



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
(2001)

Auteur :

Alain ORIGER

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

Assistantes scientifique :

- ▶ **Hélène DELLUCCI**
CRP-SANTE
- ▶ **PASCALE 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
- ▶ **Robert KIRSCH**
Georges NEU
POLICE GRAND-DUCALE
Service de Police Judiciaire - Section
Stupéfiants
- ▶ **Alain MASSEN**
Solidarité - Jeunes (MSF)
- ▶ **Thérèse MICHAELIS**
Centre de Prévention des Toxicomanies
(CePT)
- ▶ **Romain PAULY**
Centre Thérapeutique pour Toxicomanes
"Syrdallschlass"
- ▶ **Sylvie PETRY**
CPL
- ▶ **Tom SCHLECHTER**
Comité National de Défense Sociale - CNDS a.s.b.l
- ▶ **Prof. Dr Robert WENNIG**
Laboratoire National de Santé

Responsable informatique :

- ▶ **Daniel SCHROEDER**
Ingénieur de développement

Avant - propos

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

L'édition 2001 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 2000.

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.

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 2000 en comparaison aux données des années 1994 à 1999.

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 2000 ainsi que les données relatives à la population de toxicomanes en milieu carcéral de 1989 à 2000 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 prévalence de l'usage de drogues d'acquisition illicite en population générale
- I.1.4 Estimation de 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 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 structureaux
- 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

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 Événements et programmes spéciaux en 2000
- II.1.14 Sommaire des publications en 2000

Chapitre II.2 Travaux de recherche récents - Sommaire

- II.2.1 Etude épidémiologique et méthodologique des cas de décès liés à l'usage de drogues (1992-2000), PFN
- II.2.2 Etude comparative de la prévalence nationale de l'usage problématique de drogues à risque élevé et d'acquisition illicite (1997-2000), PFN
- II.2.3 Etude du coût économique de la drogue et de la toxicomanie à l'échelle nationale, PFN

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 2000
 - 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 2000
- III.2.5.b. Résultats de l'analyse détaillée des données fournies par la base RELIS 2000

Partie IV : DONNÉES STATISTIQUES OFFICIELLES DE 1984 À 2000

- A. Données statistiques relatives à la production, au trafic et à l'usage illicites de drogues de 1984 à 2000
- B. Données statistiques relatives à la population de toxicomanes en milieu carcéral de 1989 à 2000

References bibliographiques

Annexe

- A. Classification sommaire des substances psychoactives retenues au niveau du protocole RELIS 200
- B. Sommaire des substances et préparations psychotropes, stupéfiantes et toxiques et précurseurs placés sous contrôle national par règlements grand-ducaux entre 1995 et 2001
- C. 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)
- D. Définitions (CIM-10, DSMIV) de l'abus, l'usage nocif et de la dépendance
- E. Points focaux nationaux du Réseau Européen des Drogues et des Toxicomanies - REITOX
- F. Participation des organismes nationaux à des projets de recherche européens ou nationaux dans les domaines des drogues illicites et de la toxicomanie
- G. Organigramme des acteurs nationaux impliqués dans la lutte contre la toxicomanie
- H. Sommaire du rapport d'activités 2000 de la Division "Anti-Drogues et Produits Sensibles" de l'Administration des Douanes et Accises du Ministère des Finances

Glossaire

AST	Service d'Action Socio-Thérapeutique
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 "
EMCDDA/OEDT	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
EMA	Agence Européenne pour l'Évaluation des Médicaments
EUROPOL	Office Européen de Police
FLTS	Fonds de Lutte contre le Trafic des Stupéfiants
JDH	Fondation Jugend- an Drogenhëllef
LNS	Laboratoire Nationale de Santé
MSF	Médecins Sans Frontières
OEDT/EMCDDA	Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies
OGD	Observatoire Géopolitique des Drogues
PFN	Point Focal National de l'OEDT
PNUCID	Programme des Nations Unies pour le Contrôle des Drogues
RELIS	Réseau Luxembourgeois d'Information sur les Stupéfiants
SAP	Système d'Alerte Précoce en matière de nouvelles drogues synthétiques
SEPT	Semaine Européenne de Prévention des Toxicomanies
SNJ	Service National de la Jeunesse
SPJ	Service des Stupéfiants de la Police Judiciaire
TRANSRELIS	Réseau transfrontalier d'Information sur les Stupéfiants
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 2001)

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 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 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 contrôlée sous surveillance médicale de certains stupéfiants.

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 budget global du ministère de la Santé** alloué aux services oeuvrant dans les domaines 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. La progression marquée pour l'exercice 2002 est en grande partie tributaire de l'exécution des projets prévus au plan d'action 2000-2004.

Indicateurs juridiques et pénaux

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 1996 fait place en 2000 à une hausse considérable qui est avant tout tributaire de deux saisies internationales importantes en 2000.

Indépendamment des quantités saisies, on retient une augmentation discontinue du **nombre total de saisies** à partir de 1993 (2000: 969). Le nombre de saisies de cocaïne, et d'ecstasy semble s'être stabilisé. Une hausse modérée mais continue et du nombre et des quantités de saisies d'amphétamines mérite d'être relevée. Même si le nombre total de personnes impliquées dans le commerce de la drogue affiche des variations annuelles importantes, **le nombre de personnes impliquées spécifiquement dans le trafic d'héroïne suit une évolution croissante**, remarquablement homogène jusqu'en 1999 (570) pour retomber en 2000 au niveau observé en 1997. Cette même constatation

vaut pour **le nombre total de personnes impliquées lors d'affaires de saisies** avec 1.168 personnes en 1999 et 1.007 en 2000. Globalement, les quantités saisies ont régressé à partir de 1996 alors que le nombre de personnes impliquées dans le trafic affichait une hausse importante jusqu'en 1999. Le développement de micro-réseaux de distribution contribuait probablement à cette situation. 58% des personnes impliquées dans des affaires de saisies sont d'origine étrangère.

Aucune saisie de PCP et de Crack n'a été rapportée jusqu'à ce jour au Grand-Duché de Luxembourg. En 1994 furent enregistrées les premières **saisies de MDMA, MDA... (type : ecstasy)**. La disponibilité de produits du type ecstasy qui semblait amorcer une évolution quasi exponentielle de 1994 à 1996 s'est stabilisée à un niveau bas (2000 : 318 comprimés) depuis les dernières quatre années.

On note enfin une augmentation considérable des **quantités de cannabis saisies** en 2000 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 2000 le nombre de saisies de cannabis est passé de 167 à 400 et le nombre de personnes impliquées de 242 à 518.

Mesures judiciaires et pénales

Le nombre de **procès verbaux** pour motifs d'infraction à la loi modifiée de 1973 affiche une nette augmentation entre 1995 (764) et 2000 (1.340). En ce qui concerne le nombre respectif de **prévenus**, on note une augmentation discontinue allant de 1.263 personnes en 1995 à 1.758 personnes en 2000, (comptages multiples inclus). En 2000, furent enregistrées 117 **arrestations** pour motifs d'infraction à la loi modifiée de 1973 (stable depuis 1998).

La population des prévenus est composée de 85% d'hommes, proportion qui variait entre 79% et 89% durant les dix dernières années. Depuis 1995, les citoyens **d'origine étrangère** constituaient la majorité des prévenus (2000: 55%); proportion qui est restée stable au cours des trois dernières années. Il s'agissait dans 35% des cas de **premiers auteurs** en 2000 (tendance croissante discontinue); le pourcentage de **mineurs** parmi les prévenus étant passé de 5,4% en 1993 à 8,8% en 2000. Pendant cette même période le proportion de mineurs parmi les premiers auteurs est passée de 14,9 % à 25,3 %.

Les données statistiques fournies par **l'administration pénitentiaire** pour l'année 2000 font état de 767 nouvelles entrées au CPL et au CPG dont 161 (21%) 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. A signaler toutefois qu'en 1995, 55% des usagers de drogues recensés par RELIS avait à leur actif un ou plusieurs séjours en prison et qu'en 2000 cette même proportion équivalait à 74%.

¹ Sauf indication contraire, les données présentées se rapportent à l'année 2000. Par défaut d'autres indications, les données entre parenthèses se rapportent à l'année 1999.

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%).**

Actuellement, une seule enquête (Fischer, 1999) fournit des données relatives à la consommation récente de drogues illicites (au cours des derniers 30 jours) par les jeunes âgés entre 13 et 18 ans. Les prévalences de cannabis et d'ecstasy se situent respectivement à 13,8% et 1,1%. Les taux de prévalence d'usage récent d'héroïne (0,6%), de cocaïne (1,3%) et d'LSD (1%) rejoignent ceux qui portent sur les derniers 12 mois.

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 2000 équivaut à 1.024 personnes. A titre comparatif on retiendra qu'en 1999, 1.198 personnes furent recensées suite à une hausse significative en référence aux années précédentes. Parmi ces mêmes personnes, 637 (757) furent recensées par le réseau sanitaire et 510 (551) par les services des forces de l'ordre.

Pour 32% (33%) des usagers indexés (62% 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 progression depuis 1997, s'élève à 46% (39%). En moyenne, un usager donné entre 1,64 (1,7) fois par année en contact avec une institution sanitaire spécialisée. 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 2000.

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: 23% de femmes, 77% 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 (45%). 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 (51%, stable) dont la proportion est nettement supérieure à celle observée au niveau de la population générale. Les personnes de nationalité française et italienne constituent respectivement 17% et 10% de la population d'usagers d'origine étrangère.

L'âge moyen des usagers recensés est passé de 28 ans et 4 mois en 1995 à 28 ans et 9 mois en 2000. La proportion de personnes âgées de plus de 35 ans n'a cessée d'augmenter depuis 1996 et l'écart type de la distribution d'âge continu à s'accroître. En d'autres termes **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 (8,8%) et les premiers auteurs d'infraction(s) (25,3%), la population total d'usagers problématiques (3,2%) et le pourcentage d'étudiants (20%) recensés par RELIS. Respectivement 82% et 47% 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%. Actuellement on peut estimer sur base d'indicateurs divers que le **nombre de mineurs usagers problématiques de drogues illicites à haut risque** au Grand-Duché de Luxembourg se situe entre 80 et 100 dont 40-60 injecteurs.

L'âge moyen des usagers luxembourgeois rejoint celui des répondants d'origine étrangère. **La différence d'âge selon le sexe** affiche une augmentation depuis plusieurs années due avant tout à l'âge fort bas (**26 ans et 8 mois**) des femmes d'origine étrangère. 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 (13 ans et 3 mois), de la première consommation de drogues d'acquisition illicite (14 ans 4 mois) tous types

confondus et du début déclaré d'un état de dépendance physique (18 ans et 5 mois).

Il y a lieu de constater une amélioration continue du **niveau d'études achevées** des répondants. Cependant, l'âge moyen à la fin de la scolarité demeure stable.

La **situation résidentielle** des sujets répertoriés affiche également une amélioration au regard des années précédentes. La proportion de personnes qui disposent d'un logement stable est passée de 31% en 1995 à 49% en 2000. 25% des usagers recensés vivaient encore chez les parents ou un membre de la **famille d'origine** au moment du recensement. Le regroupement des personnes selon leur **provenance géographique** fait apparaître que les cantons du sud (41,6%) et les cantons du centre (39,4%) prédominent et se sont équilibrés suite à une prédominance de la région du sud depuis 1995. La région de l'est est passée de 5% en 1996 à 9,1% en 2000. Les cantons du nord du pays marquent une certaine stabilité depuis quatre années (8-10%).

Tous indicateurs confondus, **la situation d'emploi** des répondants s'est détériorée au vu des données des trois années précédentes. **Le taux de chômage** (65%) affiche une progression marquée depuis 1997 qui va de pair avec une diminution sensible du nombre d'usagers chômeurs inscrits auprès de l'Administration de l'Emploi. 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 (29%) au profit d'une **dépendance sociale accrue** (61%). Face à la situation observée la mise en place de **structures de réinsertion socioprofessionnelle** constitue une priorité.

Deux indicateurs qui ont suivi une évolution favorable concernent d'une part les **revenus d'origine illégale** et d'autre part **la proportion de personnes en situation d'endettement**. Les premiers sont passés de 23% à 9% et les derniers de 59% à 41% au cours de la période de 1995 à 2000.

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 (A. 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 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

On retiendra que la **prévalence absolue** et les taux de prévalence de **l'usage problématique de drogues HRC** (drogues à risque élevé) 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. 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** (84%) (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 (36%) (1997 : 10%) a été suivie par une décroissance à partir de la même année pour se situer vers 24% en 2000. L'héroïne en mode i.v. (53%) en tant que produit préférentiel affiche une tendance stabilisée. Les usages de cocaïne et de cannabis en tant que produits préférentiels se situent tous deux à 7%. On observe une absence complète de substances volatiles et de crack en tant que produit préférentiel. 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**.

La **polytoxicomanie** (2000 : 87%) est toujours en hausse et constitue à l'heure actuelle le comportement de consommation le plus répandu. 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 quatre ans. A titre d'exemple, on retiendra que 25% (22%) des usagers actuels n'avaient pas encore atteint l'âge de 14 ans au moment de la première consommation de drogues « douces » telles que le cannabis et ses dérivés et 47% (43%) étaient encore mineurs lors de la première consommation intraveineuse d'héroïne. Le passage au mode d'administration intraveineux s'opère de façon plus précoce comparé à l'année 1995.

La proportion de personnes en contact avec le réseau institutionnel spécialisé pour **usage (préférentiel) de cannabis** (7%) témoigne d'une hausse sensible. Ce taux est encore plus élevé chez les usagers demandeurs de soins spécialisés (échantillon sanitaire) (10%, stable). Dans ce même contexte, il y 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 2000 cette même proportion est de 48%. 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.

Morbidité et mortalité liées à la consommation de drogues

Il y a lieu de parler d'une amélioration de **l'état de santé générale** des répondants en référence à l'année 1994. En termes épidémiologiques les taux d'infection au VHB (hépatite B) et la prévalence des cas de SIDA déclarés sont stables. Cependant **l'infection au VHC** (hépatite C : 40%) est en nette progression tout en affichant une valeur inférieure à la moyenne européenne.

Depuis 1995, le taux de cas de **sida** déclarés fluctue entre 1 et 4%. En termes de validité des données, on soulignera la proportion élevée de personnes ayant subi un test VIH au cours des derniers 5 mois (hommes : 81% , femmes : 85%). Une majorité stable d'usagers i.v. (68%) déclarent ne pas échanger de matériel d'injection usé. En 2000, le taux **d'infection au VIH** affiche une tendance stable (4%). Les taux observés sont largement inférieurs à la moyenne des taux rapportés dans d'autres pays européens (0,5% Grèce - 32% Espagne - 48% Portugal) - (Source : EMCDDA, 2000). 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 2000 se situe à 16%. Le PFN met actuellement en œuvre un dispositif de recherche (2002-2004), qui devra permettre de mieux situer les taux d'infection au VIH et au VHC parmi la population des toxicomanes injecteurs.

Au niveau des indicateurs de santé mentale et de comportements à risques, on relève des fréquences de **tentatives de suicide** et de **surdosages non fatals** stabilisées depuis 1997 ainsi qu'un pourcentage de 28% d'usagers qui ont déjà eu **recours à des services psychiatriques** pour des motifs autres que le sevrage physique.

En 2000, 26 cas de **décès par surdosage** de produits illicites ont été répertoriés. Depuis 1985, l'évolution du nombre de décès par surdosage a suivi une tendance générale à la hausse, atteignant un total de 29 personnes en 1994 pour ensuite redescendre graduellement à 9 jusqu'en 1997. Depuis lors, on observe à nouveau une tendance continue à la hausse. Les résultats des **examens d'autopsie** effectués sur les victimes de surdosage ont permis de déceler dans 84% des cas des traces d'opiacés. Il s'agissait de **l'héroïne** dans 67 % des cas; une proportion qui affiche une décroissance par rapport à 1999 (90%) au profit d'un **accroissement de la méthadone** (29%) en tant que substance ayant causée le décès ou ayant contribué à la cause de décès.

Une première étude de cohorte effectuée par le PFN en collaboration avec le CTM en 2000 a permis d'estimer un **taux de mortalité** parmi la population de toxicomanes se situant entre 2,36 à 2,51%. Ces résultats reflètent les valeurs de référence fournies par la littérature scientifique internationale.

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. 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 à l'intérieur d'un réseau restreint. Cependant, suite à l'ouverture des frontières, on a assisté à l'expansion d'un réseau de distribution plus organisé. Les forces de l'ordre mettent d'ailleurs l'accent sur la difficulté croissante d'assurer un contrôle efficace du trafic et du transit de drogues au vu de l'abolition des contrôles aux frontières. L'indicateur de la source d'approvisionnement laisse supposer que la **disponibilité d'opiacés sur la marché national** s'est accrue. Si en 1996, 9% des usagers déclaraient s'approvisionner exclusivement à l'étranger, cette même proportion équivaut à 3% en 2000. 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** (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. L'intensification des mesures de contrôles 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 sont restés stables au cours des dernières années à l'exception du cannabis qui a connu une légère hausse en 1999 (haschisch: 300 FLUX/gramme, marijuana: 250 FLUX/gramme, et de l'héroïne brune (3.000 FLUX/gramme) en baisse en référence aux prix moyens observés en 1998

En termes de **pureté**, les échantillons de substances suspectes, analysées par le Laboratoire National de Santé en 2000, fournissent les marges de pureté en substance active suivantes: héroïne brune de 2,8 à 54,9% (▲); cocaïne: 28,3 à 92,2% (▼); haschisch (THC): 2,65 à 11,7% (▲). Les analyses sur des échantillons suspectés d'appartenir au type ecstasy ont révélé des traces d'MDMA respectivement dans 21 échantillons (pureté : 18,7 à 52,3%) et des traces d'MDEA dans un échantillon (pureté : 6,8%).

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** (2000: 189.413 / 1996 : 76.259). Cette même tendance s'observe pour le nombre de **seringues usées collectées** (2000: 112.625 (59%) / 1996 : 28.646 (38%)). Parmi les dispositifs du programme d'échange de seringues, les distributeurs automatiques sont les plus utilisés. Tous lieux de distribution et de points de vente confondus la majorité des usagers injecteurs (37%) 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** (19%). Ces mêmes institutions (2000 : 50% / 1995 : 40%) sont également d'avantage sollicitées lors des premières demandes de traitement au détriment des demandes adressées aux **réseau des médecins généralistes** (2000 : 21% / 1995 : 28%).

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 164 en 1999. En 2000, le nombre total de participants (158) a légèrement chuté par rapport à l'année précédente. En guise d'explication, une augmentation des prises en charge plus intensives: parentalité, poly-consommateurs, double diagnostique, etc., peuvent être invoqués.

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 2000, l'Union des Caisses de Maladie à recensés 844 (1999: 745) personnes différentes qui ont bénéficié d'une prescription de médicaments avec l'indication de traitement de substitution (MEPHENON[®], METHADICT[®], SUBUTEX[®]) et 145 (1999: 125) médecins prescripteurs.

A rappeler que 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 contrôlée sous surveillance médicale de certains stupéfiants**. La mise en place des structures mentionnées est prévue par le plan d'action 2000-2004 du Ministère de la Santé.

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 VCH 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, 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:

- present 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 the overall drug policy coordination. The strategic framework of drug demand reduction interventions has been defined by the national drug coordinator 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.

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 as for instance drug substitution treatment, needle exchange and other state licensed means which could materialise in shooting galleries or medically controlled heroin distribution programmes.

Financial and human resources required for the implementation of the drugs action plan are guaranteed by the Ministry of Health. The overall **budget of the Ministry of Health** allocated to **drug demand reduction measures** has witnessed an increase from 770.000.- € in 1999 to 2.21 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. In accordance to national needs and the upcoming workplan of the EMCCDA, a national study on the socio-economical costs of drug use is currently performed by the NFP.

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 is followed by a steep increase in 2000, due to two major transit seizures.

Notwithstanding the quantities seized, the **number of seizures** has grown discontinuously since 1993 (2000: 969). 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, which has remained remarkably homogeneous until 1999 (570) (except in 1998) reaching in 2000 reaches the level observed in 1997. The same trend, although proportionally less important, has been observed with respect to the **total number of persons involved in drug seizures**, figuring 1,168 offenders in 1999 and 1,007 in 2000. Summarily, quantities of seizures have been decreasing since 1996, while the number of persons involved shows a significant increase until 1999. The development of distribution micro networks may partly contribute to the current situation. 58 per cent of persons involved in drug seizures are non-natives.

² If not specified, data refer to 2000. Figures between brackets refer to 1999 if not specified

PCP or 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 4 years (2000: 316 pills).

In 2000 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 2000 the number of cannabis seizures went from 167 to 400. During the same period, the number of offenders involved has marked an increase from 242 to 518.

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 2000 (1,340). The **number of drug law offenders** ('prévenus') has increased from 1,263 in 1995 to 1,758 in 2000. 117 arrests on the same charge have been reported in 2000 (stable since 1998).

The population of drug law offenders counts 85 per cent of males; a proportion that has been varying between 79 and 89 per cent during the past decade. Since 1995, **non-natives** have been representing the majority of drug law offenders (2000: 55% , stable since 1998). 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%) (2000: 8,8%). During the same period the proportion of minors in first drug law offenders went from 14.9 % to 25.3%.

The proportion of **prison sentences** for drug law offences has decreased significantly referred to 1996 data. In 2000, 161 new entries (21 %) (1996: 42.6%) of convicted drug law offenders have been reported by national penal institutions (of a total number of 767 entries in 2000). 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 74 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.

To date, a single national survey (Fischer 1999) provides last 30 days prevalence figures for 13 to 18 year old schoolchildren. Cannabis and ecstasy prevalence figure 13.8 per cent and 1.1 per cent respectively. Heroin, cocaine and LSD prevalence rates are close to last 12 months prevalence rates.

Problem drug use

Data on institutional contacts and drug treatment demands

The **number of problem high risk drug users** indexed by national institutions in 2000 figures 1,024 (1,198) persons (double counting excluded). 637 (757) persons were indexed by **treatment agencies** and 510 (551) by **law enforcement agencies**.

32 per cent (33%) of indexed drug users, of which 63% 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 increase since 1997, equals to 46 per cent (39%). On average, a problem drug user addresses 1.66 (1.7) drug treatment demands per year. For 3 per cent (4%) of registered cases it has been the **first drug treatment demand** during lifetime (**inter-institutional**).

Socio-demographic and epidemiological characteristics of problem HRC drugs users

Gender distribution has remained fairly balanced since 1994 (2000: 23 % females, 77 % 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 2000 (45%). 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: 54%, stable); a proportion, which is consistently higher than the one observed in the general population. Persons of French or Italian origin respectively count for 17 and 10 percent in non-native problem drug users.

Compared with 1995, the **average age**, applied to the total drug population (28 Y, 1M), has slightly increased, (2000: 28Y,9M). The proportion of **persons aged 35 and more** has constantly increased since 1996 as well as the **standard deviation** of the observed age distribution meaning that the gap between the youngest and oldest drug users tends to increase. 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 (8.8%), in first drug offenders (25.3%), in the total drug population (3.2%) and to the percentage of students in problem drug users (20%). 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. Based on RELIS data and several indirect indicators, one may estimate the current **prevalence of problem drug users underage** reaching 80 to 100 persons including 40 to 60 injectors.

The average ages of native and non-native problem drug users tend to balance. The **difference in age in proportion to gender** has increased mainly due to the low and decreasing age of female drug users. Generally speaking, the **profile of female users** has known most significant changes during recent years. In comparison with male users, one should mention a lower mean age (13Y,3M) at first consume of cigarettes, at first use of illicit drugs (14Y4M) and an earlier start of a physical addiction state reported by female users.

The **educational level** of indexed HRC users shows a slow but constant improvement, even though the average age at the end of studies remains stable.

Residential status of problem drug users has improved for the last 4 years. The proportion of persons reporting stable accommodation has increased from 31 per cent in 1995 to 49 per cent in 2000. At the time of their last indexing, 25 per cent of users lived with their parents or a member of the **family of origin**. **Geographic distribution**, according to electoral districts, suggests that 39.4 per cent (36%) come from the centre region and 41.6 per cent (44.5%) from cities in the South of the country. Eastern cantons figured 5 per cent in 1996 and 9.1 per cent in 2000 and Northern cantons have been showing a stable trend (8-10%) following a significant increase until 1997.

All indicators included, the **employment status** of respondents has declined for the last three years. The **unemployment rate** (2000: 65%) 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 (2000: 29%) associated to an **increasing social dependency** (2000: 61%).

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 2000.

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

Absolute prevalence and prevalence rates of problem HRC (High Risk Consume) drug use have been showing a growing tendency over the past four years. The increase curve observed between 1999 and 2000 is less pronounced than the one observed during the period 1997 to 1999. The observed figures comply with the stability of **heroin use** and **intravenous drug use** prevalence between 1999 and 2000. 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 84 per cent (stable) of indexed users. The significant increase of the **inhalation mode** (also known as 'blowing' or 'chasing the dragon') referred to opiate use in 1998 (36%) (1997: 10%) was followed by a two-years decrease reaching 24% in 2000. **Intravenous heroin use** as primary consume pattern has stabilised (53%). Cocaine and cannabis use are reported as primary drug by 7% of users, respectively. 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** (2000: 87 %) still on the increase represent the most common consume pattern. The **average 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 4 years. For instance, 25 per cent (22%) of current problem drug users were younger than 14 years at the moment of first cannabis use and 47 per cent (43%) were still underage (< 18 years) as they first injected opiates. In contrast to 1995 data, the **switch to intravenous drug use** occurs earlier in 2000.

Problem cannabis use prevalence in RELIS respondents has shown and upward trend in 2000 (7%). The observed trend is even more significant if exclusively referred to drug treatment demanders (10%). 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 2000 the same proportion figured 48 per cent.

Drug-related morbidity and mortality

Indicators retained by RELIS stress a slight improvement of the **general health state** of indexed drug users compared with 1994 data. **HBV** and **HIV** prevalence rates³ are stable. However, one should emphasise that the **HCV** infection rate has been increasing noticeably and reached 40 per cent in 2000.

Since 1995, the proportion of **AIDS diagnostics** in problem drug users has been varying between 1 and 4 per cent. In terms of data validity, one may stress the high percentage of HIV tested users during the last 5 months (males: 81%, females: 85%). A majority of drug injectors (2000: 68%) report not to share used injection material. **HIV infection rate** has stabilised at 4 per cent. National infection rates are consistently lower than the average of those observed in other European Member states (Greece: 0,5 – Spain: 32% - Portugal 48%), (EMCDDA, 2000). 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 2000 figures 16 per cent. The NFP is currently setting up a research plan (2001-2003) with the objective to estimate HCV and HIV prevalence in recent drug injectors based on medical diagnosis data (saliva tests).

As regards **mental health** and **risk behaviour** indicators, RELIS revealed a stabilisation of the prevalence of suicide attempts and non fatal overdoses since 1997 as well as a fairly invariable proportion of problem drug users (2000: 28%) showing **psychiatric treatment** demands for reasons other than drug detoxification.

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

The number of overdose cases (acute/direct drug deaths), reported by national authorities, has increased steadily since 1984, peaking with 29 cases in 1994. Decrease was observed from 1995 and persisted throughout 1997 (9 cases). Since 1998 a growth tendency has resumed reaching 26 cases in 2000. Results of toxicological analysis performed on overdose victims refer to the presence of opiate traces in 84 per cent of cases. In 67 per cent of autopsy cases heroin consume was reported; a proportion on the decrease (1999: 90%) for several years balanced by an increase of methadone (29%) being the substance, which has caused death.

In 2000, a first cohort study on the mortality in the national drug population has been performed by the NFP. According to applied methodologies, results show **mortality rates** varying between 2.36 and 2.51 per cent.

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. Till the beginning of the nineties, most of the persons involved in illicit drug traffic were consumers who supplied themselves in the Netherlands or acquired limited quantities of drugs in order to sell them within a restricted local network. Since the opening of EU borders, more organised distribution networks tend to develop within the national drug market. Law enforcement agencies do stress the negative impact of the abolishment of border controls on the fight against drug trafficking measures. 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 2000 the same proportion figured 3 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 been remaining fairly stable during past years, with the exception of cannabis, on the increase (haschisch: 7.4 €/gram, marijuana: 6.2 €/gram) and brown heroin, on the decrease (74 € /gram).

In terms of **purity**, samples of '*suspect substances*' analysed by the National Laboratory of Health (LNS) in 2000, revealed the following margins of purity of active substance: brown heroin: 2.8 to 54.9 per cent (▲); cocaine: 28.3 to 95.2 per cent (▼); haschisch (THC): 2.65 to 11 per cent (▲). In 2000, toxicological analysis of samples sold as ecstasy reported the presence of MDMA in 21 samples (purity: 18.7 to 52.3%) and MDEA in one sample (purity: 6.8%).

Harm reduction activities

The number of **sterilised syringes distributed** (2000: 189,413 / 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** (2000: 112,625 (59%) / 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. All syringes providing facilities and selling points included, pharmacies constitute the main source of provision (37%) reported by intravenous drug users. The most significant increase during recent years has been observed at the level of specialised treatment agencies (19%). The latter (2000: 50% / 1995: 40%) are also increasingly addressed for first treatment demands which proved detrimental to first treatment demands addressed to general practitioners.

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 164 patients in 1999. In 2000, the number of treated patients stood at 158.

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 844 (1999: 745) patients who did receive substitution treatment in 2000 by means of the prescription of methadone or buprenorphine containing medicaments (MEPHENON ® , METHADICT ® and SUBUTEX ®). In 2000, the number of GPs prescribing the listed drugs reached 145 (1999:125).

One may recall that the above referred to law of 27 April 2001 has set a **legal framework for drug substitution treatment** and other **drug care facilities duly licensed by State**, which may refer to interventions as the creation of **injection rooms** and **controlled distribution of certain narcotics** (e.g. heroin). The future implementation of such facilities has been included in the drugs action plan 2000-2004 of the Ministry of Health.

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*

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

	DE 1960 AU ANNÉES 70	DE 1980 À LA MOITIÉ DES ANNÉES 90	DE 1996 À AUJOURD'HUI
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 d'héroïne, de cocaïne et de cannabis. Population essentiellement mono-toxicomane.	
APRÈS 1988		Poly-usage (héroïne-cocaïne). La consommation d'alcoïdes, de médicaments (benzodiazépines, barbituriques) et d'amphétamines devient plus courante.	
VERS LA MOITIÉ DES ANNÉES 90		1994: première saisie de MDMA (ecstasy). La consommation d' LSD devient quasi insignifiante en termes épidémiologiques.	
DE 1996 À AUJOURD'HUI			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

De 1960 aux années 70

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

De 1980 à la moitié des années 90

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

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

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

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 minimes sur le marché national de la drogue.

De 1996 à aujourd'hui

Lors de cette période récente, 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 depuis lors 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 recensées au cours des dernières quatre années. 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'inscrivant dans le cadre du Système d'Alerte Précoce sur les nouvelles drogues synthétiques ont révélé que les substances de type « ecstasy » présentes sur le marché national contiennent avant tout les principes actifs suivants : MDMA (*3,4-Methylenedioxymethamphetamine*), 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 (paraméthoxyamphétamine ou 4-Méthoxyamphétamine).

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 restreint 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 d'un réseau de distribution plus organisé. 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.

I.1.3 Estimation de prévalence de l'usage de drogues d'acquisition illicite 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 au cours de l'année 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.

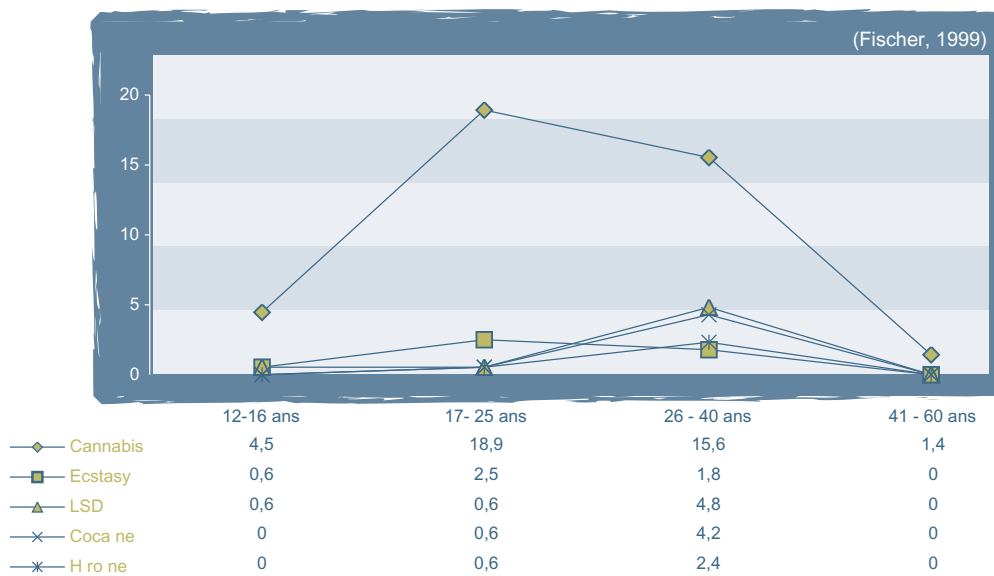
REFERENCE 1.1.3.a : Fischer U. CH. et Krieger W. (1999) Suchtprävention an der Gemeng – Entwicklung, Durchführung und Evaluation eines Modells zur gemeindeorientierten Suchtprävention, CePT, Luxembourg.
FR. Projet de prévention des addictions au niveau communal.

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%	1.2%
Ecstasy:	1.9%	0.3%
Héroïne:	1.3%	2.6%
Cocaïne:	5.6%	0%
LSD:	0.3%	0.3%
Champignons (psilocybine)	0.0%	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

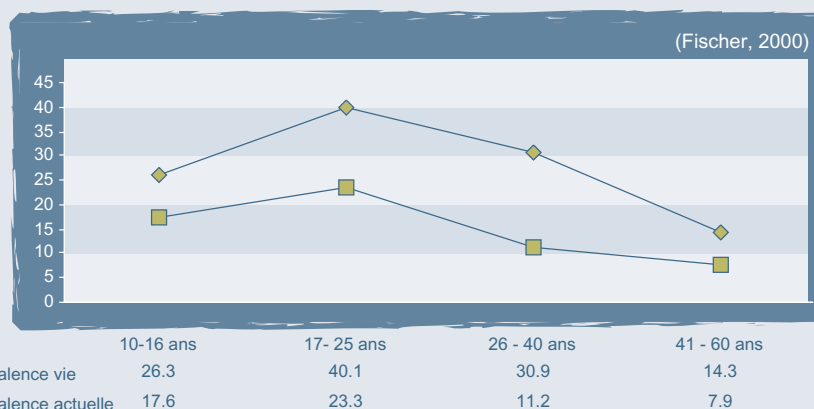
Echantillon d'étude 991 cas valides – échantillon aléatoire

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)*



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

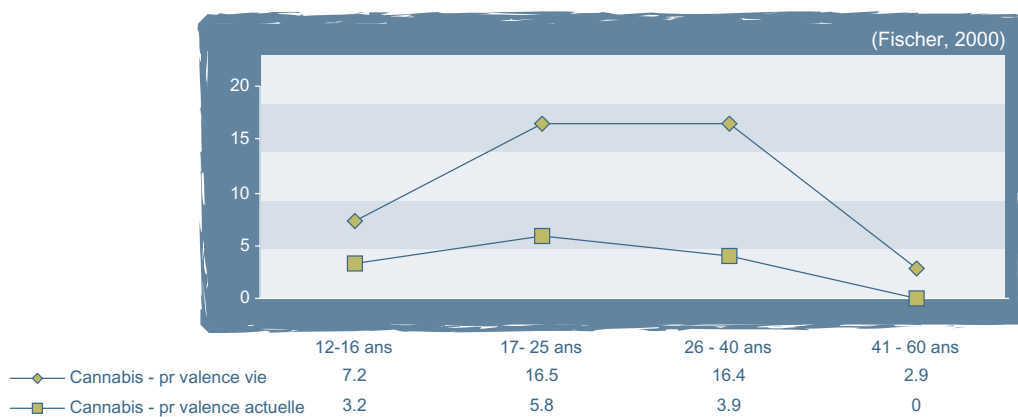
Type d'étude Enquête isolée

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)*



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

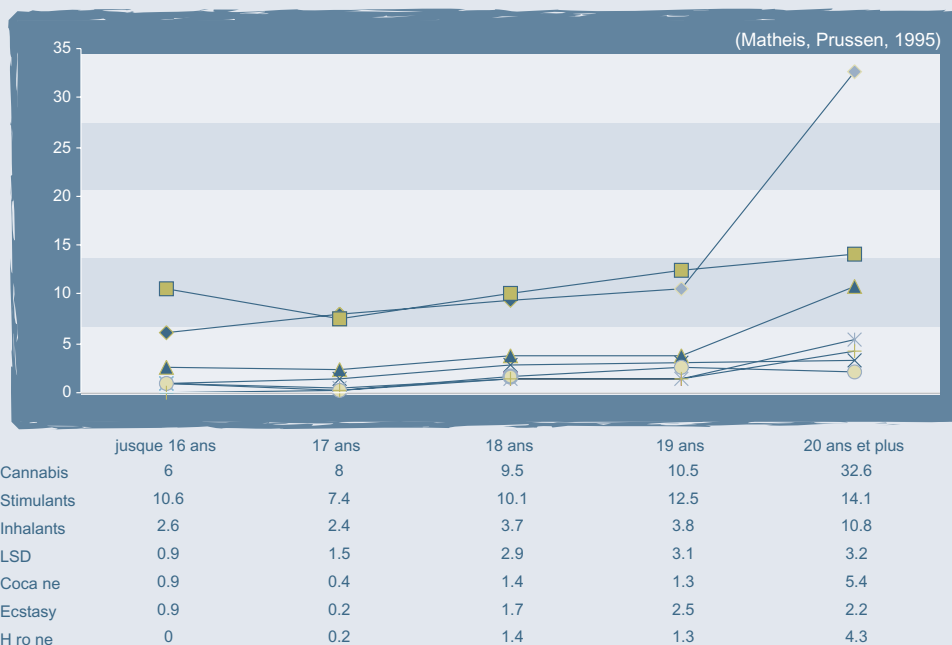
Les enquêtes en milieu scolaire menées à ce jour au Grand-Duché de Luxembourg se regroupent en deux catégories. Une première catégorie est composée par les enquêtes menées spécifiquement en milieu scolaire et une deuxième concerne les enquêtes trans-sectorielles menées en milieu scolaire en dans les milieux de jeunes en général.

Enquêtes: catégorie 1

REFERENCE 1.1.4.a:	Matheis J. et al. (1995) 'Schüler an Drogen', IEES, Luxembourg. FR.: Etudiants et Drogues
Année de collecte de données	1992
Type d'étude	Etude répétée portant respectivement sur des données de 1983 et de 1992
Objet primaire	Etude de prévalence de l'usage de drogues en

	milieu scolaire
Population étudiée	5 ^{ème} année d'études des enseignements secondaire et secondaire technique. Total : 3.122 élèves
Couverture	Représentative de la population étudiée au niveau national
Echantillon d'étude	Echantillonnage aléatoire : 1.341 cas valides (40%)
Taux de réponse	96%
Age moyen des répondants	17 ans et 6 mois
Instruments d'investigation	Questionnaires anonymes auto-administrés en classe (113 items). Participation volontaire
Remarques :	A signaler l'existence d'une étude basée sur des repères méthodologiques comparables menée par Matheis et Prussen (1995) sur des données de 1983. Il sera question de l'étude 1985 lors de l'analyse comparative des résultats.

Fig 1.1.4.1 *Prévalence vie de l'usage de drogues illicites selon l'âge (% valides)*



REFERENCE **1.1.4.b:** **Dickes P. et al.** (1996), La consommation de drogues légales et illégales des élèves des 6^{ième} de l'enseignement secondaire et des 8^{ième} de l'enseignement secondaire technique, CEPS/INSTEAD, Luxembourg.

Année de collecte des données	1994
Type d'étude	Etude isolée
Contexte	Prévention de l'usage de drogue. 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

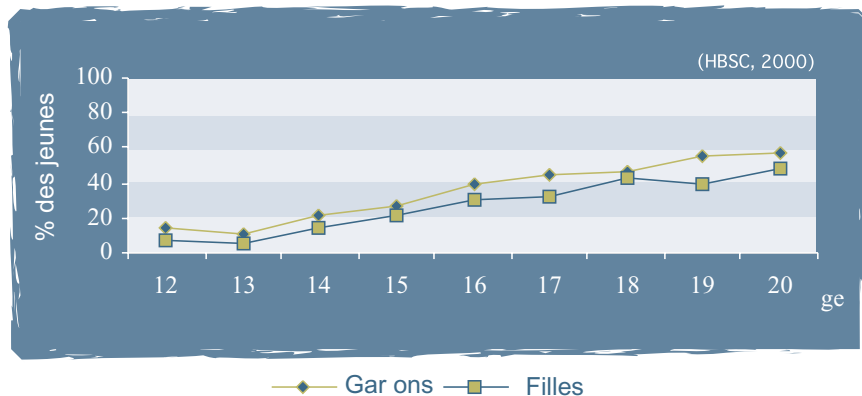
Tableau 1.1.4.2 Prévalence vie/actuelle de l'usage de drogues chez les élèves (6^{ième}/8^{ième}) âgés entre 12 et 16 ans (Dickes, 1996),

Substance	Prévalence : consommation vie	Prévalence : consommation actuelle
Cannabis:	4,5%	2,9%
Solvants:	3,7%	2,9%
Héroïne:	5,2%	0,8%
Cocaïne:	1,4%	1,2%
LSD:	1,8%	1,4%

REFERENCE **1.1.4.c:** Das Wohlbefinden der Jugend – HBSC Studie (2000), Ministère de l'Éducation Nationale, de la Formation Professionnelle et des Sports / Direction de la Santé, Luxembourg.
FR.: Santé et bien être de la jeunesse (HBSC, 2000)

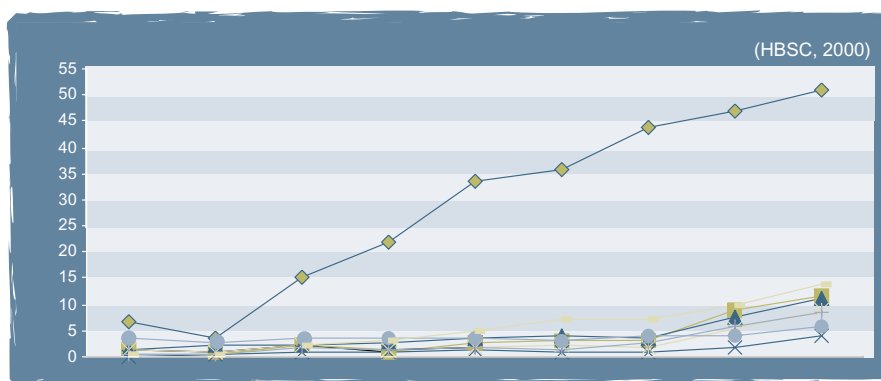
Année de collecte des données	1999
Type d'étude	Etude répétée
Contexte	Etude internationale menée tous les 4 années sous l'impulsion de l'OMS. Etat de santé de la jeunesse et notamment analyse de la prévalence de l'usage de drogues
Population étudiée	1 ^{ère} et 6 ^{ème} années des classes de l'enseignement secondaire et secondaire technique : Total : 27.860
Méthode d'échantillonnage	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 (pseudo-longitudinale) b) partie internationale spécifique (SIDA, toxicomanie, accidents, etc.) c) partie nationale modulable

Fig 1.1.4.2 *Prévalence vie de l'usage de drogues parmi les jeunes en âge scolaire (%valides)*



Au niveau du graphique 1.1.4.2 on entend par usage de drogues la consommation de cannabis, de substances de type ecstasy, d'amphétamines, d'héroïne, de cocaïne, de médicaments psychotropes, de substances volatiles, d'LSD et/ou de champignons hallucinogènes. A noter que la prévalence vie de l'usage d'une des drogues retenues augmente avec l'âge. A l'âge de 20 ans, plus de 50% des jeunes ont fait l'expérience d'au moins une des drogues en question.

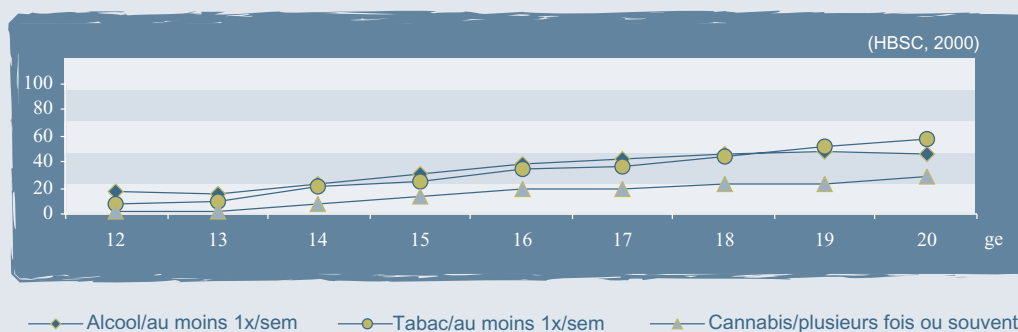
Fig 1.1.4.3 *Prévalence vie de l'usage de drogues selon l'âge (%valides)*



	12 ans	13 ans	14 ans	15 ans	16 ans	17 ans	18 ans	19 ans	20 ans
—◆— Cannabis	6.5	3.5	15.4	21.8	33.	35.8	43.6	46.8	51
—■— XTC	1.5	1	2.3	1.1	2.6	3	3.2	8.8	11.7
—▲— Amphétamines	1.5	2.2	2.2	2.7	3.5	3.9	3.7	7.5	11.1
—×— Héroïne	0	0.3	1.1	0.7	1.2	1	1	1.9	4.2
—*— Cocaïne	1.5	0.8	2.2	1.5	1.6	2.3	2	5.3	9
—●— Colle	3.6	2.8	3.8	3.8	3.6	3.3	4.2	4	5.6
—+— LSD	0.4	0.3	1.7	1.3	1.7	1.5	2.7	5.6	8.5
—○— Champignons	0.4	0.3	2.3	3.2	4.9	7	7.1	9.9	13.7

La prévalence vie de l'usage de cannabis passe de 3,55% à 13 ans à 46,8% à 19 ans. Pour les autres drogues retenues au niveau de l'enquête, on observe une croissance plus aiguë à partir de 18 ans alors que les taux de prévalence restent assez stables chez les mineurs d'âge.

Fig 1.1.4.4 Evolution de l'usage de tabac, d'alcool et de cannabis selon l'âge (%valides)



Le graphique 1.1.4.4 illustre que le profil de consommation du cannabis s'ajuste sur ceux du tabac et de l'alcool. A noter que les trois profils présentés diffèrent dans une large mesure de ceux des autres drogues retenues, qui eux témoignent de prévalences moins élevées pour tous les âges. En d'autres termes, la consommation de cannabis suit un décours comparable à l'évolution de produits, entre-temps sont fortement banalisés, tels que l'alcool et le tabac.

Enquêtes: catégorie 2

REFERENCE 1.1.1.4.d: **Meisch, P.** (1998), Les drogues de type ecstasy au Grand-Duché de Luxembourg, CePT, Luxembourg.

Année de collecte des 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 ^{ième} et 6 ^{ième} années de l'enseignement secondaire classique (N :311) et technique (N :355) issues d'établissements faisant partie du réseau européen « Ecoles Santé ». Total : 666 élèves
Méthode d'échantillonnage	exhaustive
Echantillon d'étude	666 cas valides
Taux de réponse	100%
Couverture	Non représentative de toutes les classes de 2 ^{ième} et 6 ^{ième} au niveau national

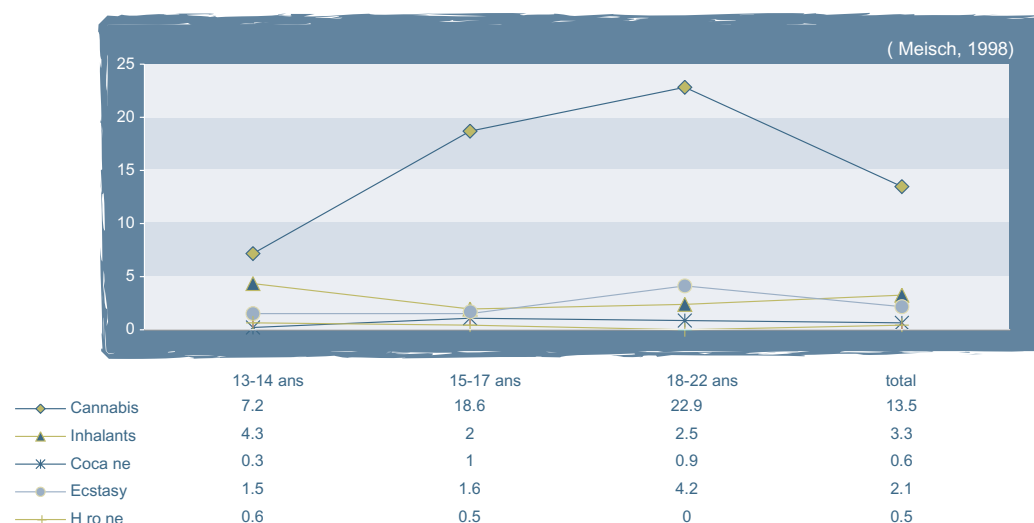
Distribution d'âge

13 à 22 ans (13-14 : N347; 15-17: N193; 18-22: N118)

Instruments d'investigation

Questionnaires anonymes auto-administrés en classe. Participation volontaire

Fig 1.1.4.5 Prévalence vie de l'usage de drogues illicites selon l'âge (%valides)



REFERENCE 1.1.4.e: **Fischer U. CH.** (2000), Cannabis - Eine Analyse der aktuellen Situation, CePT, Luxembourg.

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

Année de collecte des 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

Méthode d'échantillonnage 5 écoles issues du centre, du nord et du sud du pays. Echantillonnage exhaustif dans les 5 écoles

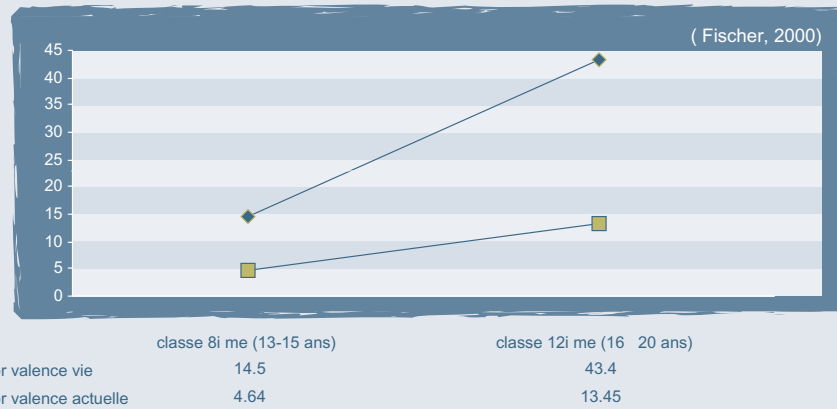
Echantillon d'étude 562 cas valides

Taux de réponse 100%

Distribution d'âge 13-20 ans

Instruments d'investigation Questionnaire anonyme auto-administré. Participation volontaire

Fig 1.1.4.6 *Prévalence vie/actuelle de l'usage de cannabis selon niveau scolaire (%valides)*



Sommaire comparatif des principaux résultats d'enquêtes en milieu scolaire (1985 -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 1.1.4.7 PRÉVALENCE VIE: Population scolaire - 12 à 20 ans

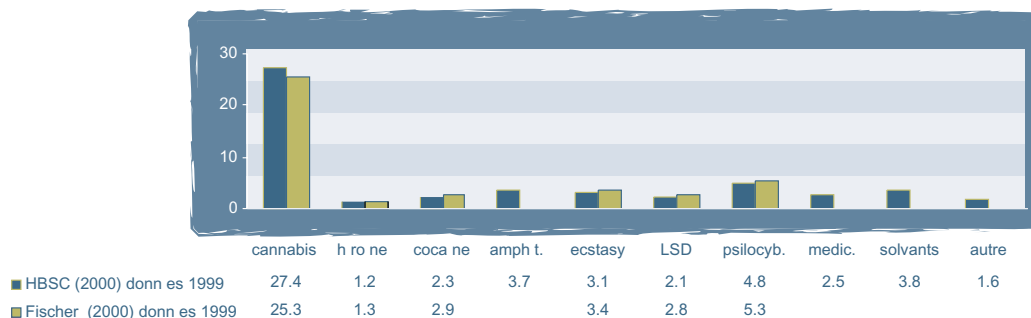


Fig 1.1.4.8 PRÉVALENCE VIE: Population scolaire - 16 à 20 ans

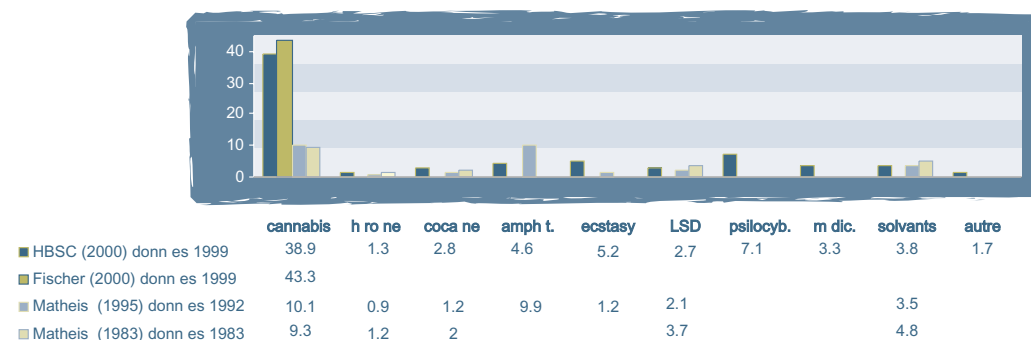


Fig 1.1.4.9 PRÉVALENCE VIE: Population scolaire - 13 à 14 ans

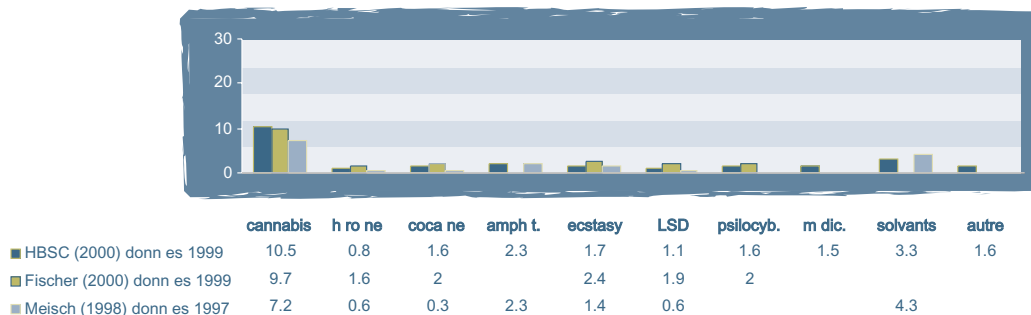
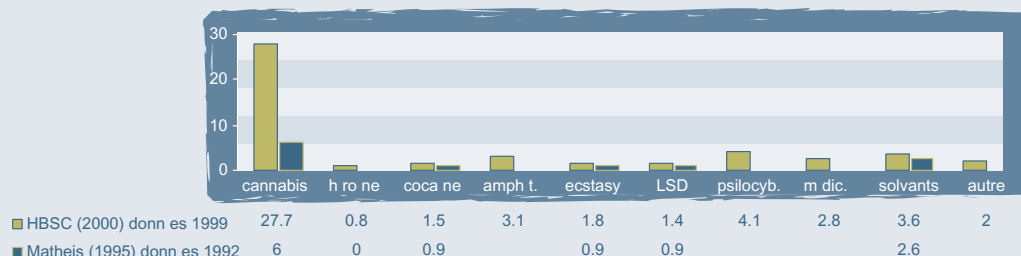


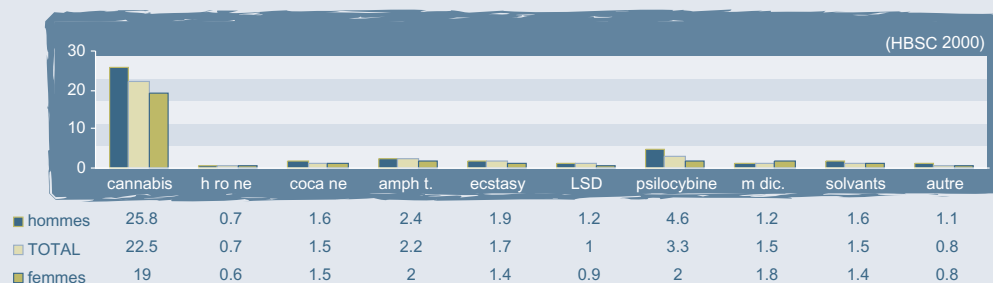
Fig 1.1.4.10 PRÉVALENCE VIE: Population scolaire - 15 à 16 ans



Prévalence au cours des derniers 12 mois: Population scolaire

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

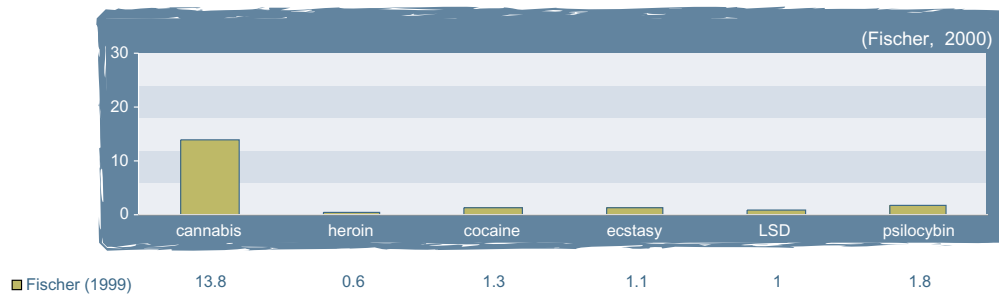
Fig 1.1.4.11 PRÉVALENCE DERNIERS 12 MOIS: Population scolaire - 12 à 20 ans



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



I.1.5 Estimation de prévalence de l'usage problématique de drogues d'acquisition illicite au G.-D. de Luxembourg

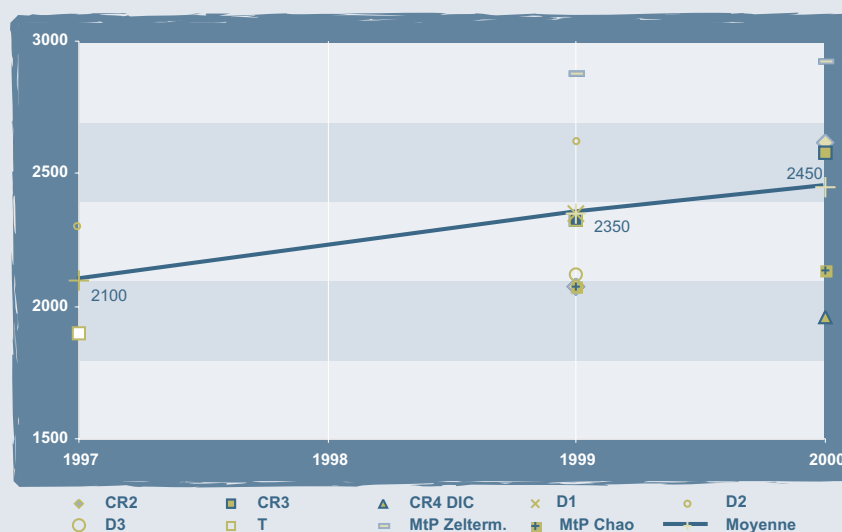
Si les missions de RELIS sont multiples, un des objectifs avoués en est l'évaluation et le suivi de la prévalence et de l'incidence en matière d'usage problématique de drogues illicites. Grâce à son système de codification unique et à sa représentativité institutionnelle quasi exhaustive, RELIS a permis 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 »). Le PFN a par ailleurs procédé à une analyse méthodologique comparative aux fins de la constitution d'une batterie de méthodes d'estimation en adéquation avec le contexte national et à même d'assurer le suivi futur des paramètres de prévalence et d'incidence en matière d'usage problématique de drogues au Grand-Duché de Luxembourg.

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.

Le graphique 1.1.5.1 retrace l'évolution du nombre estimé d'utilisateurs problématiques de drogues à haut risque au niveau national de 1997 à 2000 associé aux valeurs obtenus par l'ensemble des méthodes appliquées dans le cadre de l'étude 2000 (CR,D,T,MtP). Le tableau 1.1.3.2 présente les prévalences et les taux de prévalence moyens selon différents groupes cibles pertinents.

Graph. 1.1.5.1. Estimation de la prévalence de l'usage problématique de drogues HRC d'acquisition illicite (1997 - 2000)



Source : Origer (2001)

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.

Un résumé de l'étude 2000 reprenant la méthodologie appliquée et une présentation plus détaillée des résultats figure au chapitre II.2.

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'Education 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 Etrangères, 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 nouveau gouvernement a confié la coordination générale des actions dans le domaine de la drogue et des toxicomanies au Ministère de la Santé. Les services et divisions de la Direction de la Santé plus particulièrement compétents en matière de toxicomanies sont le Service AST, qui abrite également 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 (G), 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 le 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 structureaux

Tableau récapitulatif sommaire de 1989 à 2001

1989

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

1990

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

1992

- ▶ suite à la première Semaine Européenne de Prévention des Toxicomanies en 1992, fut crée par initiative luxembourgeoise, une plate-forme de collaboration appelée le "Groupe de Mondorf". Le Groupe réunit les ministres de la Santé et/ou des Affaires Sociales des *Länder* de la Sarre et de la Rhénanie-Palatinat (Allemagne), du Grand-Duché de Luxembourg et depuis 1994, de la Communauté germanophone de Belgique ainsi que le Préfet délégué pour la Sécurité et la Défense pour le Département de la Moselle (France).
- ▶ institution du "*Fonds de Lutte contre le Trafic des Stupéfiants* ", s'inspirant des recommandations de la Convention des Nations Unies de 1988. La mission légale du Fonds consiste en l'élaboration, la coordination et la mise en œuvre de moyens de lutte contre la toxicomanie ainsi que de tous les effets directs et indirects sur des pratiques financières illicites.
- ▶ loi du 17 mars 1992
 - portant approbation de la Convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes, faite à Vienne, le 20 décembre 1988.
 - modifiant et complétant la loi du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie.
 - modifiant et complétant certaines dispositions du Code d'instruction criminelle.

1993

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

1994

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

1995

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

1996

- ▶ suite à la publication du rapport de la Commission spéciale des stupéfiants le 18 mars 1996, quatre motions furent adoptées en séance publique par la Chambre des Députés. Les motions de la Chambre des

Députés ainsi que la déclaration gouvernementale de 1994, constituaient la base du projet de loi n°4349 du 25 août 1997 modifiant la loi modifiée du 17 février 1973.

- ▶ signature de la Convention portant création d'EUROPOL (Office Européen de Police), le 26 juillet 1996.
- ▶ mise en place du projet MSF-Solidarité Jeunes, conventionné par le Ministère de la Famille de 1997 à 1999 et par le Ministère de la Santé à partir du 1^{er} janvier 2000.

1997

- ▶ dans le cadre des travaux préparatoires du projet de loi, le ministre de la Santé mandate un groupe d'experts nationaux afin que ce dernier puisse se prononcer sur l'opportunité d'un projet de distribution de stupéfiants sous contrôle médical. Le rapport de synthèse du groupe avisait favorable la mise en place d'un projet pilote ciblé sur un nombre restreint de toxicomanes présentant une carrière de longue durée. Les enseignements tirés du projet pilote devraient ensuite servir de critères de décision quant à la poursuite du programme et à son éventuel développement.
- ▶ mise en place du système de monitoring épidémiologique TRANSRELIS qui résulte de la transposition du modèle RELIS aux régions constituantes du Groupe de Mondorf. Les régions participantes fournissent, sur base d'un protocole adapté, les données nécessaires à l'évaluation de la situation du problème au niveau interrégional, ce qui a permis de développer des synergies entre les structures de traitement, de prévention et de formation. Le système permet par ailleurs de suivre le flux migratoire interrégional, en termes de demandes de traitement des populations respectives.
- ▶ le 16 juin 1997, le Conseil de l'Union européenne adopte l'Action commune portant sur l'échange d'information, l'évaluation des risques et le contrôle de nouvelles drogues synthétiques, sur base de l'article K.3 du Traité de l'Union Européenne. Une des conséquences directes de l'Action commune était la mise en place au niveau national d'un système d'alerte précoce en matière de nouvelles drogues de type synthétique.

1998

- ▶ loi du 22 août 1998 (n°4294) portant introduction de l'incrimination des organisations criminelles et de l'infraction de blanchiment au code pénal (extension des infractions primaires et des champs professionnels soumis à l'obligation de coopération avec le Parquet).
- ▶ le 9 novembre 1998, le " Groupe de Mondorf " signe, à l'occasion de l'inauguration de la troisième Semaine Européenne de Prévention des Toxicomanies, la "Déclaration commune de Mondorf " qui confirme la volonté politique de collaboration et qui fixe les priorités pour les années à venir.

- ▶ création du Groupe d'Action Financier sur le Blanchiment de Capitaux (GAFI), organisme informel créé en 1998 par le G7. Son objectif est de prévenir et d'enrayer le blanchiment d'argent, notamment celui provenant du trafic illicite de drogues (les pays BENELUX et la France en sont membres).
- ▶ le Luxembourg participe pour la première fois aux "Opérations de HAZELDONK", qui constituent la mise en commun des efforts des services policiers, judiciaires et des douanes de la France, de la Belgique, des Pays-Bas et du Luxembourg afin de lutter prioritairement contre le trafic de stupéfiants.

1999

- ▶ inauguration, en février, d'une antenne de consultation pour toxicomanes à Ettelbrück conjointement gérée par la Fondation Jugend-an Drogenhëllef et Médecins sans Frontières.
- ▶ le 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
- ▶ inauguration, le 7 juin 1999, de la structure d'accueil à bas seuil "ABRIGADO SZENE -KONTAKT", gérée par le Comité National de Défense Sociale.
- ▶ déclaration gouvernementale du 12 août 99 (extrait p.12): " *Nous pouvons pratiquer la politique de l'autruche autant que nous le voulons, mais nous avons bel et bien un problème substantiel de drogue au Luxembourg. Nous ne pourrions pas le résoudre, cela dépasserait la capacité de l'Etat. Mais nous pouvons l'alléger, l'encadrer, l'assouplir, en aidant d'un point de vue de mentalité et d'attitude, en ne considérant pas les drogués comme des criminels mais comme des malades, pour aller jusqu'à modifier nos lois et les peines y assorties. Concrètement, cela reviendra à créer chez nous des centres thérapeutiques, de faciliter l'accès à ces centres à l'étranger, de créer des infrastructures où, sous contrôle médical, nous dispenserons de l'héroïne aux drogués afin d'endiguer la criminalité due à l'approvisionnement, de développer les programmes basés sur la méthadone, de mettre à disposition des centres de conseils pour les parents d'enfants et d'adolescents dépendants et de multiplier les programmes de prévention et d'information. Il n'est en tout cas pas question d'une légalisation des drogues dites douces au niveau national uniquement. Des suggestions et des solutions au niveau européen sont nécessaires pour cela. Nous voulons aider les malades mais éviter à tout prix le tourisme de la drogue avec toutes ses conséquences.*

- ▶ août 1999 : accords de coalition (extrait pp. 73-74) : "La politique du Gouvernement en matière de drogues doit reposer sur quatre piliers : 1^{er} la prévention, 2^e la thérapie, 3^e la prévention des risques et 4^e 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 améliorera aussi le suivi thérapeutique au Centre pénitentiaire.

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

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

2000

- ▶ à la date du 1^{er} 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

- ▶ 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.

I.2.3 Plan d'action 2000 – 2004 en matière de drogues et de toxicomanies

Etat actuel de la situation

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 ses services compétents de dresser les priorités en la matière sous forme d'un plan d'action pluriannuel.

Suite aux procédures de consultation bilatérale avec les acteurs de terrain impliqués, le coordinateur « Drogues » auprès de la Direction de la Santé a élaboré un plan d'action en matière de drogues et de toxicomanies couvrant la période 2000 à 2004 portant prioritairement sur les besoins en infrastructures spécialisées, en ressources financières et humaines, en réseaux de collaboration et sur le développement des activités de recherche. Le volet prévention primaire est assuré par la Division de la Médecine Préventive et Sociale de la Direction de la Santé. Le plan d'action 2000-2004 qui fut présenté par le ministre de la Santé au mois de novembre 2000, repose sur cinq piliers regroupant au total 10 projets à court et moyen terme:

Tab. 1.2.3.1 Récapitulatif sommaire des projets retenus dans le cadre du plan d'action 2000 – 2004

PROJET RETENU	PERIODE DE REALISATION	ETAT D'AVANCEMENT (30/11/2001)
A. Structures à bas seuil		
A.1 Foyer d'accueil d'urgence pour personnes toxicomanes	2000-2003	Ouverture : prévue en 2003 Site : acquis Financement : accordé (FLTS) Concept : finalisé Personnel : accordé (Ministère de la Santé) Gestionnaire proposé : CNDS
A.2 Structure d'accueil bas-seuil - KONTAKT 25	2000-2001	Opérationnel depuis 2000 Personnel : accordé (exercices 2001 et 2002) Extension : en cours Gestionnaire : Fondation JDH
A.3 Locaux agréés d'injection de drogues sous contrôle médical	2002-2003	Ouverture : prévue en 2003 Site: à définir Financement: en discussion Personnel : prévu (exercice 2002) Concept: consultations nationales et internationales Gestionnaire : à désigner
B. Réseau de prise en charge et de traitement		
B.1 Annexes résidentielles supervisées - Axe EST	2001-2004	Ouverture : prévue en 2003 Site: à définir Financement: accordé (FLTS) Personnel : accordé (Ministère de la Santé) Concept: défini Gestionnaire: CTM
B.2 Centre de consultation et d'orientation - NORD	2000-2002	Opérationnel depuis 1999 Site: en attente d'une proposition alternative de la commune d'Ettelbrück ou du CHNP Personnel suppl.: prévu pour l'exercice 2002 Gestionnaire : Fondation JDH, MSF

B.3
Adaptation des structures existantes aux exigences du programme de traitement de la toxicomanie par substitution

2001-2002

Site: à intégrer au sein du nouveau site de JDH
Postes suppl.: accordés (exercice 2002)
Modalités de fonctionnement: définies par règlement grand-ducal
Gestionnaire: Fondation JDH

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
Gestionnaire: à désigner

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)
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

D.2
Recherche-action sur la prévalence et la propagation du VHC et du VIH au sein de la population toxicomaniaque

2002-2004

Financement: accordé (FLTS)
Création de partenariats
Gestionnaire : PFN / Direction de la Santé

E. Prévention primaire

c.f activités du CePT

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. 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 déjà 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 œuvrant 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.

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.

A signaler également que le point focal national mène actuellement une étude sur le coût économique de la politique des drogues et de la toxicomanie dont les résultats sont attendus au début de l'année 2002.

1.2.5 Coopération Internationale

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

1. L'Union européenne

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

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

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

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

Ce sont le Conseil et le COREPER (COmité des REprésentants PERmanents) qui auront un rôle clé à jouer pour assurer l'approche globale et cohérente déjà affirmée dans les programmes de 1990 et développée plus en avant dans le plan d'action de l'UE en matière de lutte contre la drogue.

2. Conseil de l'Union européenne

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

- Premier pilier - Sphère communautaire:
Groupe Santé, auquel participent des délégués du Ministère de la Santé;
- Deuxième pilier - Politique étrangère et de sécurité commune:
Groupe "Drogues", auquel participent des délégués du Ministère des Affaires Etrangères;
- Troisième pilier - Coopération intérieure et judiciaire :
Groupe "Drogues et Criminalité Organisée" auquel participent des représentants des forces de l'ordre;
Groupe de la "Coopération Douanière", auquel participent des représentants des Douanes.

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

3. Conseil de l'Europe

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

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

4. Comité de Contact sur le blanchiment des capitaux

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

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

Il s'agit d'une agence décentralisée de l'Union européenne créée en 1993 avec siège à Lisbonne. Chaque Etat membre ainsi que la Norvège et la Commission européenne disposent d'un point focal désigné. Le direction du point focal luxembourgeois de l'OEDT est actuellement établi au sein du service AST de la Direction de la Santé et l'ensemble des activités administratives et logistiques a été transféré au CRP-Santé.

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

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

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

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

Les fonctions de contrôle sont assurées par deux organes :

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

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

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

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

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

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

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

8. EUROPOL

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

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

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

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

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

10. Groupe de Dublin

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

11. Fonds de Lutte contre le Trafic des Stupéfiants

Le Fonds a été institué légalement en 1992, s'inspirant des recommandations de la Convention des Nations 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 engagé un montant total de EUR 7.149.745, dont l'équivalent de EUR 4.539.985.- a été effectivement déboursé dont EUR 855.030.- pour des projets nationaux. Au 31.12.2000, le Fonds disposait d'un actif net de EUR 21.042.197.-. A ce jour le Fonds s'est engagé financièrement dans 21 projets nationaux, 2 projets dans des pays PECO, 8 projets en Amérique, 3 projets en Afrique et 7 projets en Asie. Le rapport d'activité 2000 du Fonds de lutte contre le trafic des stupéfiants peut être téléchargé sur le site: <http://www.etat.lu/FI>

12. La coopération dans le cadre SCHENGEN

Le 19 juin 1990, la France, l'Allemagne et les trois pays Benelux signaient la "Convention d'Application", opérationnelle depuis le 26 mars 1995. La Convention de 1990 entend accomplir la volonté exprimée dans l'Accord de Schengen conclu entre les mêmes pays, le 14 juin 1985, à savoir la

suppression progressive des contrôles aux frontières communes. En ce qui concerne les stupéfiants, les parties contractantes ont notamment décidé de créer « *un groupe de travail permanent chargé d'examiner les problèmes communs concernant la répression de la criminalité* » et d'élaborer « *des propositions aux fins d'améliorer, si besoin est, les aspects pratiques et techniques de la coopération...* » (art. 70 de la Convention)

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

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

Le Traité d'Amsterdam sur l'Union européenne, entré en vigueur le 1^{er} 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.

13. La coopération au sein du BENELUX

La concertation entre les Etats du BENELUX sur leurs politiques respectives en matière de drogues se traduit par différents accords conclus au niveau ministériel. A retenir, entre autres, les efforts de concertation menés au sein 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.

14. Le Groupe de Mondorf

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

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

15. EURO-AST

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

Chapitre I.3

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

I.3.1 La Législation Nationale et les Peines Applicables

I.3.1.1 Législation de base et procédures d'amendement

La loi du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie (nommée ci-après la loi du 19 février 1973) constitue la loi de base en la matière. Avant la modification récente introduite par la loi du 27 avril 2001 (voir ci-après) la loi du 19 février 1973 n'opérait aucune distinction, pour les infractions y prévues, entre les différents types de drogues ("dures" ou "douces") et ne s'orientait pas sur une quantité minimum de substance. Cependant, il 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,

- ▶ **(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.).

Au moment de la rédaction du rapport RELIS 2001, 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 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 C (téléchargeable du site : <http://www.etat.lu/memorial> ou http://eldd.emcdda.org/databases/eldd_search.cfm ainsi qu'au texte coordonné de 1992 et ses modifications successives.

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	Catalogue des peines avant l'entrée en vigueur de la loi du 27 avril 2001	Catalogue actuel des peines
		Emprisonnement et/ou amendes	
Substance impliquée ⁴			
Art. 1. à 2. (n.m.)	Objet de la réglementation Fixation des compétences de contrôle et des modalités de désignation		
Art. 3.	Modification des attributions de certains agents de l'administration des douanes et accises		
Art. 4. à 6. (n.m.)	Conditions et modalités d'examen médical en cas de présomption d'infraction à la loi visée. Sanctions en cas de refus d'examen médical		
Art. 7.	<p>A.1. Usage et détention pour usage personnel</p> <p>A.2. Usage devant mineur(s) ou aux lieux de travail (non prévue expressément avant loi 27/04/2001)</p> <p>A.3. Usage par enseignant et/ou dans établissements scolaires (idem)</p> <p>B.1. Usage et détention pour usage personnel</p> <p>B.2. Facilitation de l'usage à autrui (ex. locaux)</p> <p>B.3. Usage devant mineur(s) ou dans établissements scolaires et lieux de travail (non prévue expressément avant loi du 27/04/2001)</p> <p>B.4. Usage avec mineur(s) ou par médecin, pharmacien ou autre dépositaire légal des substances visées</p> <p>B.5. Usage illicite par médecin, pharmacien ou autre dépositaire légal des substances visées dans établissements pénitentiaires, d'enseignement, services sociaux, voisinage immédiat et lieux d'activités éducatives sportives ou sociales</p>	<p>A. ⁶</p> <p>A. 3 mois à 3 ans⁸ 1.000.⁹ à 100.000.-</p> <p>A. 5 ans à 10 ans 50.000.- à 500.000.000.-</p> <p>A. 3 mois à 3 ans 1.000.- à 100.000.-</p> <p>A. 3 mois à 3 ans 1.000.- à 100.000.-</p> <p>B. ⁷</p> <p>B. 3 mois à 3 ans 1.000.- à 100.000.-</p> <p>B. 1 an à 5 ans 5.000.- à 50.000.000.-</p> <p>B. 5 ans à 10 ans 50.000.- à 500.000.000.-</p> <p>B. 3 mois à 3 ans 1.000.- à 100.000.-</p> <p>B. 3 mois à 3 ans 1.000.- à 100.000.-</p> <p>B. 5 ans à 10 ans 50.000.- à 500.000.000.-</p> <p>B. 1 an à 5 ans 5.000.- à 50.000.000.-</p> <p>B. 2 ans à 5 ans 10.000.- à 50.000.000.-</p>	<p>8 jours à 6 mois 10.001.- à 100.000.-</p> <p>1 mois à 1 an 10.001.- à 500.000.-</p> <p>1 mois à 1 an 10.001.- à 500.000.-</p> <p>1 an à 5 ans 100.000.- à 10.000.000.-</p> <p>10.001.- à 100.000.-</p> <p>10.001.- à 1.000.000.-</p> <p>8 jours à 6 mois 10.001.- à 100.000.-</p> <p>8 jours à 6 mois 10.001.- à 100.000.-</p> <p>8 jours à 6 mois 10.001.- à 100.000.-</p> <p>6 mois à 2 ans 20.000.- à 1.000.000.-</p> <p>6 mois à 2 ans 20.000.- à 1.000.000.-</p> <p>1 an à 5 ans 20.000.- à 5.000.000.-</p>

⁴ Substances toxiques, sporifères ou psychotropes contrôlées au niveau national par règlements grand-ducaux

⁵ n.m. : article, alinéa ou paragraphe non-modifiés par la loi du 17/04/2001

⁶ Substances A.: substances contrôlées au niveau national autres que le chanvre (cannabis)

⁷ Substances B.: chanvre (cannabis) et dérivés

⁸ 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.

⁹ Unité : FLUX

Article 8.						
Article 8.	1.a. Culture, production, fabrication, extraction, préparation, expédition, importation, exportation, vente, offre ou mise en circulation illicites	A et B.	1 an à 5 ans	5.000.- à 50.000.000.-	1 an à 5 ans	20.000.- à 50.000.000.-
	1.b. Transport, expédition, détention ou acquisition ou fonction d'intermédiaire (ex. courtier) à titre onéreux ou gratuit en vue de l'usage par autrui	A et B.	1 an à 5 ans	5.000.- à 50.000.000.-	1 an à 5 ans	20.000.- à 50.000.000.-
	1.c. Usage avec mineur(s)	A et/ou B	5 ans à 10 ans	50.000.- à 50.000.000.- (art.9. avant modification du 17/04/2001)	1 an à 5 ans	20.000.- à 50.000.000.-
	1.d. Facilitation de l'usage à autrui (ex. locaux)	A et/ou B	1 an à 5 ans	5.000.- à 50.000.000.-	1 an à 5 ans	20.000.- à 50.000.000.-
	1.e. Action(s) de propagande, de publicité ou de provocation en faveur des substances visées	A et B.	1 an à 5 ans	5.000.- à 50.000.000.-	1 an à 5 ans	20.000.- à 50.000.000.-
	1.f. Recours à des ordonnances fausses, fictives ou de complaisance. Délivrance des substances visées en connaissance du caractère frauduleux des ordonnances	A et B.	1 an à 5 ans	5.000.- à 50.000.000.-	1 an à 5 ans	20.000.- à 50.000.000.-
	1.g. Prescription ou administration sans nécessité par un médecin de façon à créer, à entretenir ou à aggraver la toxicomanie	A et B.	1 an à 5 ans	5.000.- à 50.000.000.-	1 an à 5 ans	20.000.- à 50.000.000.-
	1.h. Usage illicite par un médecin, pharmacien ou autre dépositaire légal des substances visées	A et/ou B	1 an à 5 ans	5.000.- à 50.000.000.-	1 an à 5 ans	20.000.- à 50.000.000.-
	1.i. Fabrication, transport, distribution et détention de matériel ou de substances visées à l'art. 7, sachant qu'ils devraient être utilisés dans ou pour la culture, la production ou la fabrication illicites de ces substances	A et B.	1 an à 5 ans	5.000.- à 50.000.000.-	1 an à 5 ans	20.000.- à 50.000.000.-

	<p>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 10.000.- à 50.000.000.-	2 ans à 5 ans 40.000.- à 50.000.000.-
<p>Art. 8.1 (n.m.)</p>	<p>1. Facilitation (en connaissance de cause) de la justification mensongère de l'origine des biens ou revenus tirés de l'une des infractions sous art. 8a) et 8b)</p> <p>2. Concours (en connaissance de cause) à une opération de placement, de dissimulation ou de conversion de l'objet ou du produit de l'une des infractions sous art. 8a) et 8b)</p> <p>3. Acquisition, détention ou utilisation de l'objet ou du produit de l'une des infractions sous art. 8a) et 8b), en connaissance de leur provenance illicite</p> <p>4. les infractions visées aux points 1) à 3) sont également punissables lorsque l'infraction primaire a été commise à l'étranger ou/et lorsque l'auteur est aussi l'auteur ou le complice de l'infraction primaire</p>		<p>1 an à 5 ans 50.000.- à 50.000.000.-</p> <p>1 an à 5 ans 50.000.- à 50.000.000.-</p> <p>1 an à 5 ans 50.000.- à 50.000.000.-</p> <p>1 an à 5 ans 50.000.- à 50.000.000.-</p>	<p>1 an à 5 ans 50.000.- à 50.000.000.-</p> <p>1 an à 5 ans 50.000.- à 50.000.000.-</p> <p>1 an à 5 ans 50.000.- à 50.000.000.-</p> <p>1 an à 5 ans 50.000.- à 50.000.000.-</p>
<p>Art. 9. (n.m.)</p>	<p>a) Infractions visées à l'art. 8 si elles ont été commises à l'égard d'un mineur</p>	A et/ou B	5 ans à 10 ans si substance A. ou B. 50.000.- à 50.000.000.-	5 ans à 10 ans si substance A. 50.000.- à 50.000.000.-

Art. 10. (n.m.)	b) si l'usage des substances qui a été fait à la suite des infractions a causé, à autrui soit une maladie paraissant incurable, soit une incapacité permanente de travail personnel, soit la perte de l'usage absolue d'un organe, soit une mutilation grave		5 ans à 10 ans	50.000.- à 50.0000.000.-	
Art. 10.1	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	A et B.	15 ans à 20 ans	50.000.- à 50.0000.000.-	
Art. 11. (n.m.)	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	A et B.			
Art. 12. (n.m.)	En cas de récidive dans le délai de cinq ans après une condamnation au chef d'une infraction prévue aux art. 8 à 11, les peines correctionnelles pourront être portées au double (...)	A et B.			

Art. 13				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 automoteur ou un aéronef pour une durée de 3 mois à 15 ans	Interdiction par les tribunaux de conduire un véhicule automoteur ou un aéronef pour une durée de 3 mois à 15 ans
Art. 17 (n.m.)	Infractions aux interdictions prononcées en vertu des alinéas 2 et 3 de l'art. 14	A et B.		3 mois à 1 ans 2.501.- à 50.000.-	3 mois à 1 ans 2.501.- à 50.000.-
Art. 18.-22 (n.m.)	Réglementation des modalités de confiscation Réglementation des modalités de fermetures d'établissements ou lieu quelconque ouvert au public	A et B.			
Art. 23. (n.m.)	Alinéa 1. Coupable(s) d'infraction aux art. 7, 8c) ou 8h) qui avant la découverte des faits d'usage illicite se seront soumise 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>	<p>Possibilité du procureur d'Etat de proposer aux personnes visées de se soumettre volontairement à une cure de désintoxication</p> <p>A et B.</p> <p>Non prévue</p> <p>Action publique non exercée</p>	<p>Possibilité du procureur d'Etat de proposer aux personnes visées 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	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.	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 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			

I.3.1.2 *Sommaire du relevé général de la législation en matière de médicaments et de substances toxiques de 1967 à 2001*

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 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.

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 1^{er} 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 1^{er} 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 2000:

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'Education 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'Education à la Santé et à l'Environnement du Ministère de l'Education 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 matière d'enseignement primaire, le CePT participe au projet initié par la fondation MENTOR et réalisé par le Ministère de l'Education Nationale, de la Formation Professionnelle et des Sports. Le projet 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'Education Nationale, de la Formation Professionnelle et des Sports et le Ministère de la Santé ont participé à une enquête qui a lieu tous les quatre ans dans plus de 25 pays européens et qui porte, entre autres, sur les habitudes de consommation de drogues illicites d'étudiants issus de l'enseignement secondaire. 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 "Abenteuerpädagogik" avec les jeunes et sur la formation continue du personnel éducatif.

Organisés conjointement par le Groupe de Mondorf, le CePT et le SNJ plusieurs projets innovateurs du domaine des loisirs ont été mis en place au cours des dernières années. Durant l'année 2000, une semaine transfrontalière d'aventure (Marienthal, Luxembourg) a permis à une trentaine de jeunes provenant de 4 régions frontalières d'Allemagne, de France, de la Belgique ainsi que du Grand-Duché de Luxembourg de se rencontrer et de vivre des expériences communes sous le thème générique de la prévention et des comportements à risque. Les rencontres en question sont alternativement organisées par les régions partenaires du Groupe de Mondorf.

La méthode « Abenteurpädagogik » appliquée au champ de la prévention primaire connaissant un grand succès auprès des jeunes, le CePT, en collaboration avec le Centre Mariantal (SNJ), a élaboré un projet identique dans le cadre du programme de prévention dans les communes pour les 5^e et 6^e 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 : Egide URBAIN

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

▶ **Le Groupe de Mondorf**

Contact: Alain ORIGER

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

▶ **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 l'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>

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 en grande partie 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.

Suite à 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 2000 :

(Note : d.m. : données manquantes)

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

	1996	1997	1998	1999	2000
NOMBRE D'APPELS	713	653	717	626	831
SEXE					
masculin	54 %	40 %	50%	36%	37,4%
féminin	46 %	60 %	50%	64%	62,6%
DEMANDEUR					
personne concernée	83 %	75 %	83%	76%	84,6%
famille et entourage	17 %	25 %	17%	24%	15,4%
MOMENT D'APPEL					
week-end (+vendredi)	47 %	40 %	45%	38%	43,9%
en semaine	53 %	60 %	55%	62%	56,1%
PRODUITS IMPLIQUÉS					
alcool	59 %	39 %	50,5%	42,5%	46,8%
médicaments	54 %	38 %	40,6%	29,3%	41,7%
héroïne/cocaïne	d.m.	12 %	10,9%	13,3%	8,3%
cannabis	d.m.	9 %	6,5%	11%	7,5%
nicotine	d.m.	1 %	d.m.	2%	1,4%
ecstasy type	d.m.	0,5 %	2,8%	0,5%	1,2%
autre	d.m.	0,5 %	d.m.	1,4%	1,8%
MOTIF DE LA DEMANDE					
conseils et soutien	d.m.	50 %	d.m.	d.m.	90,2%
orientation	d.m.	27,5 %	32,2%	d.m.	27,2%
info sur autres structures	d.m.	15 %	d.m.	d.m.	3,1%
info sur substances	d.m.	4 %	d.m.	d.m.	3,5%
info sur service téléphone	d.m.	3 %	d.m.	d.m.	1,8%
conseils juridiques	d.m.	0,5 %	d.m.	d.m.	0,6%
CLASSES D'ÂGE					
< 11	d.m.	0,1 %			0%
12-15 ans	d.m.	0,7 %	0,8%	0,5%	0,5%
16-19 ans	d.m.	2 %	2%	2,6%	1,8%

20-24 ans	d.m.	5 %	2%	4%	2%
25-30 ans	d.m.	4,5 %	7,2%	9%	7,8%
31-40 ans	d.m.	26 %	40,6%	26,5%	14,2%
41-50 ans	d.m.	57 %	34,8%	42,6%	49%
> 50 ans	d.m.	4,7 %	12,6%	14,8%	9,7%

Source: CePT 2000

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.

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 date le projet compte sur la participation de 13 communes luxembourgeoises.

En 2000, le CePT a obtenu le soutien de la Commission Européenne pour le lancement du 3^e 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.

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.

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

	1995	1996	1997	1998	1999	> MAI 2000
HEURES DE PRÉSENCE						
DANS LE MILIEU DE LA DROGUE	346	279	213	206	176	45
NOMBRE DE CONTACTS	903	634	469	438	364	114
NOMBRE D'ENTRETIENS						
DE MAINTIEN				314	285	66
NOMBRE D'ENTRETIENS						
LIÉS AUX PROBLÈMES DE DROGUES				124	79	48

Source: Fondation JDH. 2000

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 1^{er} janvier 2000.

L'équipe, composée de quatre 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 1996-2000

	1996	1997	1998	1999	2000
JOURS DE PRÉSENCE AU SEIN DE LA SCÈNE	238	248	248	251	232
NOMBRE TOTAL DE CONTACTS	6.456	8.734	8.525	10.602	11.834 ▲
NOMBRE MOYEN DE PERSONNES REÇUES PAR JOUR	30	35	34,4	42,2	51 ▲
PREMIÈRES DEMANDES D'AIDE	364	388	+/- 216	215	276
NOMBRE DE NOUVEAUX CLIENTS PAR JOUR	1,5	1,6	0,87	0,84	1,2 ▲
NOMBRE DE SERINGUES DISTRIBUÉES	22.729	46.993	42.621	55.436	42,924 ▼
NOMBRE DE SERINGUES USÉES COLLECTÉES	20.090	43.987	37.587	48.747	38,534 ▼
TAUX DE RETOUR DE SERINGUES USÉES	88,4%	93,6%	82,2%	88%	89,77%
POURCENTAGE DE CLIENTS ÂGÉS ENTRE 18 ET 35 ANS	83,7%	77,51%	80,64%	86,59%	73,45% ▼
POURCENTAGE DE FEMMES AVEC AU MOINS 1 ENFANT			48,82%	47,17%	42,7% ▼

DISTRIBUTION SELON SEXE MASCULIN		72,16%	72,4%	71,7%	70%	69,57%
FÉMININ		27,48%	27,6%	28,3%	30%	30,43%
NATIONALITÉ						
	LUXEMBOURGEOISE	64,74%	70,68%	71,52%	68,84%	68,38%
	ÉTRANGÈRE	35,26%	29,32%	29,48%	31,16%	31,62%
MOTIFS DE DEMANDES LIÉES						
À LA CONSOMMATION DE DROGUES		87,4%	87,14%	87,43%	87,44%	85,5%
POURCENTAGE DE PROSTITUÉS						
PARMI LA CLIENTÈLE FÉMININE		46,70%	52,42%	50%	50,63%	46,35%
SITUATION PÉNALE						
JAMAIS EN PRISON		41,85%	49,79%	49,49%	50,52%	47,7%
DES CLIENTS						
	1 SÉJOUR EN PRISON	26,39%	23,02%	22,69%	23,61%	22,03%
	PLUSIEURS SÉJOURS					
	EN PRISON	31,75%	27,17%	27,80%	25,87%	30,27%

Source: CNDS 2000

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 pour l'année 2000 conclue entre le Ministère de la Santé et le CDNS fut élargie de quatre postes de travail supplémentaires destinées aux activités du foyer 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, 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
Jours d'ouverture	69
Nombre total de contacts / visites	3.787
Nombre moyen de contacts / visites par jour	56
Nombre de seringues distribuées	9.032
Nombre de seringues usées collectées	8.100
Taux de retour de seringues usées	90%
Nombre de préservatifs distribués	364
Distribution selon sexe	masculin 77,5% féminin 22,5%

Source: JDH 2000

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. Le service fait 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 (1996-2000)

	1996	1997	1998	1999	2000
Nombre total de contacts	804	1.050	1.818	1.676	1.249 ↘
Premières demandes d'aide	171	113	181	126	114 ↘
Nombre d'entretiens			436	318	377
Nombre de seringues distribuées	854	1.701	3.068	4.948	3.728 ↘
Nombre de seringues usées collectées	360	990	1.400	3.150	2.160 ↘
Taux de retour de seringues usées	42%	58%	46%	64%	58% ↘

Source: Fondation JDH. 2000

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)

		2000
Nombre de contacts		5.567
Sexe	Masculin	78%
	Féminin	22%
Pays d'origine	Luxembourg	62%
	Portugal	27%
	France	4,5%
	Allemagne	2,5%
	Pays de l'Est	2%
	Autres	2%
Seringues distribuées		36.961
Retour de seringues		36.046 (97 %)
Préservatifs distribués		2453

Source: Drop-In Croix Rouge 2000

En moyenne le guichet et l'échange de seringues sont ouverts deux heures par journée La présence d'un médecin une heure par semaine et d'une infirmière 10 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). A l'exception de l'année 1996 (en raisons de problèmes techniques), les taux d'utilisation des distributeurs affichent une tendance à la hausse qui a été particulièrement sensible en 1999. Aussi, on observe une augmentation de 14.855 unités pour l'année 2000. On remarquera par ailleurs que le taux de retour de seringues usées, distribuées dans le cadre du programme est également en hausse. Le tableau ci-contre donne un aperçu des quantités de seringues écoulées et re-collectées par les différents services impliqués de 1996 à 2000:

Statistiques des activités d'échange de seringues au niveau national 1996-2000

	SERINGUES DISTRIBUÉES					SERINGUES USÉES COLLECTÉES				
	1996	1997	1998	1999	2000	1996	1997	1998	1999	2000
JDH, ESCH s/ ALZETTE										
• STREETWORK	122	47	58	159						
• CENTRE DE CONSULTATION	854	1.701	3.068	4.948	3.728 ▼	360	990	1.400	3.150	2.160
						(42%)	(58%)	(46%)	(64%)	(58%) ▼
JDH, LUXEMBOURG-VILLE	6.801	9.339	16.800	28.000	34.532 ▲	5.000	6.340	7.660	17.700	26.560
						(74%)	(68%)	(46%)	(62,5%)	(77%) ▲
OPPEN DIR, ESCH s/ ALZETTE (RÉSEAU PSY)	2.829	2.263	3.849	8.772	8.157	1.696	1.556	2.439	7.479	7.225
						(60%)	(69%)	(63%)	(88%)	(88,5%)
CNDS - ABRIGADO	22.729	46.993	42.621	55.436	42.924 ▼	20.090	43.987	37.587	48.747	38.534
						(88%)	(94%)	(88%)	(88%)	(89,5%) ▲
DISTRIBUTEURS DE SERINGUES (LUXEMBOURG, ESCH s/ ALZETTE, ETTTELBRÜCK, DIFFERDANGE, DUDELANGE)	42.924	24.507	43.347	55.671	63.111 ▲	1.500	600	1.800	1.300	2.100
						(3,5%)	(2,5%)	(4%)	(2%)	(3,3%)
DROP-IN (CROIX-ROUGE)				21.372	36.961				20.388	36.046
									(95,4%)	(97,5%) ▲
TOTAL	76.259	84.850	109.743	174.558	189.413 ▲	28.646	53.473	58.886	98.764	112.625 ▲
						(38%)	(63%)	(46%)	(57%)	(59%) ▲

Source: RELIS 2000

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 2000, 304 (285) personnes ont consulté les services de l'Aidsberôdung, dont 114 (102) vivaient avec le VIH/sida. 110 (89) étaient des proches des patients et 80 (94) présentaient un autre statut (prostitué(e)s, worried well, hommes homosexuels, etc.). Concernant les personnes séropositives ayant consulté l'Aidsberôdung, on compte 45% (46%) d'hommes homosexuels, 35% (27%) d'hétérosexuels, 22% (27%) d'utilisateurs de drogues. Le sex-ratio était de 79%/21% (76%/24%) en faveur des hommes. 25% (22%) ont consulté pour la première fois les services de l'Aidsberôdung en 2000.

En ce qui concerne les statistiques d'admission de la Maison Henry Dunant de l'Aidsberôdung, on retiendra que parmi les 13 personnes hébergées, 5 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 2000 et des infections par hépatites virales de 1995 à 2000:

Tableau II.1.5.1 Nombre d'utilisateurs intraveineux de drogues (UIDs) parmi les personnes infectées par le VIH

ANNEE	TOTAL		HOMMES		FEMMES	
	N	% UIDs/ VIH	N	% UIDs/ VIH	N	% UIDs/ VIH
1984	0	0	0	0	0	0
1985	7	30,4	6	28,6	1	50,0
1986	9	30,0	6	24,0	3	60,0
1987	7	21,2	5	17,2	2	50,0
1988	6	24,0	4	22,2	2	28,5
1989	2	8,3	2	10,0	0	0
1990	1	5,0	1	5,6	0	0
1991	4	12,5	4	18,2	0	0
1992	11	28,2	7	24,1	4	40,0
1993	5	15,6	3	14,2	2	18,2
1994	1	3,8	0	0,0	1	33,3
1995	3	10,1	3	13,0	0	0
1996	2	7,4	2	10,0	0	0
1997	3	11,5	3	13,0	1	33,3
1998	7	23,3	6	25,0	1	16,7
1999	6	20,6	4	17,4	2	33,3
2000	1	2,3	0	0	1	10
TOTAL	75	16	56	15	19	20

Source: Laboratoire de Retrovirologie – CRP-Santé

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

ANNEE	1984-93		1994		1995		1996		1997		1998		1999		2000		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
HOMOSEXUEL(S)/ BISEXUEL(S)	123	47	15	58	15	54	12	45	15	58	10	34	10	34	17	39	217	46
UIDs	52	20	1	4	3	10	2	7	3	11	7	23	6	21	1	2	75	16
HÉTÉROSEXUEL(S)	50	19	7	27	9	32	11	41	8	31	7	23	9	31	19	43	120	26
TRANSFUSIONS SANGUINES	16	6															16	3,5
TRANSMISSION MÈRE-ENFANT	1	0,3									1	3					2	0,5
INCONNU	18	7	3	11	1	4	2	7	0	0	5	17	4	14	7	16	40	8
TOTAL	260		26		28		27		26		30		29		44		470	

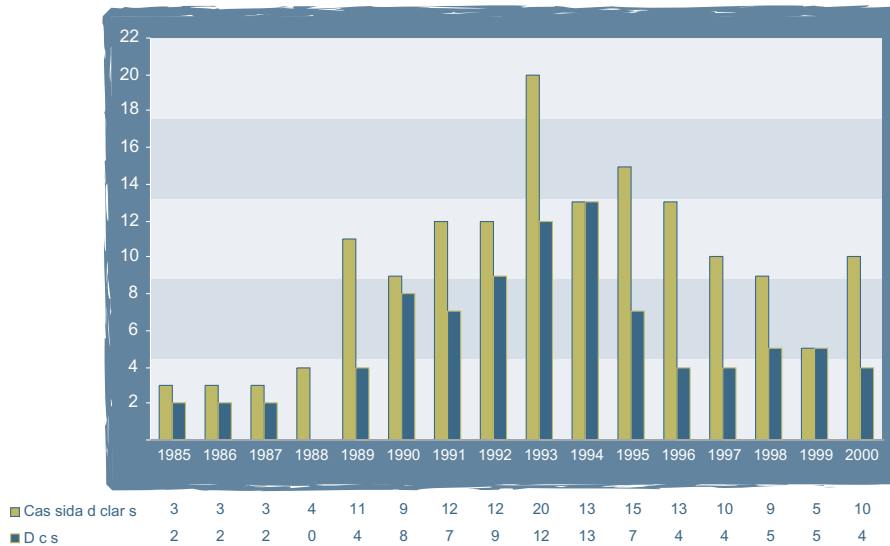
Source: Laboratoire de Retrovirologie – CRP-Santé

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

ANNEE	1985-92	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	TOTAL	
										N	%
HOMOSEXUEL(S)/ BISEXUEL(S)	30	11	5	10	5	5	4	2	5	77	50,5
UIDs	9	5	2		3	2	3	1	1	26	17
HÉTÉROSEXUEL(S)	6	4	3	5	3	3		2	3	29	19
TRANSFUSIONS SANGUINES	5		1		2		1			9	6
TRANSMISSION MÈRE-ENFANT			1							1	1
INCONNU	7		1				1		1	10	6,5
TOTAL	57	20	13	15	13	10	9	5	10	152	100
DECES DECLARES	34	12	13	7	4	4	5	5	4	88	

Source: Comité de surveillance du sida. Rapport d'activité. 2000

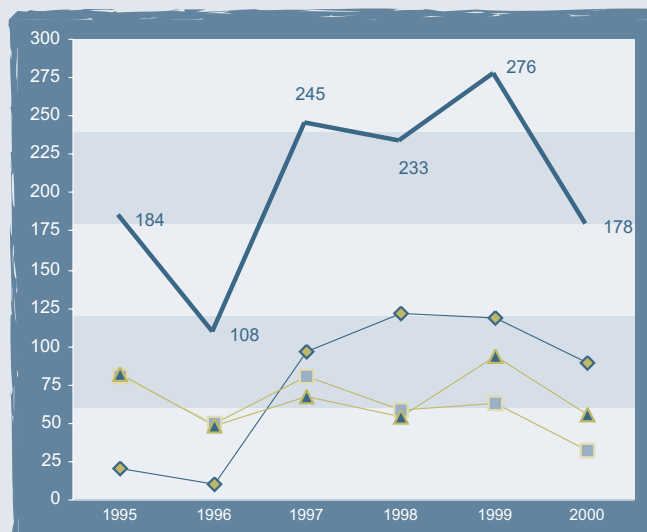
Fig. II.1.5.4 Evolution du nombre de cas sida et du nombre de décès associés (1985-2000)



Source: Comité de surveillance du sida. Rapport d'activité.2000

En 2000, 66.800 (106.000) préservatifs ont été mis à disposition aux institutions spécialisées par la Division de la Médecine Préventive et Sociale de la Direction de la Santé. D'autres actions de prévention, à caractère plus local, peuvent être citées telles que la prise de contact au sein du milieu des prostitué(e)s, dans le but de leur proposer des tests de dépistage du virus VIH et/ou de l'hépatite. Ces activités, plus spécifiques, sont dorénavant développées dans le cadre des activités du centre "Drop In" pour prostitué(e)s, mentionné plus en avant.

Fig. II.1.5.5 Hépatites virales déclarées en population générale au Grand - Duché de Luxembourg (1995-2000)



—◆— H patite A	21	10	97	121	119	90
—■— H patite B	81	50	81	58	63	32
—▲— H patite C	82	48	67	54	94	56
— TOTAL	184	108	245	233	276	178

Source: Division de l'Inspection Sanitaire. Direction de la Santé. 2000

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 VIH. 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 VHC 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 projet de recherche-action a été introduit aux fins de participation financière au Fonds de lutte contre le trafic des stupéfiants. Au moment de la rédaction du présent rapport, les négociations n'avaient pas encore abouties. Sous réserve d'une réponse favorable du Fonds, 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 2000, le nombre total de participants (158) a légèrement chuté par rapport à l'année précédente. 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) 1997-2000

		1997	1998	1999	2000
NOMBRE DE PARTICIPANTS		158	186	164	158
DISTRIBUTION SELON SEXE					
	MASCULIN	68%	70,5%	64%	66%
	FÉMININ	32%	29,5%	36%	34%
NATIONALITÉ					
	LUXEMBOURG	73%	74%	76%	73%
	PORTUGAL	13%	13%	13%	16% ▲
	ITALIE	6%	5%	5%	4%
	FRANCE	4%	3%	2%	3%
	BELGIQUE	1%	1,5%	1%	
	CAP-VERT	1%	1,5%	2%	1%
	ESPAGNE	1%	1%	0,5%	
	ALLEMAGNE		1%	0,5%	3%
	EX-YOUGOSLAVIE	1%			

DISTRIBUTION D'ÂGE	< 20	d.m.	0,5%		
	20-24	d.m.	10,5%	11%	8%
	25-29	d.m.	29%	25,5%	28%
	30-34	d.m.	33%	32%	29%
	35-39	d.m.	18%	20,5%	23%
	≥ 40	d.m.	9%	11%	12% ▲
DURÉE DE TOXICODÉPENDANCE	< 3 ANS		1%	2%	2%
	3-5 ANS		16%	16%	17%
	6-10 ANS		42%	46%	45%
	11-15 ANS		28%	24%	24%
	> 15 ANS		13%	12%	12%
	Inconnu				32%
PROVENANCE GÉOGRAPHIQUE	Sud		47%	44,5%	48%
	Luxembourg Ville (+alentours)		30%	29%	24%
	Nord		16%	22%	23%
	Est		6%	4%	5%
	Ouest		1%	0,5%	3%
MOTIFS DE SORTIE	Abandons	d.m.	54%	62,5%	68% ▲
	Traitement à terme	d.m.	22%	16%	13%
	Cures résidentielles	d.m.	15%	9%	10%
	Prison	d.m.	3,5%	7%	3%
	Décès	d.m.	3,5%		
	Exclusion	d.m.	2%	5,5%	3%
	Tranfert				3%

Source: Fondation JDH 2000

Une première évaluation du programme méthadone a été entreprise en 1995. En 1998, JDH, avec le support du PFN, a 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 2000 d'une prescription de médicaments avec l'indication de traitement de substitution (MEPHENON ®, METHADICT ®, SUBUTEX ®) et du nombre de médecins prescripteurs.

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

Source : Union des Caisses de Maladie 2001

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* ».

A préciser que les règlements respectifs sont en cours d'élaboration et que les démarches nécessaires à 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 1997-2000

	1997	1998	1999	2000	
NOMBRE D'ADMISSIONS	226	251	272	247	
NOMBRE DE PREMIÈRES ADMISSIONS		70	62	66	
NOMBRE DE PATIENTS (COMPTAGES MULTIPLES EXCLUS)		158	155	161	
DISTRIBUTION					
SELON SEXE					
MASCULIN	72%	80,5%	70	76%	
FÉMININ	28%	19,5%	30	24%	
DISTRIBUTION D'ÂGE	< 15	1%	0,20%	0%	1%
1997: m=28 ans et 2 mois	15-19	1%	4,80%	8%	4%
1998: m=28 ans et 1 mois	20-24	31%	24%	23%	22%
1999: m=27 ans et 5 mois	25-29	25%	32%	32%	31%
1999: m=28 ans et 9 mois	30-34	26%	21%	25%	24%
	35-39	13%	16%	9%	13%
	≥ 40	3%	2%	3%	5% ▲
DURÉE DE SÉJOUR					
MOYENNE	13,47 jours	14,37 jours	12,83 jours	14,24%	
MINIMUM	1 jour	1 jour	1 jour	1 jour	
MAXIMUM	88 jours	71 jours	63 jours	49 jours	
ECART TYPE	11,85 jours	11,99 jours	10,15 jours	11,26 jours	
ORIENTATION POST SEVRAGE					
RETOUR AU DOMICILE	42%	23%	25%	12% ▼	
RETOUR À LA SCÈNE	29%	46%	31%	35%	
RETOUR SCÈNE OU DOMICILE			20%	23%	
INSTITUTION THÉRAPEUTIQUE	11%	12%	9%	9%	
INSTITUTION À L'ÉTRANGER	10%	10%	6%	16%	
INSTITUTION / FOYER	5%	3%	4%	4%	
AUTRE	3%	6%	5%	1%	

Source: CHNP - RELIS 2000

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, moyen et long terme, des interventions de crise, une assistance sociale et des entretiens d'orientation et de conseil. JDH coordonne par ailleurs le programme national de substitution par la méthadone. Le siège central de JDH, qui se trouve à Luxembourg Ville, dispose également d'antennes dans le sud du pays à Esch-sur-Alzette et, depuis le février 1998, dans le nord, à Ettelbrück. Depuis 2000, JDH a conclu une convention unique avec le Ministère de la Santé. A la date du 1^{er} 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 1997-2000

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

AMPHÉTAMINES/COCAÏNE/LSD/ECSTASY	1%		2,5%	1,5%
DEMANDES D'INFORMATIONS GÉNÉRALES	1%	0,5	0,5%	
AUTRES (MÉDICAMENTS, BOULIMIE, ETC.)	1%	1,5	3%	3%

Source: Fondation JDH. 2000

Statistiques du centre de consultation JDH de Esch-sur-Alzette 1997-2000

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

Source: Fondation JDH 2000

Statistiques du centre de consultation JDH-Ettelbrück (1999/2000)

	1999	2000
NOMBRE DE CLIENTS/FAMILLES	24	d.m
NOMBRE DE CONSULTATIONS (INDIVIDUELLES/FAMILIALES)	32	d.m

Source: Fondation JDH 2000

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 idéalement constitué 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
(1997-2000)**

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

Source: CTM. 2000

Les structures d'accueil pour mineurs d'âge

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

En date du 1^{er} 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 - 2000

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

Source: Solidarité Jeunes (MSF). 2000

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 2000, 9 (13) personnes ont séjourné dans la maison de post-cure pour un total de 1.370 (1.924) jours de présence. Le taux d'occupation moyen en 2000 s'élevait à 3,83 (5,27) résidents.

II.1.10 INTERVENTIONS DE REINTEGRATION SOCIO-PROFESSIONNELLE

Outre les activités de formation et de réinsertion proposées par le CTM dans le cadre du programme thérapeutique, il convient de mentionner la création d'un service spécialisé 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.

Jusqu'à septembre 2000, 13 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.

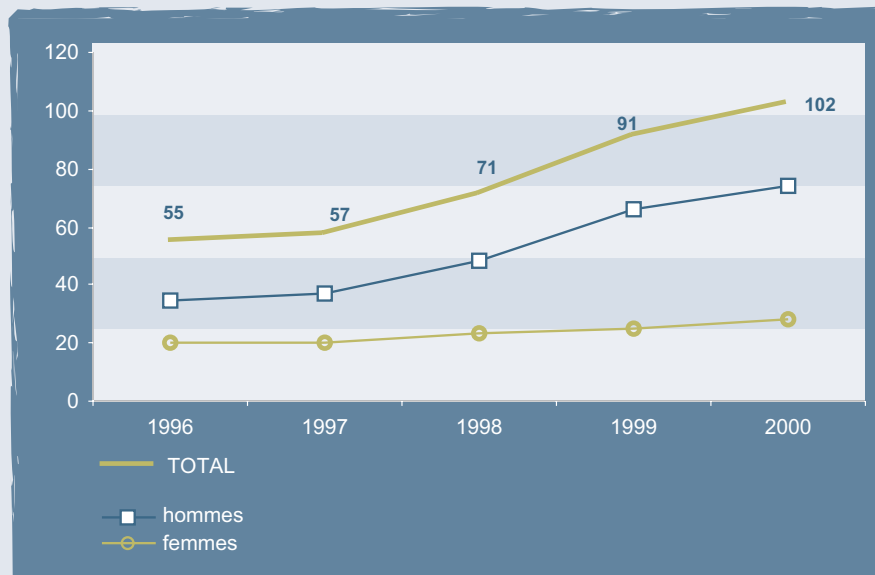
II.1.11 LES DEMANDES DE TRAITEMENT A L'ETRANGER

Ci-après figurent les données statistiques relatives aux demandes de traitement résidentiel (drogues dures et polytoxicomanie) à l'étranger de 1996 à 2000:

GROUPE D'ÂGE	(96)	(97)	(98)	(99)	(00)	HOMMES (00)		FEMMES (00)	
	N	N	N	N	N	N	%	N	%
< 20 ANS					3	1	1	2	2
20 À 25 ANS					33	21	20	12	12
> 25 ANS					66	52	51	14	14
TOTAL	55	57	71	91	102	74	72	28	28
Age moyen						29 ans		25 ans	

Source : Administration du Contrôle Médical : Cures de désintoxication (drogues dures et polytoxicomanie) à l'étranger - Exercices 1996/2000.

Fig. II.1.9 Cures de désintoxication (drogues dures et polytoxicomanie) à l'étranger - Exercices 1996/2000.



Source : Administration du Contrôle Médical

II.1.10 LE TRAITEMENT EN MILIEU CARCERAL

- Statistiques des entrées au CPL et CPG

Le tableau suivant reprend le nombre de détenus nouvellement admis aux établissements pénitentiaires du Grand-Duché de Luxembourg pour infraction au code "DELIT-STUP" couvrant la période de 1989 à 2000. Au 31 décembre 2000, la population carcérale totale s'élevait à 400 (396) détenus (CPL: 354 / CPG: 46). On observe depuis 1996, une diminution importante de la proportion de détenus admis aux centres pénitentiaires pour des motifs d'infraction à la loi sur les stupéfiants.

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

Source: Administration pénitentiaire. 2000

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. Le recrutement de l'équipe du projet est en cours.

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 2000, 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 100mg. La durée moyenne de traitement en 2000 était de 135 jours.

- 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 - 2000

		1998	1999	2000
NOMBRE DE DÉTENUS PRIS EN CHARGE		43	6175	75
NOMBRE DE SÉANCES DE CONSULTATION		260	401	476
SANS CONTACTS ANTÉRIEURS AVEC LES SERVICES DE JDH		63%	36%	35%
DISTRIBUTION SELON SEXE				
	FÉMININ	17%	8%	13%
	MASCULIN	83%	92%	87%
DISTRIBUTION SELON ÂGE				
	15-19		3%	
	20-24	28%	14%	21,5%
	25-29	35%	52%	36%
	≥ 30	37%	31%	42,5%
SUBSTANCE PRÉFÉRENTIELLE IMPLIQUÉE				
	HÉROÏNE	44%	31%	91%
	POLYTOXICOMANIE	42%	44%	
	COCAÏNE ET HÉROÏNE	5%	18%	
AUTRE		9%	7%	9%

Source: Fondation JDH. 2000

- 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 2000, plus de 200 (300) 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.

185 (282) 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
HÉPATITE A:	90 cas	125	172	115
HÉPATITE B:	63 cas	70	74	43
ANTIGÈNE HBS:	7 cas	5	8	5
ANTICORPS HBS:	18 cas	34	29	44
HÉPATITE C:	69 cas	78	82	54
SYPHILIS:	2 cas	1	3	2
NB. TOTAL D'EXAMEN SÉROLOGIQUES	221	252	282	185

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

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

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

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

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

	1997	1998	1999	2000
ABSENCE D'HÉPATITE:	9	16	22	20
HÉPATITE A:	4	9	9	8
HÉPATITE C:	3	6	12	12
HÉPATITES A ET C:	2	3	7	4
TOTAL DES PERSONNES VACCINÉES CONTRE L'HÉPATITE B	18	34	50	44

Source: Comité de surveillance du Sida. 2000

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.1.11 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.1.12 MINORITES ETHNIQUES

En mars 1999, le PFN a publié l'étude intitulée : "Comparative study on the drug population of Portugal and a representative sample of Portuguese drug addicts residents of the Grand Duchy of Luxembourg" portant sur la comparaison des trois sous-populations suivantes: les toxicomanes de nationalité luxembourgeoise, les toxicomanes d'origine portugaise en traitement dans les institutions luxembourgeoises et enfin les toxicomanes portugais en traitement dans leur pays d'origine. Les résultats de l'étude ont été intégrés dans l'effort de restructuration du réseau de prise en charge aux fins d'une meilleure accessibilité des offres aux personnes d'origine étrangère.

II.1.13 EVENEMENTS OU PROGRAMMES SPECIAUX EN 2000

Janvier 2000 (6): Présentation des résultats de l'étude de faisabilité TRANSRELIS, effectuée dans le cadre des activités du Groupe de Mondorf.

Janvier 2000 (25): Table ronde intitulée « Des pétards à dépenaliser : Faut-il légaliser le cannabis? » organisée par le groupe parlementaire DÉI GRÉNG.

Février 2000 (2): Table ronde intitulée « Flagrants délires 2000 » Politique en matière de toxicomanie au Luxembourg. Enjeux et perspectives. Organisée par Agora (Plattform fir eng human Drogepolitik).

Mars 2000 (21): Groupe de travail relatif à la modification de la législation sur les drogues en Belgique convoqué par le ministre fédéral de la Santé Publique de Belgique.

Mars 2000 : Caravane de l'an 2000 : Peinture, musique, danse et politique de drogues.

Avril 2000 (17.-21.) : Mariental : « Internationale Abenteuerwoche als Methode der Suchtprävention ». Une semaine de prévention basée sur les principes de la pédagogie de l'aventure a été organisée par le Groupe de Mondorf avec le support financier des ministères compétents des régions partenaire du Groupe.

Mai 2000 (30) : Présentation de l'étude exploratoire sur le Cannabis au Luxembourg par le CePT et le ZePF (Zentrum für Empirische Pädagogische Forschung) avec la participation financière du Fonds de lutte contre le trafic des stupéfiants.

Juillet 2000 (15) : Conférence-débat avec le député belge Patrick Moriau intitulée : « La Politique des Drogues au Benelux » organisée par la section eschoise des Jeunes Socialistes.

Juillet 2000 (21&22.) : Mariental: "Weiterbildung zur Thematik Abenteuerpädagogik und Suchtprävention": formation continue en matière de pédagogie de l'aventure organisée conjointement par le Centre Mariental et le CePT.

Septembre 2000 (18) : Ouverture du service d'accueil bas-seul « Kontakt 25 » de la fondation Jugend- an Drogenhëllef.

Septembre 2000 : Parution de la brochure intitulée « Alcool et Lieu de Travail » édition 2000. Auteur : Burkhard Schackmann.

Octobre 2000 (18) : Conférence avec le Dr.Gunther Schmidt (Médecin-Psychothérapeute) intitulée : « Suchtprobleme, ihre Auswirkungen in Beziehungen und ihre Lösung » (Problèmes d'addictions, leurs répercussions sur les relations humaines et les solutions possibles) organisée par Médecins sans Frontières – Solidarité Jeunes.

Octobre 2000 (19) : Conférence par le Dr.Gunther Schmidt, intitulée : « Systemische und hypnotherapeutische Konzepte für Beratung/Therapie bei Suchtproblemen in diversen Kontexten : Vom Such(t)-Prozess zum Finde-Prozess » (Concepts systémiques et hypnothérapeutiques et

addictions) organisée par Médecins sans Frontières – Solidarité Jeunes.

Octobre 2000 (27) : 20^{ième} anniversaire de l'association « ELTERNKREIS DROGENHILFE ANONYM ».

Janvier 2001 (4) : Dépôt par Mme Renée Wagener (les Verts) d'une proposition de loi visant à réglementer la production, la distribution et la vente de cannabis.

II.1.14 SOMMAIRE DES PUBLICATIONS EN 2000 (réf. cf. bibliographie)

Janvier 2000 : Origer A. (1999), *“Les drogues synthétiques à la lumière des nouvelles techniques de monitoring épidémiologique”*, CULTURES en Mouvement, Ed. CULTURES, n° 25/2000, Paris.

Février 2000 (25) : Publication de la 12^{ième} édition de revue de presse spéciale sur les drogues et les toxicomanies par le Service Information Presse du ministère d'Etat et le PFN.

Septembre 2000 : Publication du Rapport National sur la Situation du Problème des Drogues et des Toxicomanies 2000 (RELIS) par le point focal OEDT du Grand-Duché de Luxembourg.

Août 2000: Publication de la 1^{ère}, 2^{ième} et 3^{ième} édition de revue de presse spéciale sur les drogues et les toxicomanies par le Service Information Presse du ministère d'Etat et le PFN.

Novembre 2000: Publication du classeur d'information du Groupe de Mondorf par le Grand-Duché de Luxembourg.

Chapitre II.2

Sommaire des travaux de recherche récents

- II.2.1 Etude épidémiologique et méthodologique des cas de décès liés à l'usage de drogues (1992-2000), A. Origer, H. Dellucci**
Publication prévue pour début 2002
- II.2.2 Etude du coût économique de la drogue et de la toxicomanie à l'échelle nationale, A. Origer, Dr J.-M. Cloos**
Publication prévue pour début 2002
- II.2.3 Etude comparative multi-méthodes (1997-2000) : Estimation de la prévalence nationale de l'usage problématique de drogues à risque élevé et d'acquisition illicite, A. Origer, 2001**

SOMMAIRE

L'objectif poursuivi par le plan de recherche était double. D'abord l'étude en question constitue la première tentative d'estimation comparative et multi-méthodes de prévalence de la population d'usagers problématiques de drogues illicites au Grand-Duché de Luxembourg. Ensuite, elle procède à une analyse méthodologique comparative aux fins de la constitution d'une batterie de méthodes d'estimation en adéquation avec le contexte national et à même d'assurer le suivi futur des paramètres de prévalence et d'incidence en matière d'usage problématique de drogues au Grand-Duché de Luxembourg.

Le plan de recherche s'articule en premier lieu sur les acquis du Réseau Luxembourgeois d'Information sur les Stupéfiants et les Toxicomanies (RELIS) conçu en 1995 par le point focal luxembourgeois de l'OEDT en tant que réseau multi-sectoriel de partenaires incluant centres de traitement spécialisés, hôpitaux généraux, centres de consultation, ainsi que les instances judiciaires et pénales compétentes en matière de drogues et de toxicomanies.

La délimitation du champ de recherche repose sur les critères et définitions retenus par RELIS en tant qu'il constitue la source de données la plus complète sur les usagers problématiques de drogues illicites en contact avec le réseau des institutions (sanitaires et répressives) nationales. Conformément aux définitions ainsi retenues, il s'agit plus précisément de 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. La terminologie retenue définit la population cible en fonction des conséquences observables de

l'usage de drogues, de la nature du produit consommé et de son contexte d'acquisition.

On retiendra les définitions opérationnelles suivantes:

Prévalence

Nombre de personnes de nationalité luxembourgeoise ou résidant au Grand-Duché de Luxembourg qui présentent un statut actuel (lors du recensement) d'usage problématique de drogues à risque élevé et d'acquisition illicite, indépendamment du mode d'administration des substances consommées.

Taux de prévalence

Le quotient (taux) obtenu à partir du numérateur représentant le nombre d'usagers problématiques de drogues ciblés à un moment donné (prévalence ponctuelle) ou durant une certaine période (prévalence période), indépendamment du début du comportement observé et du dénominateur qui équivaut au nombre de personnes composant la population (ici population totale) de laquelle le groupe cible est issu.

Produits consommés

Etant donné que l'étude vise en premier lieu les personnes présentant une consommation problématique de produits psychoactifs illicites et/ou de certains produits licites qui sont détournés de leur usage proprement thérapeutique, il était essentiel d'établir une classification tenant compte tant de la nature du produit que de son origine (contexte d'acquisition). Pour cette raison, il a été opté pour une classification générique en deux catégories telle qu'appliquée par le dispositif RELIS (cf. description détaillée au chapitre III.2):

- I. SUBSTANCES PSYCHOACTIVES D'ACQUISITION ILLICITE*
- II. SUBSTANCES PSYCHOACTIVES D'ACQUISITION LICITE*

En référence à la législation nationale, une substance telle que l'héroïne par exemple appartient au groupe I; les substances médicamenteuses/pharmaceutiques, appartenant 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 s'agissait de concevoir un cadre de sélection au niveau de la classification permettant de définir la nature même du produit.

Dans le cadre de la présente étude de prévalence, uniquement les consommateurs problématiques de substances **HRC** (High Risk Consume – consommation à risque élevé) ont été retenus. Sauf indication contraire, le terme "substances HRC", employé ci-après suppose le caractère illicite de

leur acquisition. Il s'agit *ad minima* d'une des substances suivantes, indépendamment de leur mode d'administration et sous réserve que ces dernières aient été détournées de leur usage proprement thérapeutique, s'il en est:

- ▶ opiacés et opioïdes (ex. héroïne, codéine, buprénorphine, méthadone),
- ▶ cocaïne et dérivés,
- ▶ amphétamines de type stimulant (ATS)
- ▶ hallucinogènes (anticholinergiques, phenylalcyamines (e.g. MDMA et molécules apparentées), tryptamines (e.g. DMT, LSD).

La liste exhaustive des produits HRC retenus peut être consultée en annexe II. Il convient de souligner qu'il s'agit d'une liste des produits servant de cadre de sélection de la population cible et non d'une classification exhaustive de tous les produits psychoactifs.

Ont été retenus les mono-usagers et les poly-usagers associant la consommation des substances listées à d'autres substances psychoactives tel que l'ensemble des substances psychotropes détournées de leur usage thérapeutique. Cependant, Il convient de préciser qu'indépendamment de la liste de référence, la population observée en 1999 était constituée de 93% d'usagers problématiques d'héroïne et/ou de cocaïne. Plus est, 84% des personnes recensées la même année présentaient un usage préférentiel d'héroïne et 56% injectaient leur(s) drogue(s) préférentiel(les). Ces pourcentages, qui sont restés assez stable au cours des dernières années, ont été appliqués aux estimations finales afin de pouvoir se prononcer sur la prévalence au sein de groupes spécifiques d'usagers pour chaque année considérée.

Les personnes consommant exclusivement des produits marqués « **LRC** » (e.g. cannabis et dérivés), n'ont pas été retenues ainsi que les personnes interpellées ou condamnées uniquement pour détention ou/et pour vente de produits illicites.

Consommation problématique

Est visée dans le cadre de la présente étude toute personne présentant *ad minima* les trois caractéristiques suivantes :

- consommation actuelle et répétée ou persistante d'au moins une des substances HRC telles que définies;
- consommation génératrice de nuisances pour le consommateur (médico-psycho-sociales) et/ou pour la collectivité;
- intégration socio-économique déficiente associée par exemple à une toxicodépendance ou une infraction autre que l'usage simple ou la détention pour usage propre de produits illicites, susceptible de déboucher sur un contact institutionnel (avec une instance sanitaire ou répressive).

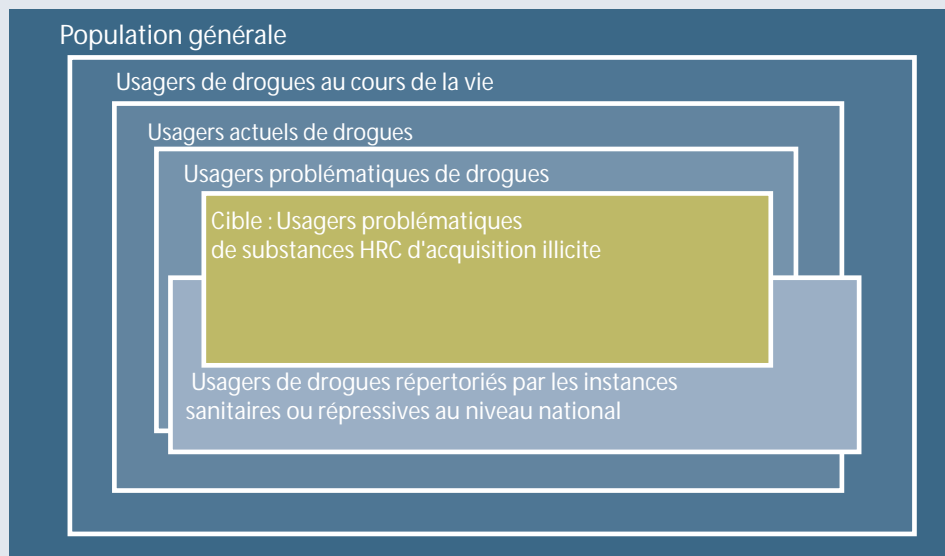
Période d'observation

Sauf mention contraire, la période d'observation du statut actuel de consommation est fixée à un an et correspond à l'année 1999.

Groupe cible

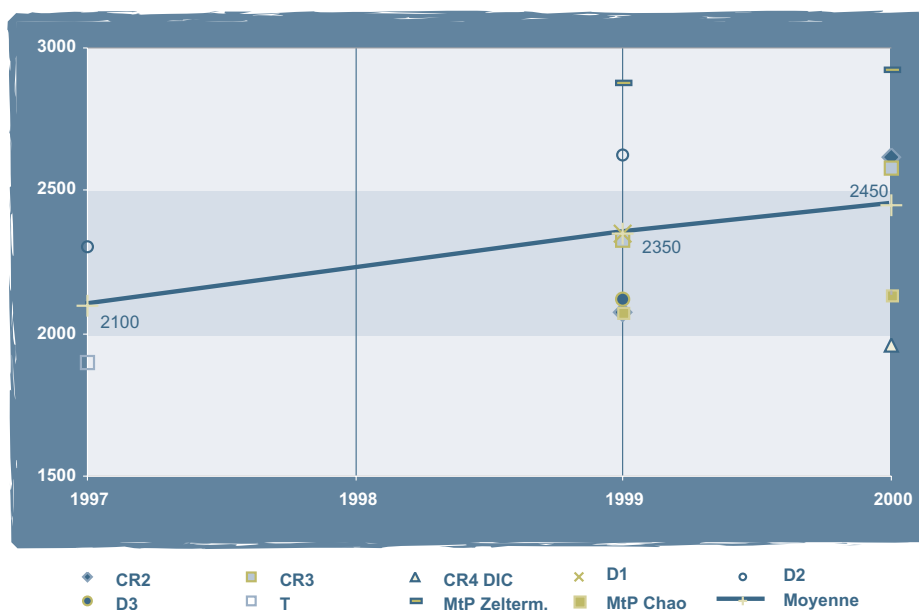
En référence à la stratification de la sous-population visible (servant de base aux calculs de prévalence), la marge d'âge de 15 à 54 ans a été retenue. Afin de visualiser le «groupe cible» auquel réfère la présente étude et sur base des définitions énoncées ci avant, on se rapportera au schéma suivant qui présente l'imbrication du groupe des consommateurs problématiques dans d'autres groupes et sous-groupes démographiques :

Figure II.2.3.1 Imbrication du groupe cible



L'étude qui porte sur les années 1999 et 2000, en comparaison aux premières données de prévalence datant de 1997, exploite des données de nature multisectorielle par l'application des méthodes d'estimation suivantes : recherche de cas (case finding-CF), saisies avec recouplement (capture-recapture) sur 2, 3 et 4 sources (CR 2,3,4), modèle tronqué de Poisson associé aux estimateurs de Zelterman et de Chao (MtP) et quatre méthodes de démultiplication portant sur des données policières, sur la mortalité des usagers de drogues (D1,2,3) et sur statistiques d'admission en traitement spécialisé (T).

Graph. II.2.3.1. Estimation de la prévalence de l'usage problématique de drogues HRC (1997 - 2000)



Source: Origer, 2001

Tableau II.2.3.2. Prévalence et taux de prévalence 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
USAGERS HRC EN CONTACT AVEC LE RESEAU INSTITUTIONNEL (à l'exception des structures bas-seuil)			
Total des personnes recensées (comptages multiples exclus)	/	1.198	1.024
Personnes en traitement spécialisé		757	637
Type ambulatoire	/	624	557
Type résidentiel	/	218	178
Prévenus pour ad minima consommation HRC	/	551	510
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)

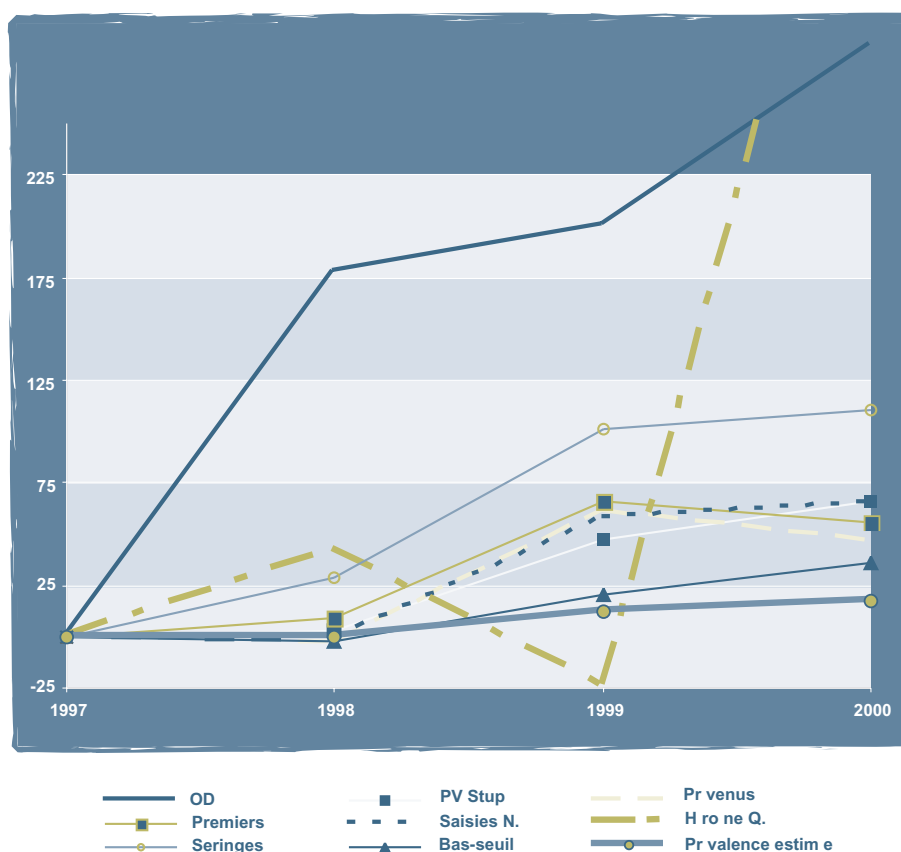
Prévalence UID	1.370	1.780	1.715
Taux de prévalence UID total	3,25 / ¹⁰⁰⁰	4,12 / ¹⁰⁰⁰	3,91 / ¹⁰⁰⁰
Taux de prévalence UID-âge 15-54	5,71 / ¹⁰⁰⁰	7,26 / ¹⁰⁰⁰	6,90 / ¹⁰⁰⁰

Source: Origer, 2001

On retiendra que la prévalence 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.

Outre l'approche purement scientifique, tout exercice d'estimation de prévalence se doit d'intégrer, en guise de validation, des informations émanant du terrain d'observation. A ce propos, on précisera que le nombre d'utilisateurs HRC en contact avec le réseau institutionnel (sanitaire moyen et haut seuil et répressif) témoigne d'une légère tendance à la baisse entre 1999 et 2000. A lui seul, cet indicateur suggérerait une diminution de la prévalence en 2000. Cependant si l'on inclut d'autres indicateurs tel que le nombre de contacts à bas seuil, on dénote une tendance générale à la hausse des contacts institutionnels. Les institutions à bas seuil sont à cet égard un indicateur qui mérite une attention particulière étant donné qu'il peut fournir des repères quant à la structuration de la « scène » de consommation et renseigner éventuellement sur le degré de dépendance et les ressources des usagers qui la composent. En tout état de cause, la combinaison de plusieurs indicateurs s'avère indispensable dans toute démarche d'interprétation en matière de prévalence.

Graph. II.2.3.2. Evolution conjointe de la prévalence de l'usage problématique de drogues HRC et des indicateurs indirects retenus



La plupart des indicateurs indirects relatifs à la consommation problématique de drogues illicites suivent le déroulé de la courbe de croissance de la prévalence estimée.

Depuis 1997, date à partir de laquelle les premières données de prévalence devenaient disponibles, on observe une croissance très prononcée du nombre de cas de surdoses fatales et du nombre de seringues distribuées dans le cadre du programme national d'échange de matériel d'injection. A titre d'exemple, on retiendra que le nombre de seringues distribuées en 2000 affichait un taux de croissance de 110 pour cent par rapport à 1997, retenue comme année de référence avec la valeur 0 pour la totalité des indicateurs.

Les contacts enregistrés par les institutions spécialisées à bas seuil, le nombre de procès verbaux pour infraction(s) de consommation HRC et le nombre de saisies de drogues illicites (contrairement à la quantité d'héroïne saisie affichant une croissance disproportionnée en 2000) affichent tous une tendance modérée à la hausse se situant entre 36 et 55 pour cent en référence à 1997.

Finalement, le nombre de prévenus et de premiers auteurs d'infraction(s) de consommation HRC, après avoir augmenté sensiblement entre 1997 et 1999, semble s'être stabilisé en 2000.

L'évolution des indicateurs retenus viennent conforter la validité de l'hypothèse que la prévalence absolue et le taux de prévalence de l'usage problématique des drogues HRC a suivi une tendance croissante sensible entre 1997 et 1999 suivie d'une augmentation plus modérée en 2000.

La prévalence moyenne de 2.350 usagers problématiques HRC associée à un taux de prévalence total de $5,59/1000$ ($9,58/1000$ de la population nationale âgée entre 15 et 54 ans), obtenus en 1999 est considérée être valide au regard de la non contradiction des résultats obtenus par plusieurs méthodes et des indicateurs indirects retenus. Si la prévalence estimée en 2000 de 2.450 usagers HRC (taux de prévalence total : $5,59/1000$ / taux de prévalence 15-54 ans : $9,58/1000$) est également en accord avec les indicateurs en question, il s'agira de confirmer la tendance amorcée par l'application d'une batterie de méthodes dont l'évaluation comparative en référence à leur adéquation au contexte national faisait partie intégrante de la présente recherche. La constitution d'une batterie de méthodes incluant les CR3, MtP et D1 semble à l'heure actuelle l'option de choix en vue du suivi futur des paramètres de prévalence au niveau national.

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). A signaler également qu'en 1996, une nouvelle association nommée *Prévention, Recherches, Evaluations, Etudes Européennes dans le Domaine de la Santé (PREEDS)*, conventionnée par le Ministère de la Santé, a été chargée de la gestion administrative et logistique de projets initiés par le PFN et d'autres institutions impliquées dans l'exécution de programmes européens relatifs au domaine de la santé. En 2000, PREEDS asbl a été intégrée dans la structure administrative du Centre de Recherche Public-Santé et continue à assurer les tâches qui lui ont été confiées par le 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 8 projets luxembourgeois qui rencontrent les critères d'inclusion.

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

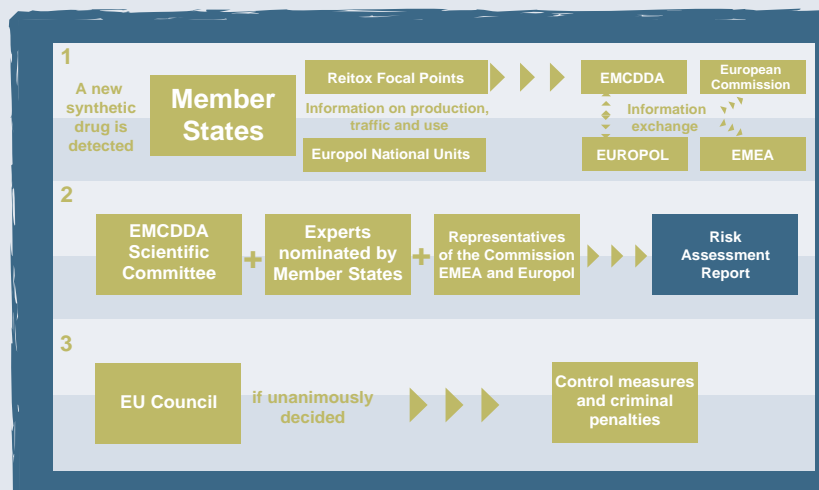
L'OEDT, assisté des points focaux nationaux, assure une mission importante au niveau de la détection et l'évaluation de nouvelles drogues synthétiques au sein de l'Union européenne en accord avec l'Action commune du 16 juin 1997, fondée sur l'article K.3 du traité sur l'Union européenne, relative à l'échange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

L'action en question porte sur les substances qui actuellement ne sont pas répertoriées dans les tableaux I et II 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) :

Joint Action on New Synthetic Drugs



Source : OEDT 1999

En date du 31.12.2000, 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) et Kétamine (2-(2-chlorophenyl)-2-(methylamino)-cyclohexanone). Au moment de la rédaction du présent rapport une évaluation supplémentaire était en cours portant sur la molécule 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'un 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 36 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 nationales ou gérés par diverses organisations internationales. Le DIC ne dispose pas d'une collection exhaustive de documents en matière de drogues, mais se définit davantage comme un centre de ressources promouvant le partage d'information entre les divers centres de documentation à l'échelle européenne. Les documents qui ne sont pas physiquement répertoriés au DIC peuvent être accédés par l'intermédiaire de la bibliothèque virtuelle REITOX.

La bibliothèque virtuelle REITOX (<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.

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

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 2000 références bibliographiques en matière d'addiction au sens large du terme. Outre le service de consultation sur place, le CLDDT assure la distribution des publications nationales et internationales 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 1^{er} 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'inclusion**

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

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

- Entretien lors duquel l'intervenant note les réponses fournies par la personne questionnée;
- Personne questionnée complète le protocole en présence de l'intervenant qui, après en avoir vérifié sommairement le contenu, complétera 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 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.).

III.2.3 Description de la population toxicomaniaque répertoriée par le réseau institutionnel de 1995 à 2000

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 1995 à 2000, 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 (stabilisée entre 1999 et 2000) 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 (comptages multiples inclus et exclus) entre 1999 et 2000,

- stabilisation 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)						NOMBRE DE PERSONNES INDEXEES						
	95	96	97	98	99	2000	95	96	97	98	99	2000	
INSTITUTIONS SPECIALISEES													
JDH LUXEMBOURG (C)	1523	1086	773	829	961	924	339	308	244	270	299	300	
JDH ESCH/ALZETTE (C)	1120	949	883	974	1.676	1.249	178	175	166	209	213	165	
JDH ETTLEBRÜCK (C)					32	d.m.					24	d.m.	
PROGRAMME METHADONE							90	128	158	186	164	158	
CHNP-BU - V (A)	277	251	226	251	272	247	166	157	150	158	179	161	
CT MANTERNACH (A)	48	58	62	39	47	43	44	55	55	56	59	56	
MSF-SOLIDARITE- JEUNES (A)			d.m.	35	70	91			27	46	99	132	
ABRIGADO - SZENE KONTAKT (CO)		6.456	8.734	8.525	10.602	11.834							
CENTRE EMMANUEL (C)	4	7	17	15	34	42	4	7	15	10	21	39	
INSTITUTIONS A L'ETRANGER							81	55	57	71	91	102	
SOUS TOTAL : INSTITUTIONS SPECIALISEES													
<i>(avec comptages multiples) ²</i>							902	885	872	1.006	1.049	1.113	
<i>(sans comptages multiples) ³</i>							d.m.	d.m.	d.m.	d.m.	757	637	
UNIT. PSYCHIATRIQUES HOSPITALIERES ⁴													
CHL							80	≈ 70	50	≈ 50	54	56	
CLINIQUE STE THERESE							d.m.	d.m.	d.m.	d.m.	17	32	
HVEA							107	37	37	28	50	53	
CLINIQUE ST. LOUIS							d.m.	13	15	15	15	14	
SOUS TOTAL : INSTITUTIONS SANITAIRES													
<i>(avec comptages multiples) ²</i>							1.089	1.005	974	1.099	1.277	1.268	
INSTITUTIONS JUDICIAIRES ET PENALES													
CPL							267 ⁵	259	309				
CPG							25	33	37	167	139	161	
POLICE GRAND-DUCALE - SPJ - DOUANES							1.263	1.368	1.205	1.170	1.939	1.758	
TOTAL CUMMULE (avec comptages multiples) ²							2.644	2.665	2.525	2.436	3.355	3.187	
TOTAL CUMMULE DES INSTANCES SANITAIRES SPECIALISEES ET DES INSTANCES JUDICIAIRES ET PENALES (sans comptages multiples) ³							d.m.	d.m.	d.m.	d.m.	1.198	1.024	

² Comptages multiples inter- et intra-institutionnels

³ Le total sans comptage multiples inter- et intra-institutionnels a été établi à partir des taux de recoupement observées 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).

⁴ Admission pour diagnostics ICD-10: F11,F14,F16,F18,F19

⁵ Nombre de détenus pour délits STUP (consommation, vente, trafic). Ont uniquement été pris en compte les détenus usagers de drogues " HRC " lors du calcul de prévalence.

III.2.4 Traitement et représentativité des données

III.2.4.1 Description de l'échantillon

En 2000 la base RELIS a recensé 788 (764) 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 plus de 2.500 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 diminution **de la couverture moyenne de réponse** par rapport à 1998 de **4,84 %**.

CATEGORIE	QUESTIONS N°	ITEMS	% 1999	% 2000
DONNÉES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES :	1-6	10	96.96	96.62
SCOLARITÉ	7	4	62.60	42.45 -
FAMILLE D'ORIGINE	8	9	34.52	36.30 +
SITUATION RÉSIDENTIELLE	9	4	55.02	53.12 -
SITUATION PROFESSIONNELLE	10	5	31.08	36.42 -
SITUATION FINANCIÈRE	11	2	39.61	46.38 +
SITUATION JUDICIAIRE	12	4	60.10	68.34 +
DONNÉES MÉDICALES	13	6	61.21	65.37 +
COMPORTEMENTS À RISQUE	14	3	30.00	32.87 +
CONSOMMATION DE PRODUITS TOXIQUES	15	8	90.05	92.77 +
FRÉQUENCE DE CONSOMMATION	16	1	36.46	40.00 +
CONTEXTE DU PREMIER CONTACT AVEC DROGUES ILLICITES	17	2	24.04	27.45 +
LIEU D'ACHAT ET D'APPROVISIONNEMENT DES PRODUITS	18	3	53.75	57.86 +
RAISONS DE LA PREMIÈRE CONSOMMATION	19	1	24.53	26.52 +
PREMIÈRE DEMANDE DE TRAITEMENT	20	4	31.50	31.35
TRAITEMENT ACTUEL	21	3	100	100
SÉJOURS PASSÉS DANS DES STRUCTURES D'ACCUEIL	22	2	30.00	33.00 +
LIEU D'APPROVISIONNEMENT DU MATÉRIEL D'INJECTION	23	1	25.87	31.60 +

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, 20, et 23. Les accroissements les plus sensibles se notent au niveau des données relatives aux situations professionnelle, judiciaire et financière.

III.2.5 Résultats et analyses

Les données reproduites ci-après se rapportent à l'intégralité des personnes recensées au cours de l'année 2000 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 2000 ont été confrontées, permettant une validation longitudinale des résultats observés. Les graphiques respectifs se rapportent, sauf indication contraire, aux résultats des années 1994 à 2000.

Les résultats suivis des signes (▲) et (▼) reflètent les tendances les plus marquantes pour l'année 2000. 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 statistiques 1995-2000 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 2000.

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, 32 % 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 (60% anciens). Aussi, observe-t-on que la **majorité des nouveaux clients sont d'origine étrangère**. La **différence des âges moyens et de la durée de dépendance** entre anciens et nouveaux clients est moins prononcée que les années précédentes tout en retenant

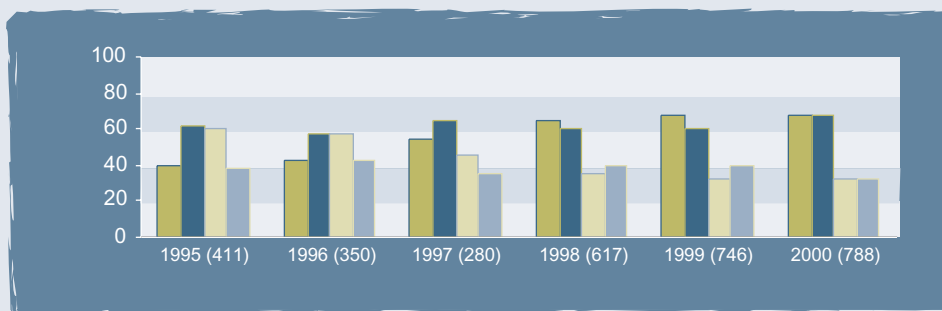
que les durées moyennes de dépendance augmentent de façon plus importante pour les nouveaux clients.

► **Institutions spécialisées de type sanitaire**

Appliqués au recours aux institutions sanitaires spécialisées, les résultats témoignent 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 32 et 45 %. Avec 32% en 2000, on atteint le niveau le plus bas depuis 1995.

En ce qui concerne les nouveaux patients, la proportion de personnes d'origine luxembourgeoise s'est stabilisée lors des deux dernières années. Actuellement environ **la moitié des nouveaux patients demandeurs de soins sont de nationalité luxembourgeoise**. L'**âge moyen** des anciens clients est stable alors qu'il affiche une hausse sensible pour les nouveaux clients recensés par le réseau sanitaire.

Fig.A.1. Statut d'admission des clients pour une institution donnée (type: sanitaire et répressif) 1995-2000



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

SOURCE: RELIS 2000

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

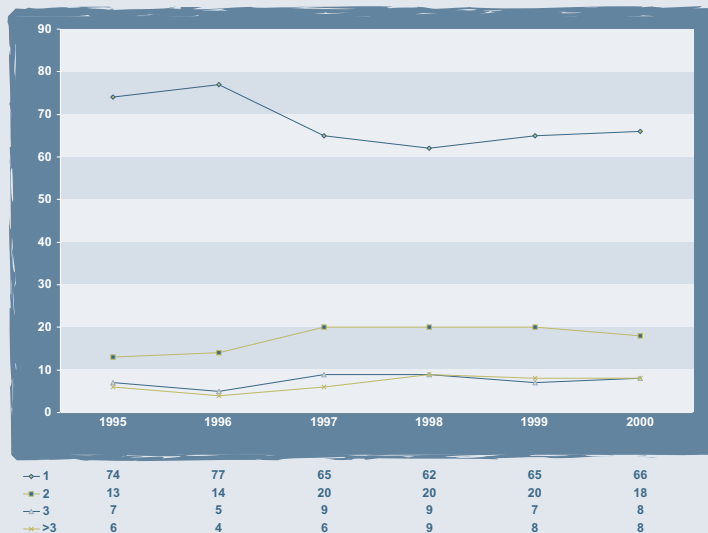
	NOUVEAUX TOTAL	NOUVEAUX (SANITAIRE)	ANCIENS TOTAL	ANCIENS (SANITAIRE)
1999 (1998)	%	%	%	%
NATIONALITÉ				
LUXEMBOURGEOISE	38 (35)	51 (49)	60 (57)	70 (69)
NATURALISATION	0 (2)	1 (5)	2 (2)	3 (4)
ÉTRANGÈRE	62 (63)	48 (46)	38 (41)	27 (27)
AGE MOYEN				
	28 ans et 1 mois (26 a et 1 m)	28 ans et 8 mois (25 a et 2 m)	29 ans et 1 mois (29 ans)	29 ans et 4 mois (29 a et 5 m)
DURÉE MOYENNE DEPUIS LE 1ER CONTACT AVEC DES DROGUES ILLICITES				
	14 ans et 3 mois (12 ans)	14 ans et 5 mois (12 ans)	15 ans et 4 mois (14 a et 2 m)	14 ans et 9 mois (13 a et 11 m)
DURÉE MOYENNE DE L'ÉTAT DE DÉPENDANCE PHYSIQUE				
	10 ans et 7 mois (8 a et 7 m)	10 ans et 9 mois (8 a et 10 m)	11 ans et 7 mois (10 a et 10 m)	11 ans et 6 mois (10 a et 11 m)

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

On note au cours de l'année 2000 (Fig. A.2.), une nette majorité des demandeurs de traitement (66%, stable) répertoriés par le réseau institutionnel, qui ne font état que d'un seul recours à une institution spécialisée établie sur le territoire luxembourgeois.

Une décroissance marquée des effectifs s'observe entre les fréquences 1 et 2; décroissance qui se poursuit de façon plus au moins homogène jusqu'à un maximum absolu de 9 recours de traitement pour l'année 2000. En moyenne, une personne consulte ou entre en contact avec une institution donnée 1,64 (1.7) fois par année.

Fig A.2. Fréquences de recours par années, toutes institutions confondues. 1995-2000



SOURCE: RELIS 2000

• **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 2000 s'élève à trois et qu'en moyenne une personne répertoriée a consulté 1,21 institutions sanitaires différentes au cours de l'année 2000.

Fig A.3. Nombre d'institutions sanitaires différentes contactées. 1995-2000



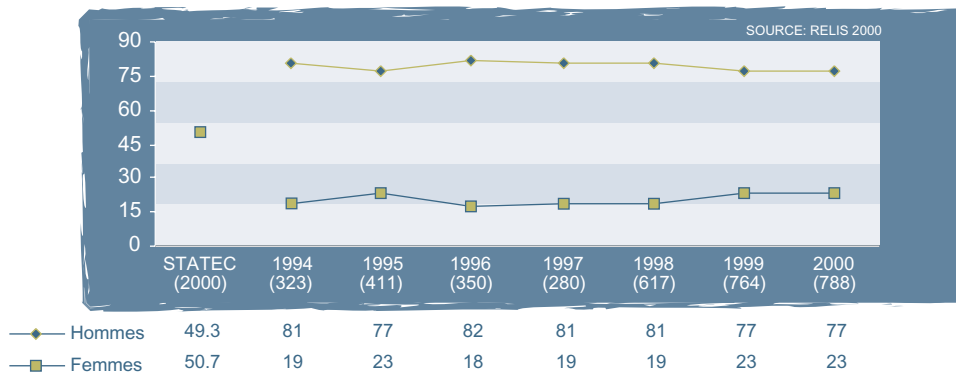
• A.4. *Indicateur de première demande de traitement :*

Pour l'année 2000, on compte 3% (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 F/D 2000

3. SEXE

Fig 3. Distribution selon le sexe. 1994-2000



COMMENTAIRES

La distribution de 77%* d'hommes et de 23% 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

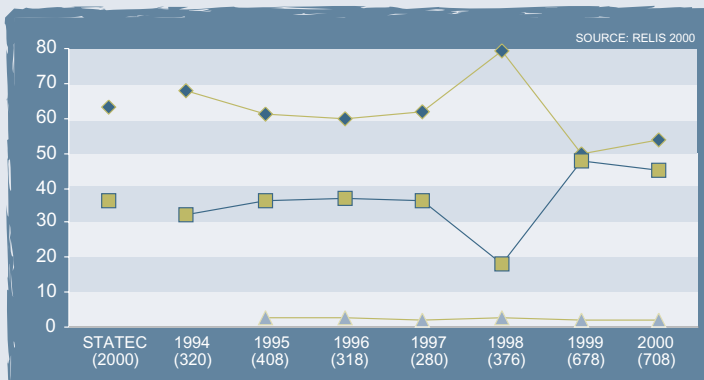
STABLE

METHODOLOGIE

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

4. NATIONALITE

Fig 4. Nationalité. 1994-2000



◆ Luxembourgise
 ■ Etrangère
 ▲ Lux. naturalisée

63.4	68	61	60	62	79	50	54
36.6	32	36	37	36	18	48	45
		3	3	2	3	2	2

COMMENTAIRES

54% des répondants sont de nationalité luxembourgeoise (n: 708).

DONNÉES

COMPLÉMENTAIRES

- **Age moyen des personnes de nationalité étrangère:** 29 ans et 1 mois (▲) (28 ans et 5 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:** 26 années et 10 mois (▲) (26 années et 3 mois).

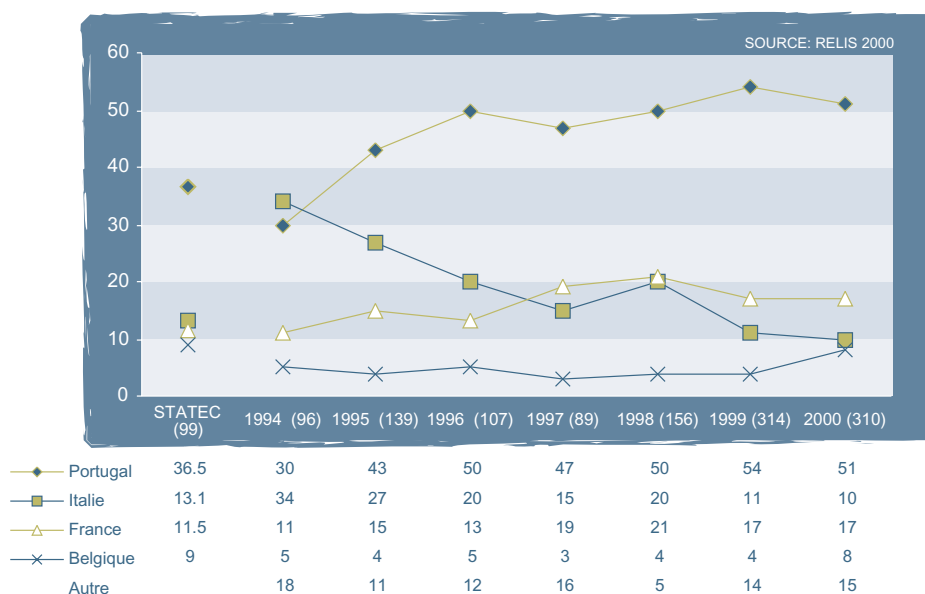
TENDANCES

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

4.1. PAYS D'ORIGINE

PAYS	STATEC 1999	1994 (%)	1995 (%)	1996 (%)	1997 (%)	1998 (%)	1999 (%)	2000 (%)
PORTUGAL	36,5	30	43	50	47	50	54	51
ITALIE	13,1	34	27	20	15	20	11	10
FRANCE	11,5	11	15	13	19	21	17	17
BELGIQUE	9,0	5	4	5	3	4	4	8
ALLEMAGNE	6,7	6	3	1	3	0	5	4
ROYAUME UNI	2,9	2	0	0	0	0	1	0
PAYS BAS	2,5	2	1	2	0	0	1	0
ESPAGNE	1,9	0	0	0	0	5	4	3
GRÈCE	0,8	2	0	0	0	0	0	0
TOTAL: AUTRES EU	3,3	0	0	0	0	0	0	0
CAP VERT		2	4	3	2	0	2	1
AFRIQUE		2	1	3	3	0	1	1
EX-YOUGOSLAVIE		2	2	3	7	0	2	1
ETATS UNIS		2	0	0	0	0	0	0
TOTAL: AUTRES NON-EU	11,8	0	0	0	0	0	0	3
N	152.900	96	139	107	89	156	314	310

Fig 4.1. Principaux pays d'origine. 1994-2000



**DONNÉES
COMPLÉMENTAIRES**

- Pourcentage de personnes originaires des **pays limitrophes** tels que la France, la Belgique et l'Allemagne: 29 % (26 %).

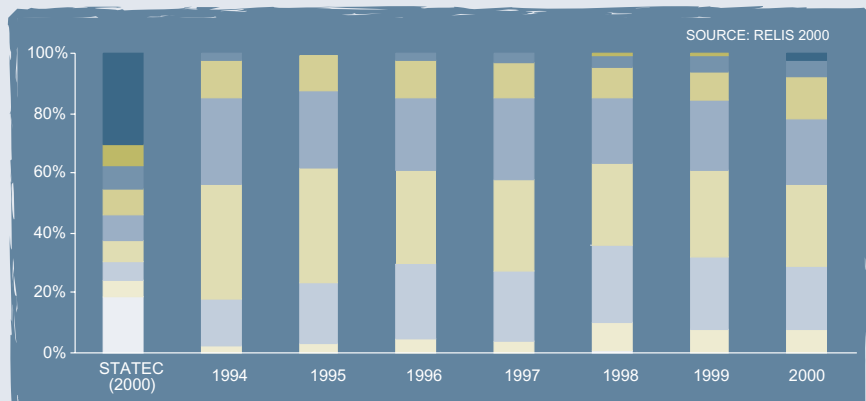
TENDANCES

- Nette prépondérance de citoyens portugais (51% stable) dans le groupe des personnes de nationalité étrangère. Les trois pays d'origine les plus représentés (**Portugal, France et Italie**) se sont stabilisés en vue des données de 1999. Les ressortissants portugais et français sont largement surreprésentés en référence à la distribution observée en population générale. (cf. STATEC)
- Tendance modérée mais continue à la hausse du nombre de personnes originaires des pays limitrophes.
- Le nombre total d'usagers problématiques de drogues originaires de pays hors EU a fortement régressé depuis 1997.

MÉTHODOLOGIE

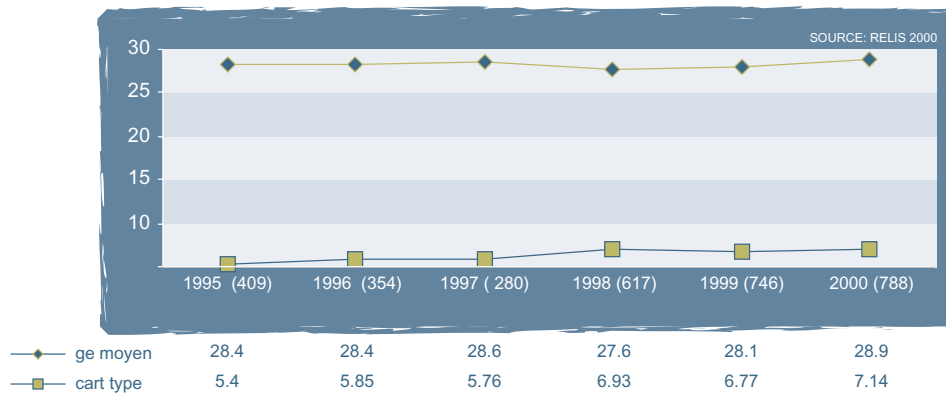
- Pour des raisons de lisibilité graphique, les valeurs relatives à la rubrique "autre" n'y ont pas été reproduites.

5. DISTRIBUTION SELON L'ÂGE



Age Group	STATEC (2000)	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
> 50	30.8	0	0	0	0	0	0	2
45-50ans	7	0	0	0	0	1	1	0
40-44 ans	7.7	2	1	2	3	4	5	6
35-39 ans	8.6	13	11	13	12	10	10	14
30-34 ans	8.5	29	26	24	27	22	23	22
25-29 ans	7.2	38	38	31	31	27	29	27
20-24 ans	5.8	16	20	25	23	26	24	21
15-19 ans	5.5	2	3	5	4	9	8	8
< 15	18.9	0	0	0	0	1	0	0

Fig 5.bis Age moyen/écart (années,mois). 1995-2000.



COMMENTAIRES

- A la date du 31/12/00, **l'âge moyen** des 788 personnes recensées en 2000 était de **28 ans et 9 mois** ▲ présentant un **écart type de 7.14** ▲.
- Concentration des effectifs 70% (76%) 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

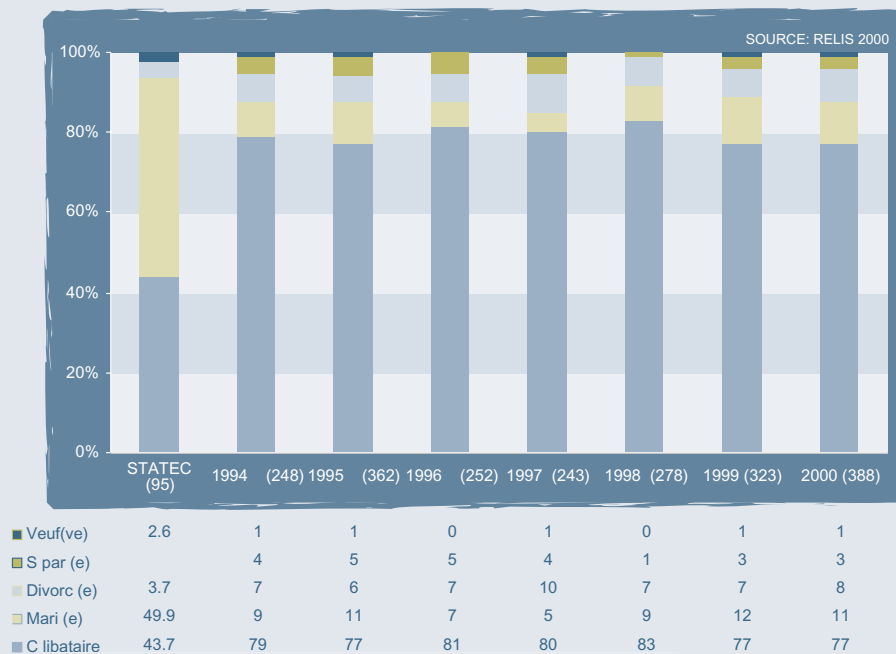
- L'âge moyen témoigne d'une tendance générale à la hausse. Une analyse longitudinale des données révèle que la classe d'âge de 15-24 ans est restée plus au moins stable au cours des dernières 5 années et que la classe d'âge de 25 à 34 ans affiche une tendance générale à la baisse. Il est important de noter que la proportion de **personnes âgées de plus de 35 ans** n'a cessée 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 trois mois à celui des répondants d'origine étrangère.
- La **différence d'âge selon le sexe** s'accroît. Les hommes affichent une moyenne d'âge de plus en plus élevée. Cette tendance est davantage prononcée pour la sous-population de personnes d'origine étrangère comparée aux répondants luxembourgeois.

5.1 DISTRIBUTION D'AGE SELON SEXE ET NATIONALITE (2000)

NATIONALITÉ	SEXE	AGES MOYENS INDIVIDUELS	GROUPES	AGES MOYENS GROUPES
LUXEMBOURGEOISE	FÉMININ	27 ans et 6 mois (1999: 26a9m) (1998: 26a10m)	FEMMES	26 ans et 10 mois (1999: 26a6m) (1998: 26a4m)
	MASCULIN	29 ans et 4 mois (1999: 29a) (1998: 28a2m)	HOMMES	29 ans et 4 mois (1999: 28a6m) (1998: 27a10m)
ÉTRANGÈRE	FÉMININ	26 ans et 8 mois (1999: 27a1m) (1998: 26a4m)	LUXEMBOURGEOIS	28 ans et 10 mois (1999: 28a4m) (1998: 27a10m)
	MASCULIN	29 ans et 7 mois (1999: 28a8m) (1998: 28a11m)	ÉTRANGERS	29 ans et 1 mois (1999: 28a5m) (1998: 28a9m)

6. ETAT CIVIL

Fig 6. Etat civil du répondant. 1994-2000



TENDANCES

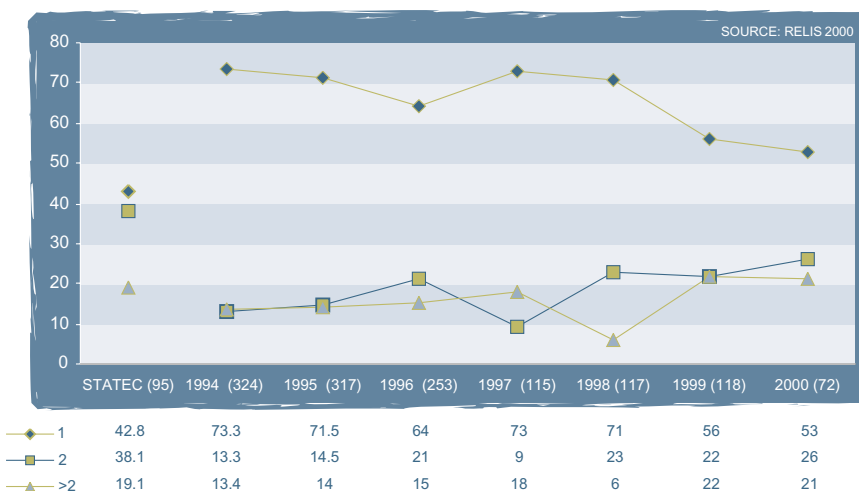
- STABLE

MÉTHODOLOGIE

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

6.1 NOMBRE D'ENFANTS DES REpondANTS

Fig 6.1 Nombre d'enfants des répondants parents. 1994-2000



DONNÉES

COMPLÉMENTAIRES

- 47% (50%) des personnes recensées n'ont **pas d'enfants**.
- 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 21%.

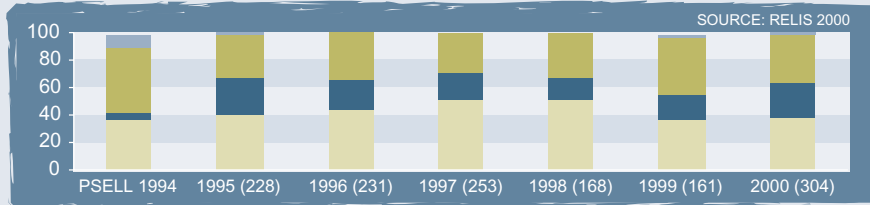
TERMINOLOGIE

- 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

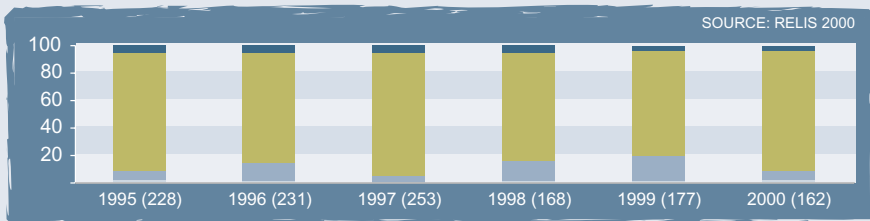
Fig 7.1. Niveau scolaire acquis. 1995-2000



■ Sup rieur	■ Secondaire	■ Comp/Sp c.	■ Primaire
9	48.8	4.1	36.9
1	31	28	40
0	34	23	43
0	29	21	50
0	32	18	50
1	41	18	37
1	34	25	39

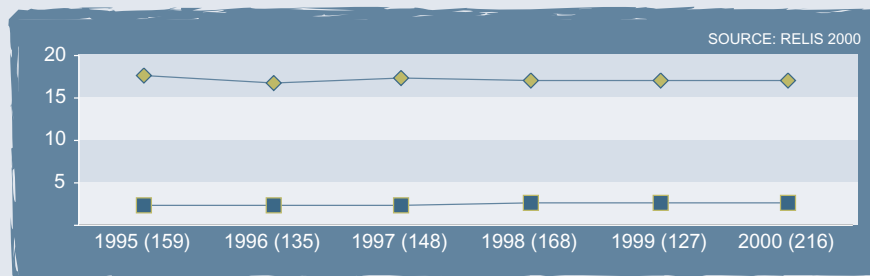
7.2 SCOLARITE NON TERMINEE

Fig 7.2 Niveau scolaire commencé mais non terminé. 1995-2000



■ Sup rieur	■ Secondaire	■ Comp/Sp c.	■ Primaire
5	85	8	2
5	80	13	2
6	88	6	0
6	78	14	2
4	76	19	1
3	88	8	1

Fig 7.bis Age moyen à la fin de la scolarité/écart type. 1995-2000.



◆ ge moyen	■ cart type
17.6	2.3
16.7	2.5
17.3	2.23
17.1	2.71
17.1	2.53
17.1	2.54

COMMENTAIRES

- Le graphique 7.1 indique qu'au niveau des cycles de "scolarité terminée" (acquise), 39% (▲) (37%) ont terminé *uniquement* un **cycle d'études primaires**; 25% (18%) ont terminé **l'enseignement complémentaire** ou spécial. Lorsqu'on compare ces données à celles issues de l'étude des niveaux de formation de la population résidante en 1994, menée par le CEPS/INSTEAD, et dont les résultats furent publiés dans le recueil des Etudes Sociales (PSELL n° 100), on retiendra notamment les différences importantes pour les niveaux d'enseignement complémentaires, secondaires et supérieurs au sein de la population générale.
- Le graphique 7.2 indique que parmi les répondants qui ont terminé leurs études primaires, respectivement 88% et 3 % sont entrés **en enseignement secondaire et supérieur** et l'ont abandonné par la suite. 8% (▼) des sujets ne disposent pas d'un cycle d'enseignement complémentaire achevé.

DONNÉES

COMPLÉMENTAIRES

- Pour ce qui est des 34% qui détiennent uniquement un diplôme de fin d'études secondaires, il s'agissait pour 19% de l'enseignement secondaire classique, pour 38% du technique, pour 37 % du professionnel et pour 6% de filières non spécifiées.
- 10% (stable) (n=365) des répondants étaient **en cours de scolarisation** en 2000.
- **L'âge moyen à la fin ou au moment de l'interruption de la scolarité**: 17 ans et 1 mois (17 ans et 1 mois) (n=216). Ecart type : 2.54.

TENDANCES

- Variation du niveau d'études atteint par les répondants, reflétant les distributions des années précédentes (à l'exception de 1999). Amélioration 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% (9%) des personnes recensées qui se trouvaient toujours en cours de scolarisation n'ont pas été retenues au niveau du calcul statistique.

8. CARACTERISTIQUES DE LA FAMILLE D'ORIGINE DES REpondANTS

8.1 SITUATION ACTUELLE DES PARENTS

PAYS	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
2 parents en vie	75	82	75	73	78	77	76
2 parents décédés	4	2	7	6	3	3	4
1 des parents décédé	21	16	18	21	19	20	19
Père décédé	15,2	11,4	15,9	16,2	15	15,3	14,6
Mère décédée	5,8	4,6	2,1	4,8	4	4,7	4,4
N	264	368	247	236	212	255	294

COMMENTAIRES

- Au moment du recueil des données, 19% des répondants déclaraient qu'un des membres du couple parental était décédé; 4% des sujets avaient perdu les deux parents.

TENDANCES

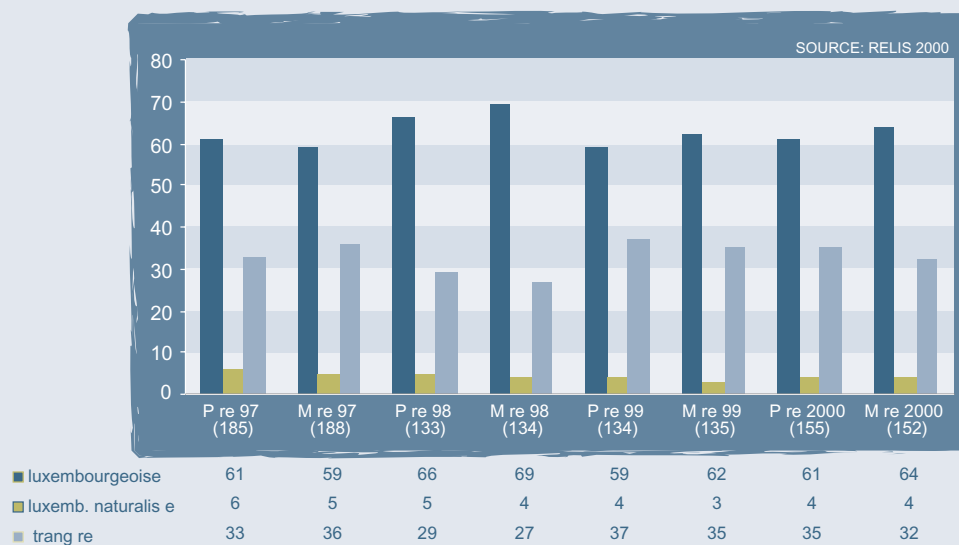
STABLE

MÉTHODOLOGIE

Les données se rapportent aux parents biologiques du répondant.

8.2 NATIONALITE DES PARENTS

Fig 8.2 Nationalité des parents. 1997-2000



TENDANCES

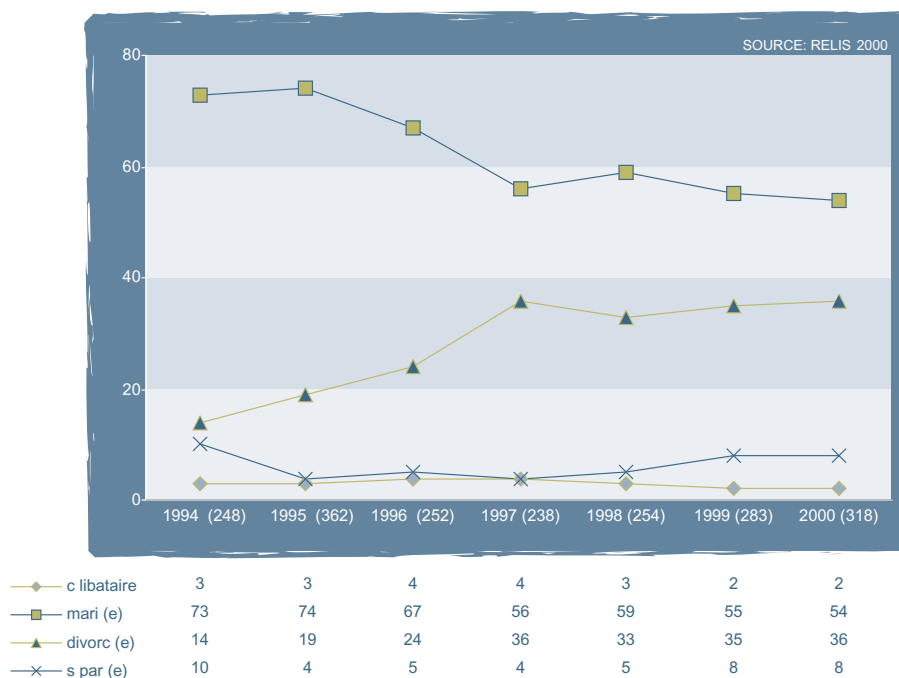
- La distribution selon la nationalité des parents reflète celle des répondants dans la mesure où l'on constate une augmentation sensible du nombre de personnes d'origine étrangère.
- La tendance observée est indépendante du sexe des parents.

TERMINOLOGIE

Les données se rapportent aux parents biologiques.

8.3 ETAT CIVIL DES PARENTS

Fig 8.3 Etat civil des parents. 1994-2000



TENDANCES

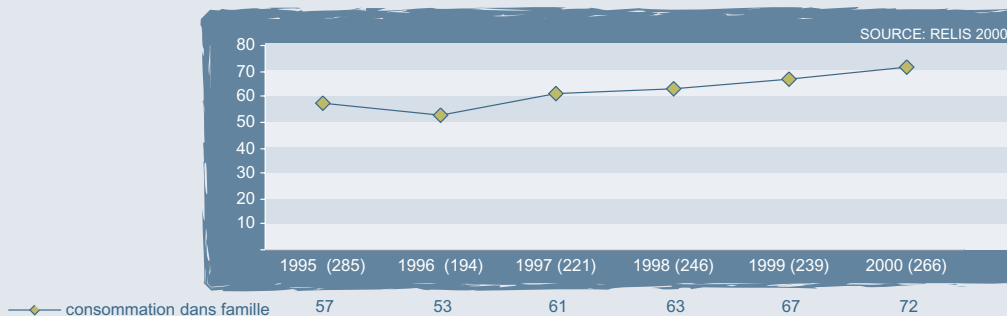
Sur 318 couples parentaux, on note 36% de divorces (stabilisé depuis 1997) et 8% de séparations. La proportion de parents mariés a évolué en décroissant.

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. 1995-2000



COMMENTAIRES

Dans 72% (▲) 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 29% des cas d'abus, il s'agit d'un membre de la fratrie; dans 28 % des cas, il s'agit du père et dans 13% des cas de la mère des sujets. Cette distribution reflète les observations des années précédentes.

TENDANCES

HAUSSE (depuis 1996)

TERMINOLOGIE

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

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

MODE/LIEU	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
CHEZ COUPLE PARENTAL	52	60	59	55	58	57	56
CHEZ PÈRE	4	3	3	3	5	3	2
CHEZ MÈRE	12	15	16	16	17	18	17
ALTERNATIVEMENT CHEZ PÈRE ET MÈRE	0	0	1	1	1	0	0
CHEZ MEMBRE(S) DE LA FAMILLE	4	5	2	7	4	10	9
SEUL(E)	8	6	6	6	5	4	2
EN COUPLE	10	6	8	6	5	4	5
CHEZ AMI(E)(S)	5	2	3	2	1	1	1
EN INSTITUTION	5	3	2	4	4	3	5
AUTRE	0	0	0	0	0	0	1
N	255	395	268	240	219	245	285

COMMENTAIRES

Au moment de la première consommation de drogues d'acquisition illicite, 75% (78%) des sujets habitaient toujours chez les parents ou chez un des parents. 9% 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 6 mois (▼)(n:311).

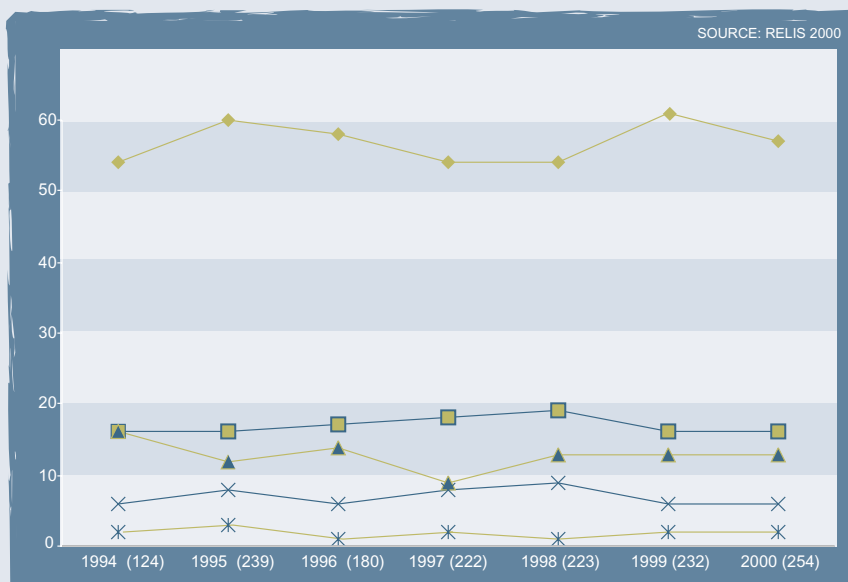
TENDANCES

STABLE

8.6 OCCUPATION PROFESSIONNELLE DU PERE OU DU TUTEUR

OCCUPATION DU PERE
OU DU TUTEUR

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



—◆— Ouvrier	54	60	58	54	54	61	57
—■— Employé	16	16	17	18	19	16	16
—▲— Libéral	16	12	14	9	13	13	13
—×— Cadre	6	8	6	8	9	6	6
—*— Chômeur	2	3	1	2	1	2	2
—*— Autre	6	1	4	9	4	2	5

COMMENTAIRES

Dans 57% des cas connus, le père présente un statut d'ouvrier; 16 % sont employés et 13 % exercent des professions libérales.

TENDANCES

STABLE

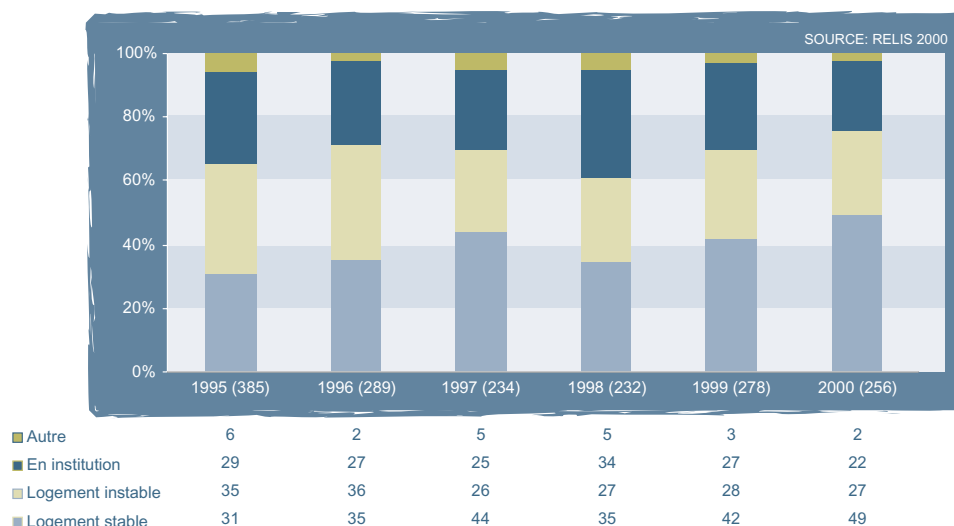
TERMINOLOGIE

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

9. DOMICILE

9.1 MODE DE VIE (OU ?)

Fig 9.1 Dernier lieu de résidence connu. 1995-2000



COMMENTAIRES

Adaptation de l'item 9.1. au standard européen TDI, et reformatage des catégories de situations de résidence en 2000.

TENDANCES

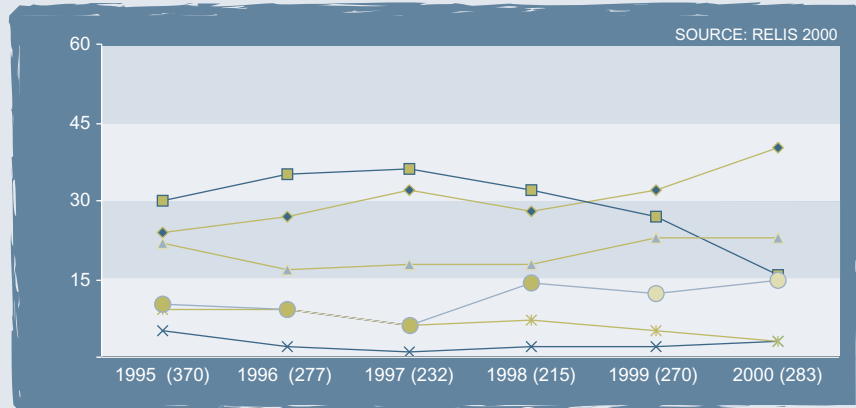
Amélioration continue de la situation résidentielle depuis 1995 au regard de la proportion de personnes qui disposent d'un logement stable.

TERMINOLOGIE

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

9.2 MODE DE VIE ACTUEL (AVEC QUI)

Fig 9.2 Mode de vie actuel. 1995-2000



	1995 (370)	1996 (277)	1997 (232)	1998 (215)	1999 (270)	2000 (283)
◆ seul(e)	24	27	32	28	32	40
■ en couple	30	35	36	32	27	16
▲ avec parents	22	17	18	18	23	23
× avec mb de famille	5	2	1	2	2	3
* avec ami/connaissance	9	9	6	7	5	3
○ autre	10	9	6	14	12	15

COMMENTAIRES

- 23 % (stable) des répondants vivent au domicile de leur parents

TENDANCES

La proportion de personnes vivant seules (40%) affiche une tendance croissante continue. Diminution marquée des répondants qui vivent en couple.

TERMINOLOGIE

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

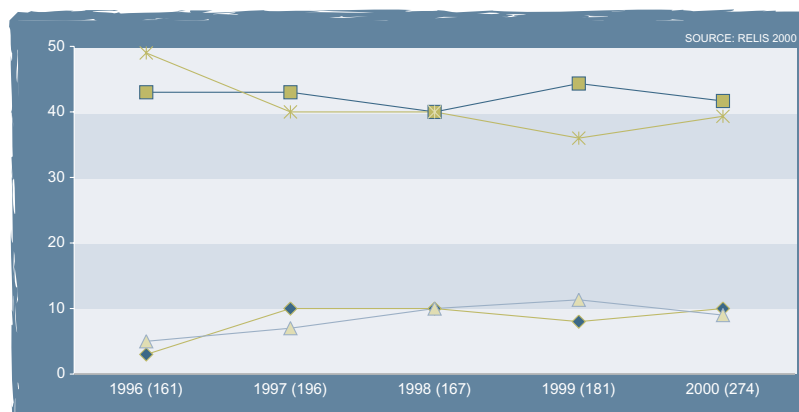
- La rubrique " seul(e) " comprend les personnes qui disposent d'un logement et qui y vivent seules ainsi que les "Sans Domicile Fixe".

- La rubrique "autre(s) U(s)D/NU(s)D " inclut les ami(e)(s), les connaissance(s) et les membre(s) de la famille.

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%
STATEC 2000 (%)	38,5%	34,8%	15,1%	11,6%
STATEC 2000 (N)	204.183	151.481	65.776	50.726
STATEC 1996 (%)	37%	36%	16%	11%
STATEC 1996 (N)	58.094	57.854	23.570	17.574

Tableau 9.3 : Situation géographique du dernier lieu de résidence principal 1996-2000.



	1996 (161)	1997 (196)	1998 (167)	1999 (181)	2000 (274)
◆ Nord	3	10	10	8	9.9
■ Sud	43	43	40	44.5	41.6
▲ Est	5	7	10	11.5	9.1
* Centre	49	40	40	36	39.4

COMMENTAIRES

- Le regroupement des données selon les régions (circonscriptions électorales) fait apparaître l'évolution vers un certain équilibre entre le nombre de sujets qui viennent de la région du centre et ceux des cantons du sud.
- Pour ces mêmes circonscriptions, les effectifs observés (RELIS 2000) diffèrent fortement des effectifs recensés par le STATEC en 1996 (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 :260
- < 2.000 habitants : 17% (14%)
- 2.000 – 10.000 habitants : 27% (29%)
- 10.000 – 30.000 habitants : 13% (17%)
- > 30.000 habitants : 43% (39%)

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.**

10. SITUATION PROFESSIONNELLE

10.1 SITUATION DE CHOMAGE

Fig 10.1 Situation de chômage. 1995-2000

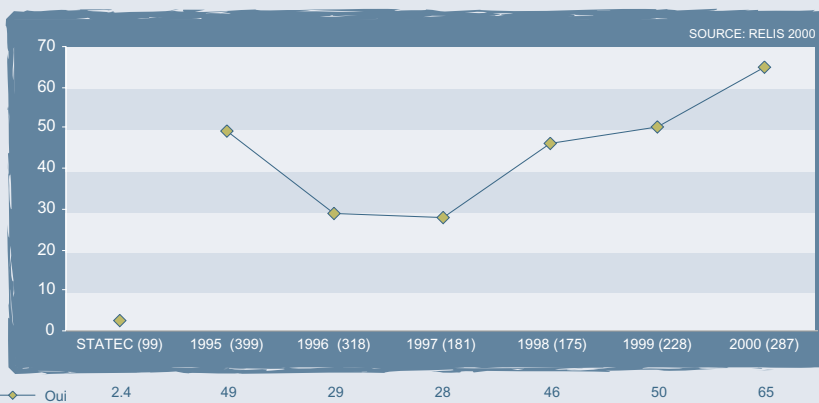
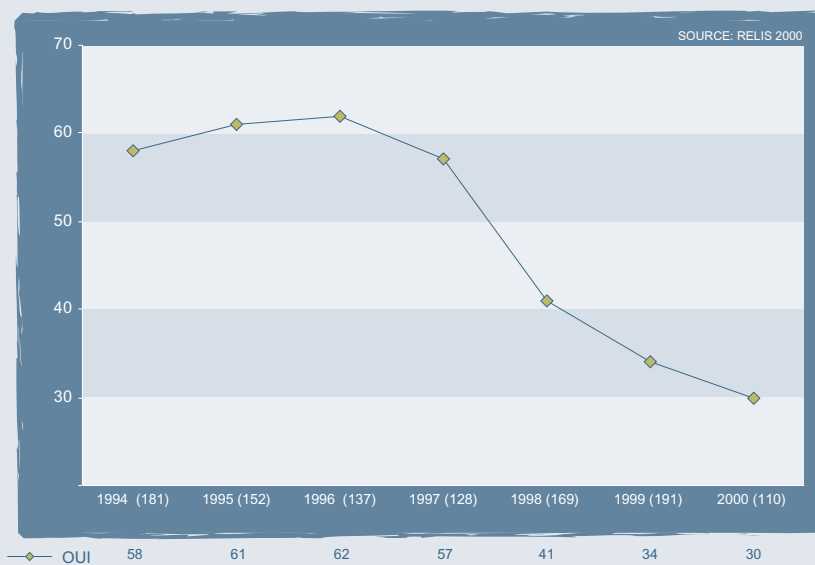


Fig 10.1bis Inscription auprès de l'administration de l'emploi. 1994-2000



COMMENTAIRES

- Le pourcentage de **chômeurs** parmi les répondants s'élève à 65% (▲)
- Le taux de chômage observé a plus que doublé depuis 1997 et est significativement plus élevé que le taux moyen en population générale.

DONNÉES

COMPLÉMENTAIRES

- 25% (27%) des personnes en situation de chômage affirmaient entreprendre des **démarches afin de trouver une occupation professionnelle**.
- 70% (66%) des personnes en situation de chômage ne sont pas inscrites auprès de l'administration de l'emploi et ne touchent par conséquent pas d'allocations de chômage.

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

TENDANCES

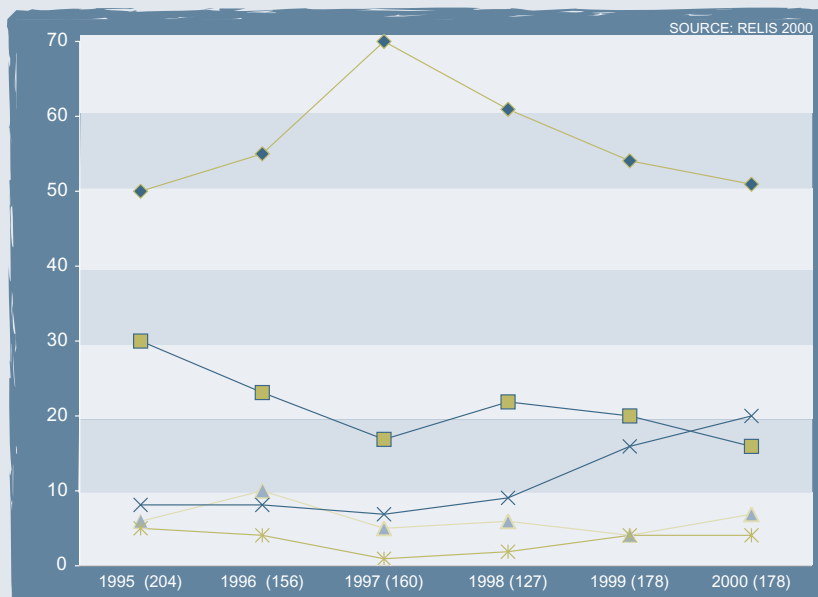
- Le taux de chômage affiche une progression marquée depuis 1996 qui va de pair avec une diminution sensible du nombre de personnes concernées inscrites auprès de l'administration de l'emploi. Face à la situation observée la mise en place de **structures de réinsertion socio-professionnelle** constitue une priorité.

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. 1995-2000



◆ Stable	50	55	70	61	54	51
■ Temporaire/Noir	30	23	17	22	20	16
▲ Invalidité	6	10	5	6	4	7
× Etudiant	8	8	7	9	16	20
* Foyer	5	4	1	2	4	4
Autre	1	0	0	0	2	1

COMMENTAIRES

• Parmi les personnes issues de la population active qui disposent d'un emploi rémunéré, 51% (◆) 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 que depuis 1997 le **pourcentage (20%) 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 réelle de la proportion d'étudiants au sein de la population d'utilisateurs problématiques de drogues**.

TENDANCES

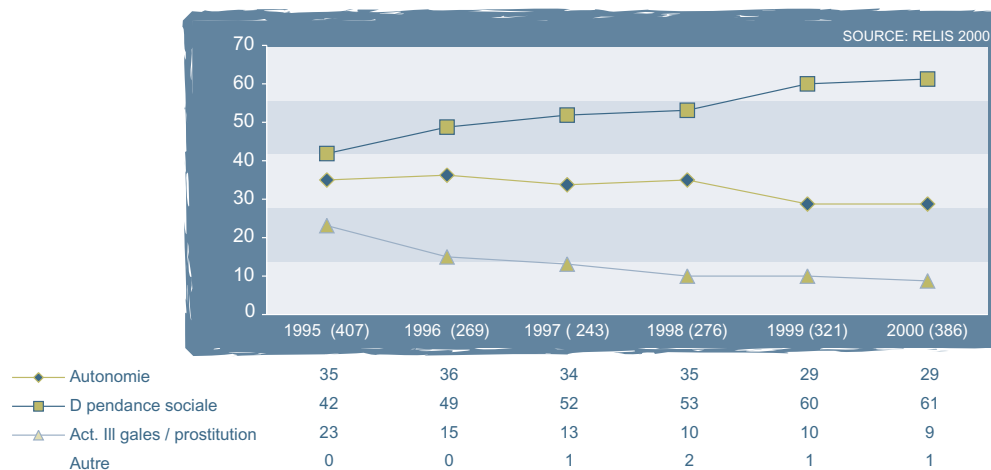
• Tous indicateurs confondus, **la situation d'emploi des répondants s'est détériorée** au vu des données des cinq années précédentes.

11. SITUATION FINANCIERE

11.1 SOURCES DE REVENU

SOURCES DE REVENU	PRIMAIRE						SECONDAIRE OCCASIONNEL					
	95	96	97	98	99	00	95	96	97	98	99	00
R.M.G.	15	19	16	19	25	32	1	1	1	1	2	0,5
RÉSERVES	4	4	4	2	0	2	9	6	6	2	4	2,5
PARENTS	17	19	18	19	21	14	20	18	16	11	14	15
SALAIRE	31	32	30	32	26	25	6	2	0	2,5	4	2
AIDE SOCIALE	3	2	3	0	2	2	2	2	0	1	3	12
PENSION	2	0	0	1	2	1	0	0	0	0	0	1
ALLOC. HANDICAP	0	3	1	1	1	1	1	1	1	1	0,5	1,5
PARTENAIRE	3	1	2	2	2	3	4	7	8	4,5	6,5	6
DÉLITS (N)	21	12	11	9	8	6	51	58	63	60,5	54	49
PROSTITUTION	2	3	2	1	3	3	5	5	4	7,5	6	5
AUCUN	2	5	12	12	9	10	0	0	0	1	2	0,5
AUTRE	0	0	1	2	1	1	1	0	1	8	4	2
TOTAL	407	269	243	276	321	386	259	192	180	138	183	205

Fig 11.1 Distribution selon le revenu primaire. 1995-2000



COMMENTAIRES

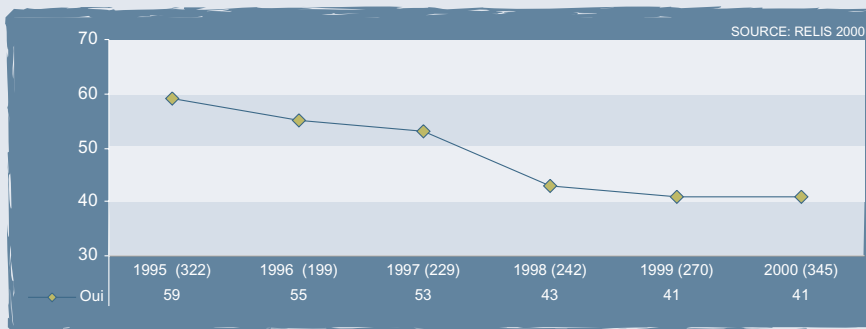
- Les sources de revenu primaire, par ordre d'importance, sont le R.M.G. 32% (▲), le salaire propre 25% et contributions des parents 14% (▼)
- Du côté des revenus secondaires, on retiendra que 49% (▼) des 205 cas connus ont recours à des actes délictueux et que 15 % sont toujours entretenus en partie par leurs parents.
- Le graphique 11.1 présente les données relatives au **revenu primaire** regroupées en fonction de leur origine. 29% des personnes répertoriées sont elles-mêmes garantes de leur revenu (autonomie); 61% des personnes sont financièrement et/ou socialement dépendantes (parents, aides sociales) et 9% 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 des répondants.
- La décroissance continue observée au niveau des revenus d'origine illégale depuis 1995 semble avoir atteint une valeur seuil à bas niveau.

11.2 SITUATION D'ENDETTEMENT

Fig 11.2 Situation d'endettement. 1995-2000



COMMENTAIRES

Une proportion importante mais stable (41%) de toxicomanes présentent une situation d'endettement. L'influence du taux de chômage croissant sur la situation d'endettement semble être contrebalancée par l'augmentation des contributions financières provenant du réseau social.

TENDANCES

STABLE

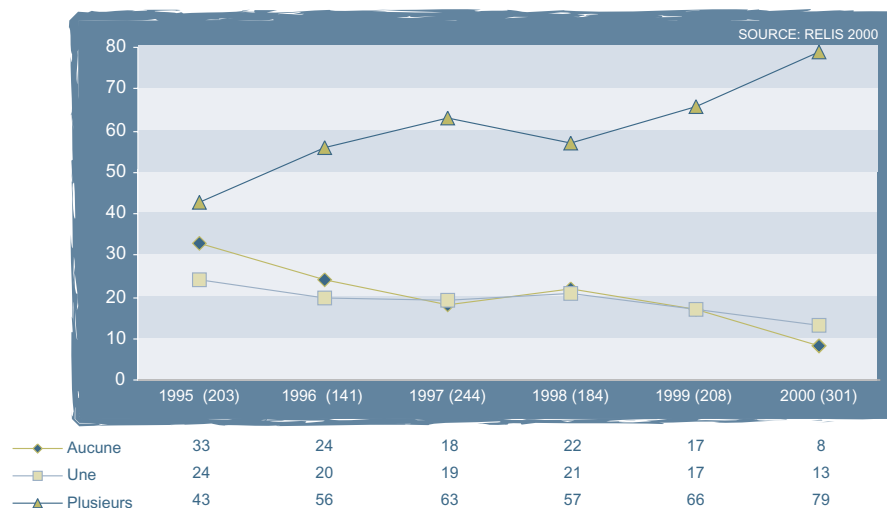
TERMINOLOGIE

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

12. SITUATION JUDICIAIRE

12.1 ANTECEDENTS JUDICIAIRES

Fig 12.1 Fréquence des affaires judiciaires. 1995-2000



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 3 mois (n :491) (13 ans 4 mois)
- Durée moyenne entre le début de dépendance physique et la première interpellation: 9 ans et 10 mois (n :469) (10 ans et 5 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 :1010) (2 ans et 7 mois).

TENDANCES

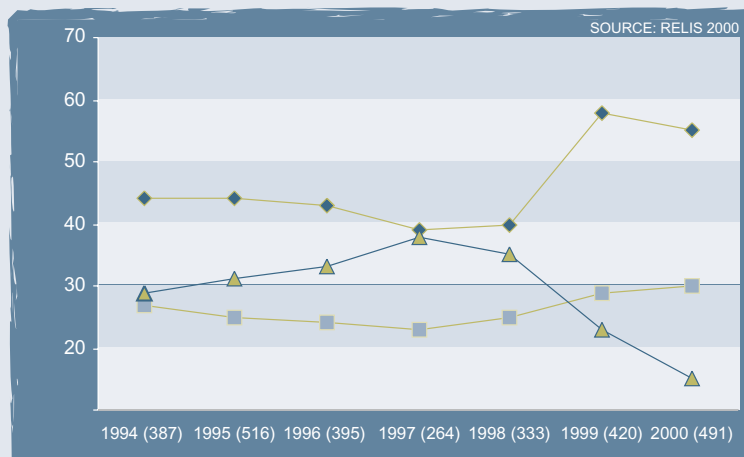
Augmentation sensible de la fréquence de contact avec les forces de l'ordre.

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. 1995-2000



◆ D tention / Consommation de drogues	44	44	43	39	40	58	55
■ Vente de drogues	27	25	24	23	25	29	30
▲ D lits divers	29	31	33	38	35	23	15

COMMENTAIRES

Les délits commis par les sujets concernent avant tout **la détention de produits toxiques illicites** (55%). La revente ne compte que pour 30% des infractions.

TENDANCES

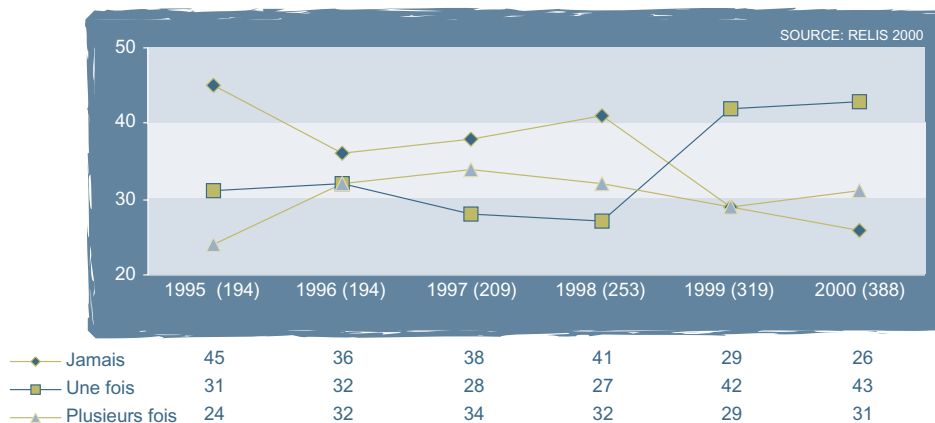
Le nombre de **motifs d'interpellation pour infractions diverses** (ex. criminalité liée à l'approvisionnement de drogues) est en régression depuis 1997.

TERMINOLOGIE

Les pourcentages cités reprennent le **nombre de délits** (2 réponses possibles) commis par les 491 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. 1995-2000



COMMENTAIRES

74% (▲) des répondants ont déjà purgé des peines de prison. Parmi ces derniers, 43% étaient en prison une seule fois et 31 % ont déjà purgé plusieurs peines.

DONNÉES

COMPLÉMENTAIRES

- 56% (57%) (n:122) 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 significative au niveau du passé pénal cumulé par les répondants par rapport aux années précédentes. Cette tendance est en accord avec la hausse des fréquences de contacts judiciaires signalée plus haut.

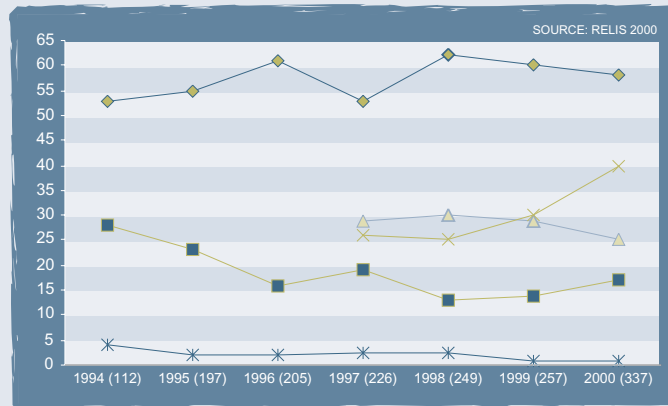
TERMINOLOGIE

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

13. DONNEES MEDICALES

13.1 ETAT DE SANTE ACTUEL

Fig 13.1 Etat de santé. 1994-2000



◆ "Normal"	53	55	61	53	62	60	58
■ Mauvais état général	28	23	16	19	13	14	17
△ Hépatite B				29	30	29	25
× Hépatite C				26	25	30	40
* SIDA déclaré	4	2	2	2.5	2.5	1	1

COMMENTAIRES

Respectivement 25% et 40% des répondants ont contracté **l'hépatite B et C**. Les 4 cas (1%) de **SIDA** regroupent les personnes qui ont effectivement développé la maladie. Au total, 29% (22%) (n :337) souffraient simultanément d'au moins deux affections différentes.

TENDANCES

Il y a lieu de parler d'une **amélioration de l'état de santé générale** des répondants en référence à l'année 1994. En termes épidémiologiques les taux d'infection au VHB et la prévalence des cas de SIDA déclarés sont stable. Cependant **l'infection au VHC (hépatite C) est en nette progression** tout en affichant une valeur inférieure à la moyenne européenne.

TERMINOLOGIE

- Dans le cadre du protocole RELIS 2000, 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.
- Les indicateurs VHB et VHC sont venus compléter le protocole RELIS en 1997, remplaçant l'indicateur générique " maladies infectieuses ".
- Le total des pourcentages « colonnes » est supérieur à la valeur 100 étant donné qu'un même individu peut présenter plusieurs affections à la fois.

13.2 NOMBRE DE SEVRAGES

Fig 13.2 Nombre de sevrages institutionnels. 1994-2000



◆ 0	14	9	9	5	12	7	7
■ 1-5	80	74	70	60	63	62	58
▲ 6-10	3	11	11	25	13	17	20
× 11-15	0	4	5	7	7	7	7
* > 15	3	2	5	3	5	7	9

COMMENTAIRES

La grande majorité des toxicomanes recensés par RELIS ont à leur actif au moins une tentative de sevrage physique. 58% des sujets ont déjà subi 1 à 5 sevrages et 20%, 6 à 10 sevrages au cours de leur carrière de toxicomane.

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 la drogue préférentielle pendant au moins une semaine.

13.3 HYGIENE ET PRECAUTIONS

Fig 13.3 Utilisation de préservatifs. 1995-2000

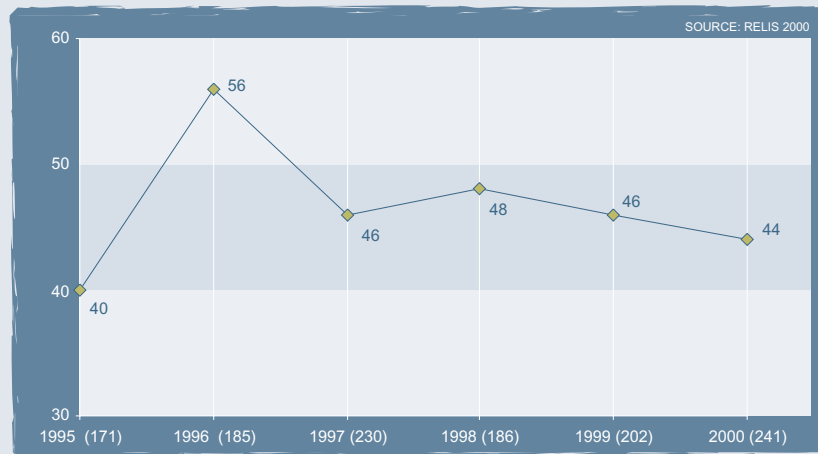
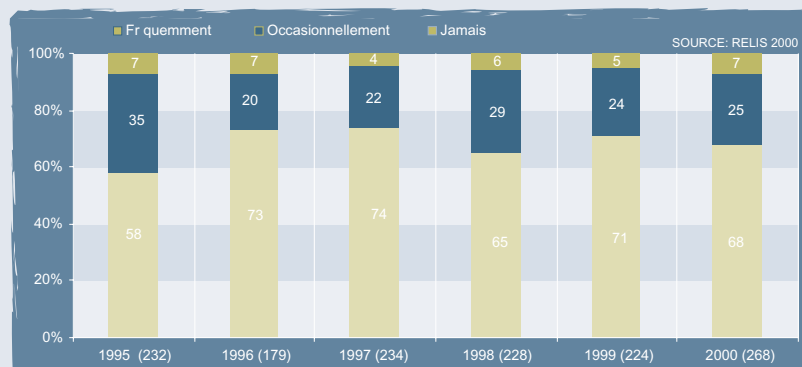


Fig 13.3bis Echange de seringues usées au cours du mois écoulé. 1995-2000



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.

- Avec un écart notamment pour l'année 1998, on retrouve une distribution semblable à celles observées en 1996 et 1999 en matière d'échange de seringues.

TERMINOLOGIE

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

13.4 TEST SIDA (VIH)

Fig 13.4 Test VIH au cours de la vie. 1995-2000

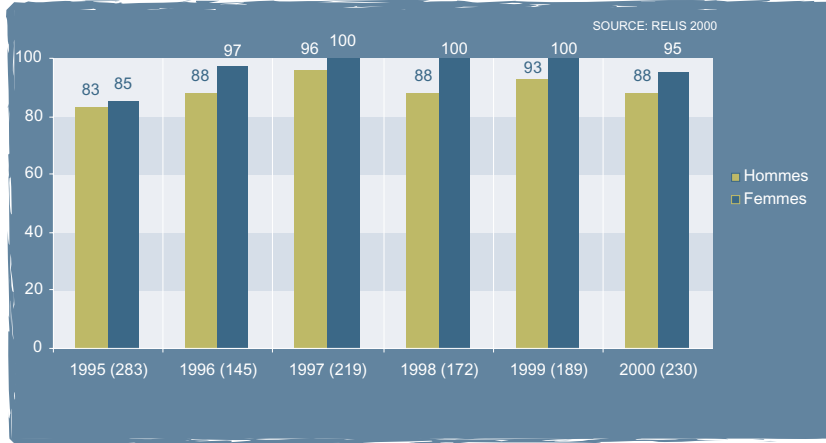


Fig 13.4bis Test VIH au cours des cinq derniers mois. 1997-2000

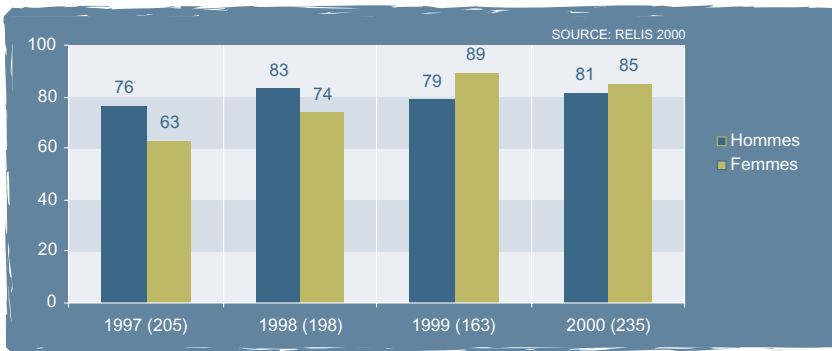


Fig 13.4ter Résultats du test VIH. 1994-2000

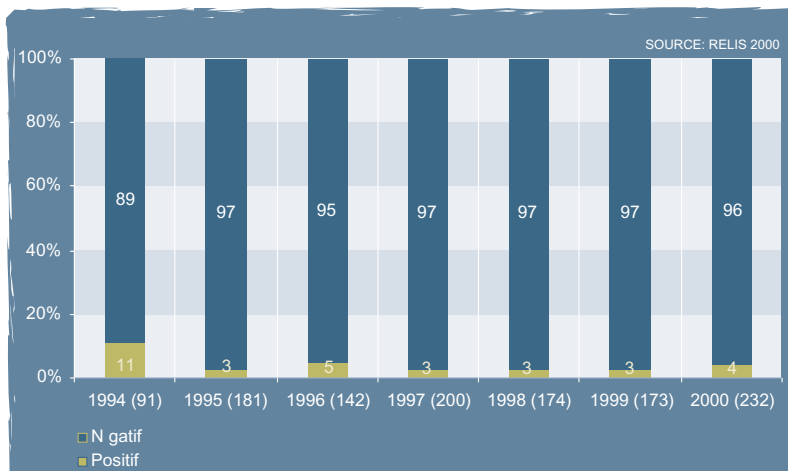
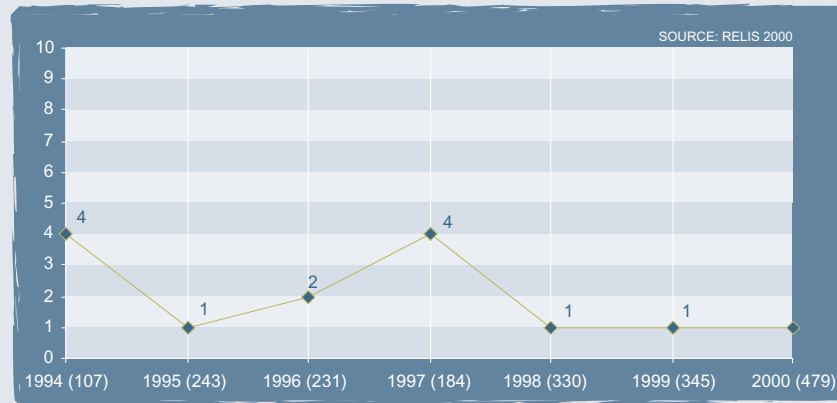


Fig 13.4 quater Maladie du SIDA déclarée. 1994-2000



COMMENTAIRES

- Une majorité (Total: 90% ↘) des usagers recensés ont déjà effectué **au moins un test de dépistage VIH au cours de leur existence** (Femmes: 95% /Hommes: 88%). Ce pourcentage élevé pourrait s'expliquer en partie par le fait qu'un grand nombre des personnes ont déjà suivi des traitements en institution au cours desquelles elles ont dû subir des prises de sang ou autres examens médicaux.
- En ce qui concerne les **tests effectués au cours des cinq derniers mois** avant le recueil des données, on constate que les femmes se sont soumises plus fréquemment (85% ↘) à un test VIH que les hommes (81%); une tendance que l'on observe également au niveau des tests VIH au cours de la vie. Les examens effectués lors d'une éventuelle grossesse peuvent venir expliquer en partie la différence en faveur des femmes.

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 1% des personnes qui ont effectué un test VIH, avaient effectivement développé la maladie au moment du recueil des données.
- Les taux observés sont inférieurs à la moyenne des taux rapportés dans d'autres pays européens (0,5% Grèce - 32% Espagne - 48% Portugal) - (Source : *Rapport annuel sur l'état de la situation du problème de la drogue 1999*, OEDT, Lisbonne, 2000).

DONNÉES

COMPLÉMENTAIRES

Age moyen des personnes qui ont subi un test VIH au moins une fois au cours de leur existence: 30 ans et 5 mois (n :400).

TENDANCES

- Test VIH au cours de la vie: Tendance à la baisse indépendamment du sexe des répondants.
- Test VIH au cours des derniers 5 mois: stable par rapport à 1999.

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 concomitante en 2000 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

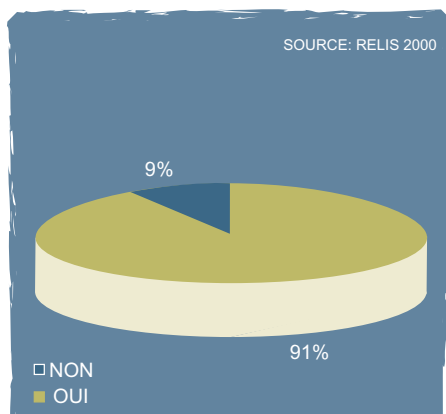


Fig 13.5 bis Test VHC au cours des 5 derniers mois 2000.

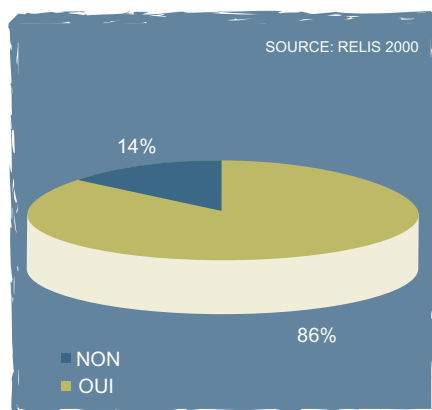
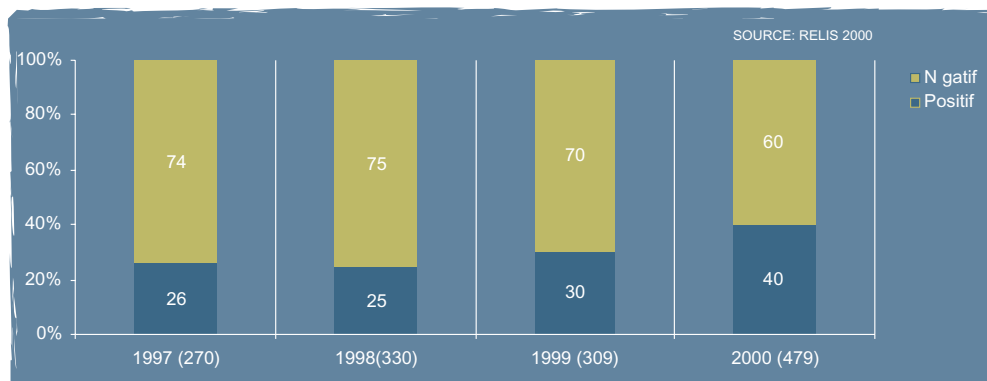


Fig 13.5 ter Statut sérologique VHC 1997-2000.



COMMENTAIRES

Le statut sérologique VHC est recensé depuis 1997.

TENDANCES

- Depuis l'inclusion de l'indicateur VHC au niveau du protocole RELIS, on observe une **hausse continue du taux d'infection au VHC** (40% ▲).

14. SANTE MENTALE

14.1 COMPORTEMENTS A RISQUE

Fig 14.1 Tentatives de suicide. 1994-2000

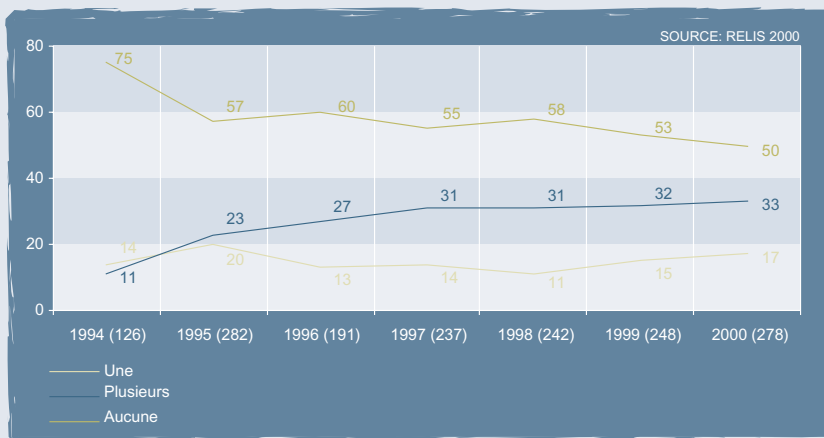
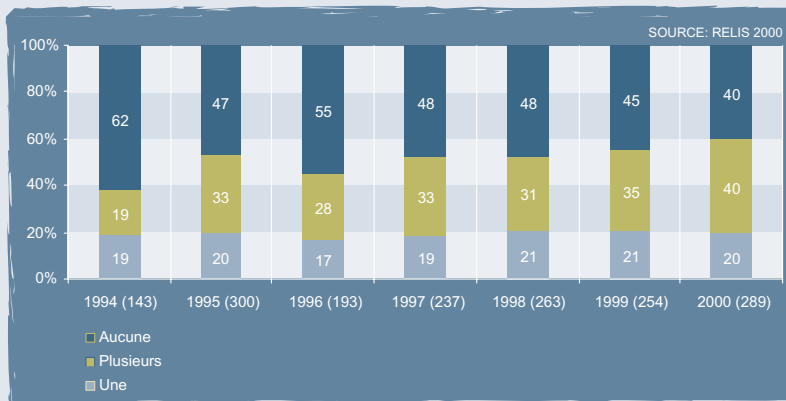


Fig 14.1bis Surdosages non fatals. 1994-2000



COMMENTAIRES

- Tentative(s) de suicide: 50% (▲)
- Victimes de surdosage(s) non fatals: 60% (▲)
- Agression(s) envers autrui: 90% (▲)

DONNÉES

COMPLÉMENTAIRES

- 24 % des personnes font état des trois comportements cités (40% : 2 et 36% : 1).

TENDANCES

Augmentation modérée et continue depuis 1997 des trois indicateurs à risques

14.2 ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES

Fig 14.2 Antécédents psychiatriques. 1996-2000

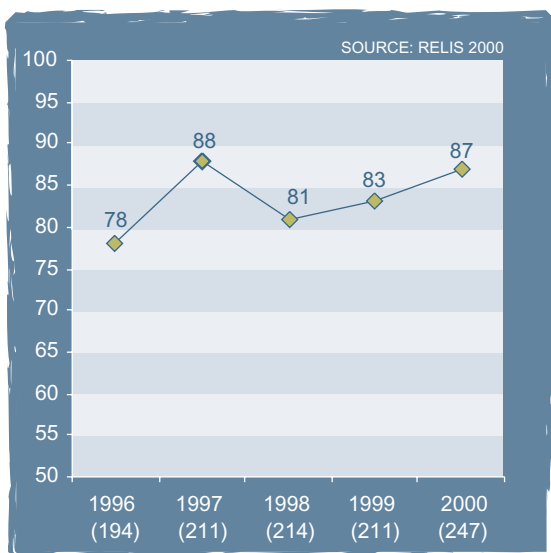
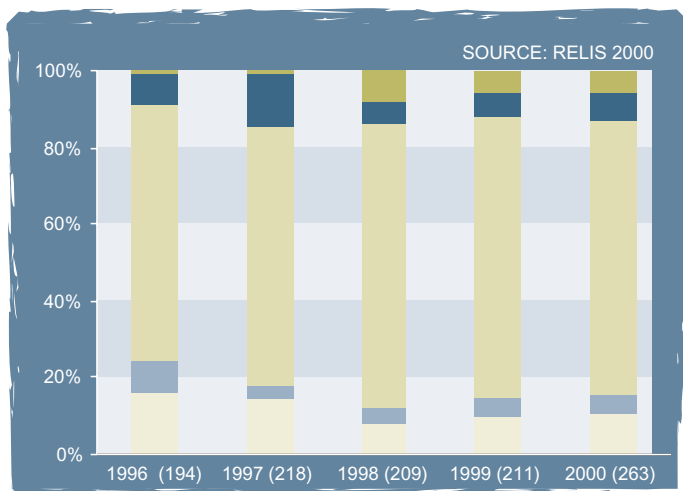


Fig 14.2bis Motifs des contacts psychiatriques. 1996-2000



COMMENTAIRES

Pour les personnes qui témoignent d'un passé psychiatrique, il s'agit dans 72% des cas de cures de sevrage en unité psychiatrique et, dans 30% des cas, de problèmes psychopathologiques divers. Exprimé en d'autres termes, 28% 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

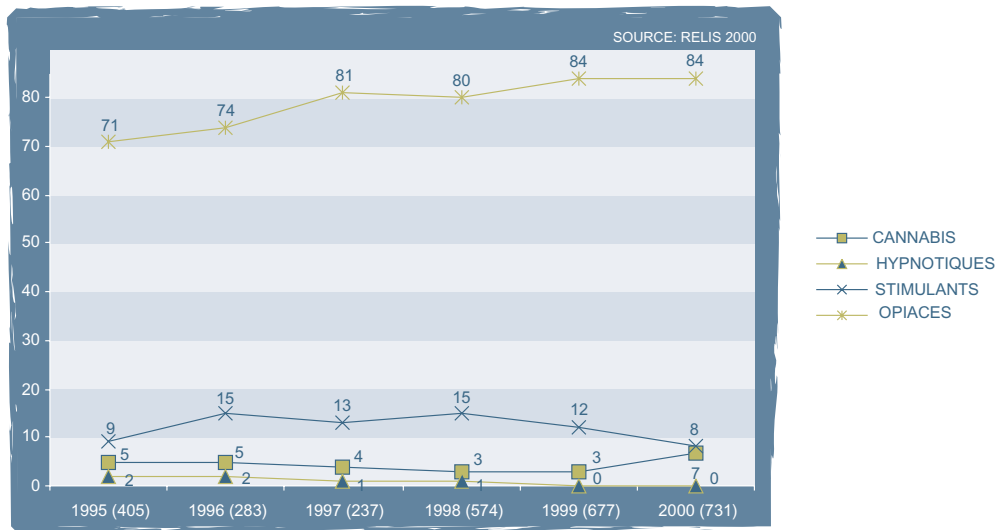
- Les cures de sevrages sont retenues étant donné qu'elles s'effectuent en milieu hospitalier psychiatrique.

15. CONSOMMATION DE PRODUITS TOXIQUES

15.1 PRODUITS PRÉFÉRÉNTIELS

PRODUIT PRÉFÉRÉNTIEL	PRÉFÉRENCE 1					PRÉFÉRENCE 2					PRÉFÉRENCE 3					
	96	97	98	99	00	96	97	98	99	00	96	97	98	99	00	
ALCOOL					1	3	4	2	2	3	10	11		1	6	
CANNABIS ET DÉRIVÉS	5	4	3	3	7	16	14	29	24	26	33	29	41	40	31	
INHALANTS, SUBSTANCES VOLATILES											1	1				
HALLUCINOGENES (LSD, PCP, ETC.)				1		3	3	4	1	1	8	5	5	5	3	
HYPNOTIQUES ET SÉDATIFS	2	1	1			6	14	4	7	9	13	16	12	13	17	
STIMULANTS SNC						1	1	1	1		1	1				
MDMA (XTC)	2	1	6	2	1	6	6	7	4	4	8	11	10	10	6	
AMPHÉTAMINES		1	2	1		3		3	1	2	2	6	6	3	5	
CRACK (EX. COCAÏNE FREEBASE)						2	2			1	1		1		1	
COCAÏNE	5	2	4	4	4	12	9	18	16	15	3	4	7	5	7	
COCAÏNE (I.V.)	8	9	3	5	3	24	22	15	21	17	6	5	7	5	7	
OPIOIDES/OPIACÉS	2		2		5											
PRODUITS DE SUBSTITUTION (CONSOM. ILLÉGALE)									1	3	1		1	1	2	
PRODUITS DE SUBSTITUTION (SOUS PRESCRIP.)	1	1	1	1	2	3	7	5	5	7	3	2	4	3	4	
HÉROÏNE ET AUTRES OPIACÉS		17	10	36	33	24	10	8	4	9	5	5	9	3	4	3
HÉROÏNE ET AUTRES OPIACÉS (I.V.)		58	70	41	51	53	11	10	7	7	6	5		3	4	5
AUTRES PRODUITS PSYCHOACTIFS			1					1	1					1	2	
N	283	237	574	677	731	241	229	397	440	530	193	198	255	280	360	

Fig 15.1 Produits préférentiels (groupes) 1995-2000



COMMENTAIRES

- **Substance et mode d'administration préférentiels:** héroïne par voie intraveineuse (53%). Substance préférentielle indépendamment du mode d'administration : opiacés / opioïdes d'acquisition illicite : 84%
- **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 6 mois).
- Taux de **polytoxicomanie:** 87% ▲ (82%).

TENDANCES

- Les **opiacés** continuent à constituer le produit préférentiel (84%) (stable) des usagers problématiques répertoriés par le réseau institutionnel. La tendance significative à la hausse du mode d'administration d'opiacés par inhalation: 24% (33%), observée en 1998 a été suivie par une décroissance notable à partir de la même année. L'héroïne en mode i.v. (53%) en tant que produit préférentiel affiche une tendance stabilisée.
- Stabilisation à niveau bas de la prévalence de substances de **type ecstasy** (MDMA, etc.) en première (1%) 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** (7% ▲) témoigne d'une hausse sensible. Cet taux est encore plus élevé chez les usagers demandeurs de soins spécialisés (échantillon sanitaire) (10%, stable). 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 SEQUENCES DE CONSOMMATION

DROGUE DE PREMIER CONTACT (%)	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
ALCOOL	8	19	12	13	15	17	19
CANNABIS ET DÉRIVÉS	83	72	80	76	70	70	69
INHALANTS, SUBST. VOLATILES		1	2		1	2	1
HALLUCINOGENES (LSD, PCP, ETC.)	2	1	1	2	1	1	1
HYPNOTIQUES ET SÉDATIFS	1	1	1	3	1		
STIMULANTS SNC							
MDMA (XTC)							
AMPHÉTAMINES		1	1			1	1
CRACK (EX. COCAÏNE FREEBASE)							
COCAÏNE	1	1	1	1			
COCAÏNE (I.V.)							

OPIOIDES/OPIACÉS

PRODUITS DE SUBSTITUTION (CONS. ILLÉGALE)

PRODUITS DE SUBSTITUTION (SOUS PRESCRIP.)

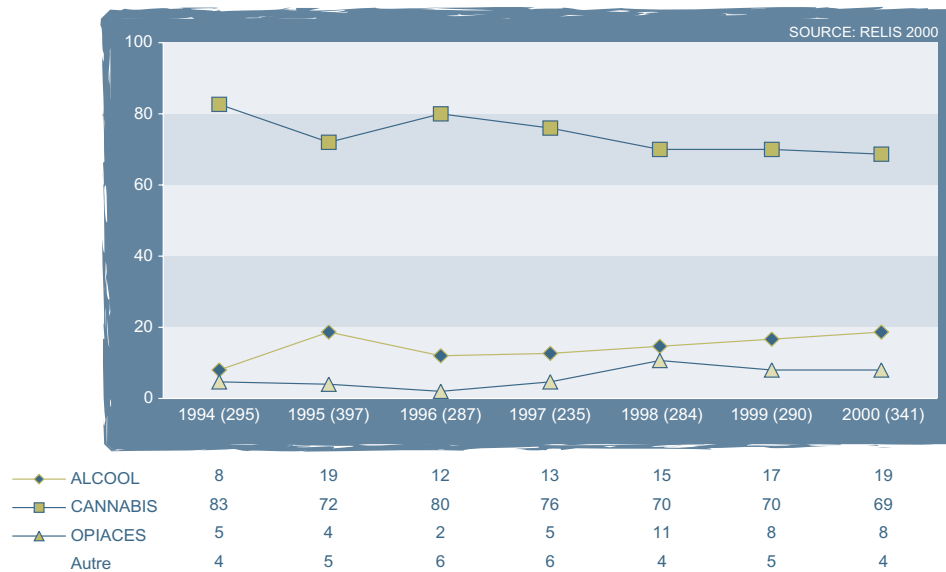
HÉROÏNE ET AUTRES OPIACÉS 4 2 1 3 5 5 4

HÉROÏNE ET AUTRES OPIACÉS (I.V.) 1 2 1 2 6 3 4

AUTRES PRODUITS PSYCHOTROPES 1 1 1

N 295 397 287 235 284 290 341

Fig. 15.2 Drogue de premier contact (groupe). 1994-2000



COMMENTAIRES

- Le **premier contact prolongé** avec des produits d'acquisition illicite concerne dans 68% des cas connus le cannabis et ses produits dérivés suivi d'une substance licite à savoir l'alcool (19%) (▲), qui devient de plus en plus prévalent en tant que substance de premier contact.

- En termes chronologiques**, 35% des répondants ont fait l'expérience de la consommation d'héroïne (20% 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 24% des répondants par la consommation de cocaïne (16% i.v. / 8% non-i.v.) et 40% par la consommation d'héroïne (29% i.v. / 11% non-i.v.).

- A remarquer que la cocaïne n'est jamais citée en tant que drogue de premier contact. Une majorité de personnes ont déjà consommé au moins 2 à 4 autres substances avant de déboucher sur 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 6 mois (n=311) (↔) (15 ans 9 mois) (2000 – hommes : 15 ans et 11 mois / femmes: 14 ans et 4 mois).
- Age moyen de la première consommation régulière de cigarettes: 13 ans et 9 mois (n: 239) (↘) (14 ans et 5 mois). Les hommes commencent en moyenne plus tard à fumer (14 ans) que les femmes (13 ans et 3 mois).

TENDANCES

- En moyenne, contact plus précoce avec des drogues d'acquisition illicite (depuis 3 ans) et diminution de l'âge lors de la première consommation de cigarettes. Ces deux tendances, avant tout prégnantes chez les femmes, sont rapportées par un grand nombre d'autres pays au sein de l'UE.

TERMINOLOGIE

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

**15.3 AGES LORS DES DIFFÉRENTES ÉTAPES
DE CONSOMMATION**

AGE 1999 (1998)	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)				
HALLUCINOÈNES (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/OPIACÉS

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.)	4 (3)	18 (12)	25 (28)	21 (22)	11 (11)	13 (18)	7 (5)	1 (1)
AUTRES PRODUITS PSYCHOACTIVES	7 (4)		30 (31)	23 (31)	17 (15)	23 (11)	0 (8)	0 (0)

N =1101

Fig. 15.3 Ages: première consommation de cannabis. 1995-2000

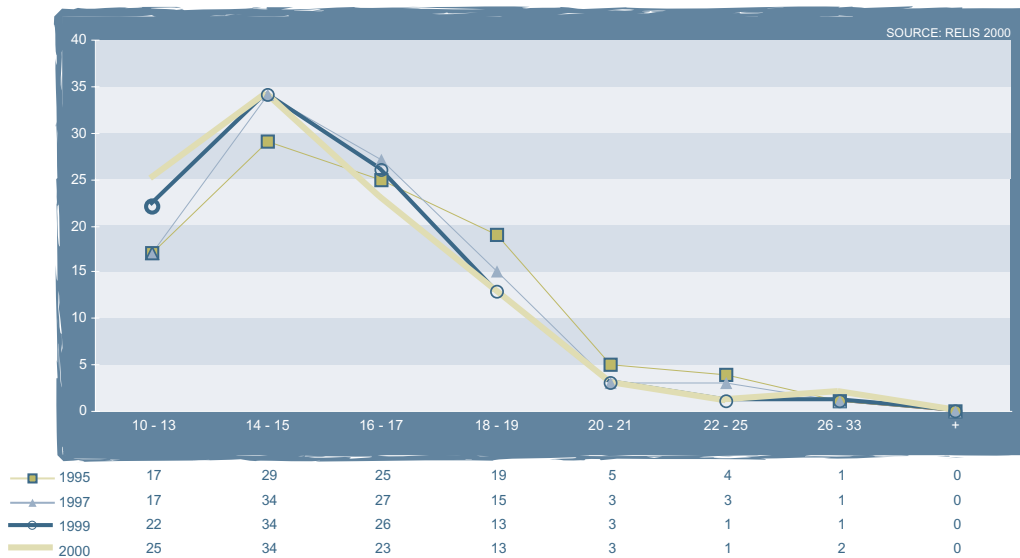


Fig. 15.3bis Ages: première consommation de cocaïne i.v. 1995-2000

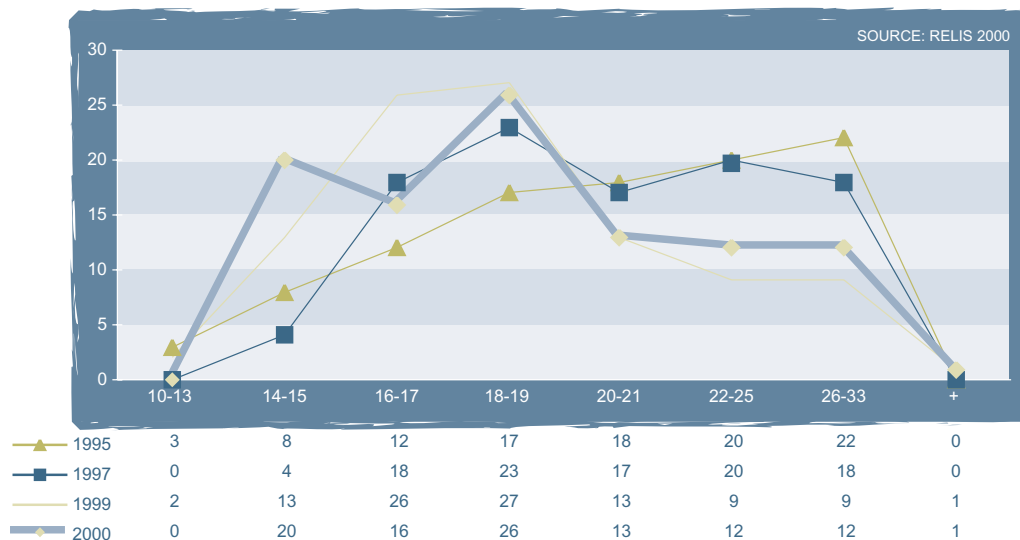
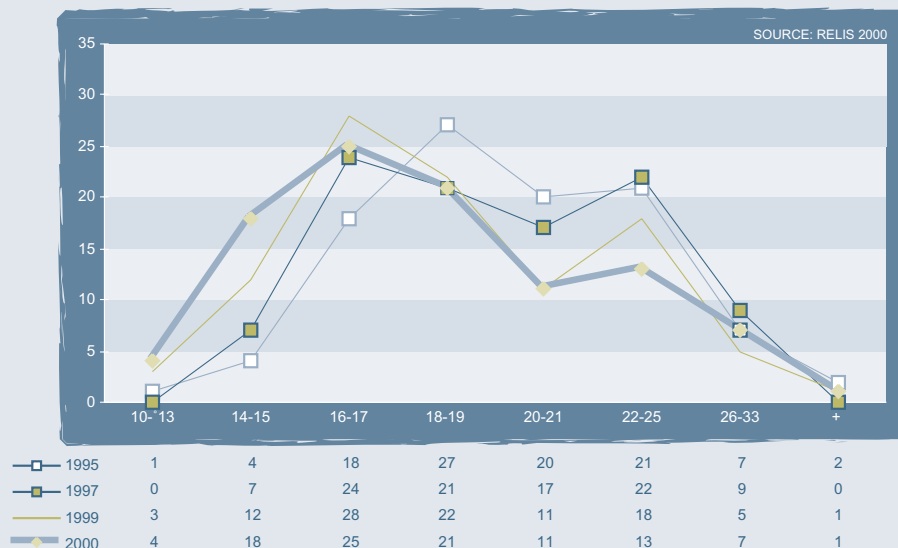


Fig. 15.3ter Ages: première consommation d'héroïne i.v. 1995-2000



TENDANCES

DROGUES LRC D'ACQUISITION ILLICITE

- 25% (▲ depuis 1997) des répondants n'avaient pas encore atteint l'âge de 14 ans au moment de la première consommation de drogues LRC tel que le cannabis. Outre une amplitude plus prononcée pour le groupe d'âge 10-13, le 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 35 ans.
- Les courbes de 1995 à 2000 présentent des décours fort semblables mais se distinguent par un **début de consommation de plus en plus précoce**.

TENDANCES

DROGUES HRC D'ACQUISITION ILLICITE

• **Cocaïne**

Cocaïne par voie intraveineuse:

- ▶ concentration des premières consommations de cocaïne en i.v. entre l'âge de 14 et de 15 ans et entre 18 et 19 ans.
- ▶ courbes à variations d'amplitude plus discrètes (comparées aux drogues LCR) avec un premier pic commun pour les années 1995 à 1999 qui se situait entre 18 et 19 ans (plus tard que pour l'héroïne i.v.). Le pic entre 18 et 19 ans s'observe également en 2000, mais ce dernier est précédé par un premier pic

entre 14 et 15 ans qui s'observe pour la première fois depuis 1995. Il renvoie à une **plus grande proportion d'usagers actuelles (20%) ayant injecté de la cocaïne pour la première fois à un âge précoce de 14 à 15 ans**. A rappeler que 36% (41%) 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. **47% (1999: 43%) (1998: 38%) des répondants n'avait pas encore atteint l'âge de 18 ans lors de la première injection d'héroïne.**
- ▶ courbe typique à double pic entre 16 et 17 ans et entre 22 et 25 ans. Contrairement à la cocaïne, il s'agit pour l'héroïne i.v. d'une courbe présentant un deuxième pic entre 22 et 25 ans qui a cependant tendance à s'estomper.

Héroïne / autres voies d'administration:

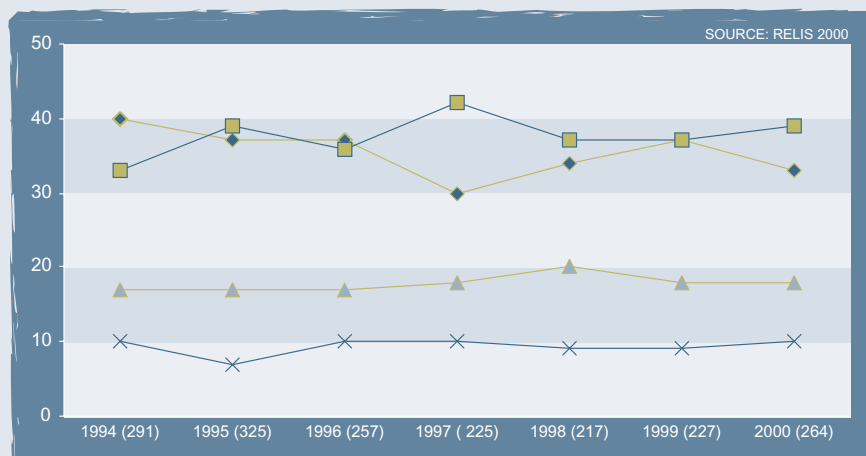
- ▶ en 2000 le pic des premières consommations se situe entre 18 et 19 ans. Comparées aux années 1995 à 1997, les premières consommations d'héroïne par inhalation ont tendance à avoir lieu de façon plus précoce.

MÉTHODOLOGIE

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

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

Fig. 15.4 Durée (Drogues illicites - Mode i.v.). 1994-2000.



◆ 0 - 2 ann es	40	37	37	30	34	37	33
■ 3 - 5 ann es	33	39	36	42	37	37	39
▲ 6 - 9 ann es	17	17	17	18	20	18	18
× > 9 ann es	10	7	10	10	9	9	10

**DONNÉES
COMPLÉMENTAIRES**

- Durée moyenne qui sépare le moment du premier contact avec des drogues LRC et le moment de la première prise par voie i.v.: 4 ans et 8 mois (▲) (n=268) (3 ans et 8 mois). Pour 33% (◆) 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 1 mois (▲) pour les hommes et 18 ans et 7 mois pour les femmes (▼) (moyenne globale : 19 ans et 8 mois) (▼) (n=283).

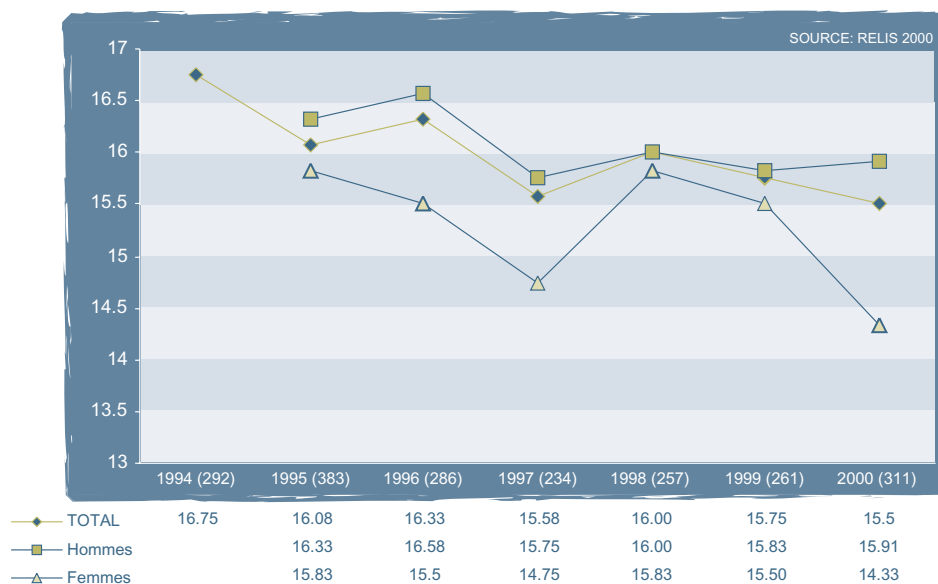
TENDANCES

- Stabilisation observée au niveau de l'âge moyen lors de la première prise de drogue par voie intraveineuse et augmentation de la durée qui sépare la première consommation de drogues illicites et la première prise i.v.

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

AGE/PREMIER CONTACT (2000)	<12	12-13	14-15	16-17	18-19	20-21	22-23	24-25	> 25
% (N= 311)	5	20	32	22	12	3	3	0	4

Fig. 15.5 Moyennes d'âge lors du premier contact avec des drogues d'acquisition illicite (années). 1994-2000



COMMENTAIRES

- **Premier contact avec des produits illicites:** 68% (70%) (n=341) 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 6 mois (n=311) (♣) (15 ans 9 mois). Cette même valeur atteint 15 ans et 11 mois (♠) pour les hommes (n=228) et 14 ans et 4 mois (♣) pour les femmes (n=83).

TENDANCES

- Tendance à la baisse constatée pour les années 1998 à 2000 au niveau de la moyenne d'âge et augmentation de l'écart qui sépare les hommes et les femmes. Conformément à d'autres indicateurs **les femmes témoignent d'un début de plus en plus précoce** de la consommation de drogues tous types

confondus. De 1994 à 2000, l'âge moyen de la première consommation de drogues illicites a diminué d'une année et 3 mois.

TERMINOLOGIE

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

15.6 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	4	11	10	12	11	14	13	7	15

Fig. 15.6 Durée moyenne de l'état de dépendance physique (années, mois). 1994-2000



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 1999.

DONNÉES

COMPLÉMENTAIRES

- **Moyenne d'âge au début de dépendance:** 19 ans et 4 mois (n:297) (19 a 2 m). (hommes : 19 ans et 9 mois / femmes : 18 ans et 5 mois). **De 1997 à 2000, l'âge moyen en question a diminué d'environ une année. Ecart-type: 5,76.**
- Durée moyenne qui sépare la première consommation de drogues illicites et le moment de la dépendance: 4 ans (n:290) (3 a 7 m).

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 s'accroît.

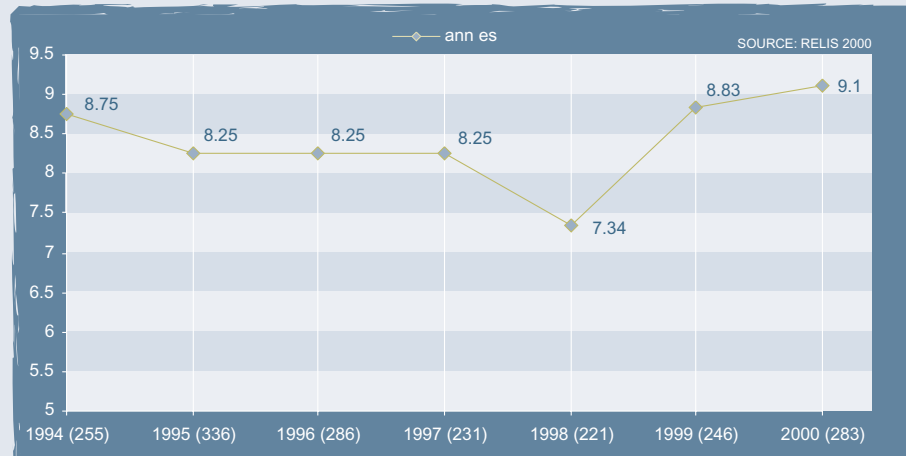
TERMINOLOGIE

- La notion de dépendance est subjective. Même si elle renvoie à des déterminants d'ordre physiologique, elle reflète avant tout l'appréciation du sujet lui-même. L'item en question est formulé de la façon suivante: " A quel moment aviez-vous remarqué que vous étiez physiquement dépendant(e) d'une drogue donnée ? " (demande de précisions lorsqu'il s'agissait d'une drogue classée LRC).

15.7 DUREE MOYENNE DE LA PRISE PAR VOIE INTRAVEINEUSE

DUREE PRISE I.V.(2000) (ANNEES)	0-1	2-3	4-5	6-7	8-9	10-11	12-13	14-15	16-17	≥ 18
%	3	10	9	11	15	9	12	11	6	14

Fig. 15.7 Durée moyenne de la prise en mode i.v.. 1994-2000



DONNÉES

COMPLÉMENTAIRES

- Durée moyenne de la prise i.v.: 9 ans et 10 mois (▲) (8 ans et 10 mois).

TENDANCES

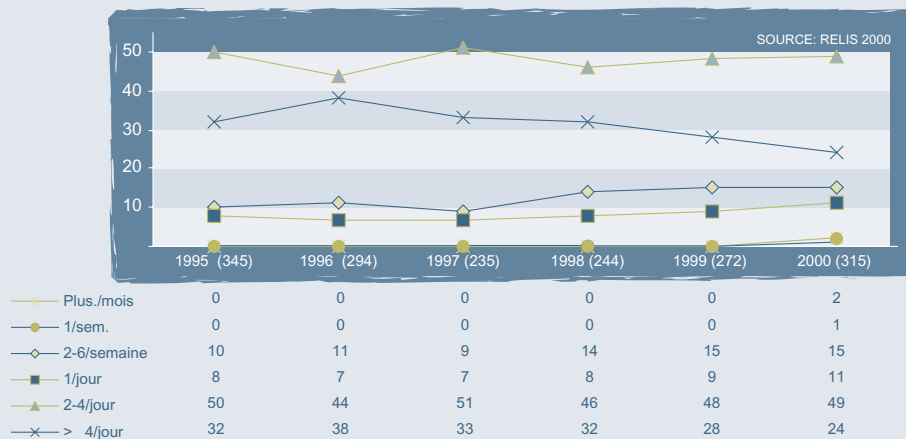
- A l'image de la durée de dépendance, la durée moyenne de prise par voie intraveineuse affiche également une tendance générale à la hausse qui semble se confirmer.

TERMINOLOGIE

- Prise intraveineuse, toutes drogues injectables confondues.

16. FREQUENCE DE CONSOMMATION

Fig. 16 Fréquence de consommation du produit préférentiel. 1995-2000



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. Tendence vers une consommation quotidienne plus modérée constatée à partir de 1997.

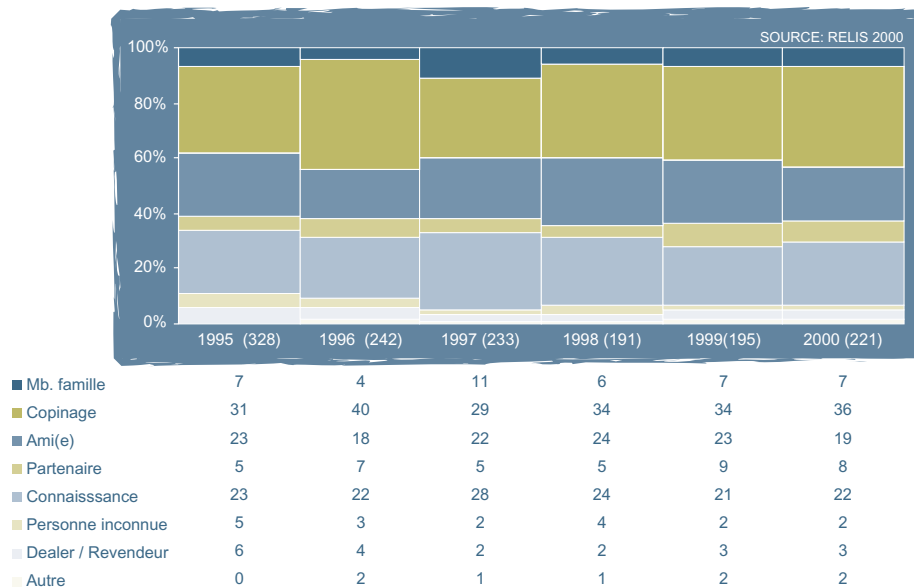
TERMINOLOGIE

- La fréquence de consommation constitue un indicateur de l'état et du degré de dépendance physique.

17. CONTEXTE DU PREMIER CONTACT AVEC DES DROGUES LRC/HRC

17.1 PERSONNE QUI A OCCASIONNE LE PREMIER CONTACT

Fig. 17.1 Personne ayant occasionné le premier contact avec des drogues d'acquisition illicite. 1994-2000



COMMENTAIRES

- Le premier contact avec des drogues d'acquisition illicite est avant tout occasionné par des connaissances / copinages (58%) ou des ami(e)(s) de longue date (19%).
- Le premier contact s'effectue que très rarement par l'intermédiaire d'un "dealer " (3%). L'initiation aux drogues illicites semble en effet davantage profiter d'un contexte de confiance qui est garanti par un entourage connu (ami(e)(s), copains, e.a.).

TENDANCES

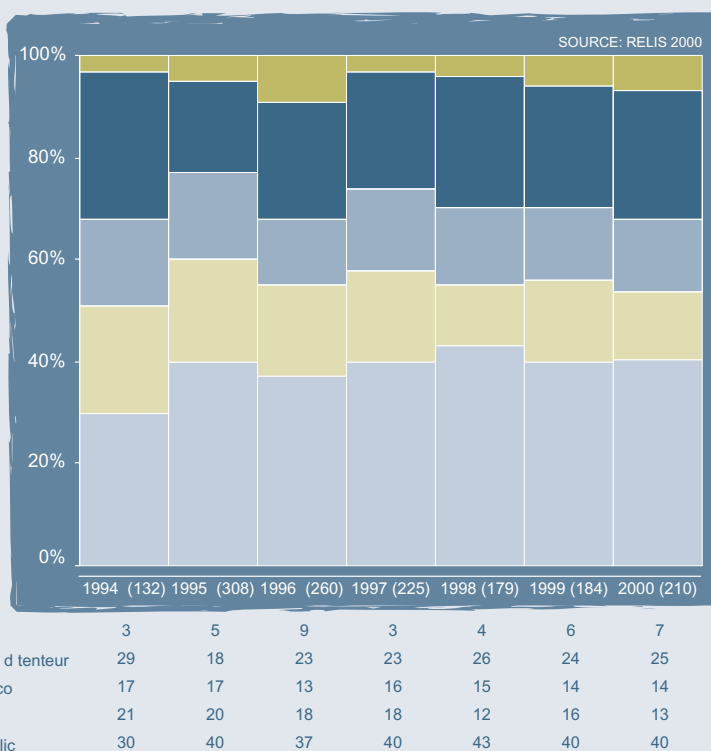
• STABLE

TERMINOLOGIE

L'item se rapporte aux personnes qui ont proposé, vendu ou cédé pour la première fois des drogues illicites au répondant ou avec laquelle le dernier en a consommées pour la première fois.

17.2 LIEU DU PREMIER CONTACT

Fig. 17.2 Lieu du premier contact avec des drogues d'acquisition illicite. 1994-2000



COMMENTAIRES

• Les lieux publics continuent à présenter (40%) le principal environnement dans lequel a lieu le premier contact avec des drogues illicites. Les enceintes d'écoles comptent pour 13% des premiers contacts.

TENDANCES

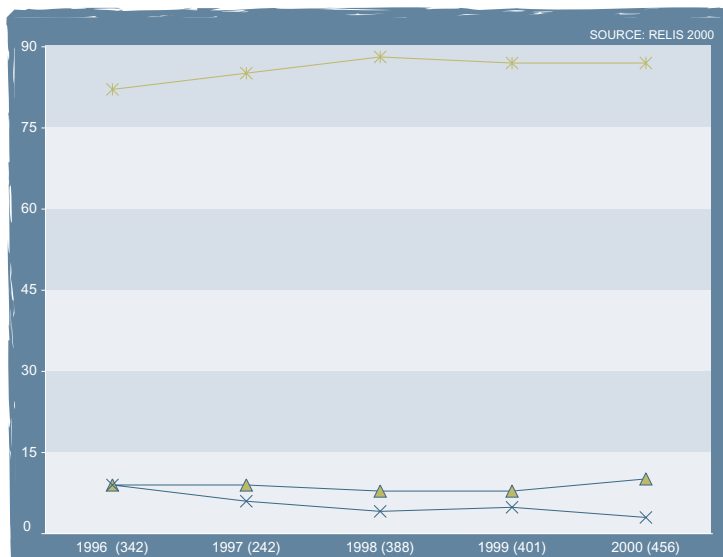
• STABLE

TERMINOLOGIE

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

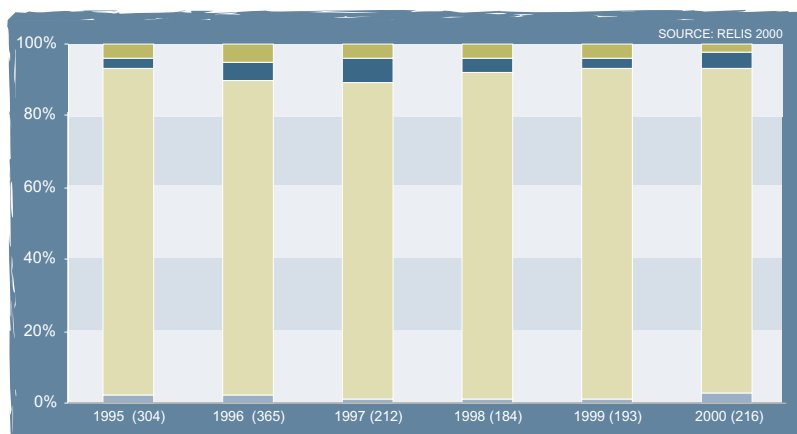
18. LIEU D'ACHAT OU D'APPROVISIONNEMENT DES SUBSTANCES ILLICITES

Fig. 18 Lieu d'approvisionnement des drogues d'acquisition illicite. 1995-2000



▲ Luxembourg	9	9	8	8	10
× Etranger	9	6	4	5	3
* Lux. et Etranger	82	85	88	87	87

Fig.18 bis Pays étrangers d'approvisionnement. 1994-1999



■ France	4	5	4	4	4	2
■ Belgique	3	5	7	4	3	5
■ Pays-Bas	91	88	88	91	92	90
■ autre	2	2	1	1	1	3

COMMENTAIRES

- Les personnes qui s'approvisionnent exclusivement au Luxembourg (10% ▲) peuvent être considérées prioritairement comme des consommateurs alors que les sujets qui achètent uniquement à l'étranger (3%) le font ou bien pour des raisons de moindre coût ou bien afin de pouvoir acheter des quantités plus importantes qui, dans la majorité des cas, sont en

partie destinées à la vente. Pour les personnes qui s'approvisionnent aussi bien au Luxembourg qu'à l'étranger, et c'est la majorité (87%), il est difficile d'avancer une quelconque hypothèse.

- Au niveau du pays d'acquisition, les Pays-Bas demeurent la destination de préférence.

TENDANCES

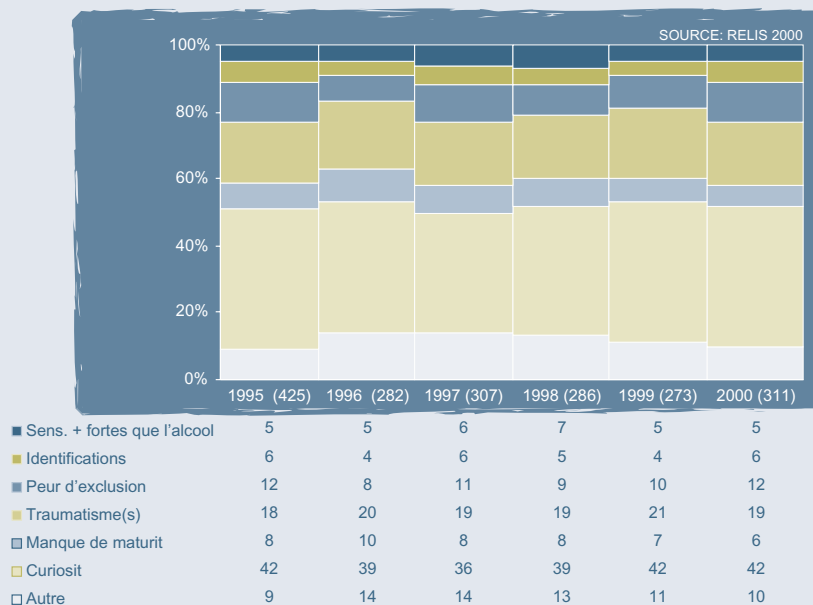
- STABLE. Cependant depuis 1996, on dénombre moins d'utilisateurs qui s'approvisionnent exclusivement à l'étranger ce qui peut constituer un indicateur d'une disponibilité accrue de drogues HRC sur le marché national.

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. 1994-2000



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.) (19%) ou dans la peur d'être rejeté(e)s ou d'être exclu(e)s d'un groupe (12%). Il convient néanmoins de ne pas perdre de vue que la curiosité peut également contenir certains éléments réactionnels (ennui, manque de stimulations, etc.).

TENDANCES

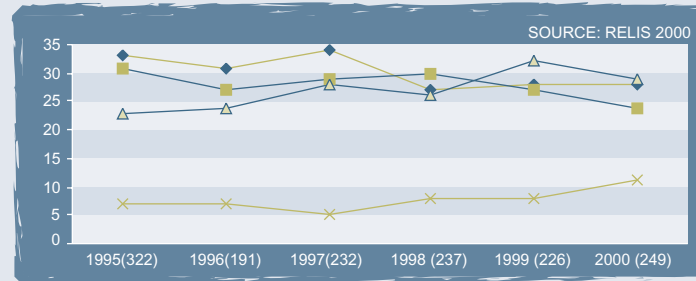
- STABLE

20. DEMANDE D'AIDE ET DE TRAITEMENT

20.1 PREMIER CONTACT AVEC UN INTERVENANT OU UNE INSTITUTION DE SOINS

LIEU / PERSONNE	1995	1996	1997	1998	1999	2000
TRAVAILLEUR DE RUE	5	5	3	5	4	6
MÉDECIN GÉNÉRALISTE	28	24	26	26	23	21
SERVICE D'URGENCES / HÔPITAL/ CHNP / ETC.	33	31	34	27	28	28
SERVICE DE CONSULTATION EXTRAHOSPITALIER	20	13	20	19	22	20
CENTRE THÉRAPEUTIQUE RÉSIDENTIEL	3	3	2	3	2	3
DISPOSITIF D'INTERVENTION MOBILE	2	2	2	3	4	5
CENTRE THÉRAPEUTIQUE POUR ALCOOLIQUES	0	0	1	0	0	0
PSYCHIATRE OU PSYCHOLOGUE LIBÉRAL	3	3	3	4	4	3
PSYCHOLOGUE OU AGENT SOCIAL EN PRISON	1	8	4	4	3	4
CENTRE INFORMATION / PRÉVENTION	0	8	5	5	8	6
AUTRE	6	3	0	4	2	4
N	322	191	232	237	226	249

Fig. 20.1 Lieu ou intervenant du premier contact de soins. 1995-1999.



◆	Serv. médical/institution	33	31	34	27	28	28
■	M. généraliste/Psychiatre libéral	31	27	29	30	27	24
▲	Serv. spécialisés moyen/haut seuil	23	24	28	26	32	29
×	Serv. spécialisés bas seuil	7	7	5	8	8	11
	Autre	6	11	4	9	5	8

COMMENTAIRES

- Le graphique 20.1 présente les données regroupées en quatre domaines d'intervention.
- 29% des sujets répertoriés en 2000 ont été pris en charge pour la première fois par un service spécialisé à moyen ou haut seuil et 28% par un service hospitalier (malaise, accident de surdosage, demande de sevrage).
- 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 (21%).

TENDANCES

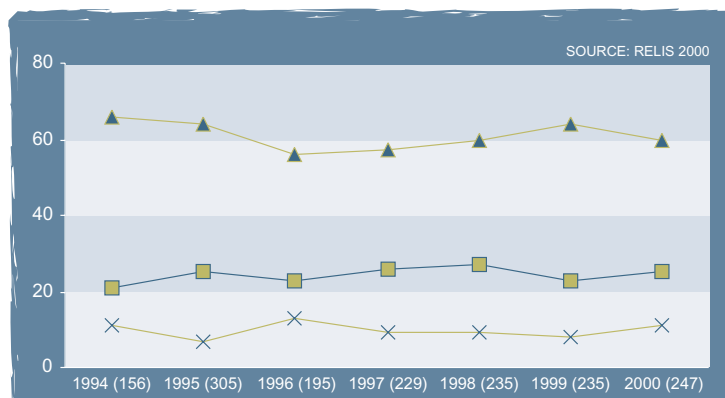
De façon générale, on observe depuis 1995, une tendance qui va dans le sens d'une hausse des premières demandes d'aide adressées aux services spécialisés (40%) au détriment des services psychomédicaux généraux (52%), qui demeurent toutefois en première position en termes de premier recours. Conformément 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 (11% ▲).

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. 1994-2000



Autre	2	4	8	8	4	5	4
Parents, partenaires, amis	21	25	23	26	27	23	25
Raisons psycho-m dico-sociales	66	64	56	57	60	64	60
Raisons juridiques	11	7	13	9	9	8	11

COMMENTAIRES

- La première demande d'aide s'effectue dans 60% des cas pour des raisons médicales ou psychosociales. 44% (50%) des cas rapportent un contexte d'urgence lors du premier recours à un service ou intervenant d'aide.

DONNÉES

COMPLÉMENTAIRES

- Age moyen lors de la première consultation ou de la première demande d'aide: 21 ans et 6 mois (n=248) (21 a 8 m).
- Age moyen lors des premiers traitements ou prises en charge plus endémiques: 22 ans et 7 mois (▲) (n=207) (22 a 1 m).
- La moyenne de la durée de dépendance avant le premier traitement endémique tel que défini ci-après équivaut à 3 ans et 3 mois (▲).

TENDANCES

- Alors qu'on observe une stabilisation de l'âge moyen du début de l'état de dépendance physique: 19 ans et 4 mois (19 a 2 m) (▲) 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 (2000)	%
DÉSINTOXICATION À COURT TERME	30 (29)
SIMPLE SUIVI MÉDICAL	2 (2)
TRAITEMENT DE SUBSTITUTION	16 (15)
PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE SANS PRESCRIPTION DE MÉDICAMENTS	11 (12)
PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE AVEC PRESCRIPTION DE MÉDICAMENTS	4 (8)
ENGAGEMENT THÉRAPEUTIQUE	27 (25)
CONSEILS ET AIDES PONCTUELS	3 (3)
AIGUILLAGE VERS UNE AUTRE INSTITUTION	0 (0)
AUCUN TRAITEMENT	1 (0)
POSTCURE	3 (2)
AIDE À LA RÉINSERTION SOCIOPROFESSIONNELLE	4 (4)
N	320

DONNÉES

COMPLÉMENTAIRES

- Le temps écoulé depuis la fin du traitement précédant (n-1) et le traitement actuel (n) est en moyenne de 587 jours (▲) (441 jours). Exprimé en d'autres termes, une personne répertoriée consulte en moyenne 0,62 (0,82) fois par an.

- Première demande de traitement en général**, toutes institutions confondues : 3% (1998 : 4%). Parmi les premiers demandeurs de traitement, on compte 80% d'hommes et 20% de femmes).

- 86% des répondants (n:180) ont déjà suivi au moins un **traitement de substitution** avant le recensement 2000. Il s'agissait pour 40% des cas d'un traitement dans le cadre du programme méthadone, et pour 60% d'un traitement dispensé par le réseau de médecine générale (Méphénon[®] et autres opiacés / opioïdes).

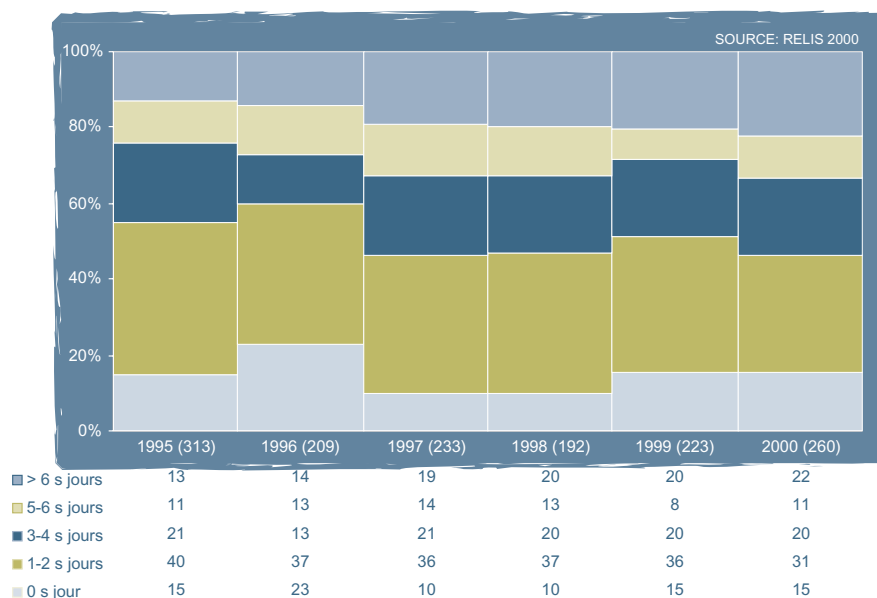
TENDANCES

- Le temps écoulé entre les deux consultations consécutives les plus récentes a tendance à augmenter.

- La proportion de premières demandes de traitement (3%) est stable par rapport à 1998. 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. 1995-2000



COMMENTAIRES

- 15% des sujets avaient, au moment du recueil des données, à leur actif, aucun séjour institutionnel (traitement stationnaire) et 22% ont déjà effectué plus de 6 séjours institutionnels au cours de leur carrière de toxicomane. Une majorité de personnes (51%) se situent dans la classe de fréquence de séjours de 1 à 4.

DONNÉES

COMPLÉMENTAIRES

- 84% des 892 (724) séjours rapportés furent effectués au G.-D. de Luxembourg et 11% à l'étranger (inconnu: 5%).

TENDANCES

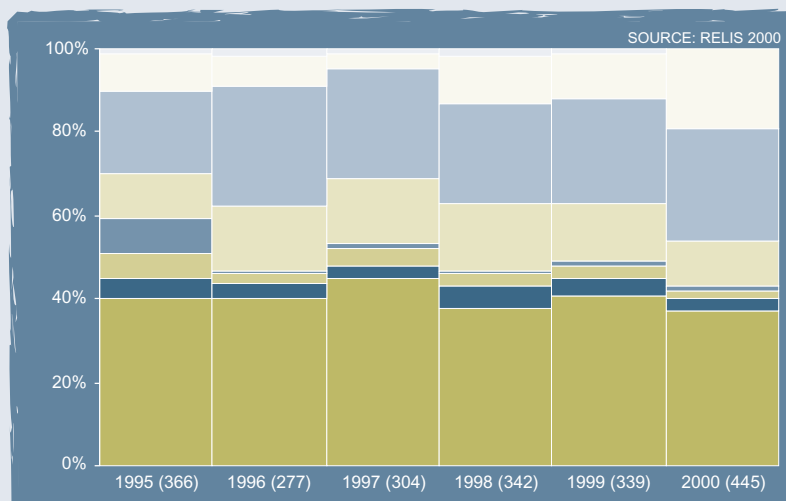
- En référence à l'année 1995, on retiendra une augmentation sensible au niveau de la fréquence de séjours stationnaires. Les usagers problématiques recensés par RELIS témoignent en majorité d'un passé thérapeutique étoffé. On doit constater une certaine chronification et un renouvellement plus lent 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 PRÉFÉRÉNTIEL D'APPROVISIONNEMENT DU MATÉRIEL D'INJECTION

Fig. 23 Lieu préférentiel d'approvisionnement du matériel d'injection. 1995-2000



□ autre	1	2	1	2	1	0
□ Instit. sp cial is es	9	7	4	11	11	19
□ Distributeurs	20	29	26	24	25	27
□ ABRIGADO	11	15	16	16	14	11
■ Connaissances	8	1	1	1	1	1
■ H pitaux	6	2	4	3	3	2
■ Travail. de rue	5	4	3	5	4	3
■ Pharmacie	40	40	45	38	41	37

TENDANCES

- Les pharmacies (37% ▼) demeurent les lieux d'approvisionnement de seringues préférés.
- 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 2000

A. Statistiques annuelles relatives à la production, au trafic et à l'usage illicites de drogues de 1985 à 2000

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 de *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 (angl : conviction)*: jugement par lequel la personne inculpée est reconnue coupable.
- ▶ *Détention* : privation de liberté. Elle peut être préventive (en phase d'instruction, avant le jugement) ou simple (suite à un jugement).

Années	PROCES VERBAUX						PREVENUS					
	95	96	97	98	99	2000	95	96	97	98	99	2000
S.P.J.	123	117	137	192	343	231	152	141	182	224	434	278
Gendarmerie	198	232	255	265	782	965	319	322	335	339	916	1200
Police¹	199	179	177	243	189	144	371	344	280	386	283	280
Douanes²	244	336	236	125	173	144	421	561	408	221	306	280
Total	764	864	805	825	1.187	1.340	1.263	1.368	1.205	1.170	1.939	1.758

Années	ARRESTATIONS						SAISIES					
	95	96	97	98	99	2000	95	96	97	98	99	2000
S.P.J.	27	24	25	19	27	22	61	86	78	124	216	154
Gendarmerie	8	12	15	7	15	47	104	130	125	98	375	650
Police	32	27	32	34	32	48	150	130	138	171	151	165
Douanes	61	86	82	40	34	48	234	346	246	140	185	165
Total	128	149	154	100	108	117	549	702	587	533	927	969

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 transité par le Luxembourg et qui ont été saisies aux douanes luxembourgeoises, à l'aéroport, etc. Les chiffres produits regroupent les saisies de tous les corps répressifs au niveau national. Pour l'année 2000, les données sur les saisies nationales ont été produites à titre comparatif.

PRODUITS	1985		1986		1987		1988		1989		1990	
	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	0,002	1	0,068	3							0,460	1
1.5. HÉROÏNE	6,826	32	7,832	23	0,302	39	14,888	81	0,540	63	0,527	133
1.6. MÉTHADONE ³											565 ml	1
2. COCA ET DERIVES												
2.1. FEUILLES DE COCA	1,487	17	2,045	10	2,375	10	0,205	1	0,290	2	0,090	4
2.2. PÂTE DE COCA	0,100	1	0,690	2					0,220	1	1,000	1
2.3. COCAÏNE	27,171	17	6,475	11	18,224	18	4,579	35	21,117	19	23,260	32
3. STIMULANTS DU SNC												
3.1. AMPHÉTAMINES	0,009	2			0,293	6	0,353	7				
3.2. MÉTAMPHÉTAMINES												
3.3. MDMA (XTC) ⁴												
3.4. PRODUITS PHARMACEUT. ⁴												
4. HALLUCINOGENES												
4.1. LSD ⁵	202	2			6	2	1	1			2000	1
4.2. PCP												
5. CANNABIS ET DERIVES												
5.1. FEUILLES DE CANNABIS	48,993	15	0,211	29	4,339	16	168,079	16	4,403	33	18,750	46
5.2. RÉSINE DE CANNABIS	5,622	60	15,012	101	16,197	84	21,955	93	6,630	82	13,750	147
5.3. HUILE DE CANNABIS							1 flac.	1				
Nb. PERSONNES IMPLIQUÉES												
SAISIES : HÉROÏNE		44		33		51		92		75		186
Nb. PERSONNES IMPLIQUÉES/TOTAL	287		242		248		424		465		451	

¹Quantité saisies; kg (sauf indication contraire)

²Nombre saisies

³Unité : "doses"

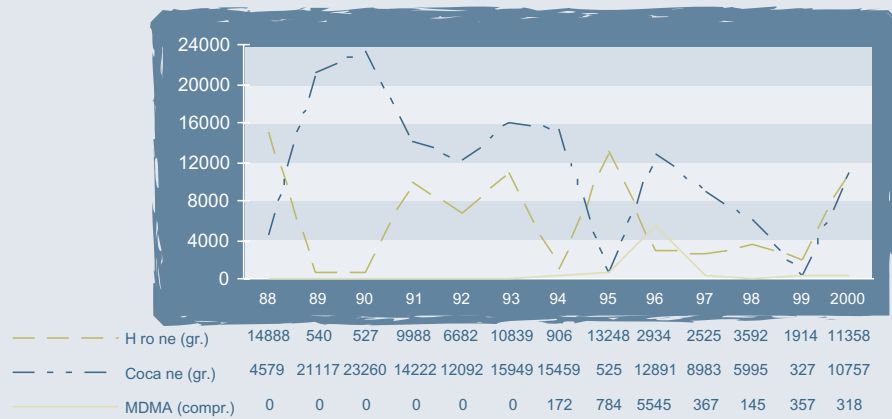
⁴Unité : comprimés

⁵Unité : "trips"

PRODUITS	1991		1992		1993		1994		1995	
	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	9,988	175	6,682	169	10,839	141	0,906	251	13,248	255
1.6. Méthadone	450 ml	3	45 ml	3	10 ml	1	15 doses	1	5 doses	2
2. COCA ET DERIVES										
2.1. FEUILLES DE COCA	0,200	1	0,430	3	0,995	9				
2.2. PÂTE DE COCA										
2.3. COCAÏNE	14,222	67	12,092	65	15,949	21	15,459	43	0,525	48
3. STIMULANTS DU SNC										
3.1. AMPHÉTAMINES	0,053	2	0,333	9	0,351	11	0,103	7	0,030	9
3.2. MÉTAMPHÉTAMINES										
3.3. MDMA (XTC)							172	8	784	25
3.4. PRODUITS PHARMACEUT.			35,458	1			213	13	91	8
4. HALLUCINOGENES										
4.1. LSD	2648	3	39	8	793	2			100	8
4.2. PCP										
4.3. CHAMPIGNONS HALLUC.										
5. CANNABIS ET DERIVES										
5.1. FEUILLES DE CANNABIS	1,040	85	1,661	87	11,100	29	292,577	59	0,961	75
5.2. RÉSINE DE CANNABIS	22,568	205	32,820	245	391,597	68	24,420	108	11,275	129
5.3. HUILE DE CANNABIS					0,030	1				
5.4. PLANTES DE CANNABIS ³										
Nb. PERSONNES IMPLIQUÉES										
SAISIES : HÉROÏNE	206		203		233		312		321	
Nb. PERSONNES IMPLIQUÉES/TOTAL	303		901		128		630		675	

³ Unité

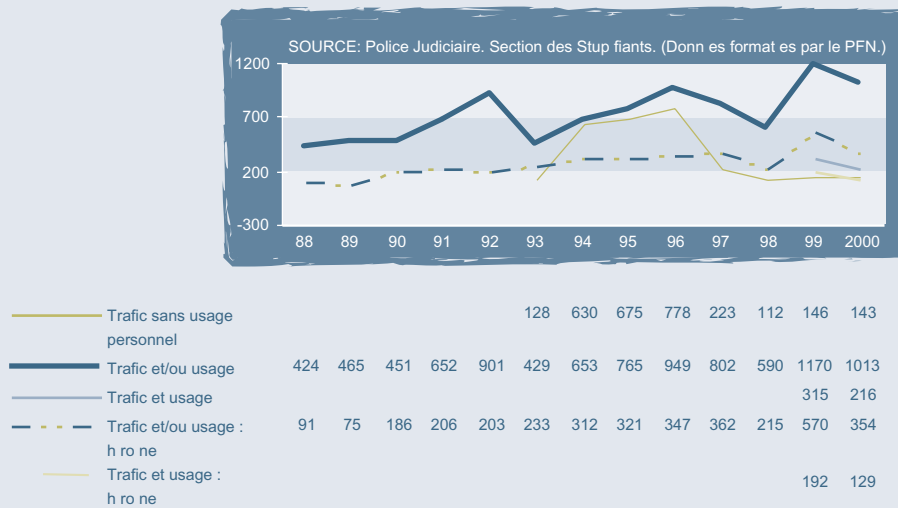
Fig. A.2.1 Quantité saisies : Héroïne, Cocaïne, Ecstasy (1988-2000)



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

A.2.2. Evolution du nombre de personnes impliquées dans les affaires de saisies selon les infractions constatées

Fig. A.2.2.1 Saisies: Nombre de personnes impliquées (1988-2000)



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

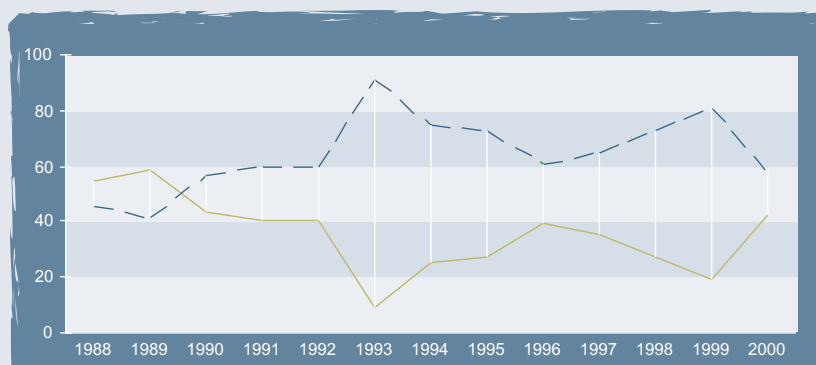
Observations :

- 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 1996 fait place en 2000 à une hausse considérable qui est avant tout tributaire de deux saisies internationales importantes.

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 (2000 : 969). Le nombre de saisies de cocaïne, et d'ecstasy semble s'être stabilisé. Une hausse modérée mais continue et du nombre et des quantités de saisies d'amphétamines mérite d'être relevée. Même si le nombre total de personnes impliquées dans le commerce de la drogue affiche des variations annuelles importantes, le nombre de personnes impliquées spécifiquement dans le trafic d'héroïne suit une évolution croissante, remarquablement homogène jusqu'en 1999 (570) pour retomber en 2000 au niveau observé en 1997. Cette même constatation vaut pour le nombre total de personnes impliquées lors d'affaires de saisies affichant 1.168 personnes en 1999 et 1.007 en 2000. Globalement, les quantités saisies ont régressé à partir de 1996 alors que le nombre de personnes impliquées dans le trafic affichait une hausse importante jusqu'en 1999. Le développement de micro-réseaux de distribution contribuait probablement à cette situation. En 2000, on observe l'amorce d'une baisse du nombre de personnes impliquées au niveau des saisies. Une situation qu'il s'agira de suivre afin de déterminer s'il s'agit d'une véritable tendance, d'une stagnation ou d'un changement transitoire.
- ▶ Aucune saisie de PCP et de Crack n'a été rapportée jusqu'à ce jour au Grand-Duché de Luxembourg. En 1994 furent enregistrées les premières saisies de MDMA, MDA... (type : ecstasy) dont la disponibilité semblait amorcer une évolution quasi exponentielle de 1994 à 1996 qui s'est cependant stabilisée à un niveau bas (318 comprimés) depuis les dernières quatre années.
- ▶ On note enfin une augmentation considérable des quantités de cannabis saisies en 2000 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 2000 le nombre de saisies de cannabis est passé de 167 à 400 et le nombre de personnes impliquées de 242 à 518.

Fig. A.2.2.2 Distribution selon la nationalité des prévenus impliqués dans le trafic et le commerce de substances illicites (1988-2000) (%)



— Nationaux	55	59	43	40	40	9	25	27	39	35	27	19	42
- - - Etrangers	45	41	57	60	60	91	75	73	61	65	73	81	58

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

A.2.3. Prix des produits vendus au détail (unités d'achat usuelles)

	1994	1995	1996	1997	1998	1999			2000		
	PRIX	PRIX	PRIX	PRIX	PRIX	MIN.	MAX.	MOYEN	MIN.	MAX.	MOYEN
CANNABIS											
HASCHISCH	5-6	5-6	5-6	5-6	5-6			7,4	6,7	7,9	7,4
MARIJUANA				2,5-3	2,5-3			6,2	6	6,7	6,2
COCAÏNE	100-150	100-150	100-150	120-170	120-170			90	74,4	90	90
HÉROÏNE (BROWN)	65-150	65-150	65-150	90-150	90-150			90	50	74,4	74,4
AMPHÉTAMINES			15-26	25-30	25-30			?	?	?	?
ÉCSTASY				9-13	9-13			12,4	8,7	12,4	10,7
LSD	11-13	11-13	11-13	11-13	11-13			?	?	?	?

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)

NOMBRE D'ÉCHANTILLONS	297
NOMBRE D'ÉCHANTILLONS POSITIFS (PRINCIPE ACTIF)	157 (53%)
POUDRES	
HÉROÏNE	80
COCAÏNE	12
AMPHÉTAMINE	1
MÉTHAMPHÉTAMINE	1
MATIÈRES VÉGÉTALES	
CANNABIS ET DÉRIVÉS	26
CHAMPIGNONS/PSYLOCYBINE	3
COMPRIMÉS	
MDMA	21
MDMA + MDEA	1
MÉTHADONE	4
BUPRÉNORPHINE	2
LIQUIDES	
NITRITE DE BUTYLE (POPPERS)	1
MÉTHADONE	5

SOURCE: Laboratoire National de Santé. Division Toxicologie. 2000

A.3.2. Puretés des produits vendus au détail (unités d'achat usuelles)

	1994	1995	1996	1997	1998	1999			2000		
	PURETÉ (%)	PUR. (%)	PUR. (%)	PUR. (%)	PUR. (%)	MIN.	MAX.	MOYEN	MIN.	MAX.	MOYEN
CANNABIS						2	5,13	3,46	2,65	11,7	8,03
COCAÏNE	60-90	60-90	60-90	60-90	60-85	45,8	88,76	70,66	28,3	92,2	60,25
HÉROÏNE (brown)			15-23	20-25	17-25	7,2	27,7	12,17	2,8	54,9	17,59
ECSTASY (MDMA)									18,7	52,3	35,5
(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 2000 ⁴

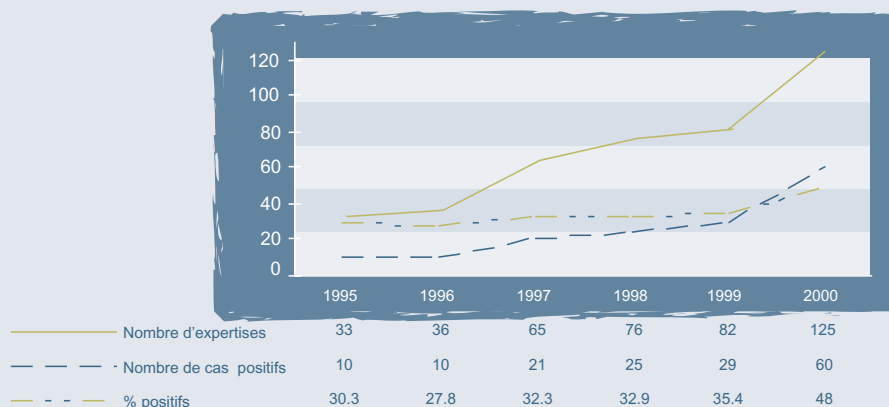
A.3.3.1. Résultats relatifs aux expertises portant exclusivement sur la détection de drogues et de médicaments

Substances ou groupes de substances détectés	Nombre de résultats positifs	% positifs (n :125)
Ethanol ⁵	53	42,4%
Amphétamines ⁶	5	4,0%
Benzodiazépines	42	33,6%
Cannabinoïdes	60	48,0%
Cocaïne	13	10,4%
Opiacés /héroïne	37	29,6%
Méthadone	25	20,9%

SOURCE: Laboratoire National de Santé. Division Toxicologie. 2000

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 (1995-2000)



SOURCE: Laboratoire National de Santé. Division Toxicologie. 2000

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.)

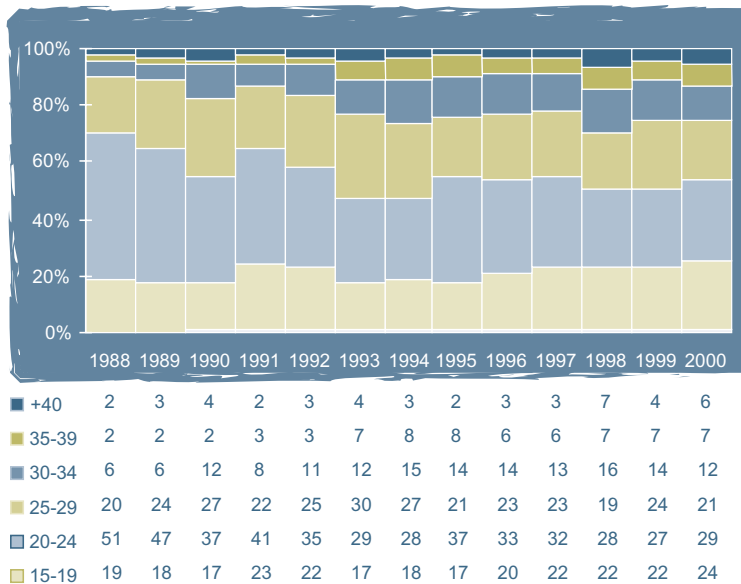
A.4. Prévenus: Données socio-démographiques / Types d'infraction

A.4.1 Evolution du nombre de prévenus pour le code " Delit-Stup" selon sexe et nationalité de 1985 - 2000

	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
AGE															
0-14	9	5			7	2	6	12	1	12	3	6	7	27	21
15-19	121	179	212	173	179	293	320	146	169	205	270	257	249	415	413
20-24	264	262	569	461	383	520	527	242	403	456	447	369	321	519	497
25-29	119	110	220	232	278	275	371	255	309	256	304	269	220	448	354
30-34	49	71	67	58	124	98	159	104	186	167	191	151	187	269	208
35-39	17	22	29	21	27	34	52	49	65	98	80	73	76	131	113
≥40	17	28	19	30	43	35	46	29	21	33	42	45	78	84	108
INCONNU	27	11	21	25	30	19	50	53	20	36	31	35	32	46	44
TOTAL	623	688	1137	1000	1071	1276	1531	890	1174	1263	1368	1205	1170	1939	1758
HOMMES	503	574	970	887	851	1045	1248	674	938	1035	1138	1009	958	1658	1415
FEMMES	120	114	166	113	220	213	256	183	209	186	173	174	193	248	241
SEXE															
INCONNU	0	0	1	0	0	18	27	33	27	41	57	22	19	33	44

Source : Police Judiciaire. Section des Stupéfiants.

Fig. A.4.1. Distribution selon les classes d'âge des prévenus (1988 - 2000)



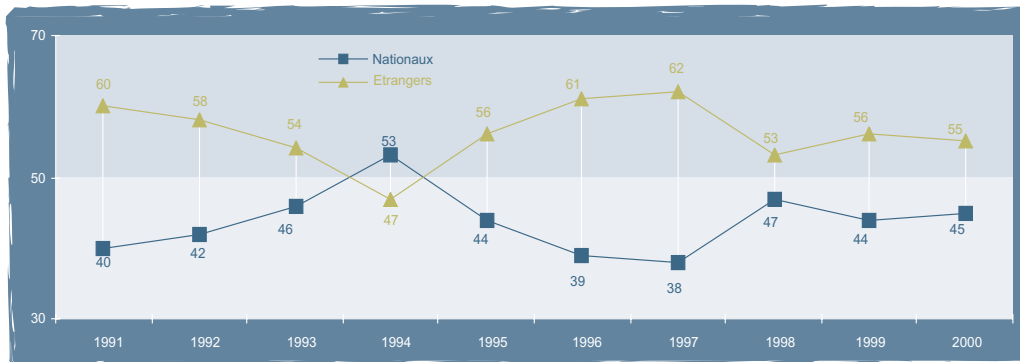
Source : Police Judiciaire. Section des Stupéfiants. (Données formatées par le PFN.)

A.4.2 Prévenus: type de délit croisé par la substance impliquée. (1999-2000)

SUBSTANCE	DÉLIT	1999			2000		
		N	MODE I.V.	TOTAL	N	MODE I.V.	TOTAL
HÉROÏNE	USAGE & TRAFIC	329	157		193	113	
	TRAFIC	75		1.050	57		849
	USAGE	646	361		599	370	
COCAÏNE	USAGE & TRAFIC	85	34		45	19	
	TRAFIC	31		204	25		87
	USAGE	88	31		17	61	
CANNABIS	USAGE & TRAFIC	326			195		
	TRAFIC	43		995	23		901
	USAGE	626			683		
AMPHÉTAMINES	USAGE & TRAFIC	2			9		
	TRAFIC	3		12	5		29
	USAGE	7			15		
ECSTASY (MDMA, ETC.)	USAGE & TRAFIC	10			14		
	TRAFIC	2		25	4		30
	USAGE	13			12		
LSD	USAGE & TRAFIC	4			8		
	TRAFIC	1		10			11
	USAGE	5			3		
NOMBRE TOTAL DE MOTIFS D'INTERPELLATION CONNUS	USAGE & TRAFIC		175	756		132	464
	TRAFIC			155			114
NOMBRE TOTAL DE PRÉVENUS	USAGE	384		1.385	431		1329
	TOTAL			2.296			1907
				1.939			1758

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- 2000)



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

A.4.4. Distribution des prévenus selon la catégorie socioprofessionnelle (1996-2000)

CATÉGORIE	1996		1997		1998		1999		2000	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
OUVRIERS	323	24	260	21	246	21	447	23	418	24,2
FONCTIONNAIRES/ EMPLOYÉS	187	14	31	3	112	10	58	3	47	2,7
INDÉPENDANTS	59	4	8	1	17	1	33	2	8	0,5
ETUDIANTS	29	2	192	16	151	13	263	13	262	15,2
SANS PROFESSION	679	50	634	53	527	45	1012	52	898	52,1
RENTIERS	7	1	4	0,3	38	3	7	1	5	0,3
INCONNU	72	5	76	5,7	38	7	119	6	87	5

Source : Police Judiciaire. Section des Stupéfiants.

A.4.5. Répartition selon sexe, nationalité et statut de mineur d'âge (1997-2000)

	NATIONALITÉ LUXEMBOURGEOISE											
	97			98			99			2000		
	H	F	Tot	H	F	Tot	H	F	Tot	H	F	Tot
N. mineurs d'âge	374	95	469	464	114	578	704	144	848	599	145	744
	42	7	49	41	5	46	61	21	82	66	28	94

	NATIONALITÉ ÉTRANGÈRE											
	97			98			99			2000		
	H	F	Tot	H	F	Tot	H	F	Tot	H	F	Tot
N. mineurs d'âge	635	79	714	494	79	573	860	89	949	816	96	912
			35			33	63	9	72	46	11	57

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

Remarque : En 1997, 1998, 1999, et 2000 le nombre de prévenus dont le sexe est inconnu s'élevait respectivement à 22, 19, 33 et 44.

A.4.6. Premiers auteurs (1992-2000)

A.4.6.1. Répartition selon statuts de premier auteur et de mineur d'âge (1992-2000)

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
PREMIERS AUTEURS	697	331	382	498	508	389	422	645	608
Nombre de mineurs d'âge parmi les premiers auteurs	96	48	57	92	102	84	79	155	154
% de mineurs d'âge parmi les premiers auteurs	13,8%	14,5%	14,9%	18,5%	20%	21,6%	18,7%	24%	25,3%
NOMBRE TOTAL DE PREVENUS	1.531	890	1.174	1.263	1.368	1.205	1.170	1.939	1.758
(toutes catégories confondues)									
% de mineurs d'âge parmi le nombre total de prévenus	6,3%	5,4%	4,9%	7,3%	7,5%	7,0%	6,8%	8%	8,8%

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 (1992/2000)

TYPE DE SUBSTANCE IMPLIQUÉE AD MINIMA	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
HÉROÏNE	162	91	154	170	121	104	109	157	133
COCAÏNE	64	15	39	46	34	20	30	60	37
AMPHÉTAMINES	5	0	15	11	11	12	18	14	9
TYPE " ECSTASY "	1	3	9	47	20	26	26	6	11
MÉDICAMENTS D'ACQUISITION ILLICITE	1	0	3	0	0	0	1	0	7
PRODUITS DE SUBSTITUTION D'ACQUISITION ILLICITE	0	0	1	0	0	0	0	0	0
TOTAL (SUBSTANCES HRC)	233	109	221	274	186	162	184	237	197

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

SUBSTANCE	DÉLIT	1995	1996	1997	1998	1999	2000
HÉROÏNE	USAGE & TRAFIC	68	51	57	59	48	44
	TRAFIC/DEAL	21	56	53	9	18	10
	USAGE	24	6	7	17	27	29
	TOTAL	113	113	117	85	93	83
COCAÏNE	USAGE & TRAFIC	20	29	27	16	21	14
	TRAFIC/DEAL	7	27	23	7	9	7
	USAGE	10	1	6	6	12	5
	TOTAL	37	57	56	29	42	26
CANNABIS	USAGE & TRAFIC	25	13	18	19	32	19
	TRAFIC/DEAL	1	14	11	3	8	2
	USAGE	4	5	4	8	3	11
	TOTAL	30	32	33	30	43	32
AMPHÉTAMINES	USAGE & TRAFIC		2	2	4	1	2
	TRAFIC/DEAL		1				1
	USAGE	2			4		1
	TOTAL	2	3	2	8	1	4
ECSTASY (MDMA,ETC.)	USAGE & TRAFIC	3	3	3	1	3	3
	TRAFIC/DEAL	1	4	3			1
	USAGE	1					1
	TOTAL	5	7	6	1	3	5
LSD	USAGE & TRAFIC		1	1		1	1
	TRAFIC/DEAL		1				
	USAGE						
	TOTAL		2	1		1	

NOMBRE TOTAL DE MOTIFS D'ARRESTATION CONNUS

USAGE & TRAFIC	116	99	108	99	106	83
TRAFIC/DEAL	30	104	90	19	35	21
USAGE	41	12	17	35	42	47
TOTAL	187	215	215	153	183	151

NOMBRE TOTAL D'ARRESTATIONS INDÉPENDAMMENT DU MOTIF

	128	149	154	100	108	117
--	-----	-----	-----	-----	-----	-----

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

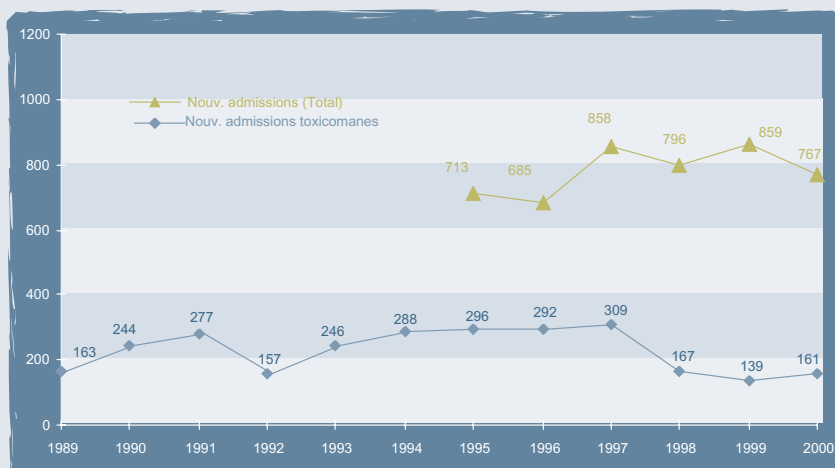
B. Données statistiques relatives à la population de toxicomanes en milieu carcéral de 1989 à 2000

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 2000. A noter qu'au 31 décembre 2000, la population carcérale totale s'élevait à 400 (386) détenus (CPL: 354 / CPG: 46).

ANNÉE	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00
NOUVELLES ADMISSIONS (TOTAL)							713	685	858	796	859	767
NOUVELLES ADMISSIONS "STUP"	163	244	277	157	246	288	296	292	309	167	139	161
							41.5%	42.6%	36%	21%	16%	21%

Source : Administration pénitentiaire 2000

Fig B.1 Détention carcérale pour code "Délict-Stup". 1989-2000



Source : Administration pénitentiaire (CPL), 2000

C. Cas de décès par surdose au Grand-Duché de Luxembourg (1985-2000)

C.1 Définition

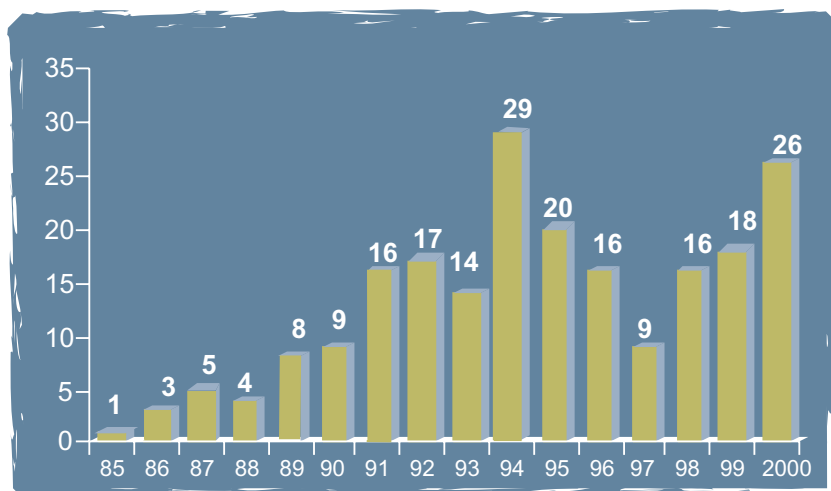
La CIM-10 fait référence à la notion d' **"intoxication aiguë"** : (F1x.O) - G.1: Preuves manifestes concernant l'utilisation récente d'une ou de plusieurs substances psycho-actives à des doses suffisantes pour entraîner une intoxication. Dans le cadre restreint du présent chapitre l'occurrence d'une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

Décès par surdose (directs):

"Intoxication létale, volontaire accidentelle ou d'intention non déterminée, provoquée de façon directe par a) ad minima l'usage de drogues d'acquisition illicite ou b) par toute(s) autre(s) drogue(s) dans le cas où la victime est considérée comme ayant été un consommateur ou une consommatrice régulier(e) de ces mêmes drogues. Le décès est dû aux effets pharmacologiques aigus de la substance consommée. 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 bien évidemment toute personne non-toxicomane ayant commis un acte suicidaire en consommant une dose létale de produits pharmaceutiques. Le graphique ci-après reprend l'évolution des cas de décès par surdosage survenus sur le territoire luxembourgeois suite à la consommation de drogues d'acquisition illicite.

Fig C.1 Cas de décès par surdose au Grand-Duché de Luxembourg (1985-2000)



Source : Police Judiciaire Section des Stupéfiants.

C.2 Résultats des analyses toxicologiques sur les victimes de surdosage fatal par le LNS (2000)

ANNÉE	AUTOPSIES (N)	DECÈS HÉROÏNE*	DECÈS AUTRES OPIACÉS*	TOTAL OPIACÉS*	DECÈS AUTRES DROGUES*	TOTAL DECÈS 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

(*) 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 dans le cadre d'intoxications aiguës

Nombre total de cas	252	Substances recherchées/dosées	Nombre d'échantillons positifs (principe actif)
Nombre total d'échantillons analysés	419		
		alcool	113
		amphétamines	6
		antidépresseurs	32
		benzodiazépines	208
		cannabinoïdes	21
		cocaïne	7
		lithium	6
		méthadone	21
		neuroleptiques	24
		opiacés	57
		paracétamol	57
		salicylés	10

SOURCE: Laboratoire National de Santé. Division Toxicologie. 2000

Références bibliographiques

AST - Point Focal O.E.D.T Luxembourg (Ministère de la Santé), Réseau National d'Information sur les Drogues et les Toxicomanies - Toile d'araignée; *Rapport National 1994*, Luxembourg, Avril 1995.

AST - Point Focal O.E.D.T Luxembourg (Ministère de la Santé), Réseau National d'Information sur les Drogues et les Toxicomanies - RELIS-LINDDA; *Rapport National 1995*, Luxembourg, Avril 1996.

AST - Point Focal O.E.D.T Luxembourg (Ministère de la Santé), Réseau National d'Information sur les Drogues et les Toxicomanies - RELIS / LINDDA ; *Rapport National 1996*, Luxembourg, Mai 1997.

AST - Point Focal O.E.D.T Luxembourg (Ministère de la Santé), Réseau National d'Information sur les Drogues et les Toxicomanies - RELIS / LINDDA ; *Rapport National 1997*, Luxembourg, Septembre 1998.

AST - Point Focal O.E.D.T Luxembourg (Ministère de la Santé), Réseau National d'Information sur les Drogues et les Toxicomanies - RELIS / LINDDA ; *Rapport National 1998*, Luxembourg, Juin 1999.

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

Caballero, F., *Droit de la Drogue*, Paris, Dalloz, 1989.

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

Centre de Prévention des Toxicomanies (CePT), *Bilan d'activités 1998*, Luxembourg, 1999.

Centre de Prévention des Toxicomanies (CePT), *Bilan d'activités 1999*, Luxembourg, 2000.

Comité de surveillance du Sida, *Rapport d'activité 1998*, Luxembourg, 1999.

Comité de surveillance du Sida, *Rapport d'activité 1999*, Luxembourg, 2000.

Conseil de l'Europe, *Rapport du séminaire sur la circulation routière et drogues*, Strasbourg, 19-21 avril 1999, ISBN 92-871-4144-4).

D.E.A., Drug Enforcement Agency – Agence américaine de lutte contre

les drogues, <http://www.usdoj.gov/dea/deahome.html>

Decourrière A., *Les drogues dans l'Union européenne - Le Droit en question*, Bruxelles, Bruylant, 1996.

Dekker S., *Estimation du nombre des " usagers de drogues à problèmes " - Inventaire des techniques utilisées dans quelques pays d'Europe*, Groupe Pampidou, Strasbourg, 1994.

Dickes P., Houssemand Cl., Martin R., *La consommation de drogues légales et illégales des élèves des 6èmes de l'enseignement secondaire et des 8èmes de l'enseignement professionnel et technique*, CEPS/INSTEAD Division F.E.E, Luxembourg, 1996.

EDDRA, Système d'information sur les échanges en matière d'activités de réduction de la demande, <http://www.reitox.emcdda.org:8000/eddra/>.

EIB, Banque de données européenne sur les instruments d'évaluation http://www.emcdda.org/activities/demand_eval_eib.shtml.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Annual Report on the State of the Drugs Problem in the European Union, Office for official publications of the European Communities, Luxembourg, 1999.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Annual Report on the State of the Drugs Problem in the European Union, Office for official publications of the European Communities, Luxembourg, 2000.

Fischer U. Ch., Krieger W., *Suchtprävention an der Gemeng - Entwicklung, Durchführung und Evaluation eines Modells zur gemeindeorientierten Suchtprävention*, CePT, Luxembourg, 1999.

Fonds de Lutte contre le Trafic des Stupéfiants, *Rapport d'activité 1998*, Luxembourg, Avril 1999.

Fonds de Lutte contre le Trafic des Stupéfiants, *Rapport d'activité 1999*, Luxembourg, Avril 2000.

Gferer, Brodsky, Estimation of drug abuse prevalence in California using the National Household Survey on Drug Abuse, Document présenté lors de la réunion de la Sacramento Statistical Association, 27 mars 1991.

Goerens R. Dr., *Alcohol and Drugs at the workplace – Attitudes, policies and programmes in Luxembourg*. Luxembourg. Ministry of Health, 1998.

Groupe de Mondorf; *Bulletin de Liaison n°1*, Metz, juillet 1996.

Hartnoll R., Drug treatment systems and first treatment demand

indicator - Definitive protocol, Groupe Pompidou, Council of Europe, 1994
Haw, Frischer, Donoghoe, The importance of multi-site sampling in determining the prevalence of HIV-1 among drug injectors in Glasgow and London, AIDS, 6, 517-18, 1992.

Institut d'Etudes Educatives et Sociales (IEES), *Eine Repräsentative Untersuchung bei den Schüler der 5. Klasse des Sekundarunterrichts in Luxemburg*, Luxemburg, 1995.

ISTRA, Système d'information sur les activités de formation, http://www.emcdda.org/activities/demand_info_istra.shtml.

Journal of Drug Issues, Prevalence Estimation Techniques for Drug Using Populations, vol 23-2, printemps.

Jugend an Drogenhëllef asbl, *Zweiter Bericht zur Evaluation des Methadonprogramms*, Luxemburg, August 1993.

Korf D., Reijneveld S., Toet J., Estimating the Number of Heroin Users : A review of Methods and Empirical Findings from the Netherlands, *The international Journal of the Addictions*, 29 (11), 1393-1413, 1995.

Lejealle B., *Niveau de formation de la population résidante en 1994*, Recueil des Etudes Sociales (PSELL n° 100), CEPS/INSTEAD, Luxembourg, 1996.

Luukkanen A-L., EU : n tilastot sen osoittavat : Kovat huumeet ovat osa Luxemburgia, in *SOCIUS*, 6/1999, ISSN 1238-0814, Finland.

Matheis J. et al., 'Schüler an Drogen', IEES, Luxemburg, 1995.

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

Ministère de la Santé, *Rapport d'activités 1998*, Luxemburg, 1999.

Ministère de la Santé, *Rapport d'activités 1999*, Luxemburg, 2000.

Meisch P., Les drogues synthétiques de type " Ecstasy " au Grand - Duché de Luxembourg - Analyse de la situation, CePT, Luxembourg, 1998.

Nurco D.N., A discussion of validity, in *Self-report methods of estimating drug use : Meeting challenges to validity*, ed. Rouse, Kozel, Richards NIDA research monograph n°57, Washington D.C., 1985.

O.M.S., CIM-10 / ICD-10 - Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement, ISBN: 2-225-84609-X, Masson, Paris, 1997.

O.N.U., Rapport annuel de l'Organe de contrôle des stupéfiants, <http://www.undcp.or.at/unlinks.html>.

Origer A., *Etude épidémiologique de la population toxicomane en milieu carcéral au Grand-Duché de Luxembourg*. In rapport du Réseau National d'Information sur les Drogues et les Toxicomanies, Luxembourg. AST - Point Focal OEDT Luxembourg - Ministère de la Santé, 1995.

Origer A., *Etude des cas de décès par overdose au Grand-Duché de Luxembourg de 1993 à 1994*, In rapport du Réseau National d'Information sur les Drogues et les Toxicomanies, Luxembourg. AST - Point Focal O.E.D.T Luxembourg - Ministère de la Santé, 1995.

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

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

Origer A., *Enquête auprès des médecins généralistes et des médecins psychiatres sur la prise en charge des patients toxicomanes*, in Rapport RELIS/LINDDA 1997. Luxembourg. Point Focal OEDT Luxembourg - Ministère de la Santé, 1998.

Origer A., *Comparative study on the drug population of Portugal and a representative sample of Portuguese drug addicts residents of the Grand Duchy of Luxembourg*, Luxembourg. Séries de recherche n°1, Point Focal OEDT Luxembourg - Ministère de la Santé, 1999.

Origer, A., *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, 2001.

Origer, A., Dr Cloos J.-M., *Etude du coût économique de la drogue et de la toxicomanie à l'échelle nationale*, Séries de recherche n°3, Point focal OEDT Luxembourg - CRP-Santé, Luxembourg, in press.

Origer, A., Dellucci, H., *Etude épidémiologique et méthodologique des cas de décès liés à l'usage de drogues (1992-2000)*, Séries de recherche n°4, Point focal OEDT Luxembourg - CRP-Santé, Luxembourg, in press.

Padieu R., *Sur un calcul évaluatif du nombre de toxicomanes - Information statistique sur les drogues et les toxicomanes, rapport établi à la demande de la DGLDT, Décembre 1990.*

QED, Système d'information européen en matière de recherche qualitative, <http://www.qed.org.uk/>

REITOX Virtual Library, <http://external.emcdda.org/virtlib/index.html>

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 (STATEC), (1998), *Annuaire Statistique du Luxembourg 1997*, Luxembourg. ISSN 1019-6471.

Turner, Lessler, Gfroerer, Survey Measurement of Drug Use : Methodological Studies, National Institute on Drug Abuse, U.S. Department of Health and Human Services, 1992.

Van der Vaeren, Ch., « Le Comité européen de lutte anti-drogue (CELAD). Essai d'analyse institutionnelle », *Revue du Marché Commun de l'Union européenne*, n°366, 1993.

Watters, Biernacki, Targeted sampling : Options for the study of hidden populations, *Social Problems*; 36, 416-430, 1989.

Wickens, Quantitative methods for estimating the size of a drug-using population, *Journal of Drug Issues*; 23, 185-216, 1993.

Annexes

- A. Classification sommaire des substances psychoactives retenues au niveau du protocole RELIS 2000
- B. Sommaire des substances et préparations psychotropes, stupéfiantes et toxiques et précurseurs placés sous contrôle national par règlements grand-ducaux entre 1995 et 2000
- C. 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)
- D. Définitions (CIM-10, DSM IV) de l'abus, l'usage nocif et de la dépendance
- E. Points focaux nationaux du Réseau Européen des Drogues et des Toxicomanies - REITOX
- F. Participation des organismes nationaux à des projets de recherche européens ou nationaux dans les domaines des drogues illicites et de la toxicomanie
- G. Organigramme des acteurs nationaux impliqués dans la lutte contre la toxicomanie
- H. Sommaire du rapport d'activités 2000 de la Division "Anti-Drogues et Produits Sensibles" de l'Administration des Douanes et Accises du Ministère des Finances

Annexe A

Classification sommaire des substances psychoactives retenues au niveau du protocole RELIS 2000

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 B

Sommaire des substances et préparations psychotropes, stupéfiantes et toxiques et précurseurs placées sous contrôle national par règlements grand-ducaux entre 1995 et 2000

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

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

► **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-méthyléthoxy)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)

Substance	Date d'inclusion ou de modification
Noréphédrine	23/02/2001

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

ANNEXE:

Partie A

Dénominations communes internationales	Autres noms communs ou vulgaires	Désignation chimique
AMOBARBITAL		acide éthyl-5 isopentyl-5 barbiturique
BUTALBITAL		acide allyl-5 isobutyl-5 barbiturique
CATHINE	(+)-norpseudo-éphédrine	(+)-(R)-[(R)-aminoéthyl-1] alcool benzyllique
CYCLOBARBITAL		acide éthyl-5 (cyclohexényl)-5 barbiturique
FLUNITRAZEPAM		(o-fluorophényl)-5 dihydro-1,3 méthyl-1 nitro-7 2H--benzodiazépine-1,4 one-2
GLUTETHIMIDE		éthyl-2 phényl-2 glutarimide
PENTOBARBITAL		acide éthyl-5 (méthyl-1 butyl)-5 barbiturique

Partie B

Dénominations communes internationales	Autres noms communs ou vulgaires	Désignation chimique
ALLOBARBITAL		acide diallyl-5,5 barbiturique
ALPRAZOLAM		chloro-8 méthyl-1 phényl-6 4H--s-triazolo(4,3-a)benzodiazépine(1,4)
AMINOREX		2-amino-5-phényl-2-oxazoline
BARBITAL		acide diéthyl-5,5 barbiturique
BENZFETAMINE	benzphétamine	N-benzyl-N,a-- diméthylphénéthylamine
BROMAZEPAM		bromo-7 didhydro-1,3(pyridyl-2)-5 2H-benzodiazépine-1,4 one-2
	butobarbital	acide butyl-5 éthyl-5 barbiturique
BROTIZOLAM		2-bromo-4-(o-chlorophényl)-9-méthyl-6H-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 dihydro-2,3 oxo-2 phényl-5 1H--benzodiazépine-1,4 carboxylique-3
CLOTIAZEPAM	(o-chlorophényl)-5 éthyl-7dihydro-1,3 méthyl-1 2H-thiéno [2,3-e]-diazépine-1,4 one-2
CLOXAZOLAM	chloro-10 (o-chlorophényl)-1 1b tétrahydro-2,3,7,11b 5H-oxazolo [3,2-d]benzodiazépine [1,4]one-6
DELORAZEPAM	chloro-7 (o-chlorophényl) -5 dihydro-1,3 2H-benzodiazépine--14 one-2
DIAZEPAM	chloro-7 dihydro-1,3 méthyl-1 phényl-5 2H-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)sydnone imine
METHYLPHENOBARBITAL	acide éthyl-5 méthyl-1 phényl-5 barbiturique
METHYPRYLONE	diéthyl-3,3 méthyl-5 pipéridinedione-2,4
MIDAZOLAM	chloro-8 (o-fluorophényl)-6méthyl-1 4H-imidazo[1,5-a] benzodiazépine-1,4 dihydro-1,3 méthyl-1 nitro-7
NIMETAZEPAM	phényl-5 2H-benzodiazépine-1,4 one-2
NITRAZEPAM	dihydro-1,3 méthyl-1 nitro-7 phényl-5 2H-benzodiazépine-1,4 one-2
NORDAZEPAM	chloro-7 dihydro-1,3 phényl-5 2H-benzodiazépine-1,4 one-2
OXAZEPAM	chloro-7 dihydro-1,3 hydroxy-3 phényl-5 2H-benzodiazépine-1,4 one-2
OXAZOLAM	chloro-10 tétrahydro-2,3,7,1 1b méthyl-2 phényl-1 1b oxazolo [3,2-d] (5H)-benzodiazépine [1,4] one-6
PEMOLINE	amino-2 phényl-oxazolidinone-4
PHENDIMETRAZINE	(+)-(2S,3S)-diméthyl-3,4 phényl-2 morpholine
PHENOBARBITAL	acide éthyl-5 phényl-5 barbiturique
PHERTERMINE	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' (pyrrolidiny-1)-2 valérophénone
SECBUTARBITAL	acide sec-butyl-5 éthyl-5 barbiturique
TEMAZEPAM	chloro-7 dihydro-1,3 hydroxy-3 méthyl-1 phényl-5 2H-- benzodiazépine-1,4 one-2
TETRAZEPAM	chloro-7 (cyclohexène-1yl)-5 dihydro-1,3 méthyl-1 2H-- benzodiazépine-1,4 one-2
TRIAZOLAM	chloro-8 (o-chlorophényl)-6 méthyl-1 4H-s-triazolo[4,3-a] benzodiazépine[1,4]
VINYLBITAL	acide (méthyl-1 butyl)-5 vinyl-5 barbiturique

Note: La liste exhaustive et mise à jour des substances placées sous contrôle national est disponible au point focal OEDT.

Annexe C

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 des dites substances ou qui auront, par un moyen quelconque, provoqué à l'une des infractions prévues aux articles 7 à 10 alors même que cette provocation n'aurait pas été suivie d'effets;

f) sans préjudice de peines plus graves prévues par d'autres lois répressives ou de peines disciplinaires éventuelles, ceux qui, au moyen d'ordonnances fausses ou fictives, ou d'ordonnances de complaisance, ou encore au moyen d'une fausse signature, ou par quelque autre moyen frauduleux se seront fait délivrer l'une ou l'autre de ces substances, et ceux qui connaissant le caractère fictif, frauduleux ou de complaisance de ces ordonnances ou demandes, auront, sur la présentation qui leur en aura été faite, délivré l'une ou l'autre de ces substances;

g) le médecin ou médecin-dentiste qui aura, sans nécessité prescrit ou administré l'une ou l'autre de ces substances, de façon à créer, à entretenir ou à aggraver la toxicomanie;

h) le médecin, médecin-dentiste, pharmacien ou autre dépositaire légalement autorisé à détenir les substances visées à l'article 7 A.1. qui en aura, de manière illicite, fait usage pour lui-même;

i) ceux qui auront fabriqué, transporté, distribué ou détenu des équipements, des matériels ou des substances visées à l'article 7, sachant qu'ils devraient être ou étaient utilisés dans ou pour la culture, la production ou la fabrication illicite de ces substances.

Le minimum de l'emprisonnement est de deux ans et le minimum de l'amende de 40.000,- francs, si l'infraction a été commise dans un établissement pénitentiaire, dans un établissement d'enseignement, dans un centre de services sociaux ou dans leur voisinage immédiat ou en un autre lieu où des écoliers ou des étudiants se livrent à des activités éducatives, sportives ou sociales.

2. Ne sont pas visés par la disposition sous g) de l'article qui précède le médecin qui aura prescrit ou administré des substances y visées ou des médicaments ou préparations en contenant, dans le cadre d'un programme de traitement de la toxicomanie par substitution, agréé par le Ministre de la Santé, ni le pharmacien qui aura exécuté une ordonnance médicale établie dans le cadre de ce programme.

Il est institué un programme de traitement de la toxicomanie par substitution.

Les modalités de ce programme sont précisées par un règlement grand-ducal, qui déterminera notamment les critères d'admission des toxicomanes audit programme ainsi que le suivi psychosocial des toxicomanes pris en charge. Ce règlement prévoira un agrément des médecins admis à prescrire dans le cadre du programme des substances, préparations ou médicaments à des fins de traitement par substitution de la toxicomanie. Ce règlement déterminera la liste des médicaments, ainsi que la liste des substances actives pouvant entrer dans la composition des préparations magistrales, susceptibles d'être prescrits dans le cadre du

programme en question.»

Art.4. La première phrase de l’alinéa 2 de l’article 10 est modifié comme suit:

«Les infractions visées à l’article 8 seront punies d’un emprisonnement de quinze à vingt ans et d’une amende de 50.000,-à 50.000.000,-francs si l’usage qui a été fait des substances a causé la mort.»

Art.5. Entre les articles 10 et 11 de la loi modifiée du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie est inséré un article 10-1 nouveau qui a la teneur suivante:

«**Art.10-1.** Si l’usage qui a été fait des substances visées à l’article 7 a causé un trouble grave de la santé, les coupables d’une infraction visée aux articles 7 ou 8 c)seront exemptés des peines d’emprisonnement et d’amende s’ils ont immédiatement fait toutes les diligences pour procurer à la personne en danger le secours par des services spécialisés.

Dans ces mêmes conditions, les peines d’emprisonnement et d’amende seront réduites dans la mesure déterminée par l’article 414 du code pénal à l’égard du coupable d’une infraction visée aux articles 9 ou 10 alinéa 2, s’il a immédiatement fait toutes les diligences pour procurer à la personne en danger le secours par des services spécialisés.»

Art.6. Entre les articles 30 et 31 de la loi modifiée du 19 février 1973 précitée il est intercalé un article 30-1 nouveau, rédigé comme suit:

«**Art.30-1.** Les pharmaciens ne peuvent délivrer au public les substances visées à l’article 7 ainsi que les médicaments et préparations en contenant que sur prescription médicale, rédigée sur une feuille extraite d’un carnet à souches, dont le modèle est déterminé par règlement grand-ducal, le collègue médical demandé en son avis.

La délivrance du carnet ainsi que son renouvellement se font par les soins du directeur de la Santé pour les médecins et médecins-dentistes et du directeur de l’Administration des services vétérinaires pour les médecins vétérinaires. La délivrance d’un nouveau carnet ne se fera que sur remise du carnet précédent.

Le directeur de la Santé et le directeur de l’Administration des services vétérinaires sont habilités à contrôler, à l’occasion d’une demande de renouvellement du carnet, le respect par les médecins-prescripteurs des dispositions de la présente loi et notamment de son article 8 sous g). En cas de suspicion d’une contravention à la loi ils demandent des justifications au médecin-prescripteur. S’il apparaît que le médecin a contrevenu à l’une des dispositions précitées, ils en réfèrent au procureur d’Etat conformément à l’article 23(2) du code d’instruction criminelle, ainsi qu’au Ministre de la Santé qui, sans préjudice d’éventuelles poursuites pénales, peut refuser au médecin le renouvellement du carnet pour une

période ne pouvant pas dépasser un an ou, en cas de récidive, deux ans. Un recours contre la décision du Ministre de la Santé est ouvert devant le tribunal administratif, qui statue au fond.»

Art.7. L'article 31 de la loi modifiée du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie est modifié comme suit:

«**Art.31-1.** Seront exemptés des peines d'emprisonnement et d'amende

a) ceux des coupables d'infractions aux articles 7,8 c) et 8 h) qui auront révélé à l'autorité l'identité d'auteurs d'infractions aux articles 8 a),b),d),f),g),i),9,10 et 11, ou, si ces auteurs ne sont pas connus, l'existence de ces infractions;

b) ceux des coupables d'infractions aux articles 8,a),b),d),e),i), et 10 alinéa 1er qui, avant toute poursuite judiciaire, auront révélé à l'autorité l'identité d'auteurs d'infractions aux articles 8 a),b),d),f),g),i),9,10 et 11, ou, si ces auteurs ne sont pas connus, l'existence de ces infractions;

c) ceux des coupables de participation à l'association ou à l'entente prévue à l'article 11 qui, avant toutes poursuites judiciaires, auront révélé à l'autorité l'existence de cette bande et fourni des renseignements utiles relatifs au fonctionnement et à la hiérarchie de la bande.

2. Les peines de réclusion, d'emprisonnement et d'amende seront réduites dans la mesure déterminée par l'article 414 du code pénal:

a) à l'égard des coupables d'infractions aux articles 8 a), b), d) e),i) et 10 alinéa 1er ou des coupables de participation à l'association ou à l'entente prévue à l'article 11 qui, après le commencement des poursuites judiciaires, auront révélé à l'autorité l'identité d'auteurs restés inconnus d'infractions aux articles 8 a), b), d), f), g), i), 9,10 et 11;

b) à l'égard des coupables d'infractions aux articles 9 ou 10 alinéa 2 qui auront révélé à l'autorité l'identité d'auteurs restés inconnus d'infractions aux articles 8 a), b), d), f), g), i), 9, 10 et 11.»

Art.8. 1.L'article 23 de la loi modifiée du 19 février 1973 est complété par un alinéa 3 nouveau de la teneur suivante:

«Le procureur d'Etat pourra également proposer aux personnes contre lesquelles procès-verbal a été dressé pour infraction aux articles 8 a) et b) de se soumettre volontairement à une cure de désintoxication, s'il appert des éléments de la cause que l'activité dominante de ces personnes est celle d'un consommateur.»

2. L'alinéa 3 actuel de l'article 23 de la loi modifiée du 19 février 1973 devient l'alinéa 4 et est modifié comme suit:

«L'action publique pour infraction aux articles 7, 8 a), b), c) ou h) ne sera pas exercée à l'égard des personnes qui se seront conformées à la cure de désintoxication proposée par le procureur d'Etat et l'auront suivie jusqu'à son terme.»

3. L'alinéa 4 actuel de l'article 23 de la loi modifiée du 19 février 1973 devient l'alinéa 5.

Art.9. L'alinéa a) de l'article 9 de la loi modifiée du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie est modifié comme suit:

«a) si elles ont été commises à l'égard d'un mineur, à l'exception des infractions visées à l'article 8 c);»

Mandons et ordonnons que la présente loi soit insérée au Mémorial pour être exécutée et observée par tous ceux que la chose concerne.

Le Ministre de la Justice, Palais de Luxembourg, le 27 avril 2001.
Luc Frieden **Henri**

Le Ministre de la Santé,
Carlo Wagner

Doc.parl.No.4349, sess.ord.1996-1997,1997-1998,1998-1999,1999-2000 et 2000-2001.

Editeur:Service Central de Législation,43,boulevard F.-D.Roosevelt,L-2450 Luxembourg
Imprimeur:Imprimerie de la Cour Victor Buck, s.à r.l .Luxembourg

Annexe D

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

Abus de substance psychoactive [DSM IV]

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

1 - Utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison (par exemple absences répétées ou mauvaises performances au travail du fait de l'utilisation de la substance, absences, exclusions temporaires ou définitives de l'école, négligence des enfants ou des tâches ménagères).

2 - Utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut-être physiquement dangereux (par exemple, lors de la conduite d'une voiture ou en faisant fonctionner une machine alors qu'on est sous l'influence d'une substance).

3 - Problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance (par exemple, arrestations pour comportement anormal en rapport avec l'utilisation de la substance).

4 - Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance (par exemple disputes avec le conjoint à propos des conséquences de l'intoxication, bagarres).

B - Les symptômes n'ont jamais atteint, pour cette classe de substance, les critères de la dépendance à une substance

Utilisation nocive pour la santé (CIM10)

Mode de consommation d'une substance psychoactive qui est préjudiciable à la santé. Les complications peuvent être physiques et/ou psychiques.

Le diagnostic repose sur des preuves manifestes que l'utilisation d'une ou plusieurs substances a entraîné des troubles psychologiques ou physiques. Ce mode de consommation donne souvent lieu à des critiques et a souvent des conséquences sociales négatives. La désapprobation par autrui, ou par l'environnement culturel, et les conséquences sociales négatives ne

suffisent toutefois pas pour faire le diagnostic. On ne fait pas ce diagnostic quand le sujet présente un syndrome de dépendance, un trouble spécifique lié à l'utilisation d'alcool ou d'autres substances psychoactives.

L'abus de substances psychoactives est caractérisé par une consommation qui donne lieu à des dommages dans les domaines somatiques, psychoaffectifs ou sociaux mais cette définition ne fait pas référence au caractère licite ou illicite des produits.

Dépendance DSMIV (1994)

Mode d'utilisation inapproprié d'une substance, entraînant une détresse ou un dysfonctionnement cliniquement significatif, comme en témoignent trois (ou plus) des manifestations suivantes, survenant à n'importe quel moment sur la même période de 12 mois:

1- Tolérance, définie par l'une ou l'autre des manifestations suivantes: a. besoin de quantités nettement majorées de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré; b. effet nettement diminué en cas d'usage continu de la même quantité de substance.

2 - Sevrage, comme en témoignent l'une ou l'autre des manifestations suivantes: a. syndrome de sevrage caractéristique de la substance; b. la même substance (ou une substance apparentée) est prise dans le but de soulager ou d'éviter les symptômes de sevrage.

3 - Substance souvent prise en quantité supérieure ou sur un laps de temps plus long que ce que la personne avait envisagé.

4 - Désir persistant ou efforts infructueux pour réduire ou contrôler l'utilisation de la substance.

5 - Temps considérable passé à faire le nécessaire pour se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets.

6 - D'importantes activités sociales, occupationnelles ou de loisirs sont abandonnées ou réduites en raison de l'utilisation de la substance.

7 -Poursuite de l'utilisation de la substance malgré la connaissance de l'existence d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent déterminé ou exacerbé par la substance.

Précision:

Avec dépendance physique: signes de tolérance ou de sevrage (item 1 ou 2 présent).

Sans dépendance physique: pas de signes de tolérance ou de sevrage (items 1 et 2 absents).

Annexe D

Points focaux nationaux du Reseau Europeen des Drogues et des Toxicomanies - REITOX

► **Belgique/België**

Institut Scientifique de la Santé Publique/ Wetenschappelijk Instituut Volkgezondheid – Louis Pasteur

(Scientific Institute of Public Health – Louis Pasteur)

Denise Walckiers
Rue Juliette Wytsman 14
B-1050 Bruxelles/Brussel

Tél. (32-2) 642 50 35
Fax (32-2) 642 54 10
e-mail: birn@iph.fgov.be

► **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
Parzivalstrabe 25
D-80804 Munchen

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 Μανετιστημιακό
Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (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 85 625

Fax (352) 46 79 65

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 E

Participation des organismes nationaux à des projets de recherche européens ou nationaux dans les domaines des drogues illicites et de la toxicomanie

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

	1997/98/ 99	Enquête auprès des médecins généralistes et des médecins psychiatres concernant la prise en charge de patients toxicomanes	PFN
	1996	Comparative study on the drug population of Portugal and a representative sample of Portuguese drug addicts living in the Grand Duchy of Luxembourg	PFN
	1999/2002 (en cours)	Etude épidémiologique et méthodologique des cas de décès liés à l'usage de drogues (1992-2000)	PFN
	1999/2001	Etude comparative multi-méthodes: Estimation de la prévalence nationale de l'usage problématique de drogues à risque élevé et d'acquisition illicite	PFN
	2000/2002 (en cours)	Etude sur le coût économique de la 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
Laboratoire National de Santé		1981	Contribution à la recherche de drogues toxicomanogènes dans les milieux biologiques	
		1989	Analyses de différents produits en vue de la comparaison de résultats avec d'autres laboratoires européens	Commission européenne - DG V
		1990	The Drugs of Abuse/Scene 90	
		1995	Analyse des causes médicales de la mort des victimes par overdose au Grand-Duché de Luxembourg de 1984 - 1995	Ressources ad-hoc
JDH. et Action Sociale pour Jeunes a.s.b.l.	Horizon	1993 - 94	Formation - réinsertion prof. et sociale de populations défavorisées (Toxicomanes)	C.E. + 40% Fonds Social Européen
	REITOX - O.E.D.T	1993- ...	Participation de la mise en place d'un réseau d'information et de recherche sur la toxicomanie	O.E.D.T Ministère de la Santé Luxembourg
C.T.M	Horizon	1993 - 94	Formation - réinsertion professionnelle et sociale de populations défavorisées (Toxicomanes)	CE - + 40% Fonds Social Européen
	REITOX - O.E.D.T	1993-...	Participation de la mise en place d'un réseau d'information et de recherche sur la toxicomanie	O.E.D.T Ministère de la Santé Luxembourg

		1990	Projet pilote sur la toxicomanie au sein des établissements pénitentiaires 1) Information des détenus 2) Formation du personnel 3) Etude des connaissances 4) Etude en double aveugle concernant le sevrage 5) Analyse statistique	CE – DG V
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
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	

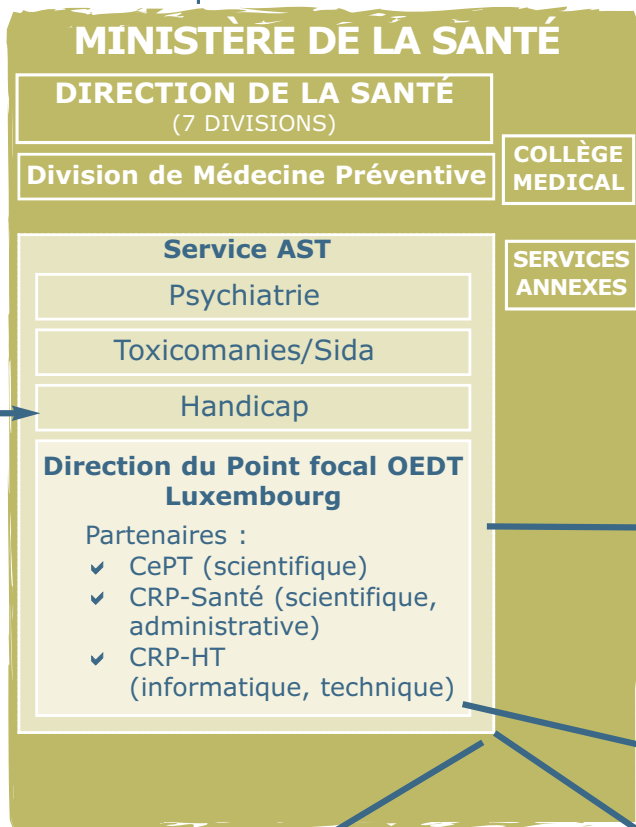
Annex F

Organigramme du réseau de collaboration du point focal Luxembourg (what is what / what is who)

1. Union européenne
2. Conseil de l'Union européenne
3. Conseil de l'Europe
4. Comité de Contact sur le blanchiment des capitaux
5. Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT)
6. ONU (PNUCID, OICS, etc.)
7. OMS
8. EUROPOL (UDE)
9. GAFI
10. Groupe de Dublin
11. Fonds de Lutte (stupéfiants)
12. Cadre Schengen
13. BENELUX
14. Groupe de Mondorf Sarre/Rhénanie-Palatinat/Lorraine/Communauté germanophone de Belgique/Grand-Duché de Luxembourg
15. EURO – AST

Coopération Internationale

Commission Interministérielle Drogues



- composée de représentants des :
- ▶ PARQUET GÉNÉRAL
 - ▶ POLICE JUDICIAIRE
 - ▶ GENDARMERIE 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



Coopération Nationale

Annex H

Sommaire du rapport d'activités 2000 de la Division "Anti-Drogues et Produits Sensibles" de l'Administration des Douanes et Accises du Ministère des Finances

Depuis le début de cette décennie, le trafic illicite de stupéfiants, qui représente l'un des aspects les plus importants de la criminalité organisée internationale et qui lui procure l'essentiel de ses ressources, s'est accru et diversifié de façon importante.

Face à cette situation et vu la nécessité à satisfaire aux exigences qu'imposent les conventions et règlements internationaux aux autorités de contrôle aux frontières extérieures de l'Union européenne, notamment dans les domaines hautement sensibles des précurseurs chimiques de drogues, ainsi que l'obligation de faire face à des techniques de contrebande de stupéfiants de plus en plus sophistiquées, la réorganisation de la Division Anti-Drogues et Produits Sensibles de la Direction des Douanes et Accises (ci-après Div.AD/PS) entamée au cours de l'année 1999 a été finalisée en l'année 2000 par la création d'une brigade canine.

Dans ce contexte, il a été décidé de charger la Div.AD/PS de la coordination des efforts menés dans les domaines de la lutte anti-drogues et du contrôle des produits sensibles par les brigades d'intervention de Rumelange (ci-après BI), d'observation de l'Aéroport de Luxembourg ainsi que par la brigade canine nouvellement créée à l'aéroport. C'est ainsi que l'organigramme de la Div.AD/PS s'est trouvé modifié à partir du 26 juin 2000.

Dans le cadre de la lutte anti-drogues, les agents de la Div.AD/PS ont dressé 172 procès-verbaux relevant des infractions à la loi du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie à charge de 321 prévenus, dont 73 ont été mis en état d'arrestation sur ordre du Parquet de Luxembourg respectivement de Diekirch. Les agents ont procédé à 193 saisies, 216 visites corporelles ainsi qu'à 44 visites domiciliaires donnant en outre lieu au total à la rédaction de 260 procès-verbaux supplémentaires. Dans 195 cas, les agents ont dressé un rapport qui a été transmis au Ministère de la Justice, Police des Etrangers. Sur ordre du Parquet, les agents de la brigade d'intervention ont procédé à la saisie de 22 véhicules ainsi que de la somme totale de 1.373.370, - LUF (34.045, - EUR), argent liquide provenant de la vente de drogues. Lors des 44 perquisitions domiciliaires, les agents ont procédé dans 38 cas à des saisies de stupéfiants, d'argent liquide, d'armes et de munitions, d'objets de valeur ainsi que d'autres pièces de conviction.

A noter qu'en l'année 2000 les quantités saisies d'héroïne, cocaïne, et marijuana ont considérablement augmenté par rapport à l'année 1999. (doublé pour l'héroïne, quintuplé pour la marijuana et même centuplé pour la cocaïne grâce à une saisie importante à l'Aéroport de

Luxembourg). Ont également doublé par rapport à l'année précédente, le nombre de personnes arrêtées ainsi que le montant total d'argent liquide saisi.

A noter également qu'au mois de janvier et de mai, deux réseaux importants de trafiquants de drogues ont pu être démantelés et que les principaux revendeurs ont pu être arrêtés. Des quantités importantes d'héroïne ont été saisies lors de ces actions. En outre lors de ces opérations, la BI de Rumelange a pu compter sur l'appui de la brigade canine notamment lors des visites domiciliaires.

Sur le plan international, la collaboration avec les administrations douanières étrangères était fructueuse, plusieurs enquêtes ont été menées ensemble, lesquelles ont abouti à l'arrestation d'un certain nombre de trafiquants dans les régions frontalières et notamment en Sarre.

La Div. AD/PS a également participé activement et en tant que membre de la cellule de coordination, à l'opération " Hazeldonk ". A l'initiative des pays " Schengen ", cette opération réunissant les responsables des services compétents du Parquet, de la Police Grand-Ducale et des Douanes et Accises fut organisée pour lutter contre le trafic illicite de drogues par route, par voie aérienne et par voie ferroviaire.

Par ailleurs, la Div. AD/PS a assisté aux réunions du Groupe Interministériel Drogues ayant pour objet la coordination de toutes les instances intervenant en matière de politique de prévention et de répression des drogues au Luxembourg.

Sur le plan international, la Div. AD/PS a participé, en tant que point de contact national, à diverses opérations conjointes de surveillance douanière organisées sous l'égide du Groupe Coopération douanière du Conseil de l'UE et du Groupe Pompidou du Conseil de l'Europe. C'est ainsi que les opérations " Express ", opération portée sur le trafic illicite de drogues par courrier express, " Taboo II ", relative à la contrebande de produits d'accises hautement taxables, " Roadrunner 2 " portant sur le trafic d'héroïne empruntant la route des Balkans et " Precursor 2000 " dans le domaine des précurseurs de drogues, ont été couronnées de succès grâce à la collaboration étroite des administrations douanières des différents pays de l'UE.

Par ailleurs, la Div. AD/PS assure les fonctions de correspondant national du BRLR OU (Bureau Régional de Liaison chargé du Renseignement Ouest). Le BRLR OU s'est fixé comme objectif la diffusion des renseignements douaniers recueillis auprès de tous les Membres de l'Organisation Mondiale des Douanes (OMD), du Secrétariat de l'OMD et des autres organismes internationaux. La principale tâche du correspondant national consiste à recueillir les données concernant les saisies liées aux stupéfiants, à la fraude commerciale et fiscale, à la Convention de Washington ainsi qu'aux marchandises de contrefaçon. Les cellules nationales de renseignement douanier, en étroite collaboration avec les BRLR ou et le Secrétariat de l'OMD, tendent ainsi à compléter les politiques nationales de lutte contre la

fraude visant à combattre la criminalité organisée à l'échelon international.

Sur le plan international, les agents de la Div.AD/PS ont participé à un certain nombre de réunions, séminaires et cours de formation spéciaux et notamment aux réunions du Groupe de "Coopération douanière "(UE), du Groupe "Trafic de drogue "(UE) ainsi que du "Comité des précurseurs "(UE).

Dans le cadre de la surveillance et du contrôle des produits sensibles à l'Aéroport de Luxembourg, la Div.AD/PS ainsi que les brigades d'observation et canine sous ses ordres ont dressé 247 constats de vérification relatifs à ces produits destinés à l'exportation respectivement au transit vers des pays sensibles et identifiés soit par ciblage documentaire soit par vérification physique.

En application de la Convention de Vienne de 1988 sur le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes ainsi que du règlement (CEE) 3677/90 modifié relatif aux précurseurs de drogues, la Div.AD/PS a identifié et constaté à l'aéroport de Luxembourg la sortie du territoire de l'UE vers des pays tiers sensibles, d'une quantité globale de 11.647,795 l/kg de précurseurs chimiques de drogues.(...).



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 22
Fax.: +352 45 32 19
E-mail: pascale.straus@crp-sante.lu