRESCRIP.)	4 (4)		0 (0)	7 (14)	22 (4)	30 (48)	30 (26)	7 (4)
HÉROÏNE ET AUTRES OPIACÉS	9 (6)	9 (13)	20 (8)	23 (26)	14 (16)	12 (16)	11 (13)	2 (2)
HÉROÏNE ET AUTRES OPIACÉS (I.V.)	3 (3)	16 (12)	23 (28)	18 (22)	17 (11)	14 (18)	9 (5)	0 (1)
AUTRES PRODUITS PSYCHOACTIVES								
PSYCHOACTIVES	7 (4)		30 (31)	23 (31)	17 (15)	23 (11)	0 (8)	0 (0)

source: RELIS 2001

Fig. 15.4 Ages: première consommation de cannabis. 1995-2001 (% valide)



Fig. 15.4bis Ages: première consommation de cocaïne i.v. 1995-2001 (% valide)

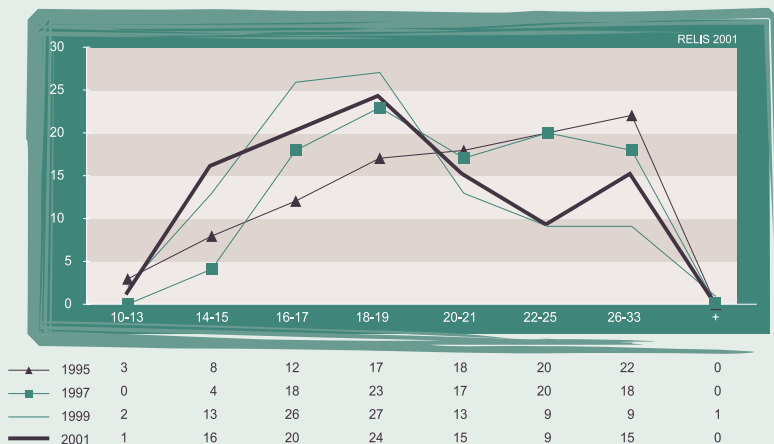
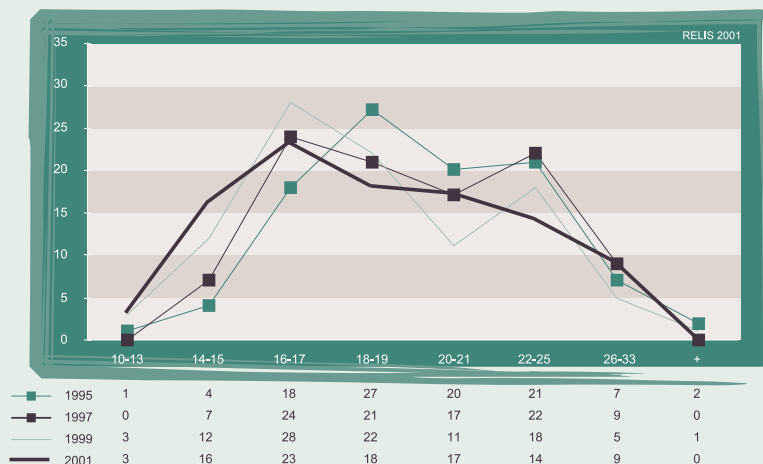


Fig. 15.4ter Ages: première consommation d'héroïne i.v. 1995-2001 (% valide)



TENDANCES

DROGUES LRC D'ACQUISITION ILLICITE (CANNABIS)

- 23% (à partir de 1995) des répondants n'avaient pas encore atteint l'âge de 14 ans au moment de la première consommation de drogues LRC tel que le cannabis. Outre une amplitude plus prononcée pour le groupe d'âge 10-13, la courbe de consommation indique, comme les années précédentes, un pic entre 14 et 15 ans et descend progressivement jusqu'à l'âge de 21 ans pour atteindre son minimum vers l'âge de 33 ans.

- Les courbes de 1995 à 2001 présentent des décours fort semblables mais se distinguent par un **début de consommation de plus en plus précoce.**

DROGUES HRC D'ACQUISITION ILLICITE

• **Cocaïne**

Cocaïne par voie intraveineuse:

- ▶ concentration des premières consommations de cocaïne en i.v. entre l'âge de 16 et 19 ans.
- ▶ courbes à variations d'amplitude plus discrètes (comparées aux drogues LCR) avec un premier pic commun pour les années 1995 à 2001 qui se situait entre 18 et 19 ans (plus tard que pour l'héroïne i.v.). Aussi, on observe une **plus grande proportion d'usagers actuels (16%) ayant injecté de la cocaïne pour la première fois à l'âge précoce de 14 à 15 ans.** A souligner que 37% (36%) des usagers problématiques actuels n'étaient pas encore majeurs au moment de la première consommation de cocaïne.

Cocaïne / autres voies d'administration:

- ▶ l'évolution des premières consommations de cocaïne non-i.v. comparée au mode i.v. se distingue par un premier pic plus tardif situé dans la classe d'âge de 18 à 19 ans. En 1998, ce même pic était situé entre 22 et 25 ans. Ces résultats permettent d'avancer que les actuels usagers problématiques de drogues ont tendance à injecter la cocaïne avant de la consommer moyennant d'autres voies d'administration. Cette tendance, qui se confirme par ailleurs pour la consommation d'héroïne, est à mettre en relation avec la minimisation de la perte du principe actif lors de l'injection et dès lors l'optimisation de l'effet. En situation financière précaire, le mode i.v. est généralement préféré par l'utilisateur.

• **Héroïne**

Héroïne par voie intraveineuse:

- ▶ depuis 1995, début plus précoce pour la consommation d'héroïne par voie intraveineuse. **42% (1999: 43%) (1998: 38%) des répondants n'avait pas encore atteint l'âge de 18 ans lors de la première injection d'héroïne.**
- ▶ la courbe typique à double pic entre 16 et 17 ans et entre 22 et 25 ans ne s'observe plus étant donné que la courbe affiche un pic unique entre 16 et 17 ans. En d'autres termes, on observe un début de consommation d'héroïne plus précoce et moins

d'usagers actuels qui débutent leur consommation d'héroïne à un âge plus avancé.

Héroïne / autres voies d'administration:

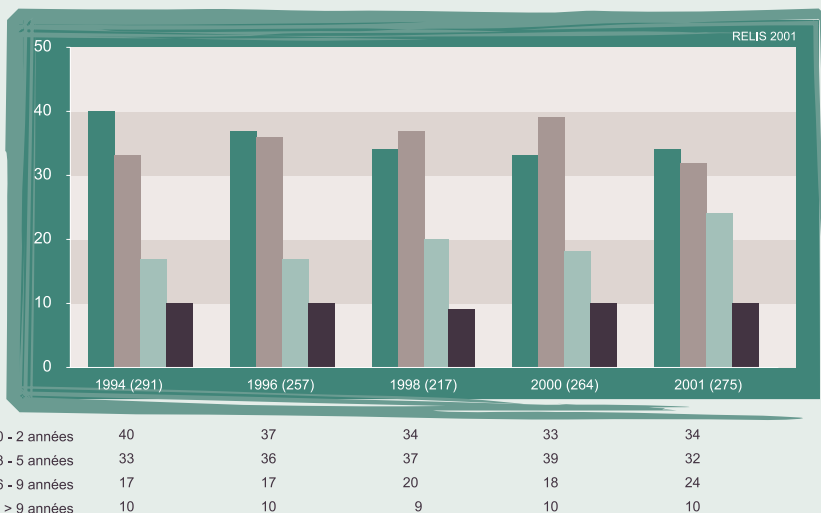
- ▶ en 2001 le pic des premières consommations se situe entre 18 et 19 ans. Comparées aux années 1995 à 1997, les premières consommations d'héroïne par inhalation ont tendance à avoir lieu de façon plus précoce.

MÉTHODOLOGIE

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

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

Fig. 15.5 *Durée (Drogues illicites - Mode i.v.). 1994-2001 (% valide)*



DONNÉES

COMPLÉMENTAIRES

- **Durée moyenne** qui sépare le moment du premier contact avec des drogues LRC et le moment de la première prise par voie i.v.: 4 ans et 7 mois (n=80) (4 ans et 8 mois). Pour 34% des répondants, cette durée ne dépasse cependant pas les 2 années.
- **Age moyen lors de la première prise i.v.** toutes substances injectables confondues: 20 ans et 2 mois (α) pour les hommes et 19 ans et 5 mois pour les femmes (α) (moyenne globale : 20 ans) (α) (n=288).

TENDANCES

- Augmentation observée au niveau de l'âge moyen lors de la première prise de drogue par voie intraveineuse et de la durée qui sépare la première consommation de drogues illicites et la première prise i.v.

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

AGE/PREMIER CONTACT (2001)	<12	12-13	14-15	16-17	18-19	20-21	22-23	24-25	>25
% (N= 353)	4	19	32	23	12	3	2	0	4

Fig. 15.6 Moyennes d'âge lors du premier contact avec des drogues d'acquisition illicite (années). 1995-2001



COMMENTAIRES

- **Premier contact avec des produits illicites:** 69% (68%) (n=348) 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 et accroissement des personnes issues de la classe d'âge 12 à 13 ans.

- **Age moyen de la première consommation de drogues illicites:** 15 ans et 8 mois (n=353) (15 ans 6 mois). Cette même valeur atteint 15 ans et 9 mois pour les hommes (n=272) et 15 ans et 6 mois (d) pour les femmes (n=82).

TENDANCES

- Tendance à la baisse constatée pour les années 1998 à 2001 au niveau de la moyenne d'âge et de l'écart qui sépare les hommes et les femmes. Conformément à d'autres indicateurs **les femmes témoignent d'un début plus précoce** de la consommation de drogues tous types confondus. **De 1994 à 2001, l'âge moyen de la première consommation de drogues illicites a diminué de 5 mois.**

TERMINOLOGIE

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

15.7 DUREE DE LA TOXICO-DEPENDANCE

DUREE DEPENDANCE (2000) (ANNÉES)	0-1	2-3	4-5	6-7	8-9	10-11	12-13	14-15	16-17	≥ 18
%	2	6	8	13	9	12	10	10	10	19

Fig. 15.7 Durée moyenne de l'état de dépendance physique (années, mois). 1994-2001



COMMENTAIRES

- La différence notable entre les hommes et les femmes observée entre 1997 et 1998 a tendance à s'estomper et confirme les données de 2001.

DONNÉES

COMPLÉMENTAIRES

- **Moyenne d'âge au début de l'état de dépendance:** 19 ans et 8 mois (d) (n:343) (19 a 4 m).(hommes : 19 ans et 9 mois / femmes : 19 ans et 2 mois(d)). **De 1996 à 2000, l'âge moyen en question a diminué d'environ une année. Ecart-type: 5,45.**
- Durée moyenne qui sépare la première consommation de drogues illicites et le moment de la dépendance: 3 ans et 11 mois (n:336) (4 ans).

TENDANCES

- L'écart observé selon le sexe se stabilise à un niveau bas.
- Conformément 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 se sont accrus au cours des dernières années.

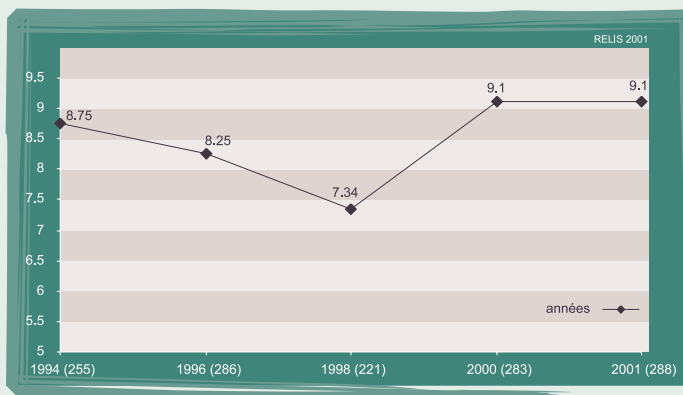
TERMINOLOGIE

- La notion de dépendance est subjective. Même si elle renvoie à des déterminants d'ordre physiologique, elle reflète avant tout l'appréciation du sujet lui-même. L'item en question est formulé de la façon suivante: " A quel moment aviez-vous remarqué que vous étiez physiquement dépendant(e) d'une drogue donnée ? " (demande de précisions lorsqu'il s'agissait d'une drogue classée LRC).

15.8 DUREE MOYENNE DE LA PRISE PAR VOIE INTRAVEINEUSE

DUREE PRISE I.V.(2001) (ANNEES)	0-1	2-3	4-5	6-7	8-9	10-11	12-13	14-15	16-17	≥ 18
%	1	5	11	11	11	11	12	9	10	18

Fig. 15.8 *Durée moyenne de la prise en mode i.v.. 1994-2001*



DONNÉES

COMPLÉMENTAIRES

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

TENDANCES

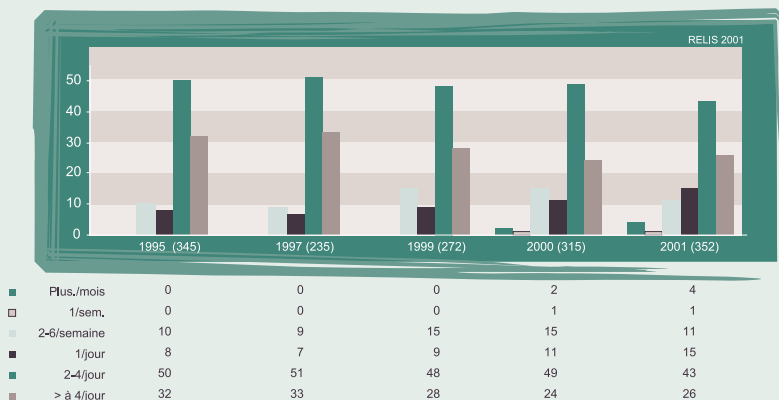
- A l'image de la durée de dépendance, la durée moyenne de prise par voie intraveineuse affiche également une tendance générale à la hausse, stabilisée en 2001.

TERMINOLOGIE

- Prise intraveineuse, toutes drogues injectables confondues.

16. FREQUENCE DE CONSOMMATION

Fig. 16 *Fréquence de consommation du produit préféré. 1995-2001 (% valide)*



COMMENTAIRES

- 73% des sujets consomment plusieurs fois par jour leur drogue préférentielle 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.

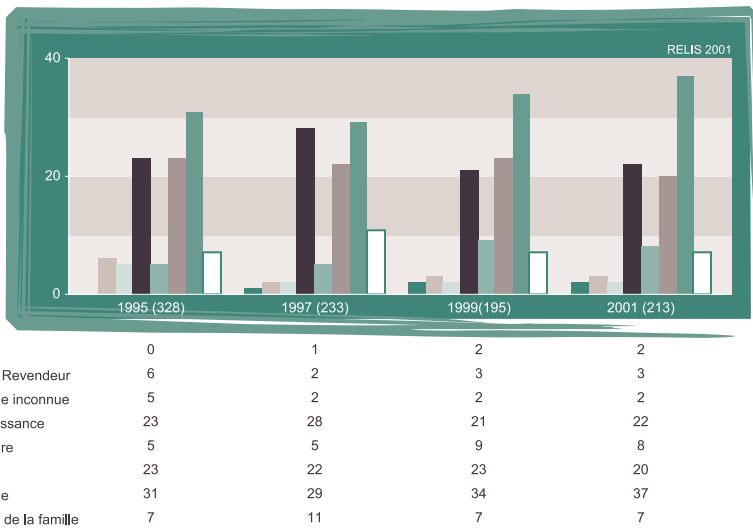
TERMINOLOGIE

- 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. 1995-2001 (% valide)*



COMMENTAIRES

- Le premier contact avec des drogues d'acquisition illicite est avant tout occasionné par des connaissances / copinages (57%) ou des ami(e)s de longue date (20%).
- Le premier contact ne 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

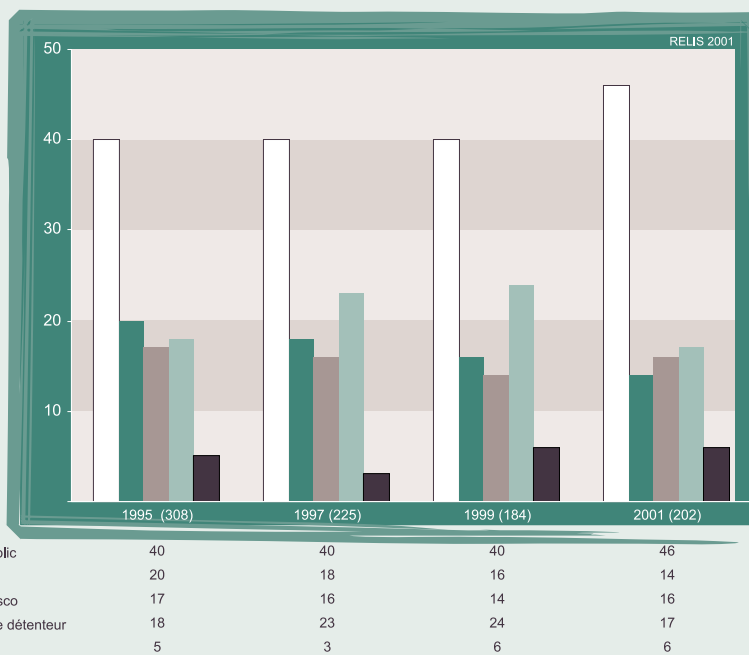
- STABLE

TERMINOLOGIE

L'item se rapporte aux personnes qui ont proposé, vendu ou cédé pour la première fois des drogues illicites au répondant ou avec laquelle le dernier en a consommées pour la première fois.

17.2 LIEU DU PREMIER CONTACT

Fig. 17.2 Lieu du premier contact avec des drogues d'acquisition illicite. 1995-2001. (% valide)



COMMENTAIRES

- Les lieux publics continuent à présenter (46%) le principal environnement dans lequel a lieu le premier contact avec des drogues illicites. Les enceintes d'écoles comptent pour 14% des premiers contacts.

TENDANCES

- STABLE

TERMINOLOGIE

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

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

Fig. 18 *Lieu d'approvisionnement des drogues d'acquisition illicite. 1996-2001. (% valide)*

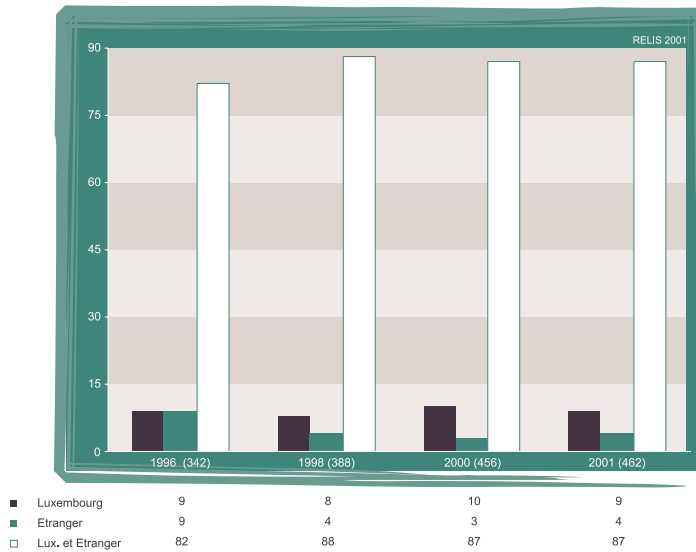
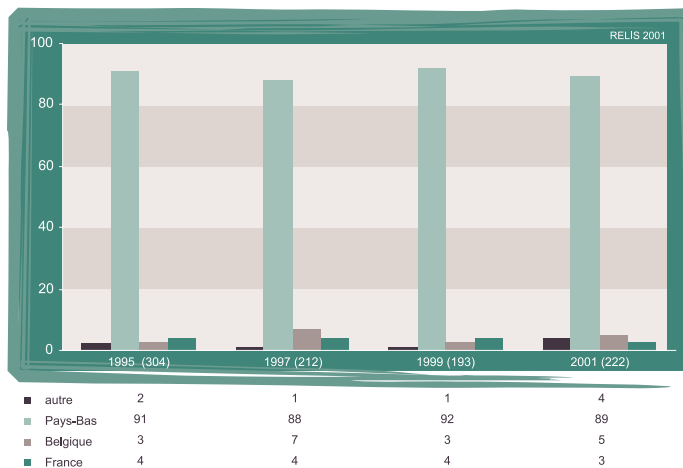


Fig.18 bis *Pays étrangers d'approvisionnement. 1995-2001. (% valide)*



COMMENTAIRES

- Les personnes qui s'approvisionnent exclusivement au Luxembourg (9% à) peuvent être considérées prioritairement comme des consommateurs alors que les sujets qui achètent uniquement à l'étranger (4%) le font ou bien pour des raisons de moindre coût ou bien afin de pouvoir acheter des quantités plus

importantes qui, dans la majorité des cas, sont en partie destinées à la vente. Pour les personnes qui s'approvisionnent aussi bien au Luxembourg qu'à l'étranger, et c'est la majorité (87%), il est difficile d'avancer une quelconque hypothèse.

- Au niveau du pays d'acquisition, les Pays-Bas demeurent la destination de préférence.

TENDANCES

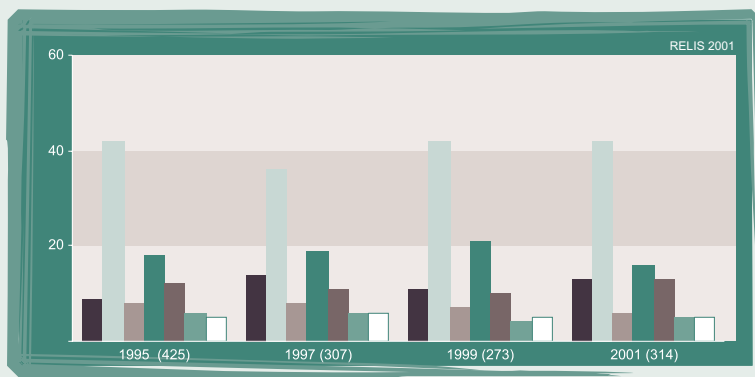
- **STABLE** . Cependant depuis 1996, on dénombre moins d'utilisateurs qui s'approvisionnent exclusivement à l'étranger ce qui peut constituer un indicateur d'une disponibilité accrue de drogues HRC sur le marché national.

MÉTHODOLOGIE

L'item des lieux d'approvisionnement permet d'estimer le nombre de personnes qui se procurent des drogues illicites en vue de couvrir leurs besoins individuels et, de l'autre, le nombre de celles pour qui on peut raisonnablement supposer qu'elles sont impliquées, d'une façon ou d'une autre, dans la vente à petite ou à grande échelle, de produits illicites (ce qui n'exclut bien entendu pas l'usage personnel).

19. RAISONS DE LA PREMIERE CONSOMMATION DE DROGUES ILLICITES

Fig. 19 *Raisons de la première consommation de drogues illicites. 1995-2001. (% valide)*



■ Autre	9	14	11	13
■ Curiosité	42	36	42	42
■ Manque de maturité	8	8	7	6
■ Traumatisme(s)	18	19	21	16
■ Peur d'exclusion	12	11	10	13
■ Identifications	6	6	4	5
□ Sens. + fortes que l'alcool	5	6	5	5

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.) (16%) ou dans la peur d'être rejeté(e)s ou d'être exclu(e)s d'un groupe (13%). Il convient néanmoins de ne pas perdre de vue que la curiosité peut également contenir certains éléments réactionnels (ennui, manque de stimulations, etc.).

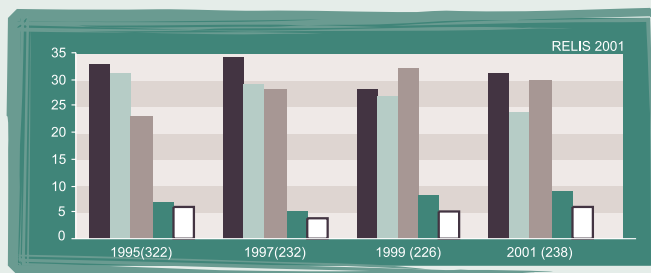
TENDANCES

- STABLE

20. DEMANDE D'AIDE ET DE TRAITEMENT**20.1 PREMIER CONTACT AVEC UN INTERVENANT OU UNE INSTITUTION DE SOINS (% valide)**

LIEU / PERSONNE	1995	1997	1998	1999	2000	2001
TRAVAILLEUR DE RUE	5	3	5	4	6	4
MÉDECIN GÉNÉRALISTE	28	26	26	23	21	20
SERVICE D'URGENCES / HÔPITAL / CHNP / ETC.	33	34	27	28	28	31
SERVICE DE CONSULTATION EXTRAHOSPITALIER	20	20	19	22	20	21
CENTRE THÉRAPEUTIQUE RÉSIDENTIEL	3	2	3	2	3	3
DISPOSITIF D'INTERVENTION MOBILE	2	2	3	4	5	5
CENTRE THÉRAPEUTIQUE POUR ALCOOLIQUES	0	1	0	0	0	0
PSYCHIATRE OU PSYCHOLOGUE LIBÉRAL	3	3	4	4	3	4
PSYCHOLOGUE OU AGENT SOCIAL EN PRISON	1	4	4	3	4	4
CENTRE INFORMATION / PRÉVENTION	0	5	5	8	6	6
AUTRE	6	0	4	2	4	2
N	322	232	237	226	249	238

Fig. 20.1 *Lieu ou intervenant du premier contact de soins. 1995-2001.*
(% valide)



■ Serv. médical/ institution	33	34	28	31
■ Médecin/Psy libéral	31	29	27	24
■ Serv. spécialisé à moyen/haut seuil	23	28	32	30
■ Serv. spécialisé à bas seuil	7	5	8	9
□ Autre	6	4	5	6

COMMENTAIRES

- Le graphique 20.1 présente les données regroupées en quatre domaines d'intervention.
- 30% des sujets répertoriés en 2001 ont été pris en charge pour la première fois par un service spécialisé à moyen ou haut seuil et 31% par un service hospitalier (malaise, accident de surdosage, demande de sevrage).
- En comparaison à la situation observée en 1995, on observe une baisse continue au niveau de la consultation de médecins généralistes lors de la première demande d'aide (24%).

TENDANCES

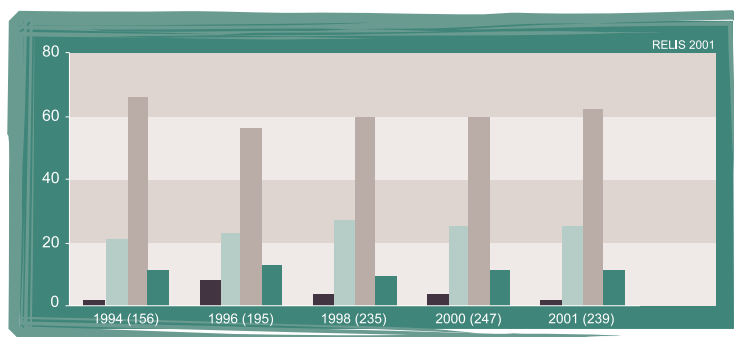
De façon générale, on observe depuis 1995 une tendance qui va dans le sens d'une hausse des premières demandes d'aide adressées aux services spécialisées (39%) au détriment des services psychomédicaux généraux (55%), qui demeurent toutefois en première position en termes de premier recours. Conformément à l'augmentation des contacts au niveau des structures à bas seuil (cf. statistiques d'admission CNDS-ABRIGADO), on observe un accroissement des premières demandes d'aide adressées spécifiquement aux structures bas-seuil (9% d).

TERMINOLOGIE

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

20.2 MOTIFS ASSOCIES A LA PREMIERE DEMANDE D'AIDE

Fig. 20.2 Motifs associés à la première demande d'aide. 1994-2001.
(% valide)



■ Autre	2	8	4	4	2
■ Parents, partenaires, amis	21	23	27	25	25
■ Raisons psycho-médico-sociales	66	56	60	60	62
■ Raisons juridiques	11	13	9	11	11

COMMENTAIRES

- La première demande d'aide s'effectue dans 62% des cas pour des raisons médicales ou psychosociales. 45% (44%) des cas rapportent un contexte d'urgence lors du premier recours à un service ou intervenant d'aide.

DONNÉES

COMPLÉMENTAIRES

- Age moyen lors de la première consultation ou de la première demande d'aide: 20 ans (n=253) (21 à 6 m).
- Age moyen lors des premiers traitements ou prises en charge plus endémiques: 23 ans (\bar{a}) (n=233) (22 à 7 m).
- La moyenne de la durée de dépendance avant le premier traitement endémique tel que défini ci-après équivaut à 3 ans et 4 mois (\bar{a}).

TENDANCES

- Alors qu'on observe une stabilisation de l'âge moyen du début de l'état de dépendance physique: 19 ans et 8 mois (19 à 4 m) (8) et de l'âge lors de la première consultation, l'âge moyen lors des premiers traitements ou prises en charge plus endémiques a tendance à s'accroître.

TERMINOLOGIE

- Traitement endémique: traitements ou prises en charge plus soutenus tels que l'engagement thérapeutique, les consultations régulières, l'admission au programme méthadone, etc.

21. DERNIER TRAITEMENT DU REpondANT

DERNIER TRAITEMENT (2001)	%
DÉSINTOXICATION À COURT TERME	33 (30)
SIMPLE SUIVI MÉDICAL	1 (2)
TRAITEMENT DE SUBSTITUTION	14 (16)
PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE SANS PRESCRIPTION DE MÉDICAMENTS	9(11)
PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE AVEC PRESCRIPTION DE MÉDICAMENTS	5 (4)
ENGAGEMENT THÉRAPEUTIQUE	27 (27)
CONSEILS ET AIDES PONCTUELS	3 (3)
AIGUILLAGE VERS UNE AUTRE INSTITUTION	1 (0)
AUCUN TRAITEMENT	1 (1)
POSTCURE	3 (3)
AIDE À LA RÉINSERTION SOCIOPROFESSIONNELLE	4 (4)
N	303

TRAITEMENT DE SUBSTITUTION ANTERIEUR (%)

	2000 (180)	2001 (246)
NON	14	20
OUI	86	80

SUBSTANCES PRESCRITES

HÉROÏNE	0	0
MÉTHADONE	41	44
MÉPHÉNON	57	55
AUTRES OPIACÉS	0	1
AUTRES SUBSTANCES	0	0

DONNÉES

COMPLÉMENTAIRES

- Le temps écoulé depuis la fin du traitement précédant (n-1) et le traitement actuel (n) est en moyenne de 471 jours (587 jours). Exprimé en d'autres termes, une personne répertoriée consulte en moyenne 0,77 (0,62) fois par an.

- **Première demande de traitement en général**, toutes institutions confondues : 1,3% (1998 : 4%). Parmi les premiers demandeurs de traitement, on compte 80% d'hommes et 20% de femmes)

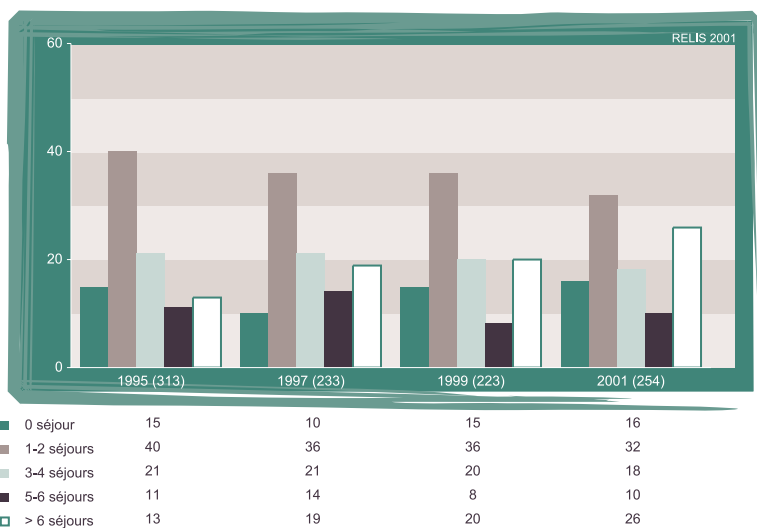
- 80% des répondants (n:246) ont déjà suivi au moins un **traitement de substitution** avant le recensement 2001. Il s'agissait pour 44% des cas d'un traitement dans le cadre du programme méthadone, et pour 56% d'un traitement dispensé par le réseau de médecine générale (Méphénon ® et autres opiacés / opioïdes).

TENDANCES

- Le temps écoulé entre les deux consultations consécutives les plus récentes a tendance à diminuer.
- La proportion de premières demandes de traitement (1.3%) est toujours en régression. Le taux observé est significativement inférieur à celui observé dans la grande majorité des Etats membres de l'UE.

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

Fig. 22 Nombre de séjours effectués dans des structures d'accueil résidentielles, 1995-2001



COMMENTAIRES

- 16% des sujets avaient, au moment du recueil des données, à leur actif, aucun séjour institutionnel (traitement stationnaire) et 26% ont déjà effectué plus de 6 séjours institutionnels au cours de leur carrière de toxicomane. Une majorité de personnes (50%) se situent dans la classe de fréquence de séjours de 1 à 4.

DONNÉES

COMPLÉMENTAIRES

- 84% des 899 (892) séjours rapportés furent effectués au G.-D. de Luxembourg et 11% à l'étranger (inconnu: 5%).

TENDANCES

- En référence à l'année 1995, on retiendra une augmentation sensible au niveau de la fréquence de séjours stationnaires. Les usagers problématiques recensés par RELIS témoignent en majorité d'un

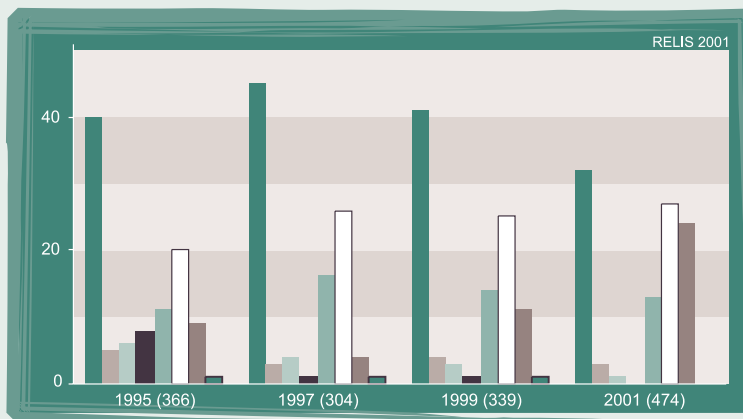
passé thérapeutique étoffé. On doit constater une certaine chronification et un renouvellement plus lent au sein de la population visée.

Hausse au niveau du nombre moyen de séjours résidentiels.

Pas de changement observé au niveau de la proportion de séjours thérapeutiques nationaux et à l'étranger.

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

Fig. 23 *Lieu préférentiel d'approvisionnement du matériel d'injection. 1995-2001 (% valide)*



■ Pharmacie	40	45	41	32
■ Travail de rue	5	3	4	3
■ Hôpitaux	6	4	3	1
■ Connaissances	8	1	1	0
■ ABRIGADO	11	16	14	13
□ Distributeurs	20	26	25	27
■ Instit. spécialisées	9	4	11	24
■ autre	1	1	1	

TENDANCES

- Les pharmacies (32% ϵ) demeurent les lieux d'approvisionnement de seringues préférés tout en affichant une nette régression depuis 1995.
 - Tendance stable au niveau du taux d'utilisation des distributeurs automatiques mais augmentation sensible du nombre d'usagers qui se procurent de préférence leur matériel d'injection dans des institutions de soins spécialisées.
-

Partie IV

Données
statistiques
officielles
de 1985 à 2001

A. Statistiques annuelles relatives à la production, au trafic et à l'usage illicites de drogues de 1985 a 2001

A.1. Activités judiciaires et pénales

Terminologie :

- ▶ *Interpellation* : : intervention des forces de l'ordre basée sur une suspicion. Le prévenu est entendu et l'audition donne lieu à une trace écrite (procès verbal). Il n'y a pas de saisie du procureur à ce stade, ni de mention dans le casier judiciaire. Dans le contexte présent, le terme " *prévenu* " s'applique à toute personne interpellée pour infraction alléguée à la loi modifiée du 19 février 1973 portant sur la vente de médicaments et la lutte contre la toxicomanie.
- ▶ *Arrestation* : *interpellation suivie d'une privation de liberté et d'une saisie du procureur.*
- ▶ *Instruction*: *procédure judiciaire qui est dirigée, voire effectuée, par le juge d'instruction. A la fin d'une instruction a lieu la fixation d'une audience publique donnant lieu à un jugement.*
- ▶ *Condamnation* : *jugement par lequel la personne inculpée est reconnue coupable.*
- ▶ *Détention* : *privation de liberté. Elle peut être préventive (en phase d'instruction, avant le jugement) ou simple (suite à un jugement).*

Années	PROCES VERBAUX						PREVENUS					
	95	97	98	99	2000	2001	95	97	98	99	2000	2001
S.P.J.	123	137	192	343	231	216	152	182	224	434	278	321
Gendarmerie	198	255	265	782	965	1.126	319	335	339	916	1.200	1.272
Police¹	199	177	243	189			371	280	386	283		
Douanes	244	236	125	173	144	113	421	408	221	306	280	182
Total	764	805	825	1.187	1.340	1.455	1.263	1.205	1.170	1.939	1.758	1.775

¹ Le rapport d'activités de la Police Grand-Ducale peut être consulté sous : <http://www.gouvernement.lu/gouv/fr/doss/rapact2001/index.html>

Années	ARRESTATIONS						SAISIES					
	95	97	98	99	2000	2001	95	97	98	99	2000	2001
S.P.J.	27	25	19	27	22	7	61	78	124	216	154	155
Gendarmerie	8	15	7	15	47	45	104	125	98	375	650	684
Police	32	32	34	32			150	138	171	151		
Douanes	61	82	40	34	48	40	234	246	140	185	165	121
Total	128	154	100	108	117	92	549	587	533	927	969	960

Source : Police Judiciaire. Section des Stupéfiants.

Remarque: les données sont ventilées sur les différents corps impliqués. A noter que suite à la fusion de la Police et de la Gendarmerie en un corps unique, à savoir la Police Grand-Ducale, les données ont été regroupées pour ces deux corps à partir de 2000.

A.2. Saisies nationales et internationales

A.2.1. Nombre et quantités des saisies de substances contrôlées

Les saisies de produits illicites regroupent d'une part les saisies nationales lors de perquisitions et d'interpellations sur le territoire du Grand-Duché de Luxembourg et d'autre part, les saisies internationales, à savoir les quantités qui ont transitées par le Luxembourg et qui ont été saisies aux douanes luxembourgeoises, à l'aéroport, etc. Les chiffres produits regroupent les saisies de tous les corps répressifs au niveau national. Pour l'année 2001, les données sur les saisies nationales ont été produites à titre comparatif.

PRODUITS	1986		1987		1988		1989		1990		1991	
	Q ¹	N ²	Q	N	Q	N	Q	N	Q	N	Q	N
1. OPIACES ET DERIVES												
1.1. PAVOTS À OPIUM												
1.2. OPIUM												
1.3. OPIUM LIQUIDE												
1.4. MORPHINE	0,068	3							0,460	1		
1.5. HÉROÏNE	7,8 32	23	0,302	39	14,888	81	0,540	63	0,527	133	9,988	175
1.6. MÉTHADONE ³									565 ml	1	450 ml	3
2. COCA ET DERIVES												
2.1. FEUILLES DE COCA	2,045	10	2,375	10	0,205	1	0,290	2	0,090	4	0,200	1
2.2. PÂTE DE COCA	0,690	2					0,220	1	1,000	1		
2.3. COCAÏNE	6,475	11	18,224	18	4,579	35	21,117	19	23,260	32	14,222	67
3. STIMULANTS DU SNC												
3.1. AMPHÉTAMINES			0,293	6	0,353	7					0,053	2
3.2. MÉTAMPHÉTAMINES												
3.3. MDMA (XTC) ⁴												
3.4. PRODUITS PHARMACEUT. ⁴												
4. HALLUCINOGENES												
4.1. LSD ⁵			6	2	1	1			2000	1	2648	3
4.2. PCP												
5. CANNABIS ET DERIVES												
5.1. FEUILLES DE CANNABIS	0,211	29	4,339	16	168,079	16	4,403	33	18,750	46	1,040	85
5.2. RÉSINE DE CANNABIS	15,012	101	16,197	84	21,955	93	6,630	82	13,750	147	22,568	205
5.3. HUILE DE CANNABIS					1 flac.	1						
Nb. PERSONNES IMPLIQUÉES												
SAISIES : HÉROÏNE	33		51		92		75		186		206	
Nb. PERSONNES IMPLIQUÉES / TOTAL	242		248		424		465		451		303	

¹ Quantité saisies; kg (sauf indication contraire)

² Nombre saisies

³ Unité : "doses"

⁴ Unité : "comprimés"

⁵ Unité : "trips"

PRODUITS	1992		1993		1994		1995		1996	
	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										
1.5. HÉROÏNE	6,682	169	10,839	141	0,906	251	13,248	255	2,934	284
1.6. Méthadone	45 ml	3	10 ml	1	15 doses	1	5 doses	2	16 d.	5
2. COCA ET DERIVES										
2.1. FEUILLES DE COCA	0,430	3	0,995	9						
2.2. PÂTE DE COCA										
2.3. COCAÏNE	12,092	65	15,949	21	15,459	43	0,525	48	12,891	63
3. STIMULANTS DU SNC										
3.1. AMPHÉTAMINES	0,333	9	0,351	11	0,103	7	0,030	9	0,021	11
3.2. MÉTAMPHÉTAMINES										
3.3. MDMA (XTC)					172	8	784	25	5545	26
3.4. PRODUITS PHARMACEUT.	35,458	1			213	13	91	8	359	42
4. HALLUCINOGENES										
4.1. LSD	39	8	793	2			100	8	122	15
4.2. PCP										
4.3. CHAMPIGNONS HALLUC.										
4.4. Mescaline										
5. CANNABIS ET DERIVES										
5.1. FEUILLES DE CANNABIS	1,661	87	11,100	29	292,577	59	0,961	75	16,460	103
5.2. RÉSINE DE CANNABIS	32,820	245	391,597	68	24,420	108	11,275	129	14,419	178
5.3. HUILE DE CANNABIS			0,030	1						
5.4. PLANTES DE CANNABIS ³										
Nb. PERSONNES IMPLIQUÉES										
SAISIES : HÉROÏNE	203		233		312		321		347	
Nb. PERSONNES IMPLIQUÉES/TOTAL	901		128		630		675		778	

³Unité

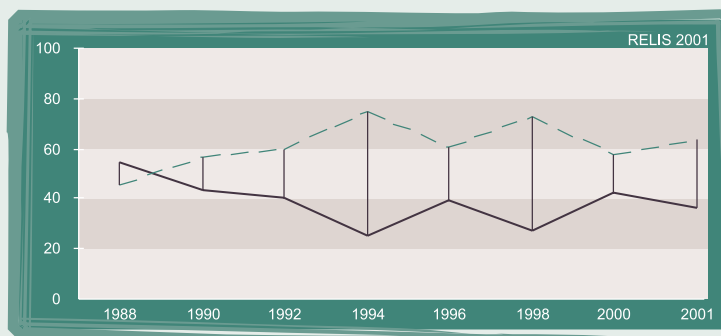
										DONT SAISIES NATIONALES	
1997		1998		1999		2000		2001			
Q	N	Q	N	Q	N	Q	N	Q	N		
2.525	237	3.592	189	1.914	306	11.358	256	1.351	211	1.351	211
940 ml	4	955 ml	9	180 ml	2	98 ml	2	n.a.	1		
8,983	54	5,995	22	0,327	56	10,757	51	7,620	58	1.033	56
0.009	3	0,066	5	0,016	5	0,157	9	0,0011	7	0,0011	7
367	12	145	22	357	10	318	15	8.359	17	0,0059 kg	272 16
304	18	171	5	3706	43	849	30		4		
4	3	0	0	1	1	21	1	0,01	1	0,001	1
		0.303	4	0,167	13	0,122	5	0,042	2	0,042	2
34,387	133	4,956	190	3,932	255	8,383	311	12,779	382	12,779	382
0,868	57	1,974	44	1,270	115	1,174	89	3,377	106	3,377	106
		222	3	113	5	133	6	11	2	11	2
362		215		570		354		400			
802		590		1168		1013		1065			

Source : Police Judiciaire. Section des Stupéfiants

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. La tendance générale à la baisse qui se dessinait au niveau des quantités d'héroïne, de cocaïne depuis le début des années 90 se confirme en 2001. 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 discontinue du nombre total de saisies à partir de 1993. Le nombre de saisies de cocaïne, et d'ecstasy semble s'être stabilisé. 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, confirmée par les données de 2001. Cette même constatation vaut pour le nombre total de personnes impliquées lors d'affaires de saisies affichant 1.168 personnes en 1999 et 1.065 en 2001. Globalement, les quantités saisies ont régressé à partir de 1996 alors que le nombre de personnes impliquées dans le trafic affichait une hausse remarquable. Le développement de micro-réseaux de distribution contribuait probablement à cette situation.
- ▶ Aucune saisie de PCP et de Crack n'a été rapportée jusqu'à ce jour au Grand-Duché de Luxembourg. En 1994 furent enregistrées les premières saisies nationales de MDMA, MDA... (type : ecstasy) dont la disponibilité semblait amorcer une évolution quasi exponentielle de 1994 à 1996 qui s'est cependant stabilisée à un niveau bas (272 comprimés) depuis les dernières cinq années.
- ▶ On note enfin une augmentation considérable des quantités de cannabis saisies en 2001 qui est encore plus prononcée en référence au nombre de saisies et au nombre de personnes impliquées dans ces mêmes saisies. A titre d'exemple on retiendra qu'entre 1994 et 2001 le nombre de saisies de cannabis est passé de 167 à 488 et le nombre de personnes impliquées de 242 à 668.

Fig. A.2.2.2 Distribution selon la nationalité des prévenus impliqués dans le trafic et le commerce de substances illicites (1988-2001) (%)



—	Nationaux	55	43	40	25	39	27	42	36
- - -	Etrangers	45	57	60	75	61	73	58	64

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

A.2.3. Prix des produits vendus au détail (unités d'achat usuelles)

	1996 PRIX	1997 PRIX	1998 PRIX	1999 PRIX	2000 PRIX	2001 PRIX		
						MIN.	MAX.	MOYEN
CANNABIS								
HASCHISCH	5-6	5-6	5-6	7,4	7,4	8,3	10	9,2
MARJUANA			2,5-3	6,2	6,2			7,1
COCAÏNE	100-150	100-150	120-170	90	90	70	83	76,5
HÉROÏNE (BROWN)	65-150	65-150	90-150	90	74,4			70
AMPHÉTAMINES		15-26	25-30	?	?	n.a.		
ECSTASY			9-13	12,4	10,7	8,3	10	9,2
LSD	11-13	11-13	11-13	?	?			10

Source : Police Judiciaire. Section des Stupéfiants

Remarques :

Prix : Les prix sont indiqués en EURO et par extrapolation sur les quantités d'achat usuelles.

Pour l'héroïne et la cocaïne, les prix minimaux se rapportent à des unités d'achats exceptionnelles. Les prix maximaux et moyens se réfèrent aux unités usuelles.

Pour le cannabis, la cocaïne, l'héroïne et les amphétamines, les prix par gramme sont indiqués.

Pour les substances de type ecstasy et le LSD, les prix par comprimé, pilule ou unité sont indiqués.

A.3 Analyses toxicologiques sur matières suspectes

A.3.1. Résultats des analyses toxicologiques des matières suspectes par le LNS (2000-2001)

	2000	2001
NOMBRE D'ÉCHANTILLONS	297	333
NOMBRE D'ÉCHANTILLONS POSITIFS (PRINCIPE ACTIF)	157 (53%)	172 (51,6%)
POUDRES		
HÉROÏNE	80	89
COCAÏNE	12	18
AMPHÉTAMINE	1	3
MÉTHAMPHÉTAMINE	1	
MATIÈRES VÉGÉTALES		
CANNABIS	26	18
CHAMPIGNONS/PSYLOCYBINE	3	
COMPRIMÉS		
MDMA	21	12
MDMA + MDEA	1	
MÉTHADONE	4	
BUPRÉNORPHINE	2	2
DIVERS IDENTIFIÉS		22
LIQUIDES		
NITRITE DE BUTYLE (POPPERS)	1	2
MÉTHADONE	5	7

SOURCE: Laboratoire National de Santé. Division Toxicologie. 2001

A.3.2. Puretés des produits vendus au détail

	1996	1997	1998	1999			2000			2001		
	PUR. (%)	PUR. (%)	PUR. (%)	MIN.	MAX.	MOYEN	MIN.	MAX.	MOYEN	MIN.	MAX.	MOYEN
CANNABIS				2	5,13	3,46	2,65	11,7	8,03	2,3	12,8	7,2
COCAÏNE	60-90	60-90	60-85	45,8	88,76	70,66	28,3	92,2	60,25	24,95	92,9	56,09
HÉROÏNE (brown)	15-23	20-25	17-25	7,2	27,7	12,17	2,8	54,9	17,59	24,95	92,9	13,62
ECSTASY (MDMA)							18,7	52,3	35,5	35,61	109,75	67,25
(MDEA)									6,8			

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

PURETÉ :

Pour la cocaïne, l'héroïne et les amphétamines, les puretés respectives sont exprimées en % de substance active pure de vente "en rue". Pour le cannabis, la pureté se réfère au pourcentage de THC. Pour les substances de type "ecstasy" la pureté indique le pourcentage de MDMA et de MDEA par rapport à la masse totale.

A.3.3. Résultats des expertises toxicologiques ordonnées par les parquets en matière de circulation routière après un accident de la route et effectuées par le LNS en 2001 ⁴

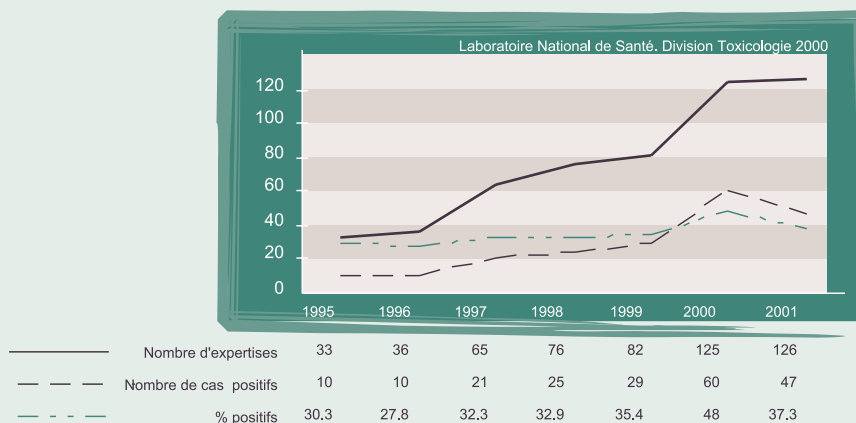
A.3.3.1. Résultats relatifs aux expertises portant exclusivement sur la détection de drogues et de médicaments

Substances ou groupes de substances détectés	2000		2001	
	N	% positifs (n :125)	N	% positifs (n :126)
Ethanol ⁵	53	42,4%	55	43,6%
Amphétamines ⁶	5	4,0%	1	0,8%
Benzodiazépines	42	33,6%	32	25,4%
Cannabinoïdes	60	48,0%	47	37,3%
Cocaïne	13	10,4%	17	13,5%
Opiacés /héroïne	37	29,6%	31	24,6%
Méthadone	25	20,9%	21	16,7%

SOURCE: Laboratoire National de Santé. Division Toxicologie. 2001

A.3.3.2. Résultats des expertises toxicologiques en matière de détection de cannabinoïdes chez les personnes impliquées dans un accident de la route

Fig. A.3.3.2 Détection de cannabinoïdes - Accidents de la route (1995-2001)



⁴ Des résultats positifs ne constituent pas une preuve que la consommation des substances impliquées a été à l'origine ou exclusivement à l'origine des accidents.

⁵ Résultats relatifs aux demandes d'expertise portant sur les drogues et les médicaments et non sur la détermination du taux d'alcoolémie des personnes impliquées dans un accident de la route

⁶ Drogues de synthèse incluses (ecstasy, etc.)

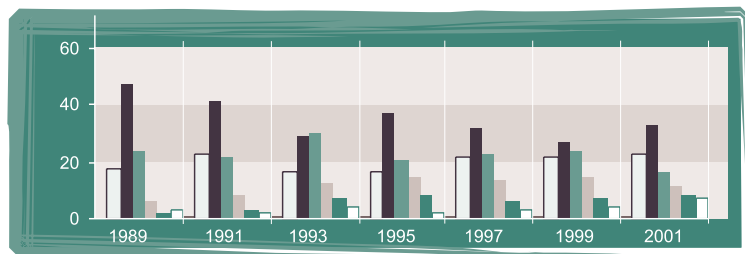
A.4. Prévenus: Données socio-démographiques / Types d'infraction

A.4.1 Evolution du nombre de prévenus pour le code " Delit-Stup" selon âge et sexe de 1985 - 2001

	1985	1987	1989	1991	1993	1995	1997	1999	2000	2001
AGE										
0-14	5	5		2	12	12	6	27	21	11
15-19	121	179	173	293	146	205	257	415	413	399
20-24	234	262	461	520	242	456	369	519	497	566
25-29	100	110	232	275	255	256	269	448	354	299
30-34	65	71	58	98	104	167	151	269	208	194
35-39	10	22	21	34	49	98	73	131	113	139
> 40	11	28	30	35	29	33	45	84	108	113
INCONNU	9	11	25	19	53	36	35	46	44	55
TOTAL	555	688	1.000	1.276	890	1.263	1.205	1.939	1.758	1.776
HOMMES	431	574	887	1045	674	1035	1009	1658	1415	1546
FEMMES	122	114	113	213	183	186	174	248	241	215
SEXE INCONNU	2	0	0	18	33	41	22	33	44	15

Source : Police Judiciaire. Section des Stupéfiants.

Fig. A.4.1. Distribution selon les classes d'âge des prévenus (1989 - 2001)



	1989	1991	1993	1995	1997	1999	2001
0-14	0	1	1	1	1	1	1
15-19	18	23	17	17	22	22	23
20-24	47	41	29	37	32	27	33
25-29	24	22	30	21	23	24	17
30-34	6	8	12	14	13	14	11
35-39	2	3	7	8	6	7	8
40	3	2	4	2	3	4	7

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

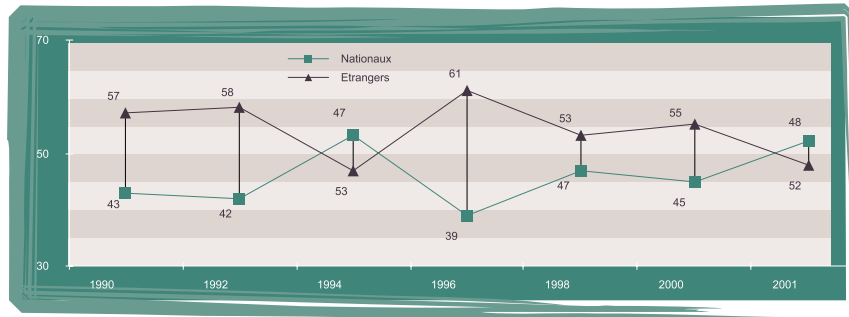
A.4.2 Prévenus: type de délit croisé par la substance impliquée. (1999-2001)

SUBSTANCE DÉLIT	1999			2000			2001		
	N	MODE	TOTAL	N	MODE	TOTAL	N	MODE	TOTAL
	I.V.			I.V.			I.V.		
HÉROÏNE									
USAGE & TRAFIC	329	157		193	113		139	82	
TRAFIC	75		1.050	57		849	43		674
USAGE	646	361		599	370		492	346	
COCAÏNE									
USAGE & TRAFIC	85	34		45	19		56	21	
TRAFIC	31		204	25		87	23		133
USAGE	88	31		17	61		54	6	
CANNABIS									
USAGE & TRAFIC	326			195			171	12	
TRAFIC	43		995	23		901	23		973
USAGE	626			683			673	38	
AMPHÉTAMINES									
USAGE & TRAFIC	2			9			5	2	
TRAFIC	3		12	5		29	2		18
USAGE	7			15			11	-	
ECSTASY (MDMA, ETC.)									
USAGE & TRAFIC	10			14			9	-	
TRAFIC	2		25	4		30	2		40
USAGE	13			12			29	1	
LSD									
USAGE & TRAFIC	4			8			-	-	
TRAFIC	1		10			11	-		4
USAGE	5			3			4	-	
NOMBRE TOTAL DE MOTIFS D'INTERPELLATION CONNUS INDEPENDAMENT DES SUBSTANCES IMPLIQUÉES									
USAGE & TRAFIC							90	295	
TRAFIC								504	
USAGE							472	1.553	
TOTAL							462	2.352	
NOMBRE TOTAL DE PRÉVENUS									
			1.939			1758			1.776

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

Remarque : le nombre de prévenus par catégorie de substance est supérieur au nombre annuel de prévenus étant donné qu'un prévenu donné peut détenir plusieurs substances lors de son interpellation.

A.4.3. Distribution selon la nationalité des prévenus, tous délits confondus (1991- 2001)



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

A.4.4. Distribution des prévenus selon la catégorie socioprofessionnelle (1997-2001)

CATÉGORIE	1996		1998		1999		2000		2001	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
OUVRIERS	323	24	246	21	447	23	418	24,2	438	24,9
FONCTIONNAIRES/ EMPLOYÉS	187	14	112	10	58	3	47	2,7	47	2,7
INDÉPENDANTS	59	4	17	1	33	2	8	0,5	9	0,5
ÉTUDIANTS	29	2	151	13	263	13	262	15,2	272	15,5
SANS PROFESSION	679	50	527	45	1012	52	898	52,1	811	46,1
RENTIERS	7	1	38	3	7	1	5	0,3	1	0,1
INCONNU	72	5	38	7	119	6	87	5	182	10,3

Source : Police Judiciaire. Section des Stupéfiants.

A.4.5. Répartition selon sexe, nationalité et statut de mineur d'âge (1998-2001)

	NATIONALITÉ LUXEMBOURGEOISE											
	97			99			2000			2001		
	H	F	Tot	H	F	Tot	H	F	Tot	H	F	Tot
N. mineurs d'âge	374	95	469	704	144	848	599	145	744	1545	215	1760
	42	7	49	61	21	82	66	28	94	144	20	164

	NATIONALITÉ ÉTRANGÈRE											
	97			99			2000			2001		
	H	F	Tot	H	F	Tot	H	F	Tot	H	F	Tot
N. mineurs d'âge	635	79	714	860	89	949	816	96	912	790	88	878
			35	63	9	72	46	11	57	54	1	55

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

Remarque : En 1998, 1999, 2000 et 2001 le nombre de prévenus dont le sexe est inconnu s'élevait respectivement à 19, 33, 44 et 15

A.4.6. Premiers auteurs (1993-2001)

A.4.6.1. Répartition selon statuts de premier auteur et de mineur d'âge (1992-2001)

	1992	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
PREMIERS AUTEURS	697	382	498	508	389	422	645	608	621
Nombre de mineurs d'âge parmi les premiers auteurs	96	57	92	102	84	79	155	154	100
% de mineurs d'âge parmi les premiers auteurs	13,8%	14,9%	18,5%	20%	21,6%	18,7%	24%	25,3%	16,1%
NOMBRE TOTAL DE PREVENUS	1.531	1.174	1.263	1.368	1.205	1.170	1.939	1.758	1.776
<i>(toutes catégories confondues)</i>									
% de mineurs d'âge parmi le nombre total de prévenus	6,3%	4,9%	7,3%	7,5%	7,0%	6,8%	8%	8,8%	9,2%

Source : Police Judiciaire. Section des Stupéfiants.

A.4.6.2. Répartition selon statuts de premier auteur (consommateur et consommateur/vendeur) et substance impliquée ad minima (1992/2001)

TYPE DE SUBSTANCE IMPLIQUÉE AD MINIMA	1992	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
HÉROÏNE	162	154	170	121	104	109	157	133	91
COCAÏNE	64	39	46	34	20	30	60	37	47
AMPHÉTAMINES	5	15	11	11	12	18	14	9	14
TYPE " ECSTASY "	1	9	47	20	26	26	6	11	16
MÉDICAMENTS									
D'ACQUISITION ILLICITE	1	3	0	0	0	1	0	7	1
PRODUITS DE SUBSTITUTION									
D'ACQUISITION ILLICITE	0	1	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL (SUBSTANCES HRC)	233	221	274	186	162	184	237	197	169

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

SUBSTANCE	DÉLIT	1995	1997	1998	1999	2000	2001
HÉROÏNE	USAGE & TRAFIC	68	57	59	48	44	41
	TRAFIC/DEAL	21	53	9	18	10	8
	USAGE	24	7	17	27	29	8
	TOTAL	113	117	85	93	83	57
COCAÏNE	USAGE & TRAFIC	20	27	16	21	14	27
	TRAFIC/DEAL	7	23	7	9	7	9
	USAGE	10	6	6	12	5	4
	TOTAL	37	56	29	42	26	40
CANNABIS	USAGE & TRAFIC	25	18	19	32	19	23
	TRAFIC/DEAL	1	11	3	8	2	1
	USAGE	4	4	8	3	11	15
	TOTAL	30	33	30	43	32	39
AMPHÉTAMINES	USAGE & TRAFIC		2	4	1	2	2
	TRAFIC/DEAL					1	0
	USAGE	2		4		1	0
	TOTAL	2	2	8	1	4	2
ECSTASY (MDMA,ETC.)	USAGE & TRAFIC	3	3	1	3	3	1
	TRAFIC/DEAL	1	3			1	0
	USAGE	1				1	0
	TOTAL	5	6	1	3	5	1
LSD	USAGE & TRAFIC		1		1	1	0
	TRAFIC/DEAL						0
	USAGE						0
	TOTAL		1		1	1	0
NOMBRE TOTAL DE MOTIFS D'ARRESTATION CONNUS							
INDEPENDAMMENT DES SUBSTANCES IMPLIQUÉES							
	USAGE & TRAFIC						59
	TRAFIC/DEAL						13
	USAGE						20
	TOTAL						92
NOMBRE TOTAL D'ARRESTATIONS INDÉPENDAMMENT DU MOTIF							
		128	154	100	108	117	92

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

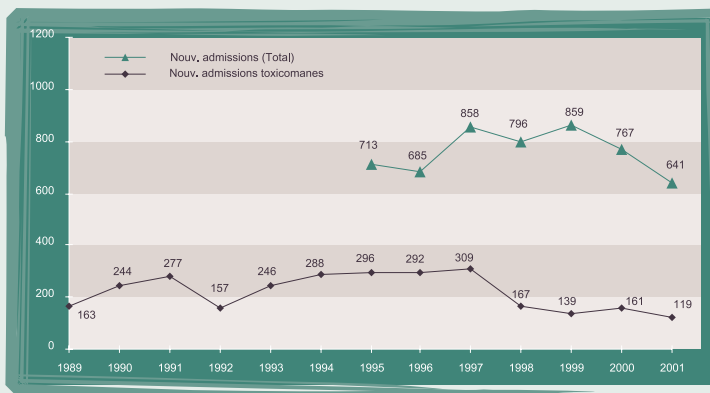
B. Données statistiques relatives à la population de toxicomanes en milieu carcéral de 1988 à 2001

Le tableau suivant reprend le nombre de détenus nouvellement admis (au cours d'une année donnée) pour infraction(s) au code DELIT-STUP au sein des établissements pénitentiaires du Grand-Duché de Luxembourg de 1989 à 2001. A noter qu'au 31 décembre 2001, la population carcérale totale s'élevait à 341 (400) détenus (CPL: 285 / CPG: 56).

ANNÉE	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01
NOUVELLES ADMISSIONS (TOTAL)						713	685	858	796	859	767	641
NOUVELLES ADMISSIONS "STUP"	244	277	157	246	288	296	292	309	167	139	161	119
						41.5%	42.6%	36%	21%	16%	21%	18,6%

Source : Administration pénitentiaire 2001

Fig B.1 Détention carcérale pour code "Délict-Stup". 1989-2001



Source : Administration pénitentiaire (CPL), 2001

C. Cas de décès par surdose au Grand-Duché de Luxembourg (1985-2001)

C.1 Définition

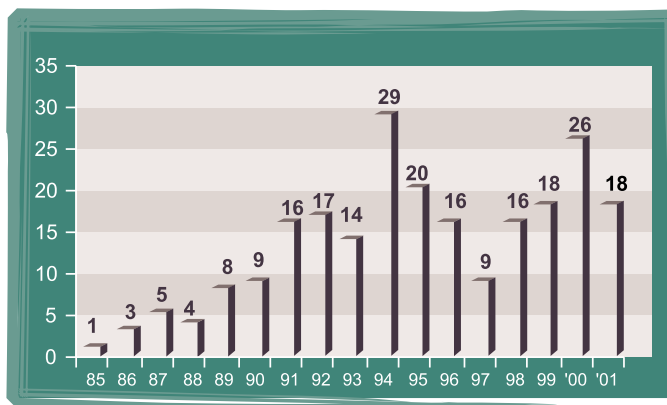
La CIM-10 fait référence à la notion d'"**intoxication aiguë**": (F1x.O) - G.1: Preuves manifestes concernant l'utilisation récente d'une ou de plusieurs substances psycho-actives à des doses suffisantes pour entraîner une intoxication. Dans le cadre restreint du présent chapitre l'occurrence d'une surdose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

Décès par surdose (directs):

" Intoxication létale, volontaire accidentelle ou d'intention non déterminée, causée de façon directe par a) l'usage de drogues illicites ou b) par toute autre drogue dans le cas où la victime est considérée comme ayant été un consommateur ou une consommatrice régulier(e) de drogues illicites. Le décès est dû aux effets pharmacologiques aigus de la (des) substance(s) consommée(s). Le cas entraîne une enquête policière et est documenté par une autopsie légale. La dose létale varie d'un individu à l'autre et dépend autant des caractéristiques du produit ou des mélanges des produits consommés que de l'état de l'individu".

Cette formulation exclue toute personne non-toxicomane ayant commis un acte suicidaire en consommant une dose létale de produits pharmaceutiques. Le graphique ci-après reprend l'évolution des cas de décès par surdosage survenus sur le territoire luxembourgeois suite à la consommation de drogues d'acquisition illicite.

Fig C.1 Cas de décès par surdose au Grand-Duché de Luxembourg (1985-2001)



Source : Police Judiciaire Section des Stupéfiants.

C.2 Résultats des analyses toxicologiques sur les victimes de surdosage fatal par le LNS (2001)

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

Source : Laboratoire National de Santé. Division Toxicologie. 2001

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

C.3 Résultats des analyses toxicologiques effectuées par le LNS en 2000-2001 dans les cas d'intoxications aiguës (toutes substances confondues)

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

SOURCE: Laboratoire National de Santé. Division Toxicologie. 2001

Références bibliographiques

AST - Point Focal O.E.D.T Luxembourg (1999). Réseau National d'Information sur les Drogues et les Toxicomanies - RELIS / LINDDA Rapport National 1998, Ministère de la Santé. Luxembourg,.

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

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

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

Centre de Prévention des Toxicomanies (1999). Bilan d'activités 1998, CePT. Luxembourg,

Centre de Prévention des Toxicomanies (2000). Bilan d'activités 1999, CePT. Luxembourg,

Comité de surveillance du Sida (2002). Rapport d'activité 2001, Luxembourg.

Conseil de l'Europe (1999). Rapport du séminaire sur la circulation routière et drogues, Strasbourg, 19-21 avril 1999, ISBN 92-871-4144-4

D.E.A., Drug Enforcement Agency – Agence américaine de lutte contre les drogues, <http://www.usdoj.gov/dea/deahome.html>, accès le 20/09//2002.

Decourrière A. (1996). Les drogues dans l'Union européenne - Le Droit en question. Bruylant. Bruxelles.

Dekker S. (1994). Estimation du nombre des " usagers de drogues à problèmes " - Inventaire des techniques utilisées dans quelques pays d'Europe. Groupe Pompidou, Strasbourg,.

Dickes P., Houssemand Cl., Martin R. (1996). La consommation de drogues légales et illégales des élèves des 6èmes de l'enseignement secondaire et des 8èmes de l'enseignement professionnel et technique, CEPS/INSTEAD Division F.E.E. Luxembourg.

EDDRA, Système d'information sur les échanges en matière d'activités de réduction de la demande, <http://www.reitox.emcdda.org:8000/eddra/> Accès le 15/08/02.

EIB, Banque de données européenne sur les instruments d'évaluation
http://www.emcdda.org/activities/demand_eval_eib.shtml , Accès le 10/07/02.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2001). Annual Report on the State of the Drugs Problem in the European Union 2000, Office for official publications of the European Communities, Luxembourg,

EUROSTAT (2002). Le SIDA dans l'UE. Communiqué de presse n° 108/2002. URL : <http://europa.eu.int/comm/eurostat/Public/datashop>. Accès le 10/09/2002.

Fischer U. Ch., Krieger W. (1999). Suchtprävention an der Gemeng - Entwicklung, Durchführung und Evaluation eines Modells zur gemeindeorientierten Suchtprävention, CePT, Luxembourg..

Fonds de Lutte contre le Trafic des Stupéfiants (2000). Rapport d'activité 2001, Ministère des Finances. Luxembourg,

Goerens R. Dr. (1998). Alcohol and Drugs at the workplace - Attitudes, policies and programmes in Luxembourg. Ministry of Health, Luxembourg.

Hartnoll R. (1994). Drug treatment systems and first treatment demand indicator - Definitive protocol, Groupe Pompidou, Council of Europe, Strasbourg.

Institut d'Etudes Educatives et Sociales (1995). Eine Repräsentative Untersuchung bei den Schüler der 5. Klasse des Sekundarunterrichts in Luxemburg. IEES. Luxembourg,

ISTRA, Système d'information sur les activités de formation,
http://www.emcdda.org/activities/demand_info_istra.shtml , Accès le 10/06/02.

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

Korf D., Reijneveld S., Toet J. (1995). Estimating the Number of Heroine Users : A review of Methods and Empirical Findings from the Netherlands. The international Journal of the Addictions, 29 (11), 1393-1413.

Lejealle B. (1996). Niveau de formation de la population résidante en 1994, Recueil des Etudes Sociales (PSELL n° 100), CEPS/INSTEAD, Luxembourg.

Matheis J. et al. (1995). 'Schüler an Drogen', IEES, Luxembourg,.

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

Ministère de la Santé (2002). Rapport d'activités 2001. Luxembourg.

Meisch P. (1998). Les drogues synthétiques de type " Ecstasy " au Grand - Duché de Luxembourg - Analyse de la situation, CePT, Luxembourg.

Nurco D.N. (1995). A discussion of validity, in Self-report methods of estimating drug use : Meeting challenges to validity, ed. Rouse, Kozel, Richards NIDA research monograph n°57. Washington D.C.

O.M.S. (1997). CIM-10 / ICD-10 - Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement, ISBN: 2-225-84609-X, Masson, Paris.

O.N.U. (2002). Rapport annuel de l'Organe de contrôle des stupéfiants, <http://www.undcp.or.at/unlinks.html> , Accès le 20/08/2002.

Origer A. (1995). Etude épidémiologique de la population toxicomane en milieu carcéral au Grand-Duché de Luxembourg. In rapport du Réseau National d'Information sur les Drogues et les Toxicomanies. AST - Point Focal OEDT Luxembourg - Ministère de la Santé. Luxembourg.

Origer A. (1995). Etude des cas de décès par overdose au Grand-Duché de Luxembourg de 1993 à 1994, In rapport du Réseau National d'Information sur les Drogues et les Toxicomanies, Luxembourg. AST - Point Focal O.E.D.T Luxembourg - Ministère de la Santé. Luxembourg.

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

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

Origer A. (1998). Enquête auprès des médecins généralistes et des médecins psychiatres sur la prise en charge des patients toxicomanes, in Rapport RELIS/LINDDA 1997. Luxembourg. Point Focal OEDT Luxembourg - Ministère de la Santé. Luxembourg.

Origer A. (1999). Comparative study on the drug population of Portugal and a representative sample of Portuguese drug addicts residents of the Grand Duchy of Luxembourg, Luxembourg. Séries de recherche n°1, Point Focal OEDT Luxembourg - Ministère de la Santé. Luxembourg.

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

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

Origer, A. (2002b). Etude du coût économique direct des interventions et de la politique publique en matière de drogues et de toxicomanies. Séries de recherche n°4, Point focal OEDT Luxembourg - CRP-Santé, Luxembourg,.

Padieu R. (1990). Sur un calcul évaluatif du nombre de toxicomanes - Information statistique sur les drogues et les toxicomanes, rapport établi à la demande de la DGLDT. Paris.

QED Système d'information européen en matière de recherche qualitative, <http://www.qed.org.uk/> , Accès le 14/04/2002

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

Schlinck, J. Dr (1999), Etude épidémiologique des infections à l'HIV et à l'hépatite virale C dans les prisons luxembourgeoises, CPL, Luxembourg.

Service Central de la Statistique et des Etudes Economiques (2002), Annuaire Statistique du Luxembourg 2001. ISSN 1019-6471. STATEC. Luxembourg

Van der Vaeren, Ch. (1993). Le Comité européen de lutte anti-drogue (CELAD). Essai d'analyse institutionnelle, *Revue du Marché Commun de l'Union européenne*, n°366,

Annexes

- A. Sommaire comparatif des principaux résultats d'enquêtes en milieu scolaire (1985 -2000)
- B. Classification sommaire des substances psychoactives retenues au niveau du protocole RELIS 2001
- C. Sommaire des substances et préparations psychotropes, stupéfiantes et toxiques et précurseurs placés sous contrôle national par règlements grand-ducaux entre 1995 et 2001
- D. Loi du 27 avril 2001 modifiant la loi modifiée du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie (Mém. A - 61 du 17 mai 2001, p. 1179)
- E. Définitions (CIM-10, DSM IV) de l'abus, l'usage nocif et de la dépendance
- F. Points focaux nationaux du Réseau Européen des Drogues et des Toxicomanies - REITOX
- G. Participation des organismes nationaux à des projets de recherche européens ou nationaux dans les domaines des drogues illicites et de la toxicomanie
- H. Organigramme des acteurs nationaux impliqués dans la lutte contre la toxicomanie

Annexe A

► Enquêtes: catégorie 1

REFERENCE **Matheis J. et al. (1995)** 'Schüler an Drogen', IEES, Luxembourg.
FR.: Etudiants et Drogues

ANNÉE DE COLLECTE DE DONNÉES 1992

TYPE D'ÉTUDE Etude répétée portant respectivement sur des données de 1983 et de 1992

OBJET PRIMAIRE Etude de prévalence de l'usage de drogues en milieu scolaire

POPULATION ÉTUDIÉE 5ième année d'études des enseignements secondaire et secondaire technique. Total : 3.122 élèves

COUVERTURE Représentative de la population étudiée au niveau national

ECHANTILLON D'ÉTUDE Echantillonnage aléatoire : 1.341 cas valides (40%)

TAUX DE RÉPONSE 96%

AGE MOYEN DES RÉPONDANTS 17 ans et 6 mois

INSTRUMENTS D'INVESTIGATION Questionnaires anonymes auto-administrés en classe (113 items). Participation volontaire

REMARQUES A signaler l'existence d'une étude basée sur des repères méthodologiques comparables menée par Matheis et Prussen (1995) sur des données de 1983. Il sera question de cette étude lors de l'analyse comparative des résultats.

REFERENCE **Dickes P. et al. (1996)**, La consommation de drogues légales et illégales des élèves des 6ième de l'enseignement secondaire et des 8ième de l'enseignement secondaire technique, CEPS/INSTEAD, Luxembourg.

ANNÉE DE COLLECTE DE DONNÉES 1994

TYPE D'ÉTUDE Etude isolée

CONTEXTE Prévention des drogues. Commandité par le CePT

POPULATION ÉTUDIÉE	Classes de 6 ^{ième} de l'enseignement secondaire et classes de 8 ^{ième} de l'enseignement secondaire technique. Total : 3,172 élèves
ECHANTILLON D'ÉTUDE	650 cas valides
TAUX DE RÉPONSE	100%
COUVERTURE	Luxembourg Ville. Non représentative de la population étudiée au niveau national
DISTRIBUTION D'ÂGE	13 à 16 ans
INSTRUMENTS D'INVESTIGATION	Questionnaires anonymes auto-administrés en classe.
REFERENCE	Das Wohlbefinden der Jugend – HBSC Studie (2000). Ministère de l'Education Nationale, de la Formation Professionnelle et des Sports / Direction de la Santé. Luxembourg. FR.: Santé et bien être de la jeunesse (HBSC 2000)
ANNÉE DE COLLECTE DE DONNÉES	1999
TYPE D'ÉTUDE	Etude répétée
CONTEXTE	Etude internationale menée tous les 4 années sous l'impulsion de l'OMS. Etat de santé de la jeunesse et notamment analyse de la prévalence de l'usage de drogues
POPULATION ÉTUDIÉE	1 ^{ère} et 6 ^{ième} années des classes de l'enseignement secondaire et secondaire technique : Total : 27.860
METHODE D'ECHANTILLONNAGE	Aléatoire avec pondération selon type d'enseignement et de l'implantation géographique
ECHANTILLON D'ÉTUDE	7.347 cas valides
TAUX DE RÉPONSE	approx. 90%
COUVERTURE	Représentative de la population étudiée au niveau nationale
DISTRIBUTION D'ÂGE	12 à 21 ans
INSTRUMENTS D'INVESTIGATION	Questionnaires anonymes auto-administrés en classe 3 parties du questionnaire : a) partie internationale générale (analyse pseudo-longitudinale) b) partie internationale spécifique (SIDA, toxicomanie, accidents, etc.) c) partie nationale modulable

► Enquêtes: catégorie 2

REFERENCE

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

ANNÉE DE COLLECTE DE DONNÉES

1997

TYPE D'ÉTUDE

Etude isolée

OBJET PRIMAIRE

Etude de prévalence de l'usage d'ecstasy dans différents milieux de jeunes.
Prévention primaire

POPULATION ÉTUDIÉE

Les 2^{ème} et 6^{ème} années de l'enseignement secondaire classique (N :311) et technique (N :355) issues d'établissements faisant partie du réseau européen " Ecoles Santé ".
Total : 666 élèves

METHODE D'ÉCHANTILLONNAGE

exhaustive

ÉCHANTILLON D'ÉTUDE

666 cas valides

TAUX DE RÉPONSE

100%

COUVERTURE

Non représentative de toutes les classes de 2^{ème} et 6^{ème} au niveau national

DISTRIBUTION D'ÂGE

13 à 22 ans (13-14 : N347; 15-17: N193; 18-22: N118)

INSTRUMENTS D'INVESTIGATION

Questionnaires anonymes auto-administrés en classe. Participation volontaire

REFERENCE

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

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

ANNÉE DE COLLECTE DE DONNÉES

1999

TYPE D'ÉTUDE

Etude isolée

OBJET PRIMAIRE

Etude de prévalence de l'usage de cannabis

POPULATION ÉTUDIÉE

Les classes des 2^{èmes} et 6^{èmes} années d'enseignement secondaire et secondaire technique
Total : 666 élèves

METHODE D'ECHANTILLONNAGE	5 écoles issues du centre, du nord et du sud du pays. Echantillonnage exhaustif dans les 5 écoles
ECHANTILLON D'ÉTUDE	562 cas valides
TAUX DE RÉPONSE	100%
DISTRIBUTION D'ÂGE	13-20 ans
INSTRUMENTS D'INVESTIGATION	Questionnaire anonyme auto-administré. Participation volontaire

Annexe B

Classification sommaire des substances psychoactives retenues au niveau du protocole RELIS 2001

I) Substances psychoactives d'acquisition illicite

1. STIMULANTS DU SYSTEME NERVEUX CENTRAL

▶ **Amphétamines et méthamphétamines stimulantes**

AMPHETAMINES (non spécifiées)
METHYLE PHENIATE
PHENMETRAZINE
EPHEDRINE, NOREPHEDRINE, PSEUDOEPHEDRINE
AUTRES FORMES

▶ **Cocaïne**

COCAINE HYDROCHLORIDE
COCAINE BASE (ex. : " CRACK ")
AUTRES FORMES

▶ **Plantes**

KHAT (CATHINONE, CATHINE)

▶ **Stéroïdes androgènes anabolisants**

2. SÉDATIFS ET HYPNOTIQUES

(usage non thérapeutique/absence de prescription médicale)

▶ **Anxiolytiques - hypnotiques**

BARBITURIQUES (ex. amobarital, sécobarital, etc.)
BENZODIAZEPINES ET ANALOGUES (ex. diazépam, estazolam, flunitrazépam, midazolam, témazépam, etc.)
DIVERS (ex. méthaqualone)

▶ **Substances volatiles**

COLLE
BUTANE
SOLVANTS
PETROLE
NITRITES
AUTRES INHALANTS VOLATILES PSYCHOACTIFS

3. OPIACÉS ET OPIOIDES

HEROINE DIAMORPHINE
MORPHINE, Chlorhydrate
MORPHINE, Sulfate
OPIUM

PRODUITS DE SUBSTITUTION (METHADONE, CODEINE,
BUPRENORPHINE, PALFIUM, LAAM...) (usage non
thérapeutique / absence de prescription médicale)

AUTRES PRODUITS DE TYPE OPIACE

4. HALLUCINOGENÈS

ANTICHOLINERGIQUES

BELLADONE
DATURA
JUSQUIAME
MANDRAGORE

(LRC) **CANNABINOLS ET CANNABINOIDES**

CANNABIS
MARIHUANA
HASCHISH

INDOLES

(LRC) CHAMPIGNONS (Psilocine, Psilocybine)
(LRC) DMT
(LRC) LSD / lysergide
(LRC) autres

PHENYLALCOYLAMINES

MDA ténamfétamine (ecstasy, XTC, E, Eve...)
MDMA
MMDA
N-ETYL MDA (MDE, MDEA)
METHYL-4-AMINOREX (ice)
(LRC) PEYOTL (mescaline)

AUTRES

PHENCYCLIDINE (PCP)

II) SUBSTANCES PSYCHOACTIVES D'ACQUISITION LEGALE

1. SEDATIFS ET HYPNOTIQUES (usage thérapeutique / prescription médicale)

ANXIOLYTIQUES - HYPNOTIQUES

- (LRC) BARBITURIQUES (ex. amobarital, sécobarital, etc.)
- (LRC) BENZODIAZEPINES ET ANALOGUES (ex. diazépam, estazolam, flunitrazépam, midazolam, témazépam, etc.)
- (LRC) DIVERS (ex. méthaqualone)

SUBSTANCES VOLATILES

- COLLE
- BUTANE
- SOLVANTS
- PETROLE
- NITRITES
- AUTRES INHALANTS VOLATILES PSYCHOACTIFS

2. OPIACES

- (LRC) PRODUITS DE SUBSTITUTION (METHADONE, CODEINE, BUPRENORPHINE, PALFIUM, LAAM...)
(usage thérapeutique / sous prescription médicale.)

REMARQUES :

- LRC : Low Risk Consume
- HRC : High Risk Consume

Les mélanges qui incluent plusieurs des substances citées sont à classer dans la catégorie du produit le plus dangereux contenu dans ces derniers.

Annexe C

Sommaire des substances et préparations psychotropes, stupéfiantes et toxiques et précurseurs placées sous contrôle national par règlements grand-ducaux entre 1995 et 2001

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

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

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

Substance	Date d'inclusion ou de modification
ETRYPTAMINE	09/10/96
MBDB(N-Méthyl-1-(1,3-benzodioxol-5-yl)-2-butanamine	09/10/96
MDE (3,4-Méthylendioxy-N-éthylamphétamine)	09/10/96
METHCATHINONE	09/10/96
2,5-Dimethoxy-4-(prophylsulfanyl)phénéthylazane	09/10/96
3,5-Dimethoxy-4-(2-méthylénloxy)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 - Annexe** (Mém. 1974,470)

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

Variétés de chanvre qui ne sont pas considérées comme stupéfiants:	08/01/98
Carmagnola	Felina 34
Cs	Ferimon
Delta-Llosa	Fibranova
Delta-405	Fibrimon 24
Epsilon 68	Fibrimon 56
Fedora 19	Futura
Fedrina 74	Santhica 23

DIHYDROETORPHINE (7,8-dihydro-7-alpha-[1 -(R)-hydroxy-1 -méthylbutyl]-6,14-endo-éthanothétrahydrooripavine) 06/12/99

REMIFENTANIL (méthyl ester de l'acide carboxylique 1-(2-méthoxycarbonyléthyl)-4-(phénylpropionylamino)-pipéridine-4) 06/12/99

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

CATEGORIE 1

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

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

ANNEXE:

Partie A

Dénominations communes internationales	Autres noms communs ou vulgaires	Désignation chimique
AMOBARBITAL		acide éthyl-5 isopentyl-5 barbiturique
BUTALBITAL		acide allyl-5 isobutyl-5 barbiturique
CATHINE	(+)-norpseudo-éphédrine	(+)-(R)-[(R)-aminoéthyl-1] alcool benzylique
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 buryl)-5 barbiturique

Partie B

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

CLOTIAZEPAM	5 1H--benzodiazépine-1,4 carboxylique-3 (o-chlorophényl)-5 éthyl-7dihydro-1,3 méthyl-1 2H-thiéno [2,3-e]-diazépine- 1,4 one-2
CLOXAZOLAM	chloro-10 (o-chlorophényl)-1 1b tétrahydro- 2,3,7,11b 5H-oxazolo [3,2-d]benzodiazépine [1,4]one-6
DELORAZEPAM	chloro-7 (o-chlorophényl) -5 dihydro-1,3 2H-benzodiazépine--14 one-2
DIAZEPAM	chloro-7 dihydro-1,3 méthyl-1 phényl-5 2H- benzodiazépine-1,4 one-2
ESTAZOLAM	chloro-8 phényl-6 4H-s--triazolo [4,3-- a]benzodiazépine[1,4]
ETHCHLORVYNOL	chloro-1 éthyl-3 pentène-1 yne-4ol-3
ETHINAMATE	carbamate d'éthynyl-1 cyclohexyle
FENCAMFAMINE	N-éthyl phényl-3 amino-2 narbornane
FLUDIAZEPAM	chloro-7 (o-fluorophényl)- dihydro- 1,3 méthyl-1 2H--benzodiazépine- 1,4 one-2
FLUNITRAZEPAM	(o-fluorophényl)-5 dihydro-1,3 méthyl- 1 nitro-7 2H--benzodiazépine-1,4 one-2
FLURAZEPAM	chloro-7 [(diéthylamino)-2 éthyl]- 1 (o-fluorophényl)-5dihydro-1,3 2H- -benzodiazépine-1,4 one-2
HALAZEPAM	chloro-7 dihydro-1,3 phényl-5(trifluoroéthyl- 2,2,2)-1 2H--benzodiazépine- 1,4 one-2
HALOXAZOLAM	bromo-10 (o-fluorophényl)-1 1b tétrahydrooxazolo-2,3,7,11 b[3,2-- d](5H)-benzodiazépine[1,4] one-6
KETAZOLAM	chloro-11 dihydro-8,12b diméthyl- 2,8 phényl-12b 4H--oxazyno[1,3][3,2-- d]benzodiazépine[1,4](6H) dione-4,7
LEFETAMINE SPA	(-)-N,N-diméthyl diphényl-1,2 éthylamine
LOFLAZEPATE D'ETHYLE	carboxylate-3 d'éthyl chloro-7 (o-fluorophényl)-5 dihydro-2,3 oxo- 2 1H-benzodiazépine-1,4
LOPRAZOLAM	(o-chlorophényl)-6 dihydro-2,4 [(méthyl- 4 pipérazinyl-1 méthylène]-2 nitro-8 1H--imidazo[1,2-a benzodiazépine [1,4] one-1
LORAZEPAM	chloro-7 (o-chlorophényl)-5 dihydro-1,3 hydroxy-3 2H--benzodiazépine-1,4 one-2
LORMETAZEPAM	chloro-7 (o-chlorophényl)-5 dihydro- 1,3 hydroxy-3 méthyl -1 2H-benzodiazépine-1,4 one-2
MAZINDOL	(p-chlorophényl)-5 dihydro-2,5 3H-imidazo (2,1-a) isoindolol-5

MEDAZEPAM	chloro-7 dihydro-2,3 méthyl-1 phényl-5 1H-benzodiazépine-1,4
MEPROBAMATE	dicarbamate de méthyl-2 propyl-2 propanediol-1,3
MÉSOCARBE	3-(a-méthylphénéthyl)-N--(phénylcarbamoyle)sydone imine
METHYLPHENOBARBITAL	acide éthyl-5 méthyl-1 phényl-5 barbiturique
METHYPRYLONE	diéthyl-3,3 méthyl-5 pipéridinedione-2,4
MIDAZOLAM	chloro-8 (o-fluorophényl)-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-oxazolindione-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 des substances placées sous contrôle national avant 1995 est disponible au point focal OEDT.

Annexe D

S o m m a i r e

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

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

Notre Conseil d 'Etat entendu;

De l'assentiment de la Chambre des Députés;

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

Avons ordonné et ordonnons:

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

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

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

"Même en dehors du cas de flagrant délit, ils pourront être chargés par le

Procureur d'Etat ou le juge d'instruction de tous devoirs utiles pour compléter les enquêtes par eux commencées dans le cadre de l'alinéa précédent".

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

«Article 7.

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

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

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

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

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

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

4. Seront punis d'un emprisonnement de six mois à deux ans et d'une amende de 20.000,- à 1.000.000,- francs, ou de l'une de ces peines seulement, ceux qui auront, de manière illicite, fait usage avec un ou des mineurs des substances visées à l'alinéa B.1. du présent article, ainsi que

le médecin ou médecin-dentiste, pharmacien ou autre dépositaire légalement autorisé à détenir ces substances, qui en aura, de manière illicite, fait usage pour lui-même.

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

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

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

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

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

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

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

e) ceux qui auront fait une propagande ou publicité en faveur desdites substances ou qui auront, par un moyen quelconque, provoqué à l'une des infractions prévues aux articles 7 à 10 alors même que cette provocation n'aurait pas été suivie d'effets;

f) sans préjudice de peines plus graves prévues par d'autres lois répressives ou de peines disciplinaires éventuelles, ceux qui, au moyen d'ordonnances fausses ou fictives, ou d'ordonnances de complaisance, ou encore au moyen d'une fausse signature, ou par quelque autre moyen frauduleux se seront fait délivrer l'une ou l'autre de ces substances, et ceux qui connaissant le caractère fictif, frauduleux ou de complaisance de ces ordonnances ou demandes, auront, sur la présentation qui leur en aura été faite, délivré l'une ou l'autre de ces substances;

g) le médecin ou médecin-dentiste qui aura, sans nécessité prescrit ou administré l'une ou l'autre de ces substances, de façon à créer, à entretenir ou à aggraver la toxicomanie;

h) le médecin, médecin-dentiste, pharmacien ou autre dépositaire légalement autorisé à détenir les substances visées à l'article 7 A.1. qui en aura, de manière illicite, fait usage pour lui-même;

i) ceux qui auront fabriqué, transporté, distribué ou détenu des équipements, des matériels ou des substances visées à l'article 7, sachant qu'ils devraient être ou étaient utilisés dans ou pour la culture, la production ou la fabrication illicite de ces substances.

Le minimum de l'emprisonnement est de deux ans et le minimum de l'amende de 40.000,- francs, si l'infraction a été commise dans un établissement pénitencier, dans un établissement d'enseignement, dans un centre de services sociaux ou dans leur voisinage immédiat ou en un autre lieu où des écoliers ou des étudiants se livrent à des activités éducatives, sportives ou sociales.

2. Ne sont pas visés par la disposition sous g) de l'article qui précède le médecin qui aura prescrit ou administré des substances y visées ou des médicaments ou préparations en contenant, dans le cadre d'un programme de traitement de la toxicomanie par substitution, agréé par le Ministre de la Santé, ni le pharmacien qui aura exécuté une ordonnance médicale établie dans le cadre de ce programme.

Il est institué un programme de traitement de la toxicomanie par substitution.

Les modalités de ce programme sont précisées par un règlement grand-ducal, qui déterminera notamment les critères d'admission des toxicomanes audit programme ainsi que le suivi psychosocial des toxicomanes pris en charge. Ce règlement prévoira un agrément des médecins admis à prescrire dans le cadre du programme des substances, préparations ou médicaments à des fins de traitement par substitution de la toxicomanie. Ce règlement déterminera la liste des médicaments, ainsi que la liste des substances actives pouvant entrer dans la composition des préparations magistrales, susceptibles d'être prescrits dans le cadre du programme en question."

Art.4. La première phrase de l'alinéa 2 de l'article 10 est modifié comme suit:

"Les infractions visées à l'article 8 seront punies d'un emprisonnement de quinze à vingt ans et d'une amende de 50.000,- à 50.000.000,-francs si l'usage qui a été fait des substances a causé la mort."

Art.5. Entre les articles 10 et 11 de la loi modifiée du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie est inséré un article 10-1 nouveau qui a la teneur suivante:

«**Art.10-1.** Si l'usage qui a été fait des substances visées à l'article 7 a causé un trouble grave de la santé, les coupables d'une infraction visée aux articles 7 ou 8 c)seront exemptés des peines d'emprisonnement et d'amende s'ils ont immédiatement fait toutes les diligences pour procurer à la personne en danger le secours par des services spécialisés.

Dans ces mêmes conditions, les peines d'emprisonnement et d'amende seront réduites dans la mesure déterminée par l'article 414 du code pénal à l'égard du coupable d'une infraction visée aux articles 9 ou 10 alinéa 2,s'il a immédiatement fait toutes les diligences pour procurer à la personne en danger le secours par des services spécialisés."

Art.6. Entre les articles 30 et 31 de la loi modifiée du 19 février 1973 précitée il est intercalé un article 30-1 nouveau, rédigé comme suit:

«**Art.30-1.** Les pharmaciens ne peuvent délivrer au public les substances visées à l'article 7 ainsi que les médicaments et préparations en contenant que sur prescription médicale, rédigée sur une feuille extraite d'un carnet à souches, dont le modèle est déterminé par règlement grand-ducal, le collègue médical demandé en son avis.

La délivrance du carnet ainsi que son renouvellement se font par les soins du directeur de la Santé pour les médecins et médecins-dentistes et du directeur de l'Administration des services vétérinaires pour les médecins vétérinaires. La délivrance d'un nouveau carnet ne se fera que sur remise du carnet précédent.

Le directeur de la Santé et le directeur de l'Administration des services vétérinaires sont habilités à contrôler, à l'occasion d'une demande de renouvellement du carnet, le respect par les médecins-prescripteurs des dispositions de la présente loi et notamment de son article 8 sous g). En cas de suspicion d'une contravention à la loi ils demandent des justifications au médecin-prescripteur. S'il apparaît que le médecin a contrevenu à l'une des dispositions précitées, ils en réfèrent au procureur d'Etat conformément à l'article 23(2) du code d'instruction criminelle, ainsi

qu'au Ministre de la Santé qui, sans préjudice d'éventuelles poursuites pénales, peut refuser au médecin le renouvellement du carnet pour une période ne pouvant pas dépasser un an ou, en cas de récidive, deux ans. Un recours contre la décision du Ministre de la Santé est ouvert devant le tribunal administratif, qui statue au fond."

Art.7. L'article 31 de la loi modifiée du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie est modifié comme suit:

«**Art.31-1.** Seront exemptés des peines d'emprisonnement et d'amende

a) ceux des coupables d'infractions aux articles 7,8 c) et 8 h) qui auront révélé à l'autorité l'identité d'auteurs d'infractions aux articles 8 a),b),d),f),g),i),9,10 et 11, ou, si ces auteurs ne sont pas connus, l'existence de ces infractions;

b) ceux des coupables d'infractions aux articles 8,a),b),d),e),i), et 10 alinéa 1er qui, avant toute poursuite judiciaire, auront révélé à l'autorité l'identité d'auteurs d'infractions aux articles 8 a),b),d),f),g),i),9,10 et 11, ou, si ces auteurs ne sont pas connus, l'existence de ces infractions;

c) ceux des coupables de participation à l'association ou à l'entente prévue à l'article 11 qui, avant toutes poursuites judiciaires, auront révélé à l'autorité l'existence de cette bande et fourni des renseignements utiles relatifs au fonctionnement et à la hiérarchie de la bande.

2. Les peines de réclusion, d'emprisonnement et d'amende seront réduites dans la mesure déterminée par l'article 414 du code pénal:

a) à l'égard des coupables d'infractions aux articles 8 a), b), d) e),i) et 10 alinéa 1er ou des coupables de participation à l'association ou à l'entente prévue à l'article 11 qui, après le commencement des poursuites judiciaires, auront révélé à l'autorité l'identité d'auteurs restés inconnus d'infractions aux articles 8 a), b), d), f), g), i), 9,10 et 11;

b) à l'égard des coupables d'infractions aux articles 9 ou 10 alinéa 2 qui auront révélé à l'autorité l'identité d'auteurs restés inconnus d'infractions aux articles 8 a), b), d), f), g), i), 9, 10 et 11."

Art.8. 1.L'article 23 de la loi modifiée du 19 février 1973 est complété par un alinéa 3 nouveau de la teneur suivante:

"Le procureur d'Etat pourra également proposer aux personnes contre lesquelles procès-verbal a été dressé pour infraction aux articles 8 a) et b) de se soumettre volontairement à une cure de désintoxication, s'il appert des éléments de la cause que l'activité dominante de ces personnes est celle d'un consommateur."

2. L'alinéa 3 actuel de l'article 23 de la loi modifiée du 19 février 1973 devient l'alinéa 4 et est modifié comme suit:

"L'action publique pour infraction aux articles 7, 8 a), b), c) ou h) ne sera pas exercée à l'égard des personnes qui se seront conformées à la cure de désintoxication proposée par le procureur d'Etat et l'auront suivie jusqu'à son terme."

3. L'alinéa 4 actuel de l'article 23 de la loi modifiée du 19 février 1973 devient l'alinéa 5.

Art.9. L'alinéa a) de l'article 9 de la loi modifiée du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie est modifié comme suit:

"a) si elles ont été commises à l'égard d'un mineur, à l'exception des infractions visées à l'article 8 c);"

Mandons et ordonnons que la présente loi soit insérée au Mémorial pour être exécutée et observée par tous ceux que la chose concerne.

Le Ministre de la Justice, Palais de Luxembourg, le 27 avril 2001.
Luc Frieden **Henri**

Le Ministre de la Santé,
Carlo Wagner

Doc.parl.No.4349, sess.ord.1996-1997,1997-1998,1998-1999,1999-2000 et 2000-2001.

Editeur:Service Central de Législation,43,boulevard F.-D.Roosevelt,L-2450 Luxembourg
Imprimeur:Imprimerie de la Cour Victor Buck, s.à r.l .Luxembourg

Tableau 1.3.1 Sommaire des modifications introduites à la loi modifiée du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie par la loi du 27 avril 2001

Art. Loi 1973	Infraction(s) / actions / réglementation	Substance impliquée ¹	Catalogue des peines avant l'entrée en vigueur de la loi du 27 avril 2001	Catalogue actuel des peines
			Emprisonnement et/ou amendes	Emprisonnement et/ou amendes
Art. 1. à 2. (n.m. ²)	Objet de la réglementation Fixation des compétences de contrôle et des modalités de désignation			
Art. 3.	Modification des attributions de certains agents de l'administration des douanes et accises			
Art. 4. à 6. (n.m.)	Conditions et modalités d'examen médical en cas de présomption d'infraction à la loi visée. Sanctions en cas de refus d'examen médical			
Art. 7.	A.1. Usage et détention pour usage personnel A.2. Usage devant mineur(s) ou aux lieux de travail (non prévue expressément avant loi 27/04/2001) A.3. Usage par enseignant et/ou dans établissements scolaires (idem)	A. ³ A. A. A.	3 mois à 3 ans ⁵ 1.000.- à 100.000.- 5 ans à 10 ans 50.000.- à 500.000.000.- 3 mois à 3 ans 1.000.- à 100.000.- 3 mois à 3 ans 1.000.- à 100.000.-	8 jours à 6 mois 10.001.- à 100.000.- 1 mois à 1 an 10.001.- à 500.000.- 1 mois à 1 an 10.001.- à 500.000.- 1 an à 5 ans 100.000.- à 1.000.000.-
	B.1. Usage et détention pour usage personnel B.2. Facilitation de l'usage à autrui (ex. locaux)	B. ⁴ B.	3 mois à 3 ans 1.000.- à 100.000.- 1 an à 5 ans 5.000.- à 50.000.000.-	10.001.- à 100.000.- 10.001.- à 1.000.000.-
	B.3. Usage devant mineur(s) ou dans établissements scolaires et lieux de travail (non prévue expressément avant loi du 27/04/2001)	B. B. B.	5 ans à 10 ans 50.000.- à 500.000.000.- 3 mois à 3 ans 1.000.- à 100.000.- 3 mois à 3 ans 1.000.- à 100.000.-	8 jours à 6 mois 10.001.- à 100.000.- 8 jours à 6 mois 10.001.- à 100.000.- 8 jours à 6 mois 10.001.- à 100.000.-
	B.4. Usage avec mineur(s) ou par médecin, pharmacien ou autre dépositaire légal des substances visées	B. B.	5 ans à 10 ans 50.000.- à 500.000.000.- 1 an à 5 ans 5.000.- à 50.000.000.-	6 mois à 2 ans 20.000.- à 1.000.000.- 6 mois à 2 ans 20.000.- à 1.000.000.-
	B.5. Usage illicite par médecin, pharmacien ou autre dépositaire légal des substances visées dans établissements pénitentiaires, d'enseignement, services sociaux, voisinage immédiat et lieux d'activités éducatives sportives ou sociales	B.	2 ans à 5 ans 10.000.- à 50.000.000.-	1 an à 5 ans 20.000.- à 5.000.000.-

¹ Substances toxiques, soporifiques ou psychotropes contrôlées au niveau national par règlements grand-ducaux
² n.m.: article, alinéa ou paragraphe non-modifiés par la loi du 27/04/2001
³ Substances A.: substances contrôlées au niveau national autres que le chanvre (cannabis)
⁴ Substances B.: chanvre (cannabis) et dérivés
⁵ Les peines soulignées indiquent les peines supérieures en référence aux textes de loi existants avant la modification du 27 avril 2001. Il peut s'agir de l'ensemble des peines ou seulement des peines minimales ou maximales.
⁶ Unité : FLUX



Article 8.	<p>1.a. Culture, production, fabrication, extraction, préparation, expédition, importation, exportation, vente, offre ou mise en circulation illicites</p> <p>1.b. Transport, expédition, détention ou acquisition ou fonction d'intermédiaire (ex. courtier) à titre onéreux ou gratuit en vue de l'usage par autrui</p> <p>1.c. Usage <u>avec</u> mineur(s)</p> <p>1.d. Facilitation de l'usage à autrui (ex. locaux)</p> <p>1.e. Action(s) de propagande, de publicité ou de provocation en faveur des substances visées</p> <p>1.f. Recours à des ordonnances fausses, fictives ou de complaisance. Délivrance des substances visées en connaissance du caractère frauduleux des ordonnances</p> <p>1.g. Prescription ou administration sans nécessité par un médecin de façon à créer, à entretenir ou à aggraver la toxicomanie</p> <p>1.h. Usage illicite par un médecin, pharmacien ou autre dépositaire légal des substances visées</p> <p>1.i. Fabrication, transport, distribution et détention de matériel ou de substances visées à l'art. 7, sachant qu'ils devraient être utilisés dans ou pour la culture, la production ou la fabrication illicites de ces substances</p>	A et B	1 an à 5 ans 5.000.- à 50.000.000.-	1 an à 5 ans 20.000.- à 50.000.000.-
		A et B	1 an à 5 ans 5.000.- à 50.000.000.-	1 an à 5 ans 20.000.- à 50.000.000.-
		A et/ou B	5 ans à 10 ans 50.000.- à 50.000.000.- (art.9, avant modification du 17/04/2001) Substance A. et B.	1 an à 5 ans 20.000.- à 50.000.000.- Si substance A. « mineurs » annule et remplace le terme d' « usage en groupe ou devant des tiers »
		A et/ou B	1 an à 5 ans 5.000.- à 50.000.000.- Substance A. et B.	1 an à 5 ans 20.000.- à 50.000.000.- Si substance A. Exception : locaux et moyens agréés par le Ministre de la Santé
		A et B.	1 an à 5 ans 5.000.- à 50.000.000.-	1 an à 5 ans 20.000.- à 50.000.000.-
		A et B.	1 an à 5 ans 5.000.- à 50.000.000.-	1 an à 5 ans 20.000.- à 50.000.000.-
		A et B.	1 an à 5 ans 5.000.- à 50.000.000.-	1 an à 5 ans 20.000.- à 50.000.000.-
		A et/ou B	1 an à 5 ans 5.000.- à 50.000.000.- Substance A. et B.	1 an à 5 ans 20.000.- à 50.000.000.- Si substance A
		A et B.	1 an à 5 ans 5.000.- à 50.000.000.-	1 an à 5 ans 20.000.- à 50.000.000.-

	<p>Infractions visées sous art. 8 commises dans établissements pénitentiaires, d'enseignement, services sociaux ou , voisinage immédiat et lieux d'activités éducatives sportives ou sociales</p> <p>2. Institution d'un programme de traitement de la toxicomanie par substitution</p>	A et B.	2 ans à 5 ans Non-prévue	2 ans à 5 ans Ne sont pas visés par la disposition sous 1.g. les médecins admis à prescrire les substances visées sous l'article 7 dans le cadre du programme de traitement de la toxicomanie par substitution, institué par la loi du 27/04/2001 et dont les modalités sont à préciser par règlement grand-ducal.	40.000.- à 50.000.000.-
Art. 8.1 (n.m.)	<p>1. Facilitation (en connaissance de cause) de la justification mensongère de l'origine des biens ou revenus tirés de l'une des infractions sous art. 8a) et 8b)</p> <p>2. Concours (en connaissance de cause) à une opération de placement, de dissimulation ou de conversion de l'objet ou du produit de l'une des infractions sous art. 8a) et 8b)</p> <p>3. Acquisition, détention ou utilisation de l'objet ou du produit de l'une des infractions sous art. 8a) et 8b), en connaissance de leur provenance illicite</p> <p>4. les infractions visées aux points 1) à 3) sont également punissables lorsque l'infraction primaire a été commise à l'étranger ou/et lorsque l'auteur est aussi l'auteur ou le complice de l'infraction primaire</p>		1 an à 5 ans 1 an à 5 ans 1 an à 5 ans 1 an à 5 ans	1 an à 5 ans 1 an à 5 ans 1 an à 5 ans 1 an à 5 ans	50.000.- à 50.000.000.- 50.000.- à 50.000.000.- 50.000.- à 50.000.000.- 50.000.- à 50.000.000.-
Art. 9. (n.m.)	a) Infractions visées à l'art. 8 si elles ont été commises à l'égard d'un mineur	A et/ou B	5 ans à 10 ans si substance A. ou B.	5 ans à 10 ans si substance A.	50.000.- à 50.000.000.-



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

Art. 13				Abrogé par la loi du 11 août 1998	
Art. 14 (n.m.)	Alinéa 2. Infractions visées aux art. 7 à 11 par une personne (auteur ou complice) exerçant une branche de l'art de guérir, la profession de pharmacien ou une profession paramédical Alinéa 3. Mêmes infractions par personnes (auteurs ou complices) exerçant autres profession si l'infraction a été commise à l'occasion de l'exercice de cette profession	A et B A et B	Possibilité du juge d'interdiction temporaire ou définitive de l'exercice de cet art ou de cette profession Possibilité du juge d'interdiction temporaire ou définitive de l'exercice de cette profession Le juge pourra interdire au condamné l'exploitation temporaire ou définitive soit par lui-même, soit par personne interposée, de tout établissement ou lieu quelconque ou les infractions ont été commise ; il pourra en outre ordonner la fermeture temporaire ou définitive de tels établissements.	Possibilité du juge d'interdiction temporaire ou définitive de l'exercice de cet art ou de cette profession Possibilité du juge d'interdiction temporaire ou définitive de l'exercice de cette profession Le juge pourra interdire au condamné l'exploitation temporaire ou définitive soit par lui-même, soit par personne interposée, de tout établissement ou lieu quelconque ou les infractions ont été commise ; il pourra en outre ordonner la fermeture temporaire ou définitive de tels établissements.	
Art. 15.		A et B	Abrogé par la loi du 7 juillet 1989		
Art. 16 (n.m.)	Infractions visées aux art. 7 à 11	A et B	Interdiction par les tribunaux de conduire un véhicule automobile ou un aéronef pour une durée de 3 mois à 15 ans	Interdiction par les tribunaux de conduire un véhicule automobile ou un aéronef pour une durée de 3 mois à 15 ans	
Art. 17 (n.m.)	Infractions aux interdictions prononcées en vertu des alinéas 2 et 3 de l'art. 14	A et B	3 mois à 1 ans 2.501.- à 50.000.-	3 mois à 1 ans 2.501.- à 50.000.-	
Art.18.-22 (n.m.)	Réglementation des modalités de confiscation Réglementation des modalités de fermetures d'établissements ou lieu quelconque ouvert au public	A et B			
Art. 23. (n.m.)	Alinéa 1. Coupable(s) d'infraction aux art. 7, 8c) ou 8h) qui avant la découverte des faits d'usage illicite se seront soumises à une cure de désintoxication.	A et B	Arrêt de l'action publique	Arrêt de l'action publique	



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

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

Annexe E

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

Abus de substance psychoactive [DSM IV]

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

1 - Utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison (par exemple absences répétées ou mauvaises performances au travail du fait de l'utilisation de la substance, absences, exclusions temporaires ou définitives de l'école, négligence des enfants ou des tâches ménagères).

2 - Utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut-être physiquement dangereux (par exemple, lors de la conduite d'une voiture ou en faisant fonctionner une machine alors qu'on est sous l'influence d'une substance).

3 - Problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance (par exemple, arrestations pour comportement anormal en rapport avec l'utilisation de la substance).

4 - Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance (par exemple disputes avec le conjoint à propos des conséquences de l'intoxication, bagarres).

B - Les symptômes n'ont jamais atteint, pour cette classe de substance, les critères de la dépendance à une substance

Utilisation nocive pour la santé (CIM10)

Mode de consommation d'une substance psychoactive qui est préjudiciable à la santé. Les complications peuvent être physiques et/ou psychiques.

Le diagnostic repose sur des preuves manifestes que l'utilisation d'une ou plusieurs substances a entraîné des troubles psychologiques ou physiques. Ce mode de consommation donne souvent lieu à des critiques et a souvent des conséquences sociales négatives. La désapprobation par autrui, ou par l'environnement culturel, et les conséquences sociales négatives ne

suffisent toutefois pas pour faire le diagnostic. On ne fait pas ce diagnostic quand le sujet présente un syndrome de dépendance, un trouble spécifique lié à l'utilisation d'alcool ou d'autres substances psychoactives.

L'abus de substances psychoactives est caractérisé par une consommation qui donne lieu à des dommages dans les domaines somatiques, psychoaffectifs ou sociaux mais cette définition ne fait pas référence au caractère licite ou illicite des produits.

Dépendance DSMIV (1994)

Mode d'utilisation inapproprié d'une substance, entraînant une détresse ou un dysfonctionnement cliniquement significatif, comme en témoignent trois (ou plus) des manifestations suivantes, survenant à n'importe quel moment sur la même période de 12 mois:

- 1- Tolérance, définie par l'une ou l'autre des manifestations suivantes: a. besoin de quantités nettement majorées de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré; b. effet nettement diminué en cas d'usage continu de la même quantité de substance.
- 2- Sevrage, comme en témoignent l'une au l'autre des manifestations suivantes: a. syndrome de sevrage caractéristique de la substance; b. la même substance (ou une substance apparentée) est prise dans le but de soulager ou d'éviter les symptômes de sevrage.
- 3- Substance souvent prise en quantité supérieure ou sur un laps de temps plus long que ce que la personne avait envisagé.
- 4- Désir persistant ou efforts infructueux pour réduire ou contrôler l'utilisation de la substance.
- 5- Temps considérable passé à faire le nécessaire pour se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets.
- 6- D'importantes activités sociales, occupationnelles ou de loisirs sont abandonnées ou réduites en raison de l'utilisation de la substance.
- 7- Poursuite de l'utilisation de la substance malgré la connaissance de l'existence d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent déterminé ou exacerbé par la substance.

Précision:

Avec dépendance physique: signes de tolérance ou de sevrage (item 1 ou 2 présent).

Sans dépendance physique: pas de signes de tolérance ou de sevrage (items 1 et 2 absents).

Annexe F

Points focaux nationaux du Réseau Européen des Drogues et des Toxicomanies - REITOX

▶ **Belgique/België**

Institut Scientifique de la Santé Publique/ Wetenschappelijk Instituut Volkgezondheid – Louis Pasteur

(Scientific Institute of Public Health – Louis Pasteur)

Denise Walckiers
Rue Juliette Wytsman 14
B-1050 Bruxelles/Brussel

Tél. (32-2) 642 50 35
Fax (32-2) 642 54 10
e-mail: birn@iph.fgov.be

▶ **Danmark**

Sundhedsstyrelsen (National Board of Health)

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

▶ **Deutschland**

**Institut für Therapieforschung
(Institute for Therapy Research – IFT)**

Roland Simon
Parzivalstraße 25
D-80804 München

Tel. (49-89) 36 08 04 40
Fax (49-89) 36 08 04 49
e-mail: simon@ift.de

▶ **Greece**

University Mental Health Research Institute (UMHRI)

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

- ▶ **Ελλάδα**
Ερευνητικό Μορφετιστημιακό
Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείνης (Ε.Μ.Ι.Ψ.Υ.)

Anna Kokkevi [In EL]

Βασ. Σοφιαδ 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

Dr. Hamish Sinclair

73 Lower Baggot Street

Dublin 2 Ireland

Tel. (353-1) 676 11 76

Fax (353-1) 661 18 56

e-mail: hsinclair@hrb.ie

- ▶ **Italia**

Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento 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

▶ **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 85 622

Fax (352) 478 50563

e-mail: 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

▶ **Österreich**

Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen

(Austrian Health Institute – ÖBIG)

Sabine Haas

Stubenring 6

A-1010 Wien

Tlf. (43-1) 515 61 60

Fax (43-1) 513 84 72

e-mail: haas@oebig.at

▶ **Portugal**

Instituto Português das Drogas e das Toxicodependências

(Portuguese Institute for Drugs and Drug Addictions)

Maria Moreira

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

▶ **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

▶ **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

▶ **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

▶ **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

▶ **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

Annexe G

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

INSTITUTION	PROGRAMME	DATE	DESCRIPTION	SOURCE DE FINANCEMENT
Point Focal O.E.D.T 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
	2001	Etude comparative multi- méthodes: Estimation de la prévalence nationale de l'usage problématique de drogues à risque élevé et d'acquisition illicite	PFN
	2002	Etude épidémiologique et méthodologique des cas de décès liés à l'usage de drogues (1992-2000)	PFN
	2002	Etude sur le coût économique direct des interventions et de la politique publiques en matière de drogue et de la toxicomanie au Grand- Duché de Luxembourg	PFN Direction de la Santé - Ministère de l'Education Nationale,
Programme de travail Epidémiologie O.E.D.T	1997-2000	Improving the comparability of general population surveys on drug use in the EU	OEDT
	1997	Synthetic Drugs in the EU	OEDT
	1997	Demand reduction activities related to new synthetic drugs in the EU	OEDT
	1997	EMCDDA study on demand reduction activities of the criminal justice system	OEDT
	1997-2000	Inventory, bibliography and synthesis of qualitative research in the EU	OEDT
	1997-2000	Development of a core item list for monitoring the treatment of drug misusers (CIT 1.0)	OEDT



	1998	The use of amphetamines, ecstasy and LSD in the EU	OEDT
	1998-2000	Early warning system on new synthetic drugs and the national focal points of the EU	OEDT
	1998-2000	Technical development and maintenance of the EDDRA system	OEDT
	1998-2000	Study to obtain comparable national estimates of problem drug use prevalence for all EU Member states	OEDT
	1998-2000	Implementing standards for collecting data on drug-related deaths in the EU Member States	OEDT
	1999	Linguistic equivalences in the field of drug terminology	OEDT
	1999-2000	Technical development and maintenance of Evaluation Instrument Bank (EIB)	OEDT
	1999-2000	Mapping available information on social exclusion and drugs, focusing on minorities across 15 EU Member states.	OEDT
	1999-2000	Set-up of the EMCDDA's legal database on drugs	OEDT
Consultations Auteur : Laboratoire de Recherche CRISIS-ITRS	1999-2000	Etude comparative des réglementations nationales relatives aux remboursements des soins de santé dans la prise en charge des toxicomanes	pas applicable
CePT	1995 -...	Etude et évaluation d'un concept de prévention dans les communes	Commission européenne - DG V

CePT/ PFN		1996-98	Etude exploratoire sur la prévalence de la consommation d'MDMA (XTC) parmi une population de jeunes	Fonds de lutte contre le trafic des stupéfiants
		1999-2000	Etude exploratoire sur la consommation et les attitudes en matière du cannabis et de ses dérivés	CePT, PFN
		2002	Civic engagement in drug addiction prevention	CePT, Commission européenne
Laboratoire National de Santé		1981	Contribution à la recherche de drogues toxicomanogènes dans les milieux biologiques	
		1989	Analyses de différents produits en vue de la comparaison de résultats avec d'autres laboratoires européens	Commission européenne - DG V
		1990	The Drugs of Abuse/Scene 90	
		1995	Analyse des causes médicales de la mort des victimes par overdose au Grand-Duché de Luxembourg de 1984 - 1995	Ressources ad-hoc
JDH. et Action Sociale pour Jeunes a.s.b.l.	Horizon	1993 - 94	Formation - réinsertion prof. et sociale de populations défavorisées (Toxicomanes)	C.E. + 40% Fonds Social Européen
	REITOX - O.E.D.T	1993- ...	Participation de la mise en place d'un réseau d'information et de recherche sur la toxicomanie	O.E.D.T Ministère de la Santé Luxembourg
C.T.M	Horizon	1993 - 94	Formation - réinsertion professionnelle et sociale de populations défavorisées (Toxicomanes)	CE - + 40% Fonds Social Européen
	REITOX - O.E.D.T	1993-...	Participation de la mise en place d'un réseau d'information et de recherche sur la toxicomanie	O.E.D.T Ministère de la Santé Luxembourg

1990	Projet pilote sur la toxicomanie au sein des établissements pénitentiaires	CE – DG V
	<ol style="list-style-type: none"> 1) Information des détenus 2) Formation du personnel 3) Etude des connaissances 4) Etude en double aveugle concernant le sevrage 5) Analyse statistique 	

Ministère de la Santé

Service d'Action Socio-Thérapeutique	Europe contre la Toxicomanie	1992	Organisation de la semaine de prévention	CE – DG V Ministère de la Santé
Direction de la Santé	Europe contre la Toxicomanie	1994	Organisation de la semaine de prévention	CE – DG V Ministère de la Santé
Division de la Santé au travail		1998	Alcohol and drug use at the workplace	Ministère de la Santé
I.E.E.S		1985 1992	Etude longitudinale de la consommation de stupéfiants en milieu scolaire	Ministère de l'Education Nationale
Fonds de lutte contre le trafic des stupéfiants	Groupe d'Aide Financière G.A.F.I VI...	1994 - ...	Evaluation de l'efficacité des dispositifs de lutte contre la drogue	Fonds de lutte contre le trafic des stupéfiants
Croix Rouge – Aidsberôdung	Careful Communication	1995-...	Analyse du processus de communication entre les médecins, personnel de soins et leurs patients (séropositifs, toxicomanes). Publication d'un manuel de formation	CE – DG V
Centre de Recherche Publique - (CRP-Santé)		(88/05)	Etude des résistances cellulaires aux drogues.	Ressources ad hoc
		(94/01)	Biodisponibilité et détection de drogues illicites et de certains médicaments dans les cheveux.	Mémoire de fin de stage

	(96/06)	Impulsive behaviour and genes implicated in serotonin neurotransmission. An association study	
	(96/08)	Evaluation structurée des handicaps (déficiences, incapacités, désavantages) résultant des troubles mentaux et des troubles liés à l'alcool et aux drogues	
Gendarmerie Grand-Ducale	1991	Etude criminologique des cas de victimes d'overdose	Ressources ad hoc
Médecins sans Frontières	1996-...	Projet de recherche sur les mineurs toxicomanes vis-à-vis de la loi et mise en place d'un réseau de prise en charge	Ressources ad hoc
CEPS/ INSTEAD	1996	Etude de la consommation de drogues légales et illégales dans l'enseignement secondaire	C.E. – DG V Ressources ad hoc
	1982	Analyse critique de la situation actuelle de la toxicomanie et de la consommation de drogues illicites dans les pays de la CE	
Administration pénitentiaire	1998/99	Etude épidémiologique des infections HIV et hépatites virales B et C dans les prisons luxembourgeoises	Administration pénitentiaire Commission européenne – DG V Fonds de lutte contre le trafic des stupéfiants
Institut grand-ducal de Luxembourg	1976	Recherches sur la série de molécules analogues au principe actif du hashish	

Annex H

Organigramme du réseau de collaboration du point focal Luxembourg (what is what / what is who)

1. Union européenne
2. Conseil de l'Union européenne
3. Conseil de l'Europe
4. Comité de Contact sur le blanchiment des capitaux
5. Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT)
6. ONU (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

Groupe Interministériel Drogues

MINISTÈRE DE LA SANTÉ

DIRECTION DE LA SANTÉ

(7 DIVISIONS)

Division de Médecine Préventive

**COLLÈGE
MEDICAL**

Service AST

Psychiatrie

Toxicomanies/Sida

Handicap

**SERVICES
ANNEXES**

Direction du Point focal OEDT Luxembourg

Partenaires :

- ✓ CePT (scientifique)
- ✓ CRP-Santé (scientifique, administrative)
- ✓ CRP-HT (informatique, technique)

composée de représentants des :

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

CENTRE DE PREVENTION DES TOXICOMANIES (CePT)

Conseil d'administration composé de représentants des Ministères de la Santé, de l'Éducation Nationale, de la Famille, de la Justice, de la Jeunesse et de la Force Publique et de 6 personnes travaillant dans le milieu Thérapeutique.

Centre de Recherche Public - SANTE

Administration du point focal OEDT Luxembourg
Centre de ressources scientifique, logistique et administratif

Services conventionnés participant au réseau RELIS

CNDJ - ABRIGADO

3 centres JDH

MSF SOLIDARITE -
JEUNES

Prg. Methadone

AIDSBERODUNG
CROIX-ROUGE

Kontakt 25

Services non-conventionnés participant au réseau RELIS

Centre Hospitalier du
Luxembourg (CHL)

Centres
pénitentiaires de
Schrassig/Givenich

Centre Emmanuel

CTM

CHNP / BU V

POLICE JUDICIAIRE
Section
des stupéfiants

Coopération Nationale

DIRECTION :
DIRECTION DE LA SANTE
SERVICE AST

POINT FOCAL LUXEMBOURGEOIS de l'O.E.D.T.
Villa Louvigny - Allée Marconi L-2120 LUXEMBOURG
Tél.: +352 478 56 22
Fax.: +352 46 79 65
E-mail: alain.origer@ms.etat.lu

ADMINISTRATION :
CRP-SANTE

18, rue Dicks L-1417 LUXEMBOURG
Tél.: +352 45 32 13 32
Fax.: +352 45 32 19
E-mail: pascale.straus@crp-sante.healthnet.lu

