

L'état du phénomène de la **drogue**

au Grand-Duché de Luxembourg



L'ÉTAT DU PHÉNOMÈNE DE LA DROGUE
AU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
ÉDITION 2009

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

EDITION 2009

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

1A-B, rue Thomas Edison
L-1445 STRASSEN
LUXEMBOURG
Tél. : + 352 26 97 07 - 39 / 49
Fax : + 352 26 97 07 19

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

AUTEUR :

Alain ORIGER
Coordinateur National « Drogues »

CONTRIBUTRICES :

Sofia LOPES DA COSTA
CRP-SANTE
Point focal OEDT

Pascale STRAUS
CRP-SANTE
Point focal OEDT

Céline DIEDERICH
CRP-SANTE
Point focal OEDT

2009



SOMMAIRE

Liste des acronymes.....	5
RÉSUMÉ	8
Orientations politiques et budgétaires.....	8
Indicateurs épidémiologiques	9
Offres de traitement des toxicomanies.....	11
Morbidity et mortalité liées à la consommation illicite de drogues	12
Conséquences sociales et mesures de réintégration	13
Indicateurs de réduction de l'offre	13
Disponibilité et qualité des drogues illicites au niveau national	14
Mesures de réduction des risques.....	15
 1. POLITIQUE EN MATIÈRE DE LUTTE CONTRE LES DROGUES ET LES TOXICOMANIES : LÉGISLATION, STRATÉGIES ET ANALYSE ÉCONOMIQUE	16
• Cadre légal.....	17
• Plan d'action national, stratégie, évaluation et coordination	22
• Analyse économique	26
 2. CONSOMMATION DE DROGUES DANS LA POPULATION GÉNÉRALE ET DANS DES GROUPES CIBLES SPÉCIFIQUES	40
• Consommation de drogues dans la population générale.....	40
• Consommation de drogues dans les milieux de jeunes et les milieux scolaires	44
• Consommation de drogues au sein de groupes cibles spécifiques.....	53
 3. PRÉVENTION PRIMAIRE	54
• Prévention universelle.....	55
• Prévention sélective dans des groupes et milieux à risque.....	57
• Prévention indiquée.....	60
• Campagnes médiatiques nationales et locales.....	60
 4. USAGE PROBLÉMATIQUE DE DROGUES (UPD)	61
• Estimation de la prévalence et d'incidence des UPDS.....	62
• Données sur les UPDS en dehors des secteurs de prise en charge	69
 5. LES OFFRES SPÉCIALISÉES DE PRISE EN CHARGE : DEMANDE DE TRAITEMENT ET DISPONIBILITÉ.....	70
• Stratégies et politiques en matière de traitement de la toxicomanie.....	71
• Système de traitements	71
• Caractéristiques des demandeurs de traitement et tendances en matière de traitement de la toxicomanie.....	77
 6. RISQUES ET CONSÉQUENCES SANITAIRES ASSOCIÉS À L'USAGE ILLICITE DE DROGUES	83
• Usage illicite de drogues et maladies infectieuses.....	84
• Autres corrélats sanitaires liés à l'usage de drogues et conséquences	88
• Décès associés aux drogues et mortalité au sein de la population d'usagers de drogues.....	91



7. RÉPONSES AUX COROLLAIRES ET CONSÉQUENCES SANITAIRES	
DE L'USAGE ILLICITE DE DROGUES.....	95
• Prévention des urgences et réduction des décès liés aux drogues	95
• Prévention et traitement des maladies infectieuses liées aux drogues.....	99
• Réponses à d'autres corrélats sanitaires parmi les usagers de drogues.....	103
8. COROLLAIRES SOCIAUX ET RÉINTÉGRATION SOCIALE.....	105
• Exclusion sociale et usage de drogues	105
• Réintégration sociale.....	110
9. RÉPONSES EN MATIÈRE DE RÉINTÉGRATION SOCIOPROFESSIONNELLE	112
• Criminalité associée aux drogues.....	112
• Prévention de la délinquance et de la criminalité liées aux drogues	116
• Interventions dans le système judiciaire criminel.....	117
• Usage et usage problématique de drogues dans les prisons.....	117
• Réponses aux problématiques liées aux drogues dans les prisons	118
• Prévention, traitement et prise en charge des maladies infectieuses	121
• Réintégration d'usagers de drogues à la sortie de prison.....	122
10. LE MARCHÉ NATIONAL DE DROGUES ILLICITES.....	123
• Offre et demande.....	124
• Saisies.....	126
• Prix/puretés	128
Bibliographie	131
Annexes	135

LISTE DES ACRONYMES

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



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

■ AVANT-PROPOS

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

Le présent rapport a été édité sous la direction d'Alain Origer, coordinateur national « Drogues », en collaboration avec Sofia Lopes Da Costa, Pascale Straus, Céline Diederich (PFN/CRP-Santé) et Simone Schram (Direction de la Santé).

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

Luxembourg, décembre 2009



■ RÉSUMÉ

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

(RELIS - ÉDITION 2009)

Depuis sa création en 1994, le Point Focal Luxembourgeois (PFN) de l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT) maintient et développe 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 multisectoriel incluant les centres nationaux de traitement spécialisé ambulatoires et résidentiels, les centres de consultation, certains hôpitaux généraux, ainsi que les instances judiciaires et pénales compétentes.

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

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

Orientations politiques et budgétaires

Suite aux élections législatives en 1999, le gouvernement a confié la coordination des actions de réduction de la demande et des risques associés à la drogue et aux toxicomanies au Ministère de la Santé. Les jalons stratégiques en la matière furent posés par l'élaboration du **plan d'action antidrogues 2000–2004** par le coordinateur national « Drogues » mandaté par le Ministre de la Santé en 2000 et chargé de la Présidence du **Groupe Interministériel Toxicomanies**, en 2006.

Le programme gouvernemental présenté à la suite des élections législatives de juin 2009 n'a pas introduit de changements en matière de compétences visées et a servi de cadre à l'élaboration de **la stratégie et du plan d'action 2010–2014 en matière de lutte contre les drogues et les addictions**. La stratégie nationale et le plan d'action 2010-2014 s'appuient par ailleurs sur les priorités fixées par le Ministère de la Santé et sur

une concertation soutenue avec les acteurs de terrain. Afin d'optimiser son impact, le plan d'action actuellement en vigueur a tenu compte des éléments pertinents issus des **traités UE et CE, de la stratégie anti-drogue 2005-2012** et du **plan d'action drogues 2009-2012** de l'UE.

L'**objectif général** de la stratégie et du plan d'action nationaux est de contribuer à atteindre un niveau élevé de protection en termes de Santé publique, de Sécurité publique et de cohésion sociale. Une stratégie anti-drogue qui veut faire face aux défis actuels repose prioritairement sur **deux piliers**, à savoir la réduction de la demande et la réduction de l'offre ainsi que sur **quatre axes transversaux** : la réduction des risques, dommages et nuisances, la recherche et l'information, les relations internationales et finalement les mécanismes de coordination.

Le **budget global du Ministère de la Santé** alloué aux services et programmes du domaine des drogues et des toxicomanies, est passé de 1.270.169 EUR en 1999 à 5.770.643 EUR en 2004 ce qui équivaut à un **taux de progression de 354%** couvrant la durée du premier plan d'action national. Le budget 2008, s'élevait à 7.288.000 EUR. En ce qui concerne le budget 2009, 7.991.583 EUR ont été alloués aux services concernés ce qui représente une croissance d'environ 40% en référence à la période d'exécution du plan d'action 2005-2009. En 2000, le nombre de postes ETP conventionnés par le Ministère de la Santé et alloués aux structures spécialisées issues du domaine des toxicomanies s'élevait à 30,75 ; il a atteint 83,75 ETP en 2009. L'objectif du plan d'action 2005-2009 en termes de ressources humaines était la création de 26 postes EPT supplémentaires ; 24 postes ETP furent effectivement alloués au cours de la période visée.

Indicateurs épidémiologiques

A l'échelle mondiale¹, le nombre global de consommateurs de drogues illicites ayant consommé une drogue d'origine illicite au cours de l'année écoulée est actuellement (2007) estimé entre 172 et 250 millions de personnes âgées entre 15 à 64 ans. L'usage à caractère problématique de drogues illicites et l'usage intraveineux concernent respectivement entre 18 et 38 millions et 11 à 21 millions de personnes de la population mondiale dans cette même tranche d'âge.

Le cannabis reste de loin la drogue la plus consommée (173 à 190 millions de personnes) suivi des stimulants de type amphétamine (16 à 51 millions de personnes, substances de type XTC incluses). Le nombre de consommateurs d'opiacés est estimé se situer entre 15 et 21 millions de personnes. Mondialement un nombre estimé de 16 à 21 millions de personnes consomment de la cocaïne. Au cours de la dernière décennie, les augmentations les plus importantes ont concerné les stimulants de type amphétamine. Actuellement on observe une certaine stabilisation en ce qui concerne la consommation d'opiacés, de cocaïne et de cannabis.

Une évolution similaire est observée au sein de l'**UE** et à l'échelle micro-géographique au **Grand-duché de Luxembourg**, accompagnée toutefois de variations locales en matière de prévalence plus ou moins prononcées.

PRÉVALENCE EN POPULATION GÉNÉRALE AU G.-D. DE LUXEMBOURG

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

Des données comparables issues d'enquêtes scolaires menées entre 1992 et 2000, témoignaient d'un taux de prévalence « vie » (consommation au moins une fois au cours de la vie) croissant en ce qui concerne la consommation de drogues illicites, toutes catégories confondues. L'usage d'opiacés par les jeunes en âge scolaire témoignait d'une prévalence basse, n'ayant guère progressé même au delà de la période considérée.

¹ UNODC (2009), Rapport mondial sur les drogues 2009, UNODC, Vienne



En référence aux données sérielles les plus récentes (HBSC 2006), la prévalence de l'usage de cannabis (12 derniers mois) des jeunes en milieu scolaire âgés entre 13 et 17 ans accuse une régression par rapport à 2002. Au cours de la même période, la prévalence - 12 derniers mois de l'usage d'héroïne et de cocaïne est restée stable alors que l'usage de STA, LSD et champignons hallucinogènes affiche une décroissance sensible entre 2002 et 2006. Une analyse plus approfondie révèle que les jeunes issus de la catégorie d'âge de 15 ans sont les seuls qui présentent une consommation accrue spécifiquement pour les produits de type ecstasy et pour la cocaïne. Aussi, comparée à la situation observée en 2002, une proportion plus élevée d'étudiants âgés de 15 ans ont rapporté en 2006 avoir déjà connu un état d'ivresse du à l'alcool au cours de leur vie.

PRÉVALENCE DE L'USAGE PROBLÉMATIQUE DE DROGUES (UPDs) ²

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

Le nombre d'UPDs indexés par les institutions nationales en 2008 équivaut à 4.542³ personnes (2002: 4.701).

A titre comparatif, on retiendra qu'en 2002, 2.383 personnes furent recensées par les **institutions de réduction de la demande** et 2.318 par les **instances de réduction de l'offre**. En 2008, ces mêmes instances ont recensé respectivement 2.733 et 1.819 personnes. Sommairement, le nombre de personnes entrées en contact avec des instances sanitaires et répressives a atteint un plateau en 2002. Depuis le début du 21^{ème} siècle on observe une régression au niveau du nombre de contacts avec les forces de l'ordre et une hausse de la proportion de personnes prise en charge par le réseau sanitaire, toutefois décélérée depuis 2007.

Caractéristiques socio-démographiques de la population nationale d'UPDs

La population cible est composée de presque un quart de femmes et trois quarts d'hommes. Sur les dix dernières années on constate que la proportion de **ressortissants étrangers** parmi les UPDs recensés a témoigné d'importantes fluctuations affichant cependant une tendance ininterrompue à la hausse à partir de 2003, confirmée par les données de 2008. La population des non-luxembourgeois(es) est principalement composée de ressortissants portugais dont la proportion a connu une hausse continue jusqu'en 2004 et une baisse assez remarquable depuis lors restant toutefois supérieure à la proportion de citoyens portugais au sein de la population générale. On observe par ailleurs un accroissement sensible de la proportion de ressortissants français (28%) parmi la population des UPDs. Cette tendance se voit confirmée par les données sur les personnes interpellées pour infraction(s) à la législation nationale sur les stupéfiants.

L'âge moyen des usagers recensés est passé de 28 ans et 4 mois en 1995 à 31 ans et 8 mois en 2008. L'âge moyen des UPDs masculins a augmenté plus rapidement que celui des femmes. L'écart entre les usagers les plus jeunes et les plus âgés continue d'augmenter. On observe un vieillissement moyen de la population d'injecteurs de longue date et une diminution sensible de l'âge des « nouveaux » usagers problématiques. On retiendra également l'accroissement significatif **de l'âge moyen des victimes de surdoses mortelles et une proportion élevée mais décroissante de mineurs** parmi les prévenus pour infraction(s) STUP jusqu'en 2006 et stabilisée autour de 4,5% depuis lors. Une proportion croissante des usagers problématiques actuels de 90% et 46% ont respectivement consommé du cannabis et de l'héroïne (par voie i.v.) avant avoir atteint l'âge de 18 ans. En 1995 ces mêmes proportions étaient de 71% et 23%. A souligner enfin que les UPDs ont tendance à entrer en traitement de façon plus précoce, ce qui pourrait être due à une offre de prise en charge actuelle plus diversifiée.

² Le terme 'UPDs' sera utilisé pour désigner des 'Usagers problématiques de drogues à haut risque et d'acquisition illicite' tout au long du présent rapport.

³ Dans ce recensement les comptages multiples sont inclus ce qui signifie qu'une personne donnée a pu être indexée deux fois ou plus si on tient compte de toutes les institutions spécialisées établies sur le territoire national. Dès lors, ce chiffre ne représente pas la prévalence (la taille) effective de la population d'UPDs au niveau national (qui elle, se détermine par des méthodologies différentes).

Prévalence de l'usage problématique de drogues (UPD) et tendances de consommation

En référence aux données les plus récentes de 2007 (Origer, 2009), la prévalence et le taux de prévalence UPDs actuels sont estimés respectivement à 2.470 personnes (I.C. (95%) : 2.089 - 3.199) et 7,67 par mille personnes issues de la population nationale âgée entre 15 et 64 années.

De l'analyse des données sérielles de 1997 à 2007 ressort que si la prévalence absolue et les taux de prévalence de **l'usage problématique** de drogues HRC ont connu une hausse marquée jusqu'en 2000, ils s'engageaient ensuite sur un plateau stabilisation pour afficher **une tendance à la baisse à partir de 2003**. Cette même tendance s'observe pour l'usage problématique d'héroïne pris séparément (2007 : 1.900 UPDs : 5,90 /¹⁰⁰⁰). Aussi, si la prévalence absolue de l'usage intraveineux a légèrement augmenté en comparaison à la fin du 20^{ième} siècle, le taux de prévalence au sein de la population âgée entre 15 et 64 années affiche lui aussi une baisse tangible tant pour l'usage intraveineux que l'usage problématique en général.

La **stabilisation et ensuite la décroissance générale de la prévalence UPD** s'inscrivent dans les périodes d'exécution des deux plans d'action quinquennaux ayant débuté en 1999. L'évolution décrite est par ailleurs confirmée par les tendances observées au niveau de la majorité des indicateurs en matière de réduction de la demande et de l'offre.

L'**usage intraveineux d'opiacés** associé à une **polyconsommation généralisée** constitue de loin le comportement le plus fréquent parmi les UPDs répertoriés par le réseau institutionnel. Le passage à l'usage intraveineux s'effectue de plus en plus précocement, surtout en ce qui concerne la cocaïne, mais aussi pour l'héroïne. Le ratio entre usagers intraveineux et non-intraveineux s'est stabilisé à 3 : 2. La prévalence de l'usage de cocaïne en tant que drogue préférentielle affiche des signes de stabilisation depuis 2006.

Le nombre de personnes en contact avec le réseau institutionnel spécialisé pour usage (préférentiel) de **cannabis** avait connu une hausse sensible jusqu'en 2001 (11%) pour redescendre et se stabiliser entre 2006 et 2008 (+/- 3%). Les substances de **type amphétamines et ecstasy** sont faiblement représentées, ce qui ne renseigne nullement sur la prévalence de leur usage en population générale étant donné que les données RELIS portent sur l'ensemble des usagers problématiques actuels et ne recensent dès lors pas la totalité des **usagers récréationnels**.

Le taux de **polytoxicomanie** (89%) s'est stabilisé suite à un niveau record en 2004/2005. Les âges moyens lors de la **première consommation de la drogue préférentielle** et des **drogues illicites en général**, témoignent d'une diminution lente mais continue depuis neuf années et semblent s'être stabilisés en 2007. De façon générale on retiendra que la proportion d'UPDs de plus de 35 ans et celle des usagers de moins de 19 ans continuent leur augmentation.

Offres de traitement des toxicomanies

Les structures spécialisées en matière de traitement des toxicomanies doivent disposer d'un agrément à accorder par le Ministère de la Santé et sont conventionnées par l'Etat. Ces deux mécanismes permettent, en association avec d'autres instruments, d'une part le contrôle de qualité et de l'autre le financement des structures visées.

En 2008, 2.733 demandes de traitement furent enregistrées sur le plan national (comptages multiples inclus). Entre 2002 et 2007 une hausse sensible du nombre de demandes de traitement a été constatée. Le recours aux offres de traitements ambulatoires s'est stabilisé depuis 2 années (+/- 1.000) alors que le nombre de contacts rapportés par les structures de bas-seuil ne cesse d'augmenter et a atteint 68.000 en 2008.

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 patients pris en charge par ce même programme n'a cessé de diminuer depuis 2000 (89 patients en 2008). Parallèlement au programme méthadone



conventionné par le Ministère de la Santé, un nombre important de toxicomanes se voient prescrits un **traitement de substitution par le réseau de médecine libérale**. En 2008, l'Union des Caisses de Maladie a recensé 126 (1999: 125) médecins ayant prescrits à 961 (979) patients différents des médicaments avec l'indication de traitement de substitution (MEPHENON ®, METHADICT ®, SUBUTEX ®). On observe une stabilisation du nombre total de patients en traitement de substitution depuis 2004.

Morbidité et mortalité liées à la consommation illicite de drogues

En termes épidémiologiques les taux d'infection au HBV (hépatite B) et la prévalence des cas HIV/Sida au sein de la population d'UPDs n'évoluent guère. Cependant **l'infection au HCV (hépatite C) a témoigné d'une nette progression**. Selon les données les plus récentes, **la proportion moyenne d'usagers intraveineux de drogues parmi les personnes infectées par le HIV**, accusait une **tendance générale à la baisse** jusqu'en 2004. Entre 2004 et 2008 cette même proportion a évolué dans des marges allant de 7% à 14%. Le **taux d'infection HIV parmi les usagers intraveineux** se situe actuellement autour de 4%. Une récente étude (Origer et Removille, 2007) basée sur une méthodologie de dépistage sérologique, confirme une prévalence élevée au sein de la population des UPDs et UIDs, et ce, plus particulièrement en milieu carcéral.

La concrétisation des plans d'action 2000-2004 et 2005-2009 a été accompagnée d'une **baisse discontinue mais sensible du nombre de décès par surdosage** au Grand-duché de Luxembourg (10 cas en 2008). Exprimée en nombre de **cas de surdose par rapport à la population générale** du Grand-duché de Luxembourg, cette proportion correspond à 3,04 décès par surdose pour 100.000 habitants âgés entre 15 et 64 ans ($5,9/100.000$ en 2000), ce qui représente une baisse par rapport à l'année précédente (2007; $5,67/100.000$) qui devrait pouvoir être confirmée en référence à l'année 2009.

Un groupe d'experts nationaux a été constitué afin d'analyser les facteurs qui interviennent dans la genèse des surdosages mortels comme les variations imprévisibles de la pureté des drogues illicites, la généralisation du polyusage incluant la consommation de médicaments présentant des risques d'interactions potentiellement dangereuses avec des drogues illicites. Dans ce contexte, le bureau du coordinateur drogues a procédé à une analyse longitudinale des cas de surdosages survenus entre 1992 et 2008 sur base des **données médico-légales** disponibles. L'analyse en question confirme que la quasi-totalité des décès impliquaient la consommation d'héroïne s'inscrivant dans un contexte de polyconsommation. En termes de drogues associées détectées dans les analyses sanguines des victimes, on retiendra avant tout la méthadone et la cocaïne étant entendu que des traces d'alcool et de médicaments de type benzodiazépines sont décelées chez la plupart des victimes. Il est remarquable que depuis 2000, la présence de **traces de méthadone au niveau des analyses de sang des victimes de surdosage** a connu une hausse importante.

Pour les victimes, il s'agit pour la plus grande majorité d'hommes (83%) dont l'âge moyen au moment du décès a connu une hausse sensible sur les dernières quinze années (1992 : 28,4 années et 2008 : 33,16 années). Bien que la moyenne d'âge ait augmenté, le nombre de victimes âgées de moins de 20 ans est resté relativement stable alors que le nombre des victimes plus âgées que 35 ans a augmenté au cours de la période d'observation. Aucune victime mineure d'âge n'a été rapportée en 2008.

L'écrasante majorité des personnes décédées sont connues par les forces de l'ordre en raison de leurs carrières d'usagers qui dépassent en moyenne les dix années. A noter également que plus de 80% des victimes connues avaient suivi un ou plusieurs traitement(s) avant leur décès et que la moitié disposaient d'un logement que l'on peut qualifier de stable. Une majorité confirmée (80%) de victimes était de nationalité luxembourgeoise. Sur toute la durée d'observation, les citoyens portugais occupaient la deuxième place suivis de l'Italie et de la France. Plus récemment, on a cependant observé un nombre croissant de victimes des pays frontaliers (BE, DE, F) et une baisse du nombre de victimes d'origine portugaise.

Conséquences sociales et mesures de réintégration

Les corolaires sociaux de l'usage de drogues et de la dépendance y associée sont multiples et se répercutent aux niveaux familial, professionnel, financier et légal. On constate à titre d'exemple que l'usage de drogues illicites ou l'abus d'alcool et/ou de médicaments psychotropes est prévalent dans 63% des familles d'origine des UPDs répertoriés. Le niveau d'enseignement des derniers est pour la plupart faible et incomplet. L'âge moyen au moment de l'arrêt du cursus scolaire des usagers indexés affiche une tendance à la baisse et se situe actuellement autour de 16 ans et 8 mois.

39% de la population cible rapportent des dettes majeures (1997 : 54%). La situation résidentielle des personnes répertoriées affiche elle aussi une amélioration au regard des années précédentes. Si en 1995, 31% des usagers disposaient d'un logement stable, cette proportion était de 77% en 2008, ce qui est en partie le mérite d'une série de projets d'aide au logement pour personnes dépendantes mis en place dans le cadre du plan d'action « drogues ».

Tous indicateurs confondus, la situation d'emploi des répondants s'est stabilisée depuis 2007, sachant que le taux des personnes disposant d'un emploi stable avait augmenté de 10% par rapport à 2006. De façon générale, on observe une diminution de l'autonomie financière au profit d'une dépendance sociale accrue.

Indicateurs de réduction de l'offre⁴

Saisies de substances illicites

D'importantes variations au niveau de l'évolution des **quantités saisies** s'observent depuis le début des années 90 et ceci pour presque tous les types de produits. Une analyse longitudinale indique une tendance générale à la baisse jusqu'en 2002⁵ des quantités d'héroïne, de cocaïne et de cannabis. Depuis 2002 on note une hausse des saisies d'héroïne et d'herbe de cannabis. Comparées aux données de 2007, les quantités saisies ont augmenté pour toutes les substances à l'exception de l'héroïne. Cette observation s'applique particulièrement au cannabis et à la cocaïne.

Le **nombre de saisies** est également resté stable, à l'exception du cannabis qui affiche une hausse et le nombre de prévenus impliqués dans des affaires de saisies affiche une tendance à la baisse au cours de la même période. Cette évolution suggère que des **quantités plus importantes de drogues illicites sont distribuées par un nombre plus limité de trafiquants**. Le nombre total de personnes impliquées dans le trafic illicite de drogues a suivi une tendance générale à la hausse pour atteindre un plateau en 2000 qui perdure à ce jour (2008 : 1.487 personnes). Une majorité confirmée de ces prévenus sont de nationalité étrangère.

Les saisies considérables de STA en 2006 n'ont pas pu être confirmées ni en 2007 ni en 2008. Les quantités de substances de type XTC, saisies la première fois en 1994, sont restées modestes au cours des dernières années.

Mesures judiciaires et pénales

Le nombre de **procès verbaux** pour motifs d'infraction à la loi modifiée de 1973 est passé de 764 en 1995 à 1.219 en 2008. En ce qui concerne le nombre respectif de **prévenus**, on note une évolution semblable. En 2008, furent enregistrées 188 **arrestations** (2007 : 226) pour motifs d'infraction à la loi modifiée de 1973. Si on se place dans une optique à plus court terme, on constate cependant que le nombre de procès verbaux, le nombre de prévenus et le nombre d'arrestations pour le même motif affichent une certaine stabilité ou ont même diminué au cours des dernières années.

La population des prévenus est composée de 88% d'hommes, proportion qui variait entre 79% et 90% durant les dix dernières années. Depuis 1998, la proportion des **prévenus d'origine étrangère** est passée de 52% à 68% en 2007 et à 58,7% en 2008. Il s'agissait dans 36% (32%) des cas de **premiers auteurs** en

⁴ Sauf indication contraire, les données présentées se rapportent à l'année 2007. À défaut d'autres indications, les données entre parenthèses se rapportent à l'année 2006.

⁵ Les drogues en transit exclus ; uniquement les quantités destinées au marché national



2008 (baisse considérable depuis 1998). Le pourcentage de **mineurs** parmi les prévenus est passé de 13,8% en 2008 à 6,7% en 2008. L'héroïne et la cocaïne sont les principales substances impliquées dans les premières infractions.

Les données statistiques fournies par l'**administration pénitentiaire** pour l'année 2008 font état de 990 (1.030) nouvelles entrées au CPL et au CPG dont 323 (33,5%) pour infraction(s) à la loi du 19 février 1973 (Code : DELIT-STUP); une proportion qui représentait 42,6% en 1996.

Disponibilité et qualité des drogues illicites au niveau national

Selon les données fournies par la Police Judiciaire et par l'ensemble des unités décentralisées de la Police Grand-ducale (sections de recherche), la grande majorité des drogues illicites consommées au Grand-duché de Luxembourg sont originaires des Pays-Bas suivis de la Belgique et du Maroc. L'héroïne consommée au Luxembourg est pour la plupart originaire de l'Afghanistan, du Laos et de Myanmar et transite par les pays de l'Est. La cocaïne distribuée sur le marché national trouve en grande partie son origine au Brésil et les STA proviennent majoritairement des Pays-Bas suivis de la Pologne et de la République Tchèque. La voie routière demeure prépondérante au niveau de l'acheminement des drogues destinées au marché national ou en transit.

Le marché national a connu l'arrivée de « professionnels de la drogue » œuvrant au déploiement d'un **réseau de distribution à caractère purement commercial**. Les enquêtes judiciaires ont révélé que les organisations criminelles sont de mieux en mieux structurées :

- une structure interne avec une répartition des tâches bien déterminée;
- des modes opératoires affinés et une meilleure mobilité;
- un démarchage offensif de la clientèle;
- des auteurs de plusieurs nationalités ou origines ethniques;
- l'utilisation des nouvelles technologies – changements très fréquents des téléphones mobiles GSM (cartes prépayées et appareils) – utilisation Skype ou autres moyens de la télécommunication cryptée via Internet;
- une disposition accrue à la violence (problème de société en général) y compris la détention d'armes et l'intention manifeste d'en faire usage en cas de besoin.

Il s'agit en premier lieu d'une expansion des réseaux déjà installés en Belgique et en France. La proportion d'étrangers impliqués dans le trafic des drogues se situe autour de 80% depuis les dernières années. Les groupements les plus actifs sont constitués;

- de ressortissants d'Afrique du Nord (Maroc, Tunisie),
- de ressortissants du Cap Vert,
- de demandeurs d'asile impliqués dans le trafic illicite de cocaïne sont pour la plupart originaires de l'Afrique de l'Ouest,
- de Portugais,
- de Français,
- et de ressortissants des pays de l'Ex-Yougoslavie.

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

D'ailleurs, il a été observé que les trafiquants déjà repérés pour cause d'antécédents en la matière préfèrent s'installer dans les régions frontalières dans le souci d'une part de minimiser le risque de se faire remarquer par les autorités judiciaires luxembourgeoises et d'autre part, en cas d'interpellation dans la zone frontalière, de bénéficier de peines plus souples des pays voisins.

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

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

Depuis 2003 aucun laboratoire clandestin de production de drogues n'a été découvert sur le territoire luxembourgeois.

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

Mesures de réduction des risques

Le nombre de contacts enregistrés par les **structures d'accueil bas-seuil** a connu un accroissement remarquable lors des dernières 12 années (2008: 67.494 / 1996: 6.456). La proportion de nouveaux clients admis dans ces structures est à la hausse. La diversification et la décentralisation de ces services sont essentiellement à l'origine de cette évolution. Sommairement, 42% des clients sont âgés entre 25 et 34 années et une proportion croissante (36%) affichent un âge supérieur à 34 ans. 56% des clients sont d'origine luxembourgeoise.

Depuis la mise en place du **programme national d'échange de seringues**, on notait une augmentation continue du nombre de **seringues stériles distribuées jusqu'en 2005 et une décroissance assez marquée depuis lors** (2008: 259.607 / 1996 : 76.259) bien que les taux de retour de **seringues usées continue d'accroître**. Une majorité d'injecteurs (32%) se procurent leurs seringues auprès d'associations spécialisées suivies des pharmacies et des distributeurs automatiques.



1. POLITIQUE EN MATIÈRE DE LUTTE CONTRE LES DROGUES ET LES TOXICOMANIES : LÉGISLATION, STRATÉGIES ET ANALYSE ÉCONOMIQUE

Introduction

La consommation de drogues constitue comme comportement potentiellement associé à des conséquences néfastes en termes sanitaires et psycho-sociaux. Par conséquent, la politique nationale s'articule sur des compétences et responsabilités partagées. En termes stratégiques, le concept plus holistique de comportements « addictifs » constitue la toile de fond de toute intervention en la matière. Cette tendance est reflétée par le récent élargissement de compétences du GIT (Groupe interministériel Toxicomanies), par l'accroissement de sa visibilité externe, de même que par le cadre général émis par la nouvelle stratégie nationale drogues 2010-2014.

Les élections parlementaires de juin 2009 ont reconduit l'ancienne coalition gouvernementale entre chrétiens-sociaux (CSV) et socialistes (LSAP), ainsi que le Ministre de la Santé précédent et actuel, M. Mars Di Bartolomeo. Les compétences et attributions ministérielles en matière de drogues et de toxicomanie n'ont pas été modifiées. Le programme gouvernemental de 2009⁶ prévoit de continuer à étendre le champ d'action et d'application du plan national drogues et insiste sur la décentralisation des structures d'accueil, l'évaluation du traitement de substitution, la mise en place d'un programme de prescription d'héroïne et le développement d'offres post-thérapeutiques et de réinsertion. Plus d'efforts doivent également être investis dans l'évaluation des structures de traitement existantes.

Début 2010, le Ministre de la Santé présentera la stratégie et le plan d'action drogues 2010-2014 élaboré par le bureau du coordinateur national drogues. Le plan d'action est basé sur l'évaluation finale du plan d'action précédant et l'analyse des besoins actuels et futurs. Dans ce contexte un bilan mi-parcours de l'état d'exécution du plan d'action 2005-2009 a été publié en avril 2008 et, pour la première fois, une évaluation externe ainsi qu'une évaluation du progrès de la stratégie nationale et du plan d'action « drogues » 2005-2009 a été réalisé par un institut néerlandais spécialisé. Les résultats de ce dernier ont été présentés officiellement en novembre 2009 et intégrés dans l'élaboration de la nouvelle stratégie drogues.

⁶ Déclaration gouvernementale 2009, <http://www.gouvernement.lu/gouvernement/programme-2009/programme-2009/index.html>

CADRE LÉGAL

Législation en matière de drogues et domaines associés

La loi nationale de référence datant du 19 février 1973, intitulée 'Loi concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie', régit la vente de médicaments contrôlés que la lutte contre les drogues illégales. Son dernier amendement a eu lieu par la loi du 27 avril 2001.

- **loi du 27 avril 2001⁸** modifiant la loi modifiée du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie. En plus de la décriminalisation de l'usage simple de cannabis, de la réduction des peines en cas de simple usage de drogues contrôlées, ainsi qu'une différenciation des peines, selon les délits, en fonction du type de drogues et de la nature des substances contrôlées impliquées, la loi du 27 avril 2001 prévoit un cadre légal pour certaines mesures de traitement et de réduction de risques, comme par exemple le traitement de substitution, le programme d'échange de seringues, la salle de consommation et d'autres moyens agréés par l'Etat, qui en référence à l'article 13 du règlement grand-ducal du 30 janvier 2002 (voir plus loin) incluent le traitement assisté à l'héroïne.

- **loi du 11 août 2006⁹** relative à la lutte antitabac régit la publicité du tabac et de ses produits associés, l'interdiction de fumer dans certains endroits ainsi que l'interdiction de vendre du tabac à mâcher. Les modifications légales les plus importantes sont l'augmentation du nombre d'endroits publics sans tabac, l'interdiction de fumer dans des établissements de restauration, une interdiction générale de publicité, l'interdiction de vente de tabac à des jeunes de moins de 16 ans, l'interdiction d'importation et de vente d'articles de tabac en forme de sucreries ou de jouets. L'interdiction de fumer dans des établissements de restauration ne porte pas sur des salles fumeurs séparées, ne dépassant pas 25% de la totalité de la surface, et avec des systèmes d'aération spécifiques. L'accès y est refusé à des jeunes de moins de 16 ans. Les cafés et les bars ne sont concernés que durant les heures de repas. La loi permet aux hôpitaux d'installer une salle fumeur exclusivement réservée aux patients.

Les amendes pour non-respect de la réglementation en matière de la publicité, de la vente et de l'importation se situent entre 25 et 50.000 euros. Les amendes liées à des transgressions dans des endroits protégés varient entre 25 et 250 euros pour les clients et peuvent aller jusqu'à 1.000 euros pour les propriétaires d'établissements. Les sanctions suite à la vente de tabac à des mineurs se situent entre 251 et 1.000 euros. Ces modifications concernent également la loi modifiée du 17 juin 1994 sur la sécurité et la santé sur le lieu de travail, la loi modifiée du 16 avril 1979 sur le statut général des employés de l'Etat et la loi modifiée du 24 décembre 1985 sur le statut général des employés communaux. Ces modifications concernent la protection des non-fumeurs sur leur lieu de travail, qui est sous la responsabilité de l'employeur. Suite à l'étendue des modifications, la loi modifiée du 24 mars 1989 a été abrogée.

- **loi du 13 juillet 2007¹⁰** relative aux marchés d'instruments financiers et portant transposition de : la directive 2004/39/CE du Parlement européen et du Conseil du 21 avril 2004 concernant les marchés d'instruments financiers, modifiant les directives 85/611/CEE et 93/6/CEE du Conseil et la directive 2000/12/CE du Parlement européen et du Conseil et abrogeant la directive 93/22/CEE, - l'article 52 de la directive 2006/73/CE de la Commission du 10 août 2006 portant mesures d'exécution de la directive 2004/39/CE du Parlement européen et du Conseil, en ce qui concerne les exigences organisationnelles et les conditions d'exercice applicables aux entreprises d'investissement et la définition de certains termes aux fins de ladite directive.

⁷ Mémorial A 1973, p.319

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

⁹ Mémorial A 2006, p.2265, (Adoption : 13/07/2006, entrée en vigueur : 05/09/2006)

¹⁰ Mémorial A 2007, p.2076, (Adoption : 13/07/2007, entrée en vigueur : 01/11/2007)



- **loi du 18 septembre 2007¹¹** abaisse le taux d'alcoolémie de 0,8‰ à 0,5‰ et introduit un taux de 0,2‰ pour certaines catégories de conducteurs (conducteurs novices et professionnels). Le cas échéant, la Police grand-ducale dressera un avertissement taxé respectivement en cas d'alcoolémie supérieure ou égale à 0,5‰ ou supérieure ou égale à 0,2‰.

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

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

La loi prévoit également un cadre légal pour le dépistage de drogues (illicites) au bord de la route. Sera puni des peines prévues au paragraphe 1er, tout conducteur d'un véhicule ou d'un animal, ainsi que tout piéton impliqué dans un accident, dont l'organisme comporte la présence d'une des substances ci-après dans des quantités supérieures ou égales aux seuils maxima correspondants:

THC: 2 ng/ml ATS: 50 ng/ml Cocaïne: 50 ng/ml Opiacés: 20 ng/ml

- **loi du 18 décembre 2007¹²** portant approbation de la Convention des Nations Unies contre la criminalité transnationale organisée, adoptée par l'Assemblée Générale des Nations Unies à New York, le 15 novembre 2000. L'objet de la Convention est de promouvoir la coopération afin de prévenir et de combattre plus efficacement la criminalité transnationale organisée.

- **loi du 17 juillet 2008¹³** concernant la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme. Cette loi transpose la directive 2005/60/CE du Parlement européen et du Conseil d'Europe du 26 octobre 2005 et modifie ainsi des lois liées directement à la législation nationale drogues.

Règlements grand-ducaux (2004-2009)

- **Règlement grand-ducal du 30 janvier 2004¹⁴** modifiant le règlement grand-ducal modifié du 2 février 1995 relatif à la fabrication et à la mise sur le marché de certaines substances utilisées pour la fabrication illicite de stupéfiants et de substances psychotropes.

En ce qui concerne la **réglementation des mécanismes de contrôle des substances et des précurseurs**, la législation nationale se base sur les règlements grand-ducaux suivants, modifiés (texte ou annexes) suite à des décisions incluant des nouvelles substances dans la loi nationale :

¹¹ Mémorial A 2007, p.3348, (Adoption : 18/09/2007, entrée en vigueur : 01/10/2007)

¹² Mémorial A 2007, p. 4410, (Adoption : 18/12/2007, entrée en vigueur : 28/12/2007)

¹³ Mémorial A 2008, p. 1495, (Adoption : 17/07/2008, entrée en vigueur : 23/07/2008). Voir aussi ELDD

¹⁴ Mémorial A 2004, (Adoption: 30/01/2004, entrée en vigueur : 13/02/2004). Voir aussi ELDD
Règlement grand-ducal du 30 janvier 2004 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 2 février 1995 relatif à la fabrication et à la mise sur le marché de certaines substances utilisées pour la fabrication illicite de stupéfiants et de substances psychotropes.
<http://www.legilux.public.lu/leg/a/search/resultHighlight/index.php?linkId=1&SID=e0622007c5892b499e6269171b466eaf>

- **Règlement grand-ducal du 4 mars 1974** concernant certaines substances toxiques
- **Règlement grand-ducal du 20 mars 1974** concernant certaines substances psychotropes
- **Règlement grand-ducal du 26 mars 1974** établissant la liste des narcotiques contrôlés
- **Règlement grand-ducal du 8 mai 1993** concernant le commerce des narcotiques et substances psychotropes
- **Règlement grand-ducal du 2 février 1995** concernant la production et la distribution de certaines substances utilisées dans la production de substances narcotiques et psychotropes
- **Règlement grand-ducal de février 1997** concernant les substances énumérées dans les schémas III et IV de la Convention de l'UE sur les substances psychotropes du 21 février 1971
- **Règlement grand-ducal du 30 janvier 2004** modifiant le règlement grand-ducal modifié du 2 février 1995¹⁵
- **Règlement grand-ducal du 13 février 2007** concernant la surveillance et le commerce des précurseurs de drogues¹⁶

Le texte complet de cette loi nationale anti-drogue ainsi que les règlements grand-ducaux récents peuvent être consultés sous :

<http://www.legilux.public.lu> ou <http://eldd.emcdda.europa.eu>.

- **Le règlement grand-ducal du 7 octobre 2004**¹⁷ modifie la liste nationale des substances psychotropes contrôlées.

Les substances suivantes complètent l'annexe A :

2C-I (2,5-diméthoxy-4-iodophénéthylamine)
 2C-T-2 (2,5-diméthoxy-4-éthylthiophénéthylamine)
 2C-T-7 (2,5-diméthoxy-4-(n)-prophylthiophénéthylamine)
 TMA-2 (2,4,5-triméthoxyamphétamine)

L'annexe B inclut le GHB, « acide gamma-hydroxybutyrique » dans la liste des substances contrôlées au niveau national.

- **Règlement grand-ducal du 18 janvier 2005**¹⁸ déterminant le modèle du carnet à souches prévu à l'article 30-1 de la loi modifiée du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie.

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

- **Règlement grand-ducal du 14 avril 2008**²⁰ modifiant l'annexe du règlement grand-ducal du 4 mars 1974 concernant certaines substances toxiques en mettant le GHB (acide gamma hydro butyrique) sous contrôle national.

- **Règlement grand-ducal du 20 avril 2009**²¹ modifiant le règlement grand-ducal modifié du 20 mars 1974 concernant certaines substances psychotropes.

¹⁵ Mémorial A 2004, (Adoption : 13/02/2007, entrée en vigueur : 22/02/2007). Voir aussi ELDD
 Règlement grand-ducal du 13 février 2007 relatif à la surveillance du commerce des précurseurs de drogues [...].

¹⁶ Mémorial A 2007, (Adoption : 30/01/2004, entrée en vigueur : 13/02/2004). Voir aussi ELDD
 Règlement grand-ducal du 30 janvier 2004 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 2 février 1995 relatif à la fabrication et à la mise sur le marché de certaines substances utilisées pour la fabrication illicite de stupéfiants et de substances psychotropes.

¹⁷ Mémorial A 2004, (Adoption : 07/10/2004, entrée en vigueur : 21/10/2004). Voir aussi ELDD
 Règlement grand-ducal du 7 octobre 2004 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 20 mars 1974 concernant certaines substances psychotropes ainsi que le règlement grand-ducal modifié du 6 février 1997 relatif aux substances visées aux tableaux III et IV de la Convention sur les substances psychotropes, faite à Vienne, le 21 février 1971.
<http://www.legilux.public.lu/leg/a/search/resultHighlight/index.php?linkId=4&SID=e598ed3498d37aa98708757b0b038d49>

¹⁸ Mémorial A 2005, (Adoption : 18/01/2005, entrée en vigueur : 14/02/2005)
 Règlement grand-ducal du 18 janvier 2005 déterminant le modèle du carnet à souches prévu à l'article 30-1 de la loi modifiée du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie.
<http://www.legilux.public.lu/leg/a/archives/2005/0211402/0211402.pdf?SID=cac954462991e49701fd54f107a49282#page=5>

¹⁹ Mémorial A 2006, p. 1156, (Adoption : 16/03/2006, entrée en vigueur : 31/03/2006). Voir aussi ELDD

²⁰ Mémorial A 2008, p. 754, (Adoption : 14/04/2008, entrée en vigueur : 28/04/2008). Voir aussi ELDD

²¹ Mémorial A 2009, p. 1077, (Adoption : 20/04/2009, entrée en vigueur : 05/05/2009). Voir aussi ELDD



Les molécules et le matériel suivant ont été mis sous contrôle national :

- a) BZP ;
- b) CP-47, 497, JWH-018, HU-210 et autres agonistes synthétiques des récepteurs cannabinoïdes ou cannabinomimétiques ;
- c) des organismes et parties d'organismes qui contiennent l'une des substances contrôlées de manière naturelle et dont, le cas échéant après une intervention humaine, le potentiel d'abus à des fins enivrantes est avéré d'après l'état actuel des connaissances en matière de toxicomanie et pour lesquels il n'existe pas d'usage coutumier licite;
- d) du matériel²² biologique apte à la reproduction et à la culture des organismes visés sous c).

Application des lois

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

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

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

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

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

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

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

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

²² P.ex. spores de champignons hallucinogènes.

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

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

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

La loi du 27 avril 2001²³ modifiant la loi de base du 19 février 1973 introduisant entre autres l'abolition de peines privatives de liberté pour usage simple de cannabis et différenciant les pénalités en fonction de la nature des substances contrôlées impliquées, ainsi que le règlement grand-ducal du 30 janvier 2002²⁴ sur le traitement par substitution ont largement contribué à diminuer le décalage entre la législation en la matière et les routines de poursuite. Ainsi la législation actuelle et la politique des poursuites ciblent davantage le trafic de drogues que la simple consommation et mettent l'accent sur la réduction des dommages et des risques.

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

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

En accord avec ce principe, ainsi que dans une perspective de santé publique, la loi de 2001 a introduit un article concernant la poursuite d'un contrevenant à la loi sur les stupéfiants, qui appelle une aide (médicale) s'il est devenu témoin d'un incident de surdosage d'un autre consommateur. La loi supprime les peines de prison et prévoit une amende pour les témoins, qui sont des simples usagers et réduit les peines pour ceux, qui ont vendu ou distribué la drogue à la victime de la surdose. Néanmoins, en pratique, du moins la première catégorie de témoins n'est généralement pas poursuivie dans le cas où ils assistent un autre usager (en demandant de l'aide).

La plus grande priorité est accordée au trafic de « drogues considérées comme très dangereuses ». Comme le premier objectif de la politique luxembourgeoise des drogues consiste dans la prévention de la dépendance et des risques y associés, la poursuite des distributeurs et revendeurs de ce type de drogues revêt une importance particulière. Les peines prononcées envers les trafiquants doivent avoir un effet dissuasif.

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

²³ Mémorial A 2001, p.1180, (Adoption : 27/04/2001, entrée en vigueur : 17/05/2001)

²⁴ Mémorial A 2002, p.232, (Adoption : 30/01/2002, entrée en vigueur : 12/02/2002)



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

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

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

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

Autres développements de la politique en matière de lutte contre les drogues et les toxicomanies : Initiatives parlementaires et civiles

Suite à une série de débats et d'initiatives parlementaires concernant la politique et la stratégie drogues en 2006 et 2007, le coordinateur national drogues a été deux fois de suite, en 2008 et 2009, l'invité à la Commission Parlementaire Santé et Sécurité Sociale pour rendre compte de l'état de la mise en œuvre du plan d'action national drogues.

L'enjeu du phénomène « Spice », ainsi que le progrès dans l'achèvement d'une structure permanente pour les personnes toxicomanes ont été les principaux sujets abordés durant ces séances d'échange. La localisation géographique de cette institution a continué à alimenter les discussions entre le Ministère de la Santé, la Ville de Luxembourg, la Société civile ainsi qu'avec des habitants du quartier en question.

En 2008, aucun projet ni aucune proposition de loi en relation avec les drogues ou la toxicomanie n'a été introduit.

PLAN D'ACTION NATIONAL, STRATEGIE, EVALUATION ET COORDINATION

Mécanismes de coordination

La coordination des actions à mener dans le domaine de la réduction de la demande de drogues, de la réduction des risques et dommages associés, ainsi que de la recherche dans le domaine des drogues est une compétence du Ministère de la Santé. Depuis l'année 2000, un Coordinateur National Drogues, nommé par le Ministre de la Santé, a été chargé de la coordination globale (incluant la coordination interministérielle) dans le domaine de la réduction de la demande et des risques et représente le Luxembourg au niveau international. La réduction de l'offre et les affaires internationales sont des compétences respectivement du Ministère de la Justice et du Ministère des Affaires Etrangères et de l'Immigration.

Au niveau national, la coordination inter-compétences est assurée par le Groupe Interministériel « Toxicomanies » (GIT) qui, depuis 2006, est présidé par le coordinateur national drogues. Le GIT se compose de délégués seniors des départements gouvernementaux impliqués et constitue le niveau décisionnel le plus important en respect avec la coordination et l'orientation des actions. Le Ministère de la Santé et le GIT se portent garants du suivi de l'exécution des stratégies et des plans d'action nationaux en matière de drogues et de toxicomanies et entretiennent un lien de consultation efficace avec les autres ministères impliqués (p.ex. justice, affaires étrangères). Le GIT se réunit 4 fois par année. Il y a quatre points d'ordre du jour permanents : l'exécution du plan d'action, le système d'alerte précoce aux nouvelles drogues, nouvelles tendances et changements législatifs, ainsi que les affaires internationales. Les résultats des réunions du GIT sont transférés à tous les ministères compétents et au besoin à la presse nationale afin d'assurer la meilleure visibilité possible. Depuis 2006, le GIT bénéficie de compétences élargies et couvre actuellement des volets allant de l'usage des drogues illicites à l'usage de drogues licites. En mai 2008, le GIT a publié son premier communiqué de presse sur l'usage abusif d'alcool chez les jeunes, tout d'abord pour informer la population et les responsables communaux et ensuite pour présenter le travail et les priorités du GIT.

Le coordinateur national drogues est chef de la délégation nationale auprès du Groupe Horizontal Drogues du Conseil de l'UE et correspondant permanent au sein du Groupe Pompidou du Conseil de l'Europe. Enfin, il est membre de la commission nationale de surveillance du traitement de substitution, ainsi que du comité national de surveillance du SIDA.

Le coordinateur se réunit périodiquement avec les ONGs conventionnées (plateformes de collaborations) pour échanger des informations et pour trouver des réponses aux tendances émergentes. Un forum appelé « COCSIT » a été créé par les institutions spécialisées dans le traitement de la toxicomanie qui fonctionne en tant que organe de concertation et de porte-parole des intervenants du terrain. Récemment des recommandations pour réduire la mortalité associée aux drogues ont été éditées, et ceci comme exemple de bonne pratique en matière de collaboration entre les autorités nationales de santé et les ONGs spécialisées.

Stratégie et plan d'action national en matière de lutte contre les drogues et les toxicomanies

Une stratégie antidrogues qui veut faire face aux défis actuels repose prioritairement sur deux piliers, à savoir la réduction de la demande et la réduction de l'offre ainsi que sur quatre axes transversaux : la réduction des risques, dommages et nuisances, la recherche et l'information, les relations internationales et finalement les mécanismes de coordination.

Afin d'optimiser leur impact, les plans d'actions gagnent à tenir compte des éléments pertinents issus des traités UE et CE, des stratégies antidrogues et des plans d'action drogues de l'UE pour ainsi contribuer à atteindre un niveau élevé de protection en termes de santé publique, de sécurité publique et de cohésion sociale.

La stratégie nationale et le plan d'action en matière de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2005-2009 a été présenté en détail dans les rapports antérieurs. Au moment de la rédaction du présent rapport, la nouvelle stratégie 2010-2014 était en cours d'élaboration. La stratégie en question ainsi que son plan d'action associé seront présentés suite à leur approbation dans l'édition 2010 du rapport national sur les drogues et des toxicomanies.



Exécution des politiques et stratégies nationales

L'impact final d'un plan d'action drogues dépend largement de la manière dont ce dernier a été élaboré. Les plans d'action élaborés à ce jour reflètent la stratégie du Ministère de la Santé et visent à optimiser les interventions de lutte contre les drogues et les toxicomanies en fonction des priorités constatées, des besoins évalués et des ressources mobilisables. Aussi s'agit-il d'un cadre ouvert qui permet l'inclusion de projets complémentaires en cas de besoin.

En 2009 le coordinateur national drogues a lancé un troisième processus de consultation multilatéral impliquant différents départements ministériels, des ONGs spécialisées et la société civile afin de combler les besoins constatés lors de l'élaboration du plan d'action 2010-2014. Sous l'impulsion du ministre de la Santé, un groupe de travail, présidé par le coordinateur national drogues, a effectué une évaluation des besoins et a établi des recommandations nationales concentrées en matière d'offres de soins et de réinsertion dans le domaine spécifique de la problématique des drogues. Un groupe de travail plus réduit, constitué par des représentants du Ministère de la Santé et du Centre de Prévention des Toxicomanies (CePT), a rédigé le plan d'action en matière de prévention primaire. La totalité des actions retenues est structurée d'une façon claire, simple et orientée vers les résultats comme suit : 1. Description/objectif de l'action – 2. Gestionnaire responsable – 3. Budget – 4. Indicateur de résultat – 5. Dates limites de l'exécution et de l'évaluation.

L'implication active des ONGs spécialisées depuis le début du travail de conceptualisation permet de garantir une mise en exécution efficace des actions considérées essentielles par toutes les parties impliquées. En résumé, on retiendra que l'implication multilatérale des acteurs compétents et le fait que la plupart des services impliqués dans l'élaboration des processus sont coordonnés de façon centralisée par le Ministère de la Santé, contribuent largement à l'effectivité du modèle stratégique national.

Evaluation des politiques et stratégies nationales

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

Au cours des 10 dernières années, le concept du suivi de l'exécution ainsi que les stratégies d'évaluation et d'audit externe ont gagné en importance au niveau de la stratégie nationale en matière de drogues et de toxicomanies.

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

Outre les efforts déployés par la totalité des acteurs impliqués, le bilan à ce jour positif est également à mettre en relation avec l'augmentation considérable des moyens budgétaires mobilisés en matière de lutte contre la toxicomanie. A titre d'exemple, on retient une hausse de 287% du budget investi par le Ministère de la Santé dans les mesures de la réduction de la demande de drogues entre 2000 et 2009.

Les moyens budgétaires investis ont permis d'accroître les ressources en termes de prévention primaire, d'élargir les capacités d'admission des services de première ligne, d'augmenter le nombre et la diversité des offres post-thérapeutiques, de régionaliser les offres de traitement, d'améliorer les mécanismes de contrôle relatifs au traitement de substitution, de réduire les risques et les dommages, particulièrement en matière de transmission de certaines maladies infectieuses, endémiques à la population des UPDs, de réduire considérablement le nombre de surdoses et finalement de favoriser les activités de recherche en la matière.

Début 2010, le Ministre de la Santé présentera la nouvelle stratégie et le plan d'action 2010-2014, élaboré par le coordinateur national drogues. Le plan d'action est basé sur l'évaluation finale du plan d'action précédant et l'analyse des besoins actuels et futurs. Dans ce contexte et, pour la première fois au Luxembourg, une évaluation externe de la stratégie nationale et du plan d'action drogues 2005-2009 ont été réalisés par un institut spécialisé étranger.

La portée de l'évaluation est une analyse critique de l'élaboration, du suivi et de l'exécution du plan d'action national drogues 2005-2009. Cette analyse vient compléter le bilan intermédiaire du plan d'action drogues. L'objectif premier de ces mécanismes est de fournir des informations politiquement pertinentes aux instances et acteurs impliqués dans l'élaboration et l'exécution de la politique anti-drogue au Luxembourg.

L'évaluation s'articule sur les questions suivantes:

- **Priorités** : Est-ce que le plan d'action prend en considération d'une façon adéquate les priorités proposées par les différentes parties concernées, p.ex. par une définition claire de la problématique et par des actions clairement définies?
- **Conditions** : Est-ce que les circonstances et conditions ont permis de réaliser les actions formulées dans le plan d'action, p.ex. en mettant à disposition les instruments et ressources nécessaires, en répartissant et en définissant les responsabilités, tout en facilitant la coopération entre les différentes personnes concernées? Est-ce que la structure de coordination existante s'est avérée appropriée et efficace?
- **Résultats** : Est-ce que l'exécution du plan d'action national drogues a débouché sur la réalisation des actions envisagées?
- **Processus** : Est-ce que l'élaboration du plan et le processus de conception politique orientés vers l'exécution étaient adéquats ? (Gestion, prise en considération des besoins, etc.)

En réalisant l'évaluation les principes conducteurs suivants ont été appliqués :

- L'évaluation est basée sur des faits/résultats fiables et vérifiables ;
- Le processus d'évaluation est transparent pour tous les acteurs concernés ;
- Tout parti concerné est invité à participer au processus d'évaluation ;
- Chacun de ces parties doit se sentir libre d'exprimer son opinion ;
- L'évaluation a l'intention de développer des recommandations concrètes qui devront contribuer à améliorer la qualité et l'efficacité de la politique anti-drogue luxembourgeoise ;
- L'évaluation ne doit pas s'impliquer dans le débat politique au Luxembourg.



L'évaluation a donné lieu à un rapport répondant aux questions citées ci-dessus et fournit un ensemble de recommandations concernant le prochain plan d'action national drogues, la structure de coordination et le processus d'élaboration futur.

Les conclusions de l'évaluation externe (pas encore disponibles au moment de la rédaction du présent rapport), conjointement avec recommandations des groupes de travail mentionnés plus haut sert aux instances compétentes d'élaborer le nouveau plan d'action national drogues 2010-2014.

ANALYSE ECONOMIQUE

Dépenses publiques

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

- Les lignes budgétaires peuvent être génériques (drogues légales et illégales), agrégées (prévention de la dépendance), sur-inclusives (solidarité sociale) ou non identifiables,
- Les budgets ne sont pas ventilés selon leurs affectations spécifiques,
- Différence entre un budget provisoire, un budget voté et les dépenses finales (le budget prévisionnel est souvent plus détaillé que le budget voté),
- Les dépenses peuvent être annuelles, pluriannuelles, uniques, ordinaires, extraordinaires, etc. Si elles subviennent durant l'année de référence de l'étude, elles devront être comptabilisées bien qu'elles peuvent donner une image biaisée des moyens effectivement investis, surtout si elles sont importantes (p.ex. investissements immobiliers qui remplacent un loyer mensuel)²⁵,
- En termes de suivi : les lignes budgétaires peuvent être restructurées, intégrées ou ventilées au cours du temps,
- En ce qui concerne la santé publique, les dépenses peuvent être couvertes par un financement direct de l'Etat ou par un remboursement de la sécurité sociale,
- Il peut y avoir un manque de clarté dû aux financements mixtes (p.ex. centres de recherche public – financement de multiples projets, plusieurs ministères) ou d'un budget avec des origines nationales, européennes et internationales partagées,
- Eligibilité de projets de coopération versus variabilité des contributions annuelles,
- Impossibilité d'évaluer l'effet de l'éducation générale et des interventions éducatives sur les comportements addictifs et leur coûts attribuables.

²⁵ Afin de souligner les différents status/nature des lignes budgétaires, les abréviations suivantes ont été utilisées dans les tables de dépenses: S.: budget standard (dépense annuelle / ligne budgétaire) I: Investissement (dépense unique variant d'année en année)

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

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

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

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

Méthodologie

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

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

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

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

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

La méthodologie appliquée se réfère aux concepts de la théorie « Coût de Maladie » (C.D.M.) par opposition à l'approche « Coût-Bénéfice ». Les classifications **COFOG et REUTERS** sont appliquées selon les recommandations de l'OEDT. Les techniques suivantes ont été appliquées et combinées en fonction des contextes d'analyse :

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



Principaux documents de référence:

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

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

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

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

Ministère des Finances (2009). Projet de loi concernant le budget des recettes et des dépenses de l'Etat. Ministère des Finances, Luxembourg.

Ministère de la Santé (2009). Rapport d'activités 2008, Ministère de la Santé, Luxembourg.

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

Ministère de la Santé (2009). Stratégie et plan d'action national en matière de lutte contre les drogues et les dépendances 2010 – 2014. Ministère de la Santé. Luxembourg.

Origer, A. (2002b). Etude du coût économique direct des interventions et de la politique publique en matière de drogues et de toxicomanies. Séries de recherche n°4, Point focal OEDT Luxembourg – CRP-Santé, Luxembourg.

Tab. 1.1 *Estimation nationale des dépenses publiques directement attribuables à la lutte anti-drogue (EN) (2008)*

Ministry/Department	Budget/Title	Budget/Expense (EUR)	COFOG	REUTERS
01 Ministry of Foreign Affairs and Immigration	S 01.7 / 35.031 35.40 / 01.53 Cooperation and Development: Voluntary contributions to international organisations Contribution to UNODC	100 000.-	01.2.2.	/
04 Ministry of Finances	S 04.3 / 12.310 03.20 Staff and operational costs of the Special Drugs Division of Customs Costs related to drug dogs brigade	3 886 000.- 45 000.-	01.1.2. (03.06.0)	3
05 Ministry of Finances Treasure and Budget	S 2008 national investments of the National Fund against Drug Trafficking I 34.3 74.300 01.22 Acquisition of drug detection equipment for Customs Administration	610 800.- 65 000.-	01.1.2 (03.06.0) 03.6.0	1,2,3,4 3
07 Ministry of Justice	S 07.0 35.060 03.10 International Relations: Contribution to EUROPOL DRUG UNIT S 12.370 / 12.30 / 03.03 Care programme for drug addicts in prison	0.- 737 040.-	01.2.2. 07.2.0.	3 3
10/11 Ministry of Education of Professional Training	S 10.0 12.223 04.01 Drug prevention in primary and post primary schools S 11.4 12.301 08.30 Drug prevention and Sport	0.- 2 000.-	07.4.0 07.4.0	1 1
12 Ministry of Family, Social Solidarity and Youth	S 12.8 / 12.252 06.32 Drug Prevention in retention centres for minors	13 000.-	03.4.0	1
14 Ministry of Health	S 14.0 12.000.05.00 Fees for National Drug Substitution treatment commission S 14.1 12.343 05.00 Control of national enforcement of UN drug conventions S 14.1 33.002 05.00 Co-financing of staff and operational costs of the national EMCDDA focal point S 14.1 / 33.013 05.23 - 33.014 05.23 Staff and operational costs of specialized drug agencies conventionned by state	0.- 2 000.- 161 220.- 6 451 228.-	07.4.0 01.2.2. 07.5.0. 07.2.0	2 3 / 1,2,3,4



	S 14.1 12.311 05.10 Provision of drug injection material in the framework of the national NEP	510,000.-	07.1.2.	4
	S14.2 12.301 05.20 / 12.801 05.20 Toxicological surveillance of drug addicts	150,000.-	07.4.0	/
	S 14.1 / 12.126 13.90 Costs of external evaluation of the national drugs action plan 2004-2009	15,000.-	/	
	S 14.1 / 12.140 05.10 National Aids plan (25%)	17,000.-		
	I 44.7 52.002 05.22 Construction works and acquisition of equipment for conventionned specialized drug agencies	130,000.-	07.2.0	2
22 Ministry of Public Buildings	I 52.4 72.022 05.20 05.22 / 74.092 74.22 Construction works and acquisition of equipment for conventionned specialized drug agencies	30,000.-	07.2.0	2
TOTAL A	Labelled Public drug-related expenditures	12,925,288		

Tab. 1.2 Estimation nationale des dépenses publiques indirectes en matière de lutte anti-drogue (EN) (2008)

Ministry/Department	Budget/Title	Budget/Expense (EUR)	Attributable proportion	COFOG	REUTERS
01 Ministry of Foreign Affairs and Immigration	S. 01.7 Staff, operational and mission costs related to drug related issues	20,400.-	Estimation by MFA based on analysis of work and mission reports and career of involved agents	01.2.2.	/
05 Ministry of Finances Treasury and Budget	S. 05 Renting of real estate for specialized drug agencies	285,000.-	Standard rent prices according to location and surface	0.1.1.2	2
07 Ministry of Justice	S. 07.0 Staff, operational and mission costs of MJ related to drug related issues	6,700.-	Estimation by MJ based on analysis of work / mission / career	03.6.0	3
	S. 07.1.0 Staff, operational and mission costs of judiciary services (courts, etc) related to drug related issues	1,120,000.-	Total cost of judicial services x proportion of drug offences affairs (based on ad hoc register)	03.3.0	3
	S. 07.2 Prison drug related expenditures	14,203,670.-	Total prison budget x proportion of drug law offenders in total prison population	03.4.0	3
	S. 07.4 Police drug related expenditures	1,162,360.-	Dedicated staff, operational and mission costs (Special drug units 100%)	03.1.0	3
12/13 Ministry of Family, Social Solidarity and Youth	S. 13.1 / 12,140 06. 32 Information campaigns on drugs	3,691,600.-	Assessment by Police Directorate based on analysis of job descriptions and operational costs	03.1.0	3
	S. 13.1 / 11.000 11.00 Staff, operational and mission costs of MF related to drug related issues	14,960.-	Internal budget breakdown	07.4.0	1
		22,700.-	Estimation by MF based on analysis of work / mission / career	07.4.0	1



14 Ministry of Health	S 14.0 Staff, operational and mission costs of MH related to drug related issues	22,700.-	Estimation by MH based on analysis of work / mission / career	076.0	1,2,4
	S 14.1 / 33.014 05.23 Staff and operational costs of National Aids counselling Centre	188,217.-	25% of total budget : average proportion of PLWHIV/AIDS infected via IDU in clients	07.2	1
	S 14.1 / 11.000 05.00 / 12.010 05.00 Staff and mission costs of Directorate of Health allocated to drug related issues	244,000.-	Dedicated staff to drug issues + Estimation by MH based on analysis of work / mission / career	076.0	1,2,4
	S 14.2 / 11.000 05.20 Staff, operational and mission costs of Laboratory related to drug related issues	22,700.-	Estimation by Laboratory based on analysis of work / mission / career	074.0	2
17 Ministry of Social Security	S 17.2 Staff, operational, and mission costs for agents in charge of drug treatment referral abroad	77,694.-	Estimation by MSS based on analysis of work / mission / career	074.0	2
	A. <u>Substitution treatment</u>				
	- Reimbursement of prescription substitution drugs (methadone, buprenorphin, etc.) (Net, patient's contribution excluded)	333,200.-	Detailed breakdown by National Health Fund (CNS)	072.2	2
	- Reimbursement of medical counselling costs related to substitution prescriptions	37,289.-	Detailed breakdown by National Health Fund (CNS)	072.2	2
	B. <u>Inpatient hospital drug treatment</u>				
	- Reimbursement of inpatient hospital drug treatment costs (e.g. detoxification) (2007)	2,876,498.-	ICD-10: F11, F12, F14, F15, F16, F18 and F19 hospital episodes x cost per episode (provided by CNS)	073.2	2

	<u>C. Drug treatment abroad</u> - Reimbursement of drug treatment costs abroad (e.g. residential therapy or specialized therapeutic offers not available in Luxembourg)	1,220,000.-	Adjusted breakdown on data provided by UCM in 2006	073.2	2
	<u>D. Cost of HIV/AIDS treatment provided to patients infected via IDU</u>	1,830,000.-	Number of HIV/AIDS patients infected via IDU in treatment x yearly average cost of HIV/AIDS treatment (+/- 20,000.- EUR) x reimbursable proportion	072.2 073.2	2
TOTAL A	Non-Labelled Public drug-related expenditures	27,380,688.-			
TOTAL A+B	Labelled + Non-Labelled Public drug- related expenditures	39,984,547.-			



Tab. 1.3 Dépenses publiques en fonction de la classification COFOG, premier niveau (2008)²⁶

COFOG fonction de 1 ^{er} niveau	Dépenses libellées	Dépenses non-libellées	TOTAL
3 (Ordre public et sécurité)	13,000.-	20,197,330.-	20,210,330.- (57%)
7 (Santé)	8,171,488.-	6,890,958.-	15,062,446.- (43%)
			TOTAL 35,272,776.-

Tab. 1.4 Dépenses publiques en fonction de la classification COFOG, deuxième niveau (2008)

COFOG fonction de 2 ^e niveau	Dépenses libellées	Dépenses non-libellées	TOTAL
3.1 (Police)	/	4,853,960.-	4,853,960.-
3.3 (Tribunal)	/	1,120,000.-	1,120,000.-
3.4 (Prisons)	13,000.-	14,203,670.-	14,216,670.-
7.1 (Produits médicaux, application et équipement)	510,000.-	/	510,000.-
7.2 (Services ambulatoires)	7,348,268.-	558,706.-	7,906,974.-
7.3 (Services hospitalières)	/	5,926,498.-	5,926,498.-
7.4 (Services de santé publique)	152,000.-	138,054.-	290,054.-
			TOTAL 34,824,156.-

NOTES EXPLICATIVES ADDITIONNELLES SUR LA MÉTHODE DE CALCUL DES PROPORTIONS ATTRIBUABLES (NON EXPLICITÉES DANS LES TABLEAUX)

05 Ministère des Finances, Trésorerie et Budget

05 FLTS: Biens confisqués réinvestis dans la lutte contre les drogues. Seulement les moyens financiers investis dans des projets nationaux comme ceux-ci devraient être financés par le denier public si le FLTS n'existait pas.

07 Ministère de la Justice

07.2 Administrations pénitentiaires

Il faut distinguer entre les nouvelles entrées et les détenus déjà incarcérés par année. L'administration pénitentiaire rapporte le nombre de «prévenus» (prévalence: 25%) (Incidence: 21% nouvelles entrées):

²⁶ Les sommes des tableaux 1.3 et 1.4 ne sont pas égales à la somme du tableau général étant donné qu'il existe des dépenses qui ne tombent pas sous les fonctions 3 et 7 de COFOG

- A) Calcul du coût total
B) 25% du coût total

Mais: Biais d'estimation: L'estimation basée sur la prévalence ne considère pas la durée d'emprisonnement. Meilleure méthode si données disponibles :

$$\text{Clé d'estimation} = \frac{\text{Nombre de détenus code Délit-STUP par jour}}{\text{Total prison/jours par personne et par année}} = \frac{\text{p.ex. 140,160 jours}}{28,800 \text{ jours}} = 20.5\%$$

17 Ministère de la Sécurité Sociale

II.1 HIV/SIDA traitement (infections liées aux UIDs et coûts)

Pour le taux de traitement du HIV/SIDA la formule de calcul suivante a été appliquée :

- **A:** Nombre total de PLW HIV/SIDA enregistrés contaminés par voie i.v. (statut: vivant)

(si non disponible: Nombre total de PLW HIV/SIDA contaminés par voie i.v. x taux de mortalité de la population cible)

[Plus précis (si disponible)]: Nombre total de PLW HIV/SIDA par voie i.v. en traitement durant l'année X à fournir par l'administration de la sécurité sociale

- **B:** Coûts moyens pour le traitement HIV/SIDA / année X données fournies par l'UCM

- **COÛTS TOTAUX DU TRAITEMENT DE PLW HIV/SIDA PAR VOIE I.V. = A x B**

01 Ministère des Affaires Etrangères et de l'Immigration

II.1 Contribution Nationale au « budget drogues » de l'UE

La première étude nationale sur le coût économique direct de la politique et des interventions publiques en matière d'usage illicite de drogues (Origer, 2002) inclut également la contribution nationale au « budget drogues » de l'UE du fait qu'elle est issue du budget de l'Etat. La méthode suivante a été appliquée :

a) Estimation du « budget drogues » de l'UE (x EUR) = difficile depuis que les différents budgets drogues dans l'UE sont dispersés, affectés à des programmes externes et internes pour la plupart pluriannuels. Au moment de l'étude, il existait un seul répertoire sur le budget de l'UE relié aux drogues (COM (2001) 301 final).

Methodology: Somme du « budget drogue » annuel de l'UE + proportion du « budget drogue » pluriannuel de l'UE pour l'année de l'étude

b) Détermination de la part de contribution nationale au budget total de l'UE (y%)

c) Estimation de la contribution nationale: X x Y.

Remarque: D'autres contributions internationales sont comptabilisées dans le budget du Ministère des Affaires Etrangères et de la Coopération. Ces dépenses n'ont pas été incluses dans la présente analyse parce que les notes de guidance de l'OEDT n'y réfèrent pas.



Données sur les dépenses pertinentes et importantes :

Les données minimales suivantes sur les coûts totaux devraient être recueillies si elles étaient disponibles:

- Dépense par habitant (EUR)
- Dépense par UPD ou UID est. (EUR)
- Réduction de la demande / Réduction de l'offre / Risque/Réduction des risques / Recherche (COFOG niveau 3 et 7 est insuffisant)
- % des GDP
- % de la totalité des dépenses publiques nationales / budget de l'Etat
- % de la totalité des dépenses sociales nationales / budget social

LE BUDGET

Le PFN suit également le budget annuel à l'aide d'un indicateur partiel mais représentatif; à savoir le budget annuel du Ministère de la Santé, alloué aux activités liées aux drogues. Le tableau 1.1 présente la progression budgétaire depuis l'exécution du premier plan d'action en 2000 et le tableau 1.2 résume la progression annuelle du budget du Ministère de la Santé, ainsi que les ressources humaines allouées aux activités liées à la toxicomanie 2004-2009.

Fig. 1.1 Budget annuel du Ministère de la Santé alloué à des activités liées à la toxicomanie 2000 - 2009

Année	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Budget (EUR)	2.066.000.-	3.210.000.-	4.294.000.-	4.862.000.-	5.771.000.-	6.196.000.-	6.584.000.-	6.689.000.-	7.288.455.-	7.991.583.-
Taux de Progression	Année Référence	55%	108%	135%	180%	200%	217%	224%	253%	287%

Source: Projet de loi concernant le budget des recettes et des dépenses de l'Etat pour l'exercice 2009. Volume 1.
(Ministère des Finances 1999-2009)

Fig. 1.2 Progression annuelle du budget du Ministère de la Santé et les ressources humaines allouées aux activités liées à la toxicomanie 2004 - 2009

Année budgétaire	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Budget (EUR)	5.771.000.-	6.196.000.-	6.584.000.-	6.689.000.-	7.288.000.-	7.991.583
Taux de progression annuelle	Année Référence	7,36%	6,27%	1,59%	8,97%	9,65%
Taux de progression annuelle cumulé	Année Référence	7,36%	14,09%	15,91%	26,29%	38,48%
Ressources humaines dédiées Temps Plein (ETP)	59,5	63,5	69,25	73,5	78,5	83,75
Taux de progression annuelle	Année Référence	6,72%	9,06%	6,14%	6,80%	6,70%
Taux de progression annuelle cumulé	Année Référence	6,72%	16,39%	23,53%	31,93%	40,76%

Source: Projet de loi concernant le budget des recettes et des dépenses de l'Etat pour l'exercice 2006/2009. Volume 1.
(Ministère des Finances 1999-2009)

Modèles de financement

Le financement des interventions en matière de lutte contre les drogues et les toxicomanies est centralisé au niveau de l'Etat. Il n'existe pas de mécanismes de financement spécifiquement régionaux ou locaux. Quelques activités de prévention sont subventionnées par les communes au cas par cas. Les ministères respectifs ou les départements gouvernementaux, selon leurs attributions, coordonnent la création, l'implémentation et le financement des infrastructures nécessaires. Les départements gouvernementaux sont directement dépendants du budget de l'Etat, alors que les ONGs impliquées dans le traitement ou dans la recherche ont soit signé une **'convention de collaboration'** avec les ministères concernés ou sont financées par des subventions régulières. La convention entre les ministères et les ONGs permet aux premiers de contrôler le fonctionnement et la gérance financière de chaque ONG par l'intermédiaire d'un délégué gouvernemental au sein d'une « plateforme de coordination ».

Le financement des mesures retenues par les plans d'action est en majeure partie assuré par le biais du budget alloué au Ministère de la Santé en ce qui concerne le volet des ressources humaines. Le financement du plan d'action drogue est sujet dans les décisions budgétaires annuelles. 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 coût social et économique de la drogue

Origer (2002) a évalué **les coûts économiques directs des stratégies et interventions en rapport avec l'usage de drogues illicites**, se référant à l'année 1999 (voir www.relis.lu). Une mise à jour de l'étude Origer 2002 a été effectuée conformément aux exigences de données pour les sujets sélectionnés en 2007. Entre 1999 et 2005, les dépenses publiques totales en relation avec les drogues ont augmenté de 23.345.000 à 35.345.000, ce qui équivaut à un taux de croissance de 51%. Plus spécifiquement, le budget alloué aux services et programmes liés à la toxicomanie par le Ministre de la Santé, comme prévu par le plan d'action national, a connu un taux de croissance de 217 % entre 2000 et 2006. Relatif au budget de 2006, 6,584,000.- EUR ont été attribués aux services concernés, présentant un taux de progression de 6,27% comparé à 2005. Plus de résultats de l'étude référée peuvent être trouvés sous le chapitre 11.

En juillet 2006, le STATEC (Service central de la statistique et des études économiques) a publié **une étude évaluant l'impact économique des activités liées aux drogues illicites au Luxembourg**, pour la période de 1999 à 2004 (Statec, 2006). L'étude a été réalisée dans le cadre d'un projet européen, qui a eu l'intention d'améliorer la comparabilité et le compte-rendu de la comptabilité nationale.

Une des sommes principales de la comptabilité nationale, le revenu national brut (RNB), est à justifier pour le calcul de contribution des états membres pour le budget de l'UE. Le concept du système européen de comptabilité (SEC95) comprend également des activités illégales. A cause de difficultés méthodologiques et un manque de données fiables, les activités illégales n'ont actuellement pas encore été intégrées dans les décomptes nationaux des états membres de l'UE. La Commission Européenne a manifesté le désir d'inclure les activités illégales dans les décomptes nationaux en vue d'un traitement équivalent des états membres.

Des études similaires sont en cours dans d'autres pays de l'UE. Ces études doivent permettre à la Commission de décider de la faisabilité de l'inclusion future des activités illégales dans les décomptes nationaux des états membres.



Le Luxembourg dispose pour cet exercice de données statistiques de qualité supérieure pour autant que l'usage de drogues soit concerné (RELIS). Pourtant, les données permettant d'évaluer la consommation de drogues des usagers occasionnels sont insuffisantes, comme il n'existe pas de sondages réguliers en population générale couvrant ce sujet.

La situation économique et géographique du Luxembourg rend impossible une extrapolation de données statistiques sur les saisies et ne permet pas de confrontation valide des offres et demandes de drogues sur le marché national. Ainsi, l'évaluation de la consommation de drogues a fourni le repère principal pour cette étude.

La dépense annuelle pour les drogues, de la part des consommateurs formant un ménage, est estimée à 37,8 millions d'euros pour la période allant de 1999 à 2004. Selon des informations en provenance d'experts du terrain, il a été possible d'élaborer des hypothèses réalistes concernant l'approvisionnement du marché de drogues au Luxembourg. Cependant ces résultats sont à interpréter avec prudence comme il s'agit d'estimations approximatives.

L'impact des activités illégales liées aux drogues pour 2004 est estimé à 0,11% du PIB (produit intérieur brut) et 0,08% du RNB (revenu national brut). Bien que cet impact soit limité, il reflète les effets observés dans les pays de l'Union Européenne qui ont effectué des évaluations similaires. Trois substances ont un effet majeur: l'héroïne, la cocaïne et le cannabis représentent ensemble plus de 90% de l'impact mesuré. Cependant, les niveaux observés pendant la période de 1999 à 2004 varient fortement suivant l'évolution de la consommation et le trafic d'héroïne, qui a clairement l'impact économique le plus important dans ce domaine.

Représentation du phénomène des drogues et des toxicomanies dans les médias au niveau national

La relation avec les médias est un outil essentiel pour les stratégies de communication efficaces afin d'informer le public en fournissant des données fiables et actualisées sur de nombreux sujets liés aux drogues et à l'usage de drogues.

En 2008, le Point Focal National a mené une analyse approfondie de la presse écrite nationale, basée sur une revue de presse exhaustive en focalisant sur les domaines thématiques touchés et sur leur fréquence d'utilisation. Parmi 425 articles ayant comme sujet les drogues, 90% ont été publiés dans les journaux quotidiens les plus lus. Les sujets abordés dans l'ordre de leur importance sont : le dopage dans le milieu sportif, des informations internationales, des informations nationales ainsi que les maladies infectieuses. Le tableau 1.3 résume les résultats principaux et s'étend sur la période août 2008 à juillet 2009.

Fig. 1.3 Thèmes liés à la drogue dans la presse²⁷ nationale d'août 2008 à juillet 2009

JOURNAL/REVUE SUJET/THÈME	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	TOT	%
SR, exécution de la loi													76	18
Petites annonces nationales (arrestations, saisies)	56				1		2						59	
Informations juridiques (jugements, condamnations)	4												4	
La drogue dans les rues (perquisitions, etc.)	9				1								10	
Sujets reliés à la prison	3												3	
Recherche													0	0
Substances et dépendance													147	35
Dépendance en général	2												2	
Cannabis	1						1						2	
Spice et similaires	2	1		1	2	1							7	
Alcool / Alcopops	6												6	
Dopage	135												135	
Campagne, prévention, lois													58	13,65
Drogues en général	10	1		1	1		2					1	16	
Alcool	6												6	
Tabac	12												12	
Maladies infectieuses	23												23	
Autres											1		1	
Institutions spécialisées en matière de drogues													27	6
ONGs	18					1	3						22	
TOXIN / Salle de consommation	3						1				1		5	
OEDT Point Focal National													5	1,18
Activités et publications	2	1		1			1						5	
Ministère de la Santé, Gouvernement, Parlement													25	6
Stratégie européenne anti-drogues et les plans d'action							1						1	
Commission de la Santé, Questions parlementaires,														
Plateforme drogues interministérielle	14				2	2	1						19	
Programme de prescription d'héroïne					1	1	1	1			1		5	
Relations externes													85	20
Crime organisé/ coopération transfrontalière	4												4	
Organisations internationales	2					3	1						6	
Afghanistan	7												7	
Pays-Bas	5												5	
Petites annonces internationales	63												63	
Divers													2	0,47
Courrier de lecteurs	2												2	
TOTAL	384	3	0	6	12	5	11	0	0	2	2	/	425	100
POURCENTAGE	90	0,71	0	1	2,82	1,18	2,59	0	0	0,47	0,47	/		100

²⁷ Les quotidiens: 1. Luxemburger Wort, 2. Wox, 3. Zeitung vum Letzebuurger Vollek, 4. Journal, 5. Tageblatt, 6. La Voix, 7. Le Quotidien, Revues hebdomadaires : 8. Revue, 9. Telecran, Journaux hebdomadaires : 10. Letzebuurger Land, 11. Le Jeudi, 12. Contacto.



2. CONSOMMATION DE DROGUES DANS LA POPULATION GÉNÉRALE ET DANS DES GROUPES CIBLES SPÉCIFIQUES

Introduction

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

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

Les estimations de prévalence sur l'usage de drogues au sein de la population générale peuvent être basées sur des données collectées à partir d'échantillons plus ou moins représentatifs de la population nationale (ex. écoles ou population générale, où le groupe d'âge est de 15-64 ans). Selon les études les plus récentes, le cannabis et ses dérivés sont les substances psycho-actives illicites les plus utilisées dans la population nationale, suivis des amphétamines de type stimulant (ATS). Durant les dernières années l'usage de cannabis s'est stabilisé chez les jeunes, mais témoigne toujours de la prévalence la plus importante, toutes catégories d'âge confondues, alors que la prévalence d'autres substances psycho-actives varie en fonction de l'âge et de facteurs en rapport avec la collecte de données.

CONSOMMATION DE DROGUES DANS LA POPULATION GÉNÉRALE

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

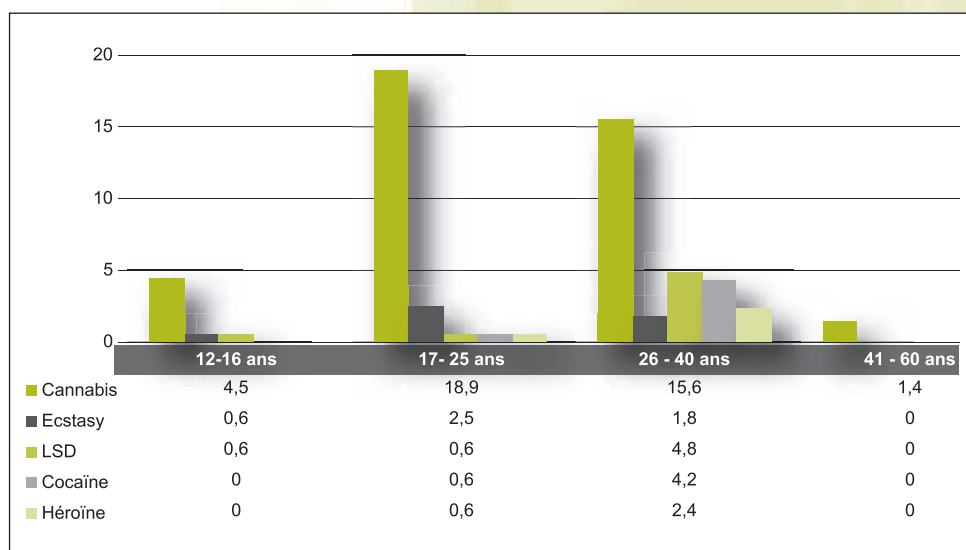
En 1995, le CePT a initié un projet de prévention au niveau communal auquel participent actuellement 13 communes. Dans le cadre de ce projet une étude non-représentative en population générale a été commanditée (référence 1 : étude Fischer, 1999). Les résultats de l'enquête fournissent à ce jour, les données les plus valides en termes de description non-représentative de l'usage de drogues en population générale.

REFERENCE 1.

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

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

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





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

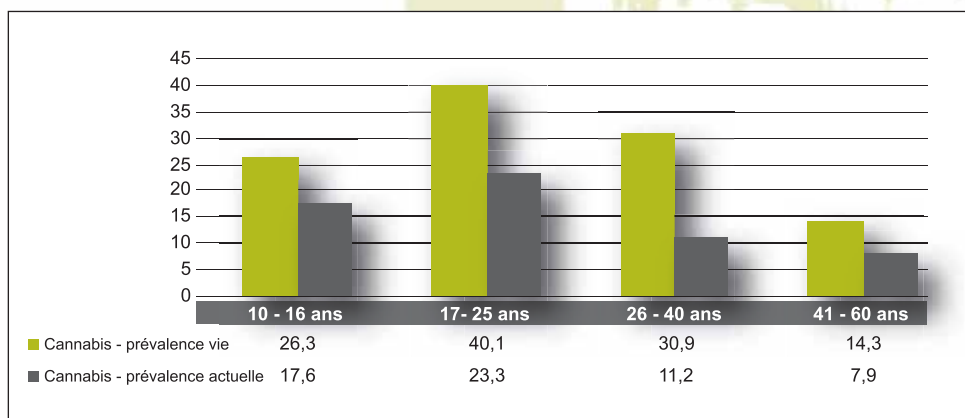
REFERENCE 2.1 :

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

FR.: Cannabis – Une analyse de la situation actuelle

Année de la collecte des données	1999
Type d'étude	Enquête isolée
Contexte d'étude	Prévention primaire des addictions – Prévalence de l'usage de cannabis dans les milieux de jeunes
Echantillon d'étude	991 cas valides – échantillon aléatoire
Couverture	Cinémas à Luxembourg Ville (non représentative de la population générale)
Distribution d'âge	15 à 64 ans
Instruments d'investigation	Interviews structurés en face à face
Année de la collecte des données	1999

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



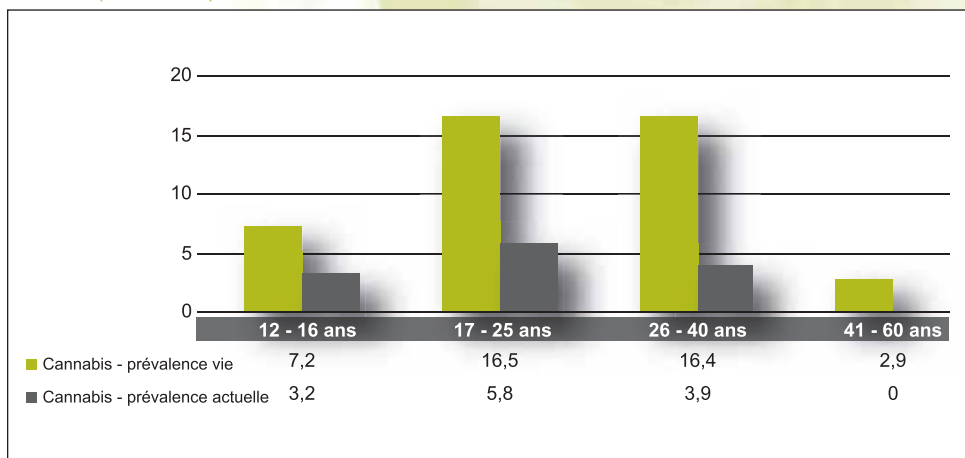
REFERENCE 2.2 :

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

FR: Cannabis – Une analyse de la situation actuelle

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

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



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



Le Point Focal OEDT est actuellement en discussion avec le CRP-Santé pour participer dans une étude de santé en population générale afin d'y introduire des items sur l'usage des drogues.

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

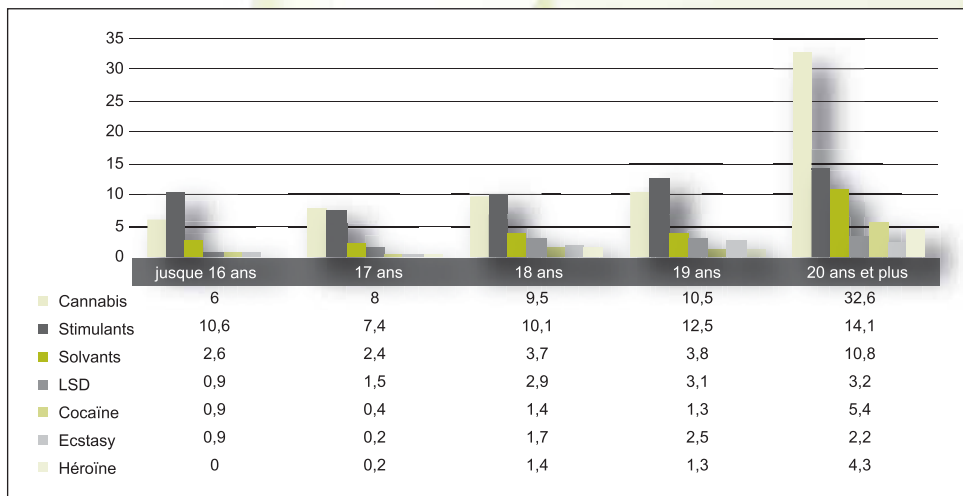
Les enquêtes en milieu scolaire menées à ce jour au Grand-duché de Luxembourg se regroupent en **deux catégories**. Une première catégorie est composée par les enquêtes menées spécifiquement en milieu scolaire et une deuxième concerne les enquêtes trans-sectorielles combinant des données collectées en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

ETUDES: CATÉGORIE 1

REFERENCE 1 : Matheis J. et al. (1995) 'Schüler an Drogen', IEES, Luxembourg.
EN.: Students and Drugs

Année de la collecte des données	1992
Type d'étude	Enquête répétée 1983 – 92
Contexte	Santé publique
Couverture	Nationale
Type d'école	5 ^{te} année de toutes sortes d'écoles secondaires au niveau national
Distribution d'âge	16-20 ans (âge d'entrée en 5e)
Procédure de collecte	Questionnaires anonymes auto-administrés dans les classes
Echantillonnage	1,341
Taux de réponse (M, F, T)	96% Matheis et Prussen (1985) ont mené une étude en 1983. Les données sont recueillies sous les mêmes critères méthodologiques que l'étude en 1995. Cette étude va être utilisée dans la partie d'analyse comparative.

Fig. 2.4 Prévalence de vie d'usage de drogues selon l'âge (% valides) (Matheis, Prussen 1995)



REFERENCE 2 :

Dickes P. et al. (1996), La consommation de drogues légales et illégales des élèves des 6^{ème} de l'enseignement secondaire et des 8^{ème} de l'enseignement secondaire technique, CEPs/INSTEAD. Luxembourg.

EN.: The use of licit and illicit drugs by students in 6th and 8th classes of national secondary schools.

Année de collecte	1994
Type d'étude	Etude isolée
Contexte	Prévention de l'usage de drogue Commandité par le CePT
Couverture	Luxembourg Ville
Population	Classes de 6 ^e de l'enseignement secondaire et classes de 8 ^e du secondaire technique
Distribution d'âge	13-16 ans
Instruments d'investigations	Questionnaires anonymes auto-administrés en classe
Echantillon d'étude	650 cas valides
Taux de réponse (M, F, T)	100%

Substance	Prévalence vie (13 - 16 ans)	Prévalence usage actuel (13 - 16 ans)
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%

Source : Dickes 1996



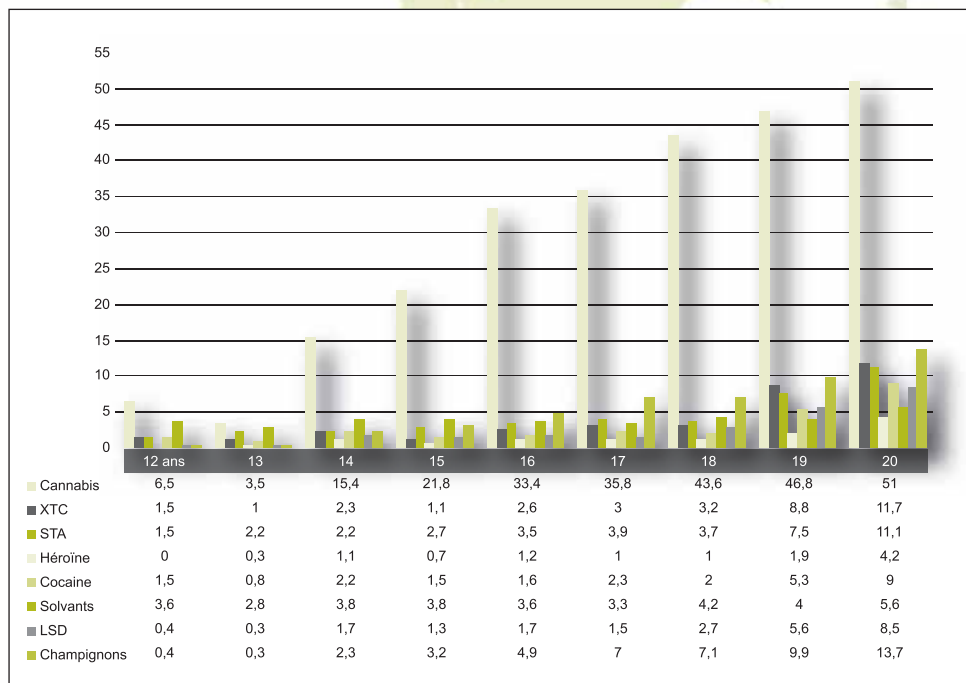
REFERENCE 3:

Das Wohlbefinden der Jugend – HBSC Studie (2000), Ministère de l'Education Nationale de la Jeunesse et des Sports, Direction de la Santé, Luxembourg.

EN.: Health and Health Behaviour of Young People

Année de collecte	1999
Type d'étude	Etude répétée (tous les 4 ans)
Contexte	Health and Health Behaviour among Young People – WHO cross-national study
Couverture	Nationale, représentative
Population	Ecoles secondaires
Distribution d'âge	12-21 ans
Instruments d'investigations	Questionnaires anonymes auto-administrés en classe
Echantillon d'étude	7,347
Taux de réponse (M, F, T)	97%

Fig. 2.5 Prévalence vie selon l'âge (% valides) (HBSC 2000)



Une nouvelle étude HBSC se rapportant aux données 2005/2006 a été publiée en 2008. La partie sur l'usage de drogues des jeunes permet de mettre à jour une série de données actuelles.

Tableau 2.1 Résultats comparatifs des études sérielles HBSC 2002 et HBSC 2005/2006

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

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



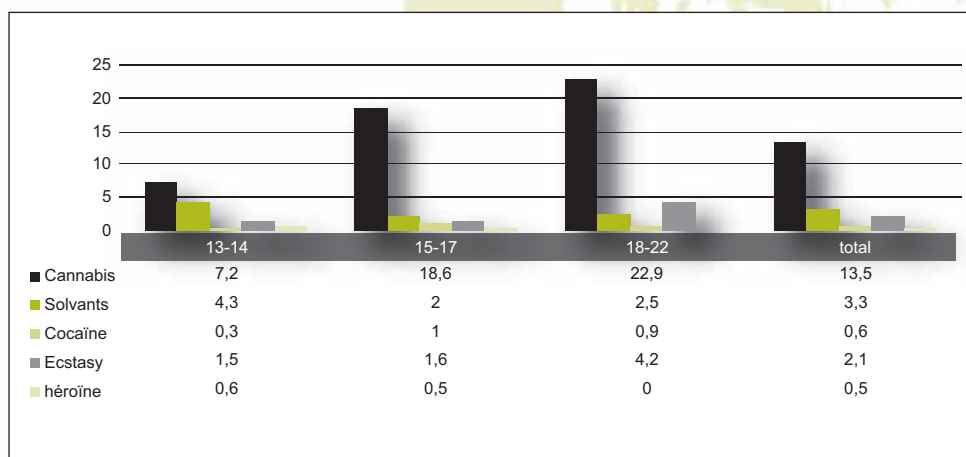
ETUDES: CATÉGORIE 2

REFERENCE 4 :

Meisch, P. (1998), Les drogues de type ecstasy au Grand-duché de Luxembourg, CePT, Luxembourg. **EN:** Ecstasy type drugs in the G. D. of Luxembourg

Année de collecte	1997
Type d'étude	isolée
Contexte	Santé Publique- Prévention primaire de drogues
Couverture	nationale
Population	2 ^{ème} et 6 ^{ème} année de lycées classiques (N: 311) et techniques (N: 355)
Distribution d'âge	13-22 ans (13-14: N347; 15-17: N193; 18-22: N118)
Instruments d'investigations	Questionnaires auto-administrés
Echantillon d'étude	666
Couverture	Ecoles participant dans le réseau 'santé dans les écoles européennes'
Taux de réponse (M,F,T)	100%

Fig 2.6 Prévalence vie d'usage de drogues selon groupes d'âge (% valides) (Meisch 1998)

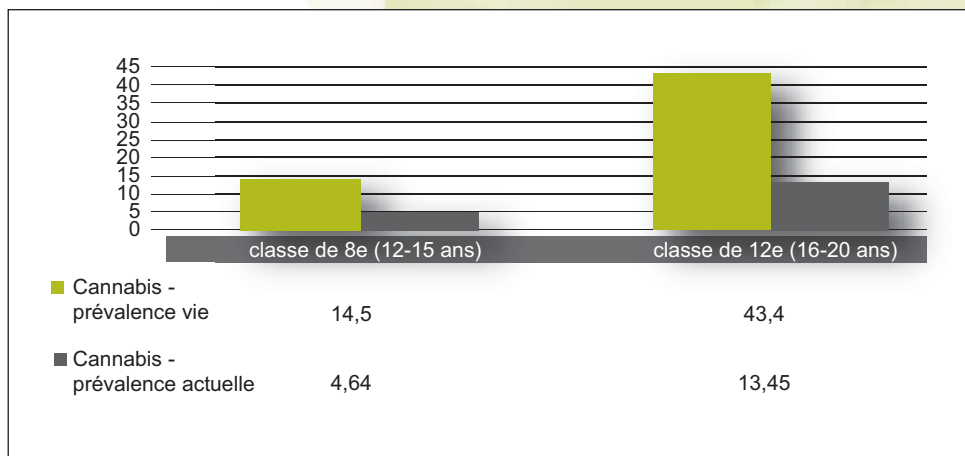


REFERENCE 5:

Fischer U. CH. (2000), Cannabis – Eine Analyse der aktuellen Situation, CePT, Luxembourg. EN.: Cannabis – Rapid assessment of the current national situation.

Année de collecte	1999
Type d'étude	Isolé
Contexte	Prévalence de Cannabis
Couverture	Nationale
Population	2 ^{ème} et 6 ^{ème} années des écoles secondaires
Distribution d'âge	13-20 ans
Instruments d'investigations	Questionnaire auto-administrés
Echantillon d'étude	562
Couverture	Ecoles sélectionnées sur base de leur situation géographique (représentativité nationale).
Taux de réponse (M, F, T)	100%

Fig. 2.7 Prévalence actuelle et prévalence vie de l'usage de cannabis selon les niveaux d'étude (% valides) (Fischer 2000)





RÉSUMÉ DES PRINCIPAUX RÉSULTATS COMPARABLES ET TENDANCES OBSERVÉES

PRÉVALENCE VIE: POPULATION SCOLAIRE

Les chiffres de prévalence pour les groupes d'âge de **12 à 20 ans**, fournis par les études HBSC (2000) et Fischer (1999), varient dans des limites étroites et font ressortir des taux de prévalence vie croissants pour le cannabis, la psilocybine et les amphétamines/ecstasy, conformément aux résultats d'études antérieures. Les différences les plus importantes en rapport avec le genre sont des taux de prévalence plus bas pour les femmes en ce qui concerne l'usage de cannabis, d'amphétamines et de champignons hallucinogènes, mais une prévalence plus élevée pour l'usage de médicaments.

L'étude HBSC (2000), l'étude de Fischer (2000) et les enquêtes sérielles effectuées par Matheis (1985/95) fournissent les tendances de prévalence vie entre 1983 et 1999 pour les groupes d'âge de **16 à 20 ans**. L'usage de cannabis a montré la plus importante croissance pendant la période référée. Sont également en hausse par ordre d'importance : les champignons hallucinogènes, l'ecstasy, la cocaïne et l'héroïne. Le LSD et les solvants indiquent des chiffres stables depuis 1992.

En ce qui concerne le groupe d'âge de **13 à 14 ans**, on devra attirer l'attention sur la hausse de la prévalence vie du cannabis (9,7 - 10,5%) et de la cocaïne (1,6 - 2%) au cours des 2 dernières années. Dans le groupe d'âge de **15 à 16 ans**, tous les taux de prévalence montrent des chiffres croissants depuis 1992 (cannabis: 27,7%, psilocybine: 4,1%). Comparé au dernier groupe, le groupe d'âge de **17 à 18 ans** (HBSC) montre des taux de prévalence vie doublés, excepté pour le cannabis, les médicaments et les solvants. Étant donné que les catégories d'âge de l'étude HBSC 2006 ne sont pas toutes comparables avec celles de l'étude HBSC 2000, le graphique 2.8 n'a pas pu être mis à jour.

Fig. 2.8 PREVALENCE VIE: Population scolaire - 12 à 20 ans

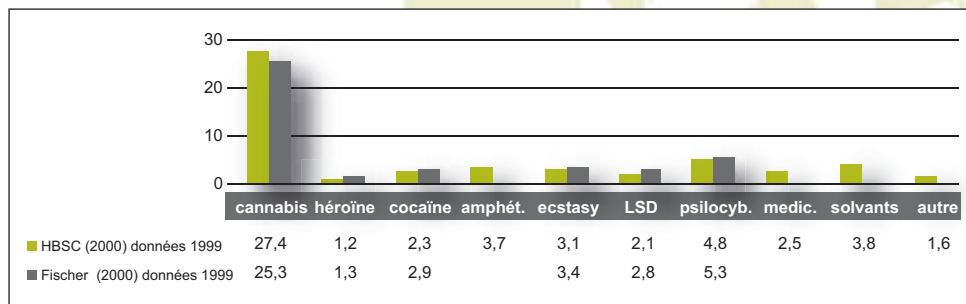


Fig. 2.9 PREVALENCE VIE: Population scolaire - 16 à 20 ans

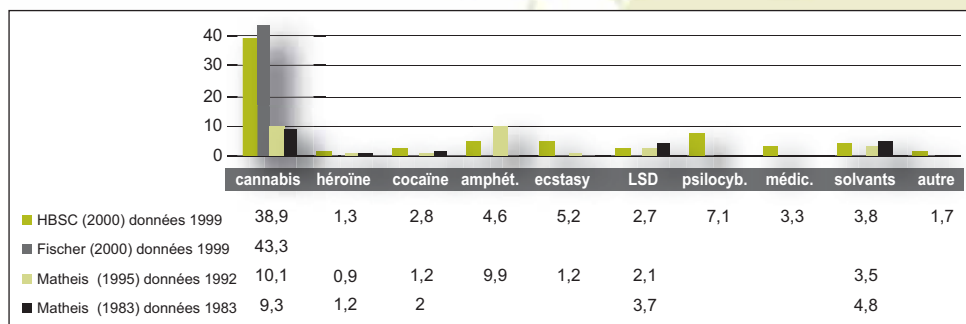


Fig. 2.10 PREVALENCE VIE: Population scolaire - 13 à 14 ans

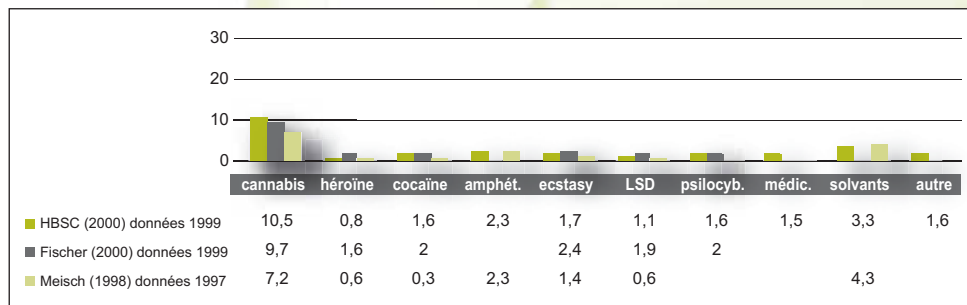
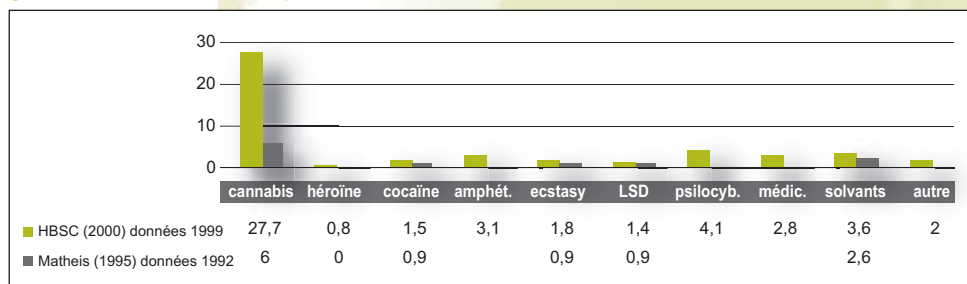
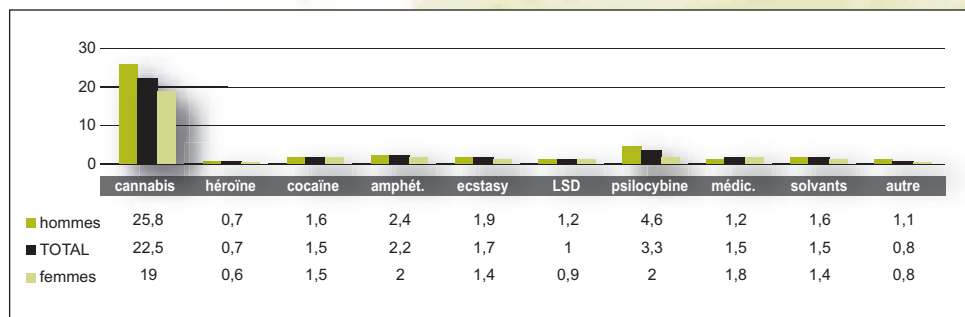


Fig. 2.11 PREVALENCE VIE: Population scolaire - 15 à 16 ans



PRÉVALENCE AU COURS DES DERNIERS 12 MOIS: POPULATION SCOLAIRE

Fig. 2.12 PREVALENCE DERNIERS 12 MOIS: Population scolaire - 12 à 20 ans (HBSC 2000)



Les nouvelles données en provenance des études sérielles HBSC (2002 et 2005/2006) montrent une baisse récente de l'usage de cannabis parmi les jeunes âgés de 13 à 17 ans, en ce qui concerne la prévalence des 12 derniers mois (tab.2.2). Cette observation est particulièrement évidente pour les jeunes âgés de 14, 16 et 17 ans. Entre 2002 et 2006, l'usage d'héroïne et de cocaïne, pour les 12 derniers mois, a montré une certaine stagnation globale, alors que la consommation de XTC, d'amphétamines, de LSD et de champignons hallucinogènes parmi les jeunes a sensiblement baissé pendant la même période. Après une analyse plus détaillée, on remarque que la catégorie d'âge de 15 ans est la seule à montrer un usage croissant et ce spécifiquement pour l'XTC et la cocaïne. Ce groupe d'âge devra être surveillé avec plus d'attention dans les années à venir.



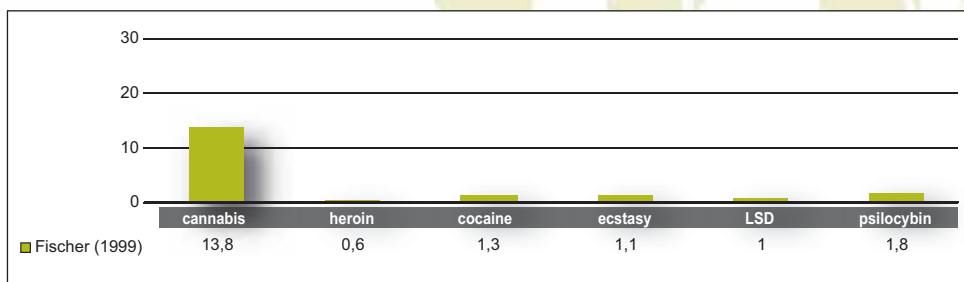
Tab. 2.2 HBSC 2002 et 2005/2006: Prévalence derniers 12 mois selon l'âge

	13		14		15		16		17	
HBSC / année	2002	2006	2002	2006	2002	2006	2002	2006	2002	2006
Cannabis	3,5	3	15,4	7,9	21,8	18,3	33,4	18,8	35,8	23,9
XTC	1	0,6	2,3	0,8	1,1	1,5	2,6	1,1	3	1,4
Amphétamines	2,2	0,8	2,2	1,3	2,7	1,8	3,5	1,5	3,9	1
Héroïne	0,3	0,3	1,1	0,9	0,7	1,3	1,2	0,8	1	0,5
Médicaments	0,6	0,8	2,2	1,3	2,1	2,4	3,6	1,6	2,9	1,9
Cocaïne	0,8	0,8	2,2	1,4	1,5	3,2	1,6	1,4	2	1,6
Col/solvants	2,8	0,9	3,8	1,5	3,8	2	3,6	1,5	4,2	1,3
LSD	0,3	0,1	1,7	0,4	1,3	0,8	1,7	0,6	2,7	0,7
Champignons hallucinogènes	0,3	0,5	2,3	0,8	3,2	2,1	4,9	1,8	7,1	2,1

PRÉVALENCE AU COURS DES DERNIERS 30 JOURS : POPULATION SCOLAIRE

Fischer (1999) fournit les chiffres de prévalence des 30 derniers jours pour les enfants scolarisés, âgés de 13 à 20 ans. La prévalence de cannabis et d'ecstasy se chiffre à 13,8% respectivement 1,1%. Les taux de prévalence pour l'héroïne, la cocaïne et LSD sont proches des taux de prévalence des 12 derniers mois. Des croisements de données en fonction du genre n'ont pas été disponibles.

Fig. 2.13 PREVALENCE DERNIERS 30 JOURS: Population scolaire - 13 à 20 ans (Fischer 2000)



CONSOMMATION DE DROGUES AU SEIN DE GROUPES CIBLES SPECIFIQUES

En 2007, le Point Focal National de l'OEDT a publié les résultats d'une étude recherche-action sur l'HIV et les infections aux hépatites de personnes usagers de drogues (Origer et Removille, 2007).

REFERENCE c.1

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

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

Résultats principaux:

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



3. PRÉVENTION PRIMAIRE

Introduction

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

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

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

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

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

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

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

En ce qui concerne les aspects financiers, **les dépenses directes liées à la prévention des toxicomanies** ont été chiffrées à 672.000.- euros en 2000 et à 900.000.- euros en 2008. Ces dépenses incluent les coûts de personnel et de fonctionnement des services et du département ministériel spécialisé²⁸ dans la prévention des toxicomanies.

²⁸ L'estimation exacte des coûts de prévention est hasardeuse car un nombre élevé de facteurs influence le développement d'une personne. L'éducation, les activités de loisirs, les sports, etc. peuvent avoir un impact positif sur le développement de ressources ; pourtant elles ne peuvent pas être quantifiées en termes d'impact sélectif.

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

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

PRÉVENTION UNIVERSELLE

Ecoles

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

Le **CPOS** est représenté en permanence dans toutes les écoles secondaires par au moins un psychologue expérimenté et plusieurs enseignants ad hoc. Certains établissements scolaires disposent en plus des assistants sociaux formés. Entre autres, ils sont supposés détecter, à un stade précoce, les problèmes ou comportements en relation avec un abus de drogues. Les drogues et les sujets de dépendance sont inclus dans des cours plus généraux comme par exemple l'hygiène ou l'éthique, qui ne sont pas des cours obligatoires. Cependant, sur demande du directeur de l'école, du personnel formé du CePT intervient. En plus, la police grand-ducale organise des cours scolaires pour les classes de 6^e année d'école primaire et les classes de 7^e pour les écoles secondaires, tenus par des équipes de police spécialisées des unités régionales de police et du département des stupéfiants de la police judiciaire.

Le CePT, en collaboration avec le Service de Coordination de la Recherche et de l'Innovation pédagogiques et technologiques (SCRIPT) du Ministère de l'Education Nationale a lancé en 2000 le projet pilote « **d'Schoul op der Sich** » au sein d'une série d'écoles secondaires. La clé de voûte du projet consiste à initier un dialogue entre tous les partenaires de la vie scolaire au sujet de la façon d'aborder la prévention, les drogues et les toxicomanies à l'école. Il s'agit d'un projet participatif, dans lequel tous les partenaires prennent activement part à la conception du contenu du projet et le déterminent. En 2003, un rapport sur la mise en œuvre du projet pilote pendant la période de septembre 2000 à juillet 2002 a été publié. En 2004, le CePT a élaboré un modèle de prévention primaire adaptable aux différents établissements secondaires. Des groupes de prévention interviennent régulièrement dans différentes écoles secondaires afin de trouver des solutions adaptées aux différents contextes.

En 2008, plus de 1400 personnes ont participé aux formations et à des conférences organisées par le CePT en collaboration avec le SCRIPT. Le CePT a proposé des formations pédagogiques pour les professeurs des écoles secondaires, pour les instituteurs des écoles primaires dans la ville de Luxembourg, pour l'école de Police du Grand-Duché de Luxembourg ainsi que pour les employés des institutions pénitentiaires.

Différentes écoles ont pu être directement intégrées dans l'élaboration des programmes de prévention. Ainsi, un groupe d'étudiants d'écoles privées, ont conçu, ensemble avec le service de prévention de la police locale, un projet nommé 'clean is cool' pour attirer l'attention sur les dangers de l'usage du cannabis. Le but principal était d'inciter les jeunes à chercher activement et de manière autonome les informations afin de promouvoir les attitudes préventives par motivation personnelle.



L'exposition « Extra-Tour Sucht » qui est un dispositif mobil et interactif de prévention des toxicomanies ayant l'intention d'atteindre les jeunes étudiants âgés entre 15 et 18 ans, a été davantage développée et adaptée de façon à inclure des nouvelles tendances (ex.: shisha). Ce programme développé par l'entreprise allemande KomPass a été spécifiquement conçu pour les écoles luxembourgeoises.

Différents projets contre le tabagisme ont également été initiés en 2008. 133 classes d'écoles regroupant 2800 étudiants âgés de 12 à 16 ans ont ainsi participé à un concours appelé « Mission not Smoking ». Les étudiants participants se sont engagés à ne pas fumer pour une durée de six mois. Un autre projet sur le même sujet s'intitulait « Une Ecole sans Tabac ». Dans ce contexte des étudiants ont sillonné les zones piétonnes à Luxembourg-Ville et Ettelbrück et ont demandé aux passants fumants, de bien vouloir éteindre leur cigarette pour ainsi créer des zones non-fumeurs.

Le projet « Nach ëmmer Allcool » a été développé en 2008 conjointement par le CePT, le Théâtre National du Luxembourg (TNL) et le SCRIPT. Le résultat est une pièce de théâtre ayant recours à la prévention de l'alcool qui a été représentée dans les écoles secondaires entre janvier et mars 2009.

Dans le cadre de l'Action Européenne sur la Drogue (AED), la Maison de Jeunesse de Pétange a été la première organisation luxembourgeoise à s'engager. Dans ce contexte, un forum sur la prévention de la toxicomanie s'est déroulé en mai 2009 auquel ont participé des élèves des lycées techniques de Pétange, d'Esch-sur-Alzette et d'Arlon. Au cours de ce forum, organisé en partenariat avec la Police Grand-Ducale, Responsable Young Drivers, Main Tendue a.s.b.l. et Action Locale pour Jeunes, les jeunes lycéens ont pu s'informer sur la problématique de la toxicomanie et de la prévention en général en participant à des ateliers, jeux et discussions.

Finalement, il convient de signaler que des intervenants formés de la police entreprennent des visites périodiques dans différentes écoles du pays afin d'informer les étudiants sur les drogues et leurs risques.

Familles

Les interventions visant à promouvoir les expériences positives au sein de la famille et des jardins d'enfants occupent une place importante dans les stratégies de prévention. Il existe un certain nombre d'initiatives locales et régionales centrées sur l'information, la concertation et des conseils fournis aux enseignants ainsi qu'aux parents.

Une collaboration active entre le CePT et l'association des parents d'élèves existe pour tout niveau scolaire. En 2001, le CePT a lancé les « coffrets » de prévention, incluant du matériel didactique destiné à des multiplicateurs potentiels comme par exemple les enseignants, les parents et les animateurs de jeunesse. Le premier « coffret » de prévention, destiné aux enfants âgés entre 3 et 6 ans est sorti en septembre 2001. Vu son succès, le coffret de prévention de 3 à 6 ans a été réédité et un deuxième coffret pour les enfants âgés entre 11 et 15 ans a été lancé en 2002. En 2004, des séminaires sur les « coffrets de prévention » ont eu lieu dans différentes communes participant au projet de prévention des dépendances dans les communautés.

Actuellement, il n'existe aucun programme de sensibilisation au niveau de la prévention spécialement adapté aux besoins des parents, des femmes enceintes ou des jeunes parents. Des discussions sont actuellement en cours, visant l'introduction de séances de consultations destinées à des femmes toxicodépendantes enceintes ou des jeunes parents consommateurs de drogues.

Communauté(s)

Comme la plupart des interventions et stratégies de prévention liées aux drogues dans les communautés sont organisées au niveau national, les projets sont rarement initiés par une seule communauté locale, sans la collaboration étroite des autorités nationales.

En règle générale, les communautés locales et régionales ne disposent pas d'une stratégie globale de prévention de drogues et des toxicomanies. Le plus souvent un service national déterminé lance des projets, définit la structure générale d'intervention et cherche une collaboration active avec les autorités communautaires afin de satisfaire les besoins locaux. La situation observée est principalement due aux paramètres géographiques du Grand-Duché. Pour le moment, seul un service [le CePT (projet communautaire²⁹)] se concentre sur les interventions dans les organisations de loisirs.

Le projet « **circuit d'aventure** », un instrument interactif et modulable sur les drogues, cible la population générale. Conçue en tant qu'exposition itinérante, elle est depuis 2004 portée par plus de 40 volontaires, qui ont développé au fil du temps le concept pour s'adapter aux besoins émergents.

PREVENTION SELECTIVE DANS DES GROUPES ET MILIEUX A RISQUE

Groupes à risque

En janvier 2006, MSF-Solidarité Jeunes (actuellement Jongenheem asbl) en collaboration avec le Ministère de la Santé, le Parquet Protection de la Jeunesse et la Police Judiciaire - Section Stupéfiants ont démarré un projet appelé CHOICE qui est inspiré d'un projet-pilote allemand « d'intervention précoce auprès de jeunes consommateurs de drogues » (FreD). L'objectif du projet consiste à offrir aux jeunes de 12 à 17 ans, interpellés par la police pour infraction à la législation nationale en matière de drogues, une intervention rapide sous forme de séances d'information et de groupes de parole, afin de trouver des solutions alternatives à une réponse répressive. En 2008, 32 séances CHOICE ont été organisées (48 en 2007).

Le programme gouvernemental 2004-2009 met aussi l'accent sur le besoin de développer des programmes de prévention pour jeunes face aux comportements de polyconsommation de plus en plus prégnants et particulièrement à l'augmentation de la consommation d'« alcopops ». Les groupes dits « vulnérables » profitent actuellement d'une attention particulière.

Ainsi, un projet appelé « **DIMPS** » (Dispositif d'Intervention Mobile pour la Santé Sexuelle) né de la collaboration entre l'Aidsberödung de la Croix-Rouge luxembourgeoise, le Ministère de la Santé et le Centre Hospitalier du Luxembourg (CHL) a été lancé en 2009 dans le cadre du plan d'action national SIDA 2006-2010. L'objectif principal du DIMPS est d'informer sur les comportements à risque, de promouvoir la prévention et de proposer un dépistage gratuit de certaines maladies infectieuses au sein de populations difficilement accessibles. Des tests de dépistage rapide combinés pour le HIV et le HCV sont proposés dans le cadre d'une indication médicale. Le nouveau plan d'action drogues prévoit d'élargir cette offre mobile pour les vaccinations aux hépatites A et B. Le Dispositif d'Intervention Mobile cible actuellement les

²⁹ Au début de l'année 1995, un projet-pilote sur la prévention communautaire de drogues a été lancé par le CePT (voir EDDRA). L'idée principale a été de concentrer les activités de prévention sur le milieu social et les expériences de vie quotidienne des jeunes gens. Différentes activités de réduction de la demande ont été entreprises, ou bien développées par le CePT, le SNJ et plusieurs foyers de jeunes, ou initiées par les conseils municipaux respectifs. 13 conseils municipaux et 150 volontaires sont actuellement impliqués dans le projet. Le financement de ce projet communautaire est assuré conjointement par les conseils municipaux, l'UE (Programme de Prévention des Drogues DG-V) et le CePT.

Le but fondamental du projet est d'améliorer les compétences de communication sur les drogues, d'accroître les capacités des participants pour résoudre un conflit, stress et frustration (étendue d'âge : 12 à 65 ans) et d'élaborer des groupes autonomes pour continuer l'introduction de mesures de prévention locales. Pour chaque municipalité participante, des groupes de prévention ont été composés pour les volontaires locaux, qui ont été demandés d'organiser des activités locales de prévention drogues, liées aux besoins spécifiques. Les concepts piliers de ce projet sont les suivants : - Prévention de drogues multidisciplinaire, - Solutions communautaires faites sur mesure, - Promotion de la santé concernant les facteurs de risque et de protection, - Approche holistique et systémique, - Orientation sur les groupes cibles, - Evaluation routinière. Le réseau de prévention communautaire constitue un projet en cours, qui est censé développer sa propre dynamique au cours du temps. L'idée a été de changer d'un projet-pilote coordonné centralement à des programmes routiniers et autonomes locaux.



institutions spécialisées bas-seuil, les lieux de rencontre de la population homosexuelle et les centres pour personnes immigrées. Du à son lancement récent, cette initiative n'est pas encore documentée statistiquement, néanmoins l'offre semble jouir d'une grande acceptation et d'un large intérêt auprès des populations ciblées.

Dans ce même contexte et face au constat d'une recrudescence de la prévalence des nouvelles infections HIV et des problèmes liés aux drogues dans la population lusophone du Grand-duché de Luxembourg, le Comité de surveillance du SIDA en collaboration avec le Ministère de la Santé ont commissionné une étude exploratoire sur les besoins et connaissances actuelles de la communauté lusophone en matière de prévention du HIV (Dellucci, 2006). Par le biais de questionnaires anonymes et d'interviews semi-structurés, 270 personnes, dont 24 personnes interviewées, ont répondu à des questions sur le mode de vie, l'importance perçue à l'égard de la prévention HIV, le dépistage HIV, la dépendance aux drogues, le comportement sexuel et le besoin en informations.

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

Enfin, on peut citer un projet européen que le CePT a introduit dans le cadre du Programme Grundtvig (programme soutenant la mobilité et la coopération dans l'éducation des adultes) et qui s'appelle PROSKILLS - ' « *Promotion des compétences personnelles et sociales chez des personnes socialement discriminées* ». L'objectif de ce projet est d'élaborer du matériel didactique pour les multiplicateurs travaillant dans le domaine de la promotion des compétences sociales et personnelles. D'autres pays participant au projet sont l'Allemagne, la Finlande, la Grèce, l'Italie, la Slovénie et la Hongrie. Le matériel a été présenté en 2008.

Familles à risque

Depuis 2003, la fondation JDH gère le projet parentalité avec le but de fournir un soutien psychosocial aux parents toxicomanes et à leurs enfants. Le premier objectif du projet consiste dans l'assurance et le bien-être des enfants et dans le renforcement des compétences éducatives parentales. Ce projet à long terme est basé sur des engagements contractuels, la co-intervention, des visites à domicile et fonctionne en étroite collaboration avec les autres services impliqués. En 2008, 57 situations de famille différentes ont été traitées, dont 38% étaient des situations monoparentales et 94 enfants étaient impliqués. Une partie essentielle du projet est constituée par le travail sur le terrain. Des rencontres et des entretiens sont organisés avec des acteurs du milieu social de la famille (à domicile).

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

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

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

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

Dans cet ordre d'idées, les activités de prévention organisées par le « Groupe de Mondorf » (initiatives conjointes des régions frontalières du G.-d. de Luxembourg : la France, l'Allemagne et la Belgique) en collaboration avec le CePT et le SNJ combinent une **approche non-centrée sur les drogues** avec des **éléments interculturels** en organisant des activités de loisirs pour jeunes venant des régions voisines et basées sur le concept et les méthodologies de la « **pédagogie de l'aventure** ». Les « **semaines d'aventure**³⁰ » annuelles sont issues d'un programme plus vaste nommé « Pédagogie de l'aventure et prévention primaire des toxicomanies ». Ces activités ont principalement comme but de donner la possibilité aux jeunes de faire l'expérience de dynamiques de groupe, de gestion de conflits, d'expérience des limites et des risques, ainsi que le sentiment de solidarité au sein d'un groupe de personnes socialement et culturellement différentes. Le programme cible aussi la réduction des risques et le renforcement des facteurs de protection en mettant l'accent sur les jeunes et leur environnement, plutôt que sur les drogues et les dépendances. Actuellement des équipes régionales se rencontrent au sein de groupes de travail autonomes et rapportent leurs activités au Groupe de Mondorf.

Le CePT continue sa collaboration étroite avec l'Ecole Nationale de l'Education Physique et des Sports (ENEPS) dans le cadre d'un projet appelé « Kanner staark maachen ». Des séances d'information et de formation en présence de professionnels du sport de haut niveau ont été organisées.

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

Depuis mai 2008, le Centre de Prévention des Toxicomanies (CePT) participe en tant que membre actif dans le groupe de travail sur la promotion de la Santé dans l'environnement festif et ceci spécialement dans le cadre du projet « Democracy, Cities & Drugs », un projet issu d'une collaboration avec le Forum Européen pour la Sécurité Urbaine. Le CePT a participé comme partenaire associé dans l'élaboration du projet « Club Health – Healthy and Safer Nightlife of Youth ».

Le programme gouvernemental de 2009 insiste sur le phénomène du « binge drinking », qui consiste à consommer une importante quantité d'alcool sur une période de temps relativement courte. Cette consommation excessive d'alcool est en nette progression chez les jeunes. Le gouvernement envisage d'œuvrer pour faire en sorte que les boissons sans alcool soient vendues moins cher que les boissons alcoolisées. Une commission spéciale présidée par le Ministre de la Santé va continuer son travail concernant les mesures déjà mises en place, notamment en ce qui concerne les taxes élevées sur les alcopops, l'âge minimum de 16 ans pour l'acquisition de boissons alcoolisées, ainsi que la tolérance « zéro » pour les jeunes conducteurs. Il recommande qu'un groupe de travail soit créé afin d'élaborer un sous-plan concernant l'alcool, qui par la suite pourra être intégré dans le cadre général de la stratégie nationale de la lutte contre les comportements addictifs.



Interventions en milieu de travail

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

PREVENTION INDIQUEE

Enfants à risque et facteurs de risque

Trois mécanismes fondamentaux sont en place pour prévenir l'initiation à l'usage problématique de drogues lié à des problèmes de comportement comme p.ex. le TDAH (Trouble Déficitaire de l'Attention/Hyperactivité). En premier lieu, des psychiatres formés et des centres de consultation spécialisés apportent leur aide dans le cadre des services psychiatriques ambulatoires. Dans des cas plus problématiques, le service national de psychiatrie juvénile peut assurer des soins d'hospitalisation. Un autre service d'aide plus ciblé est le service « parentalité » de JDH, qui a pour but d'assister des jeunes parents toxicodépendants à prendre soin de leurs enfants et à développer des capacités les aidant à gérer des problèmes éventuellement liés.

Le Ministère de l'Education a développé un cd-rom spécial, fournissant des informations sur le TDAH aux établissements scolaires et aux parents. Les enseignants sont également formés à reconnaître les symptômes du TDAH de façon à pouvoir réagir adéquatement.

CAMPAGNES MEDIATIKES NATIONALES ET LOCALES

Dans le cadre de la « journée internationale contre l'abus et le trafic illicite des drogues » le Centre de Prévention des Toxicomanies (CePT) a présenté sa nouvelle identité visuelle et conceptuelle à la presse. Depuis septembre 2007, le CePT a élargi l'offre de ses outils d'informations déjà existants (bibliothèque, dépliants, brochures et page d'accueil) et a ajouté un service téléphonique, accessible du lundi au vendredi de 9h à 13h, ainsi qu'un accès électronique via mail (Fro No). La refonte de la page d'accueil web du CePT simplifie la recherche et l'accès aux informations reliées aux drogues et aux dépendances.

Par ailleurs, des brochures sur l'alcool et le cannabis, informant le grand public sur les effets des substances en question, leur statut juridique, ainsi que les risques liés à la consommation ont été largement diffusées au sein de la population nationale.

Un dépliant sur l'abus des solvants a été exclusivement adressé à des adultes s'occupant d'enfants et d'adolescents.

En juin 2009, le CePT a lancé une nouvelle campagne de sensibilisation en matière de dépendance. Sans autres explications, des yoyos avec l'inscription « *je rends dépendant* » ainsi qu'un feuillet avec le numéro de téléphone et l'adresse email du CePT ont été distribués à différents endroits publics de la Ville de Luxembourg. En complément, des articles de presse contenant des questions provocantes sur différents comportements de consommation ont été publiés : le chocolat rend-il dépendant ? Le cannabis rend-il dépendant ? Le téléphone portable rend-il dépendant ? L'alcool rend-il dépendant ? Les yoyos rendent-ils dépendants ?

Le but principal de cette campagne a été de faire appel à l'intérêt du grand public, de motiver les gens à poser et à se poser des questions et de souligner la polyvalence du concept de dépendance.

4. USAGE PROBLÉMATIQUE DE DROGUES (UPD)

Introduction

Au niveau national « l'usage problématique de drogues » (UPD) ou « l'utilisation nocive »³¹ est défini selon le lexique de termes d'alcool et drogues publié par l'OMS (Genève, 1994)³² : « *Mode de consommation d'une substance psycho-active qui est préjudiciable à la santé. Les complications peuvent être physiques (par exemple hépatite consécutive à des injections de substances psycho-actives par le sujet lui-même) ou psychiques (par exemple épisodes dépressifs secondaires à une forte consommation d'alcool).* » Contrairement à la définition de l'OEDT, le mode d'administration (injection) ne constitue pas un critère de sélection dans la définition nationale bien que les types de substances impliquées sont les mêmes. Un usage régulier/de longue durée d'héroïne par inhalation est inclus par exemple au niveau national. Conformément à la définition nationale, l'usage problématique de drogues est associé à une grande probabilité d'intervention ou de besoin d'implication d'une partie tierce du secteur répressif ou du secteur de la prise en charge psycho-médico-sociale. Cette approche explique aussi pourquoi les systèmes de surveillance des UPD sont basés sur l'indicateur de contact institutionnel et non pas exclusivement sur l'indicateur de demande de traitement.

Les données présentées dans ce chapitre sont issues du système national de monitoring épidémiologique RELIS du point focal national de l'OEDT. Le réseau de collaboration RELIS inclut les services spécialisés de consultation et de traitement, les services de répression et les centres pénitentiaires et depuis 2009 les services psychiatriques des hôpitaux généraux au niveau national.

Conformément à la dernière étude de prévalence (Origer 2009) sérielle et multi-méthodes, effectuée en 2009, la prévalence nationale des UPDs se situe autour de 2.500 personnes âgées de 15 à 64 ans. Une tendance décroissante de la prévalence des UPDs a été observée à partir de 2003. L'usage problématique d'héroïne présente une évolution similaire (2007 : 1.900 UPDs : 5,90/1000). Bien que la prévalence absolue de l'usage intraveineux de drogues (UID) ait légèrement augmenté, comparé à la situation observée à la fin du 20^{ème} siècle, la proportion de prévalence des UIDs dans la population totale de 15 à 64 ans montre une tendance décroissante nette au cours des dernières années. Presque tous les indicateurs indirects de prévalence des UPDs reflètent les tendances documentées par les études détaillées d'UPDs.

L'usage intraveineux d'héroïne associé à la polyconsommation généralisée continue d'être le mode de consommation le plus répandu parmi les UPDs. L'usage de cocaïne (souvent de qualité inférieure) associée à l'héroïne continue d'être observé. Les substances similaires à l'ecstasy et STA sont toujours populaires, même si les saisies indiquent une tendance inverse et momentanément stable. L'usage de méthamphétamines est très limité au Luxembourg. L'usage de la plupart des « nouvelles substances synthétiques »³³ récemment détectées dans d'autres Etats membres de l'UE n'a pas été rapporté jusqu'à présent.

³¹ Utilisation nocive pour la santé (F1x.1): A. Preuves manifestes que l'utilisation d'une substance psycho-active a entraîné (ou a contribué de façon significative à) la survenue de troubles psychologiques ou physiques, y compris une altération du jugement ou des troubles du comportement, pouvant être à l'origine d'une incapacité ou d'une altération des relations interpersonnelles. B. La nature des conséquences nocives doit être clairement identifiée (et précisée). C. Utilisation continue de substances psycho-actives pendant au moins un mois ou de façon répétée au cours des douze derniers mois. D. Le trouble ne répond pas aux critères d'un trouble mental ou d'un autre trouble du comportement, lié à la même substance pendant la même période (à l'exception d'une intoxication aiguë, (F1x.0))

³² http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/index.html

³³ Des substances comme p.ex. MBDB, 4-MTA, Ketamin, PMMA 2C-1, 2C-T-2, 2C-T-7, 2C-D, 2C-E, TMA-2, BZP, TFMP, 5-MeO-DIPT, 5-MeO-DMT, AMT, ALEPH 7, DXM, DPT, mCPP.



Tous les indicateurs relatifs à la **consommation de cannabis** (problématique et récréative) ont connu une tendance sensible à la hausse au cours des dernières années, mais semblent afficher une stabilité récente. Le cannabis avec de hautes concentrations de THC (max: 20-30%) apparaît de plus en plus sur la marché national. La marijuana fait état des concentrations les plus élevées, mais également des variations les plus importantes en termes de qualité.

ESTIMATION DE PREVALENCE ET D'INCIDENCE DES UPDS

DONNÉES DE PRÉVALENCE NATIONALE

Les données représentées dans ce chapitre sont issues de l'étude sérielle de prévalence des drogues auprès des UPDs âgés entre 15 et 64 ans, réalisée sur base de données de 1997, 1999, 2000, 2003 et 2007 (Origer 2009)³⁴. La plus récente étude, non publiée encore, a été réalisée en 2009 dans le cadre de l'évaluation du plan d'action national drogues 2005-2009. Avec la dernière étude, il est devenu possible d'estimer l'évolution de la prévalence des UPDs à travers la dernière décennie, en sachant que les méthodologies et les sources des données auxquelles on se réfère pendant la même période de temps sont comparables.

La stratégie de recherche repose sur les bases méthodologiques du Réseau Luxembourgeois d'Information sur les Stupéfiants et les Toxicomanies (RELIS), mis en place en 1995 par le Point Focal National de l'OEDT. RELIS représente un réseau d'information national et multisectoriel, incluant les institutions spécialisées dans le traitement de la toxicomanie, certains hôpitaux généraux, les centres de consultation et les services de répression. Ainsi, il s'appuie sur les données les plus représentatives et fiables sur les usagers problématiques de drogues répertoriées par des institutions nationales. Conformément aux définitions de cas RELIS, la présente étude vise particulièrement sur l'estimation de prévalence de l'usage problématique de drogues illicites à risque élevé dans la population totale âgée entre 15 et 64 ans.

Les méthodes suivantes ont été appliquées : recherche de cas (CF), capture-recapture à 2, 3 et 4 sources (CR 2,3,4), modèle de Poisson abrégé et associé aux estimateurs de Zelterman et Chao (tPm), et quatre méthodes différentes de multiplication utilisant les données des forces de l'ordre, le registre des décès liés à l'usage de drogues (D1,2,3) et les services de traitement (T).

³⁴ Téléchargeable sur <http://www.relis.lu>

Fig. 4.1 Prévalence de l'usage problématique de drogues à risque élevé (HRC) (2007)³⁵ et intervalles de confiance

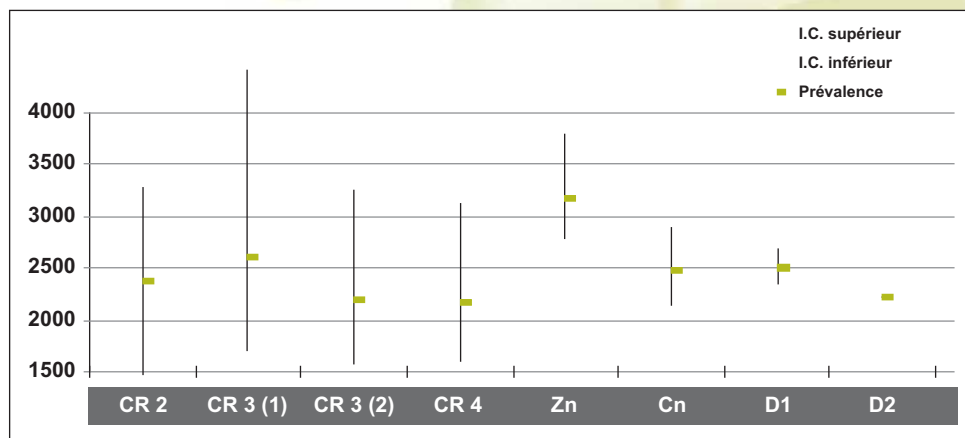
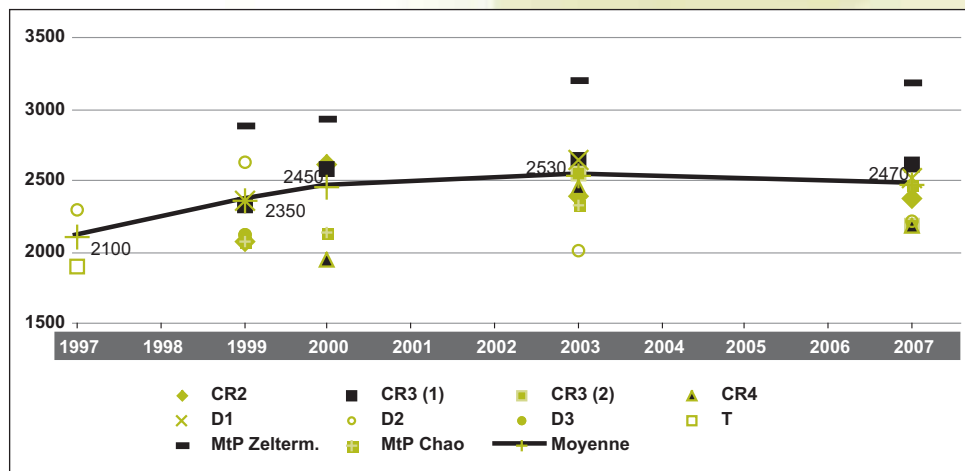


Fig. 4.2 Prévalence de l'usage problématique de drogues à risque élevé (HRC) (1997 – 2007)



35

CR2 / CR3: Méthode « capture-recapture » sources 2 et 3

CR4 DIC: Prise-reprise des 4 sources (moyenne pondérée de Bayes)

D1: Multiplicateur de référence basé sur les registres des forces de l'ordre et des surdoses.

D2: Multiplicateur de référence basé sur le nombre de délinquants et les taux de contact des UPDs avec les forces de l'ordre

D3: Multiplicateur de référence basé sur les taux de mortalité (DRD standard)

T: Multiplicateur de traitement

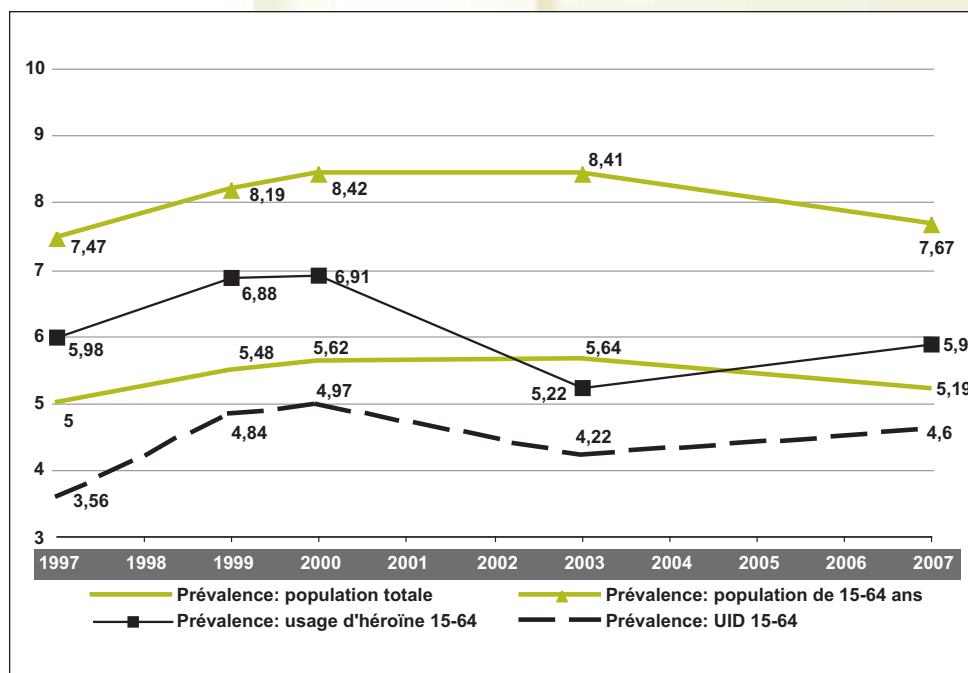


Tab. 4.1 Prévalence et taux de prévalence en fonction de sous-groupes sélectionnés (1997 – 2007)

	1997	1999	2000	2003	2007
POPULATION GENERALE					
Population nationale au 1 ^{er} janvier	418.300	429.200	435.700	448.300	476.200
Population nationale âgée entre 15-64 ans au 1 ^{er} janvier	281.100	287.100	291.000	300.800	322.000
USAGERS HRC EN CONTACT AVEC LE RESEAU NATIONAL INSTITUTIONNEL (services de bas-seuil non inclus)					
Total des personnes recensées (comptages multiples exclus)	/	887	986	1.065	1.200
Nombre de demandeurs de traitement exclusivement dans des institutions spécialisées (Prises en charge en médecine libérale exclues)	/	317	372	582	756
Prévenus pour ad minima consommation HRC exclusivement (au minimum consommation de drogues HRC)		378	365	375	373
Nombre de personnes en traitement spécialisé ET prévenus pour consommation HRC.	/	192	249	108	71
USAGE PROBLEMATIQUE : DROGUES HRC					
Prévalence moyenne	2.100	2.350	2.450	2.530	2.470
Intervalle de confiance	p.d.	1.994 - 2.758	1.933 - 3.126	2.144 - 3.290	2.089 - 3.199
Taux de prévalence total	5 / ¹⁰⁰⁰	5,48 / ¹⁰⁰⁰	5,62 / ¹⁰⁰⁰	5,64 / ¹⁰⁰⁰	5,19 / ¹⁰⁰⁰
Taux de prévalence – âge :15-64	7,47 / ¹⁰⁰⁰	8,19 / ¹⁰⁰⁰	8,42 / ¹⁰⁰⁰	8,41 / ¹⁰⁰⁰	7,67 / ¹⁰⁰⁰
USAGE PROBLEMATIQUE : DROGUES DE PREFERENCE - HEROINE					
Prévalence héroïne	1.680	1.975	2.010	1.570	1.900
Taux de prévalence héroïne total	4,01 / ¹⁰⁰⁰	4,60 / ¹⁰⁰⁰	4,61 / ¹⁰⁰⁰	3,50 / ¹⁰⁰⁰	3,99 / ¹⁰⁰⁰
Taux de prévalence héroïne âge :15-64	5,98 / ¹⁰⁰⁰	6,88 / ¹⁰⁰⁰	6,91 / ¹⁰⁰⁰	5,22 / ¹⁰⁰⁰	5,90 / ¹⁰⁰⁰
USAGE INTRAVEINEUX DE DROGUES (UID)					
Prévalence IDU	1.000	1.380	1.447	1.270	1.482
Taux de prévalence UID total	2,40 / ¹⁰⁰⁰	3,22 / ¹⁰⁰⁰	3,32 / ¹⁰⁰⁰	2,83 / ¹⁰⁰⁰	3,11 / ¹⁰⁰⁰
Taux de prévalence UID âge :15-64	3,65 / ¹⁰⁰⁰	4,84 / ¹⁰⁰⁰	4,97 / ¹⁰⁰⁰	4,22 / ¹⁰⁰⁰	4,6 / ¹⁰⁰⁰

Source : Origer 2009

Fig. 4.3 Prévalence des UPDs, usage d'héroïne et usage iv (1997 – 2007) par 1,000 habitants



Source: Origer 2009

La moyenne des estimations 2007 fournit une prévalence absolue des usagers problématiques de drogues (UPD-HRC) de 2.470 personnes (I.C. (95%) : 2.089 à 3.199). En termes d'estimation du taux de prévalence pour les mêmes catégories d'âge, 7,67 sur 1.000 habitants âgés entre 15 et 64 ans montrent un usage problématique de drogues.

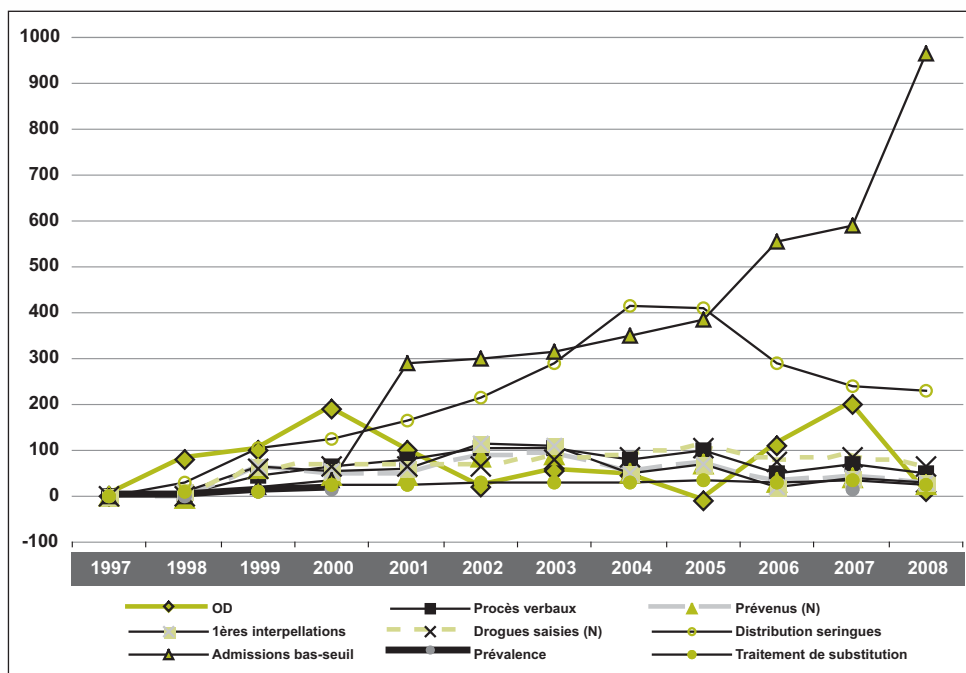
Conformément aux données sérielles disponibles pour la période de 1997 à 2007, la prévalence absolue et le taux de prévalence des UPD-HRC témoignent d'une tendance croissante jusqu'en 2000. Après une courte phase de stabilisation, une tendance décroissante a été observée à partir de 2003. Une évolution similaire s'observe pour l'usage problématique d'héroïne (2007 : 1.900 UPDs : 5,90/1000). Bien que la prévalence absolue de l'usage intraveineux de drogues (UID)³⁶ ait faiblement augmenté, comparée à la situation observée à la fin du 20^{ème} siècle, le taux de prévalence des UIDs dans la population générale âgée entre 15 et 64 ans indique également une tendance décroissante nette pendant la période en question.

La stabilisation et la décroissance ultérieure de la prévalence nationale des UPDs sont intervenues au cours de la phase d'exécution du premier (1999-2004) et second (2005-2009) plan d'action national drogues, qui a débuté en 1999. Les tendances observées sont également confirmées par la plupart des indicateurs indirects en matière de réduction de la demande et de l'offre.

³⁶ Les taux de prévalence UID ont été calculés sur base de la proportion des UIDs parmi les UPDs répertoriés par les séries de données RELIS fortement représentatives pour les années respectives.



Fig. 4.4 Prévalence (usage problématique de drogues à haut risque) et évolution d'indicateurs indirects



Source: Origer 2008

Les indicateurs indirects de prévalence des UPDs confirment les tendances documentées par des études UPDs détaillées, à l'exception des statistiques d'admission dans les services à bas-seuil à partir de 2000 et le nombre de surdoses directes entre 2005 et 2007.

Concernant le premier indicateur indirect contradictoire (contacts avec les services à bas-seuil), son évolution inverse peut être expliquée par le fait qu'à partir de 2000 des efforts majeurs ont été investis afin d'accroître les capacités des offres de bas-seuil et de faciliter l'accès aux mesures de réduction des risques au niveau national. Cette évolution positive, en termes de santé publique, a eu comme résultat que les usagers, jusque-là, inconnus aux services spécialisés, ont pris contact avec le système national de soins et d'assistance. Dès lors, l'usage croissant des offres de bas-seuil résulte principalement de l'augmentation de la visibilité d'usagers « non visibles » auparavant et ne permet pas de conclure que la prévalence absolue des usagers UPDs a augmenté depuis le début du 21^{ème} siècle.

Le nombre de surdoses directes a connu une tendance décroissante entre 2000 et 2005, une augmentation vers 2007 et une diminution subséquente. De même que pour d'autres états membres de l'UE, l'évolution de l'indicateur visé est connu pour montrer des variations assez importantes, liées à des facteurs, comme la qualité des drogues disponibles, les comportements de consommation, la disponibilité des services de réduction des risques, etc. Un groupe national d'experts a étudié ces variations et a isolé un certain nombre de facteurs à risques majeurs en jeu, concernant la mortalité et morbidité liées aux drogues, comme la grande variabilité de la pureté des substances, l'augmentation de la polyconsommation et spécialement la combinaison de drogues de rue et de médicaments de substitution ou de prescription en général dans le

cadre des prises en charge ambulatoires et résidentielles, ainsi que les lacunes dans le suivi des patients après leur sortie des institutions (désintoxication, thérapie, prison, etc.). Ces constats ne soutiennent toutefois pas l'hypothèse d'une augmentation significative de la prévalence des UPDs en général.

Enfin, même si des variations annuelles sont observées, la tendance des dernières années indique une décroissance globale pour le taux de surdoses mortelles, ce qui est en concordance avec les figures de prévalence nationale.

Etudes de prévalence locale ou régionale

A cause de la spécificité de la scène nationale des drogues et la dimension géographique du pays, les études de prévalence ne sont pas considérées comme prioritaires.

Caractéristiques des UPDs répertoriés par le réseau institutionnel

Reposant sur un réseau d'information multisectoriel incluant centres spécialisés de traitement, certains hôpitaux généraux, centres de consultation, ainsi que les instances judiciaires et pénales compétentes, RELIS permet l'estimation de nouvelles tendances dans la population d'utilisateurs problématiques de drogues en général, de même que des demandeurs de traitement en particulier. Le Point Focal National a opté pour une surveillance globale de la population des toxicomanes. Les données suivantes sont issues de RELIS et se rapportent à tous les usagers HRC répertoriés par le réseau national de traitement et le réseau de répression, et définis comme usagers problématiques de drogues.

Le nombre d'UPDs répertoriés par les institutions nationales en 2008 s'élevait à 4.542 (en 2002 : 4.701) double comptages inclus, c'est-à-dire qu'un individu peut avoir été répertorié deux fois ou plus par des institutions différentes. Ce chiffre ne représente pas la prévalence actuelle ; ce calcul nécessitant des méthodes plus complexes.

A titre comparatif, les agences spécialisées en réduction de demande ont répertorié 2.383 usagers, et les agences de réduction de l'offre ont répertorié 2.318 prévenus pour infraction à la législation « drogues » en 2002. En 2008, ces mêmes instances ont répertorié 2.733 (en 2006 : 2.764) respectivement 1.487 individus.

Tab. 4.2. *Caractéristiques principales des UPDs répertoriés par le réseau de surveillance national, RELIS (pourcentage valide)*

	2000	2004	2008	TENDANCE
Sexe				
Masculin	77%	78%	77%	
Féminin	23%	22%	23%	
Nationalité				
Luxembourgeoise	54%	54%	48%	↘
Etrangère	46%	46%	52%	↗
- desquels				
Portugaise	51%	58%	38%	↘
Française	17%	11%	28%	↗
Autres	32%	31%	34%	
Moyenne d'âge				
Masculin	29A4M	31A2M	31A8M	↗
Féminin	26A10M	28A4M	28A5M	↗
Total	28A9M	30A6M	30A11M	↗



Drogue primaire

<i>Opioides</i>	84%	76%	72%	↘
<i>Cocaïne</i>	7%	16%	17%	↗
<i>Autres</i>	9%	8%	11%	↗
Polytoxicomanie	87%	93%	89%	
Mode d'administration primaire				
<i>Iv</i>	56%	55%	45%	↘
<i>Non-iv</i>	44%	45%	55%	↗
Maladie infectieuse				
<i>HIV</i>	4,3%	4%	4%	
<i>HCV</i>	40%	58%	65%	↗
<i>HBV</i>	25%	22%	21,1%	↘

La distribution hommes/femmes de la population des UPDs est stable à 3:1. Ces 9 dernières années le nombre d'UPDs de nationalité étrangère répertoriés a témoigné d'importantes variations et il accuse une tendance à la hausse depuis 2003, confirmée par les données de 2008. La population des UPDs étrangers est principalement constituée de citoyens portugais, une proportion en croissance jusqu'en 2004 mais décroissante depuis lors, bien que toujours supérieure à la proportion en population générale. Parallèlement, on observe une augmentation des UPDs d'origine française (28%). Cette tendance est confirmée par les données des forces répressives sur les 8 dernières années.

L'âge moyen des UPDs répertoriés est passé de 28 ans et 4 mois en 1995 à 31 ans et 8 mois en 2008. L'âge moyen des hommes a augmenté plus rapidement que celui des femmes. En général, la proportion des UPDs âgés de plus de 39 ans et des usagers de moins de 19 ans augmente constamment, de même que l'écart entre ces deux groupes. En référence aux années 2004 à 2008 une baisse discontinue des mineurs dans la population générale des UPDs a été observée grâce aux données de traitement et des forces de l'ordre.

Les âges moyens des UPDs de nationalité luxembourgeoise et non-luxembourgeoise sont actuellement assez alignés. On observe un vieillissement général des injecteurs établis, ainsi qu'un rajeunissement des « nouveaux » UPDs. L'âge moyen de la première consommation de la drogue préférentielle et de drogues illicites (HRC) en général, indique une diminution lente mais constante pour les 9 dernières années. Comparé aux données de 1995, le changement au mode de consommation intraveineux s'effectue de façon plus précoce.

A souligner également l'augmentation de l'âge moyen des victimes de surdosage mortel. Respectivement 90% et 46% des UPDs actuels ont essayé le cannabis et l'héroïne (en i.v.) avant leur majorité. En 1995, ces mêmes pourcentages s'élevaient à 71% et 23%. La durée entre la première consommation non-i.v. et la première consommation i.v. s'est écourtée. Aussi, les premières demandes de traitement sont formulées à un stade plus précoce des carrières d'usagers, ce qui est en partie dû à une offre plus diversifiée en matière de structures d'aide spécialisées.

L'usage intraveineux d'héroïne associé à un comportement de polyconsommation est rapporté par la grande majorité d'UPDs. La proportion de polyusagers de 89% s'est stabilisée après un niveau record de 93% en 2004. Comme indiqué plus haut, la transition au mode de consommation intraveineux survient de façon plus précoce. La proportion de consommateurs intraveineux par rapport au mode de consommation par inhalation est passée de 2:1 au cours des dernières années à 3:2 en 2008. L'approvisionnement d'ustensiles d'inhalation (p.ex. feuilles d'aluminium) par les services spécialisés a pu influencer les modes de consommation. La prévalence de la cocaïne en tant que drogue préférentielle témoigne d'une tendance décroissante depuis 2000. Les **STA**³⁷ sont sur la voie de la stabilisation, ce qui n'informe cependant pas sur

sa prévalence en population générale, étant donné que le réseau RELIS cible les usagers problématiques de drogues et non la population générale ou les usagers récréatifs.

Tous les indicateurs relatifs à la **consommation de cannabis** (problématique et récréatif) ont connu une hausse sensible au cours des dernières années. Le nombre total de personnes en contact avec le réseau national spécialisé pour l'usage de cannabis a connu une augmentation sensible au début des années 2000, mais baissait à nouveau en 2004 pour se stabiliser vers 2008.

Les UPDs montrent des taux d'infection HIV (4%) et HBV (21-22%) relativement stables entre 2000 et 2008, tandis que les taux de prévalence HCV (65%) sont élevés et croissants.

La situation résidentielle des UPDs a évolué favorablement durant les dernières années. La distribution géographique montre une concentration d'UPDs dans les régions *sud* (45,9%) et du *centre* du pays (33,2%). La région *nord* (13,9%), après une baisse en 2005 (11,5%) affiche une nouvelle tendance à la hausse depuis les trois dernières années.

Les données récentes suggèrent une stabilisation de la situation occupationnelle/professionnelle des UPDs depuis 2007, comme la proportion des UPDs a atteint 47%. Après un seuil maximal (46-50%) pendant plusieurs années, une nouvelle augmentation est rapportée entre 2006 et 2008 (63%). La baisse de l'autonomie financière est dans la plupart des cas associée à une pérennisation de la dépendance sociale. Par ailleurs, une stabilisation des revenus d'origine illégale est observée pendant les dernières années, de même qu'une stabilisation lente mais continue de la proportion d'UPDs présentant des dettes majeures.

DONNEES SUR LES UPDs EN DEHORS DES SECTEURS DE PRISE EN CHARGE

Les données sur les UPDs en dehors des secteurs de la réduction de la demande viennent principalement de la police judiciaire - Section stupéfiants. Le profil de ces usagers est semblable à celui des UPDs répertoriés dans le secteur de prise en charge, sachant que le système national de surveillance de la toxicomanie inclut les deux sources.

Le sex ratio des UPDs (81% masculin, 19% féminins) est presque identique à celui des UPDs indexés par les institutions sanitaires. Leur âge moyen revient à 30 ans et 6 mois, les femmes étant plus jeunes que les hommes (31 ans pour les hommes, 28 ans et 4 mois pour les usagers féminins des sources répressives).

38% des contrevenants à la législation sur les stupéfiants sont de nationalité luxembourgeoise contre 62% d'étrangers. Comme pour l'année dernière, la plupart des personnes d'origine étrangère étaient des citoyens portugais (32%) suivis par les français (28%).

75% sont récidivistes (plus d'une condamnation durant leur vie). 25% ont été arrêtés pour vente de drogues, 30% sont accusés de détention de drogues illicites et 41% de délits divers en relation avec les drogues. Les contrevenants (qui sont également des usagers problématiques de drogues) sont le plus souvent interpellés pour des délits impliquant l'héroïne et la cocaïne. 91% sont indexés comme usagers polytoxicomanes, ce qui représente une proportion plus élevée que pour les UPDs en traitement.



5. LES OFFRES SPÉCIALISÉES DE PRISE EN CHARGE : DEMANDE DE TRAITEMENT ET DISPONIBILITÉ

Introduction

Le **traitement de la toxicomanie** se définit comme : « l'application de techniques spécifiques médicales et/ou psychosociales visant la réduction ou l'abstinence de la consommation illégale de substances en améliorant dès lors l'état de santé physique et psychique du client ». ³⁸

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

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

- **Traitement ambulatoire** : le patient reçoit un traitement sans passer la nuit dans l'institution de soins, avec ou sans médicaments ³⁹
- **Traitement résidentiel** : le patient reste la nuit, avec ou sans médicaments (détoxication incluse)
- **Traitement de substitution: un type de traitement médical** ciblant les personnes dépendantes d'opioïdes et basé principalement sur la délivrance d'une substance similaire ou identique à la drogue consommée normalement. Le traitement de substitution devrait être accompagné par une prise en charge psycho-sociale

Le contrôle et l'assurance de qualité des traitements spécialisés sont garantis par le biais d'une série de mécanismes, qui sont décrits sous la partie système de traitements.

Pendant les dernières années, les demandes de traitement du type ambulatoire ont faiblement augmenté. Les demandes de traitement du type résidentiel demeurent assez stables de même que le nombre des demandes de traitement de substitution. Une tendance plus récente consiste dans la hausse des demandes de traitement pour des problèmes liés à l'usage de cannabis et un abus d'alcool combiné par les jeunes au niveau national, comme rapporté notamment par le département de contrôle médical, en charge des transferts de traitements spécialisés à l'étranger. Les demandes de traitement liées à l'usage de cocaïne sont difficiles à estimer, comme pour la plupart des UPDs un usage concomitant d'héroïne est observé.

³⁸ **Source:** Classification du traitement de la toxicomanie dans les Etats membres de l'UE et la Norvège. Réunion d'experts, 8-9 février 2002

³⁹ Le traitement de toxicomanie non axé sur les médicaments favorise les techniques psycho-sociales et thérapeutiques et n'est pas principalement fondé sur la routine de prescription d'une substance ou d'un médicament avec comme but de réduire ou de s'abstenir de l'usage de la drogue illicite en améliorant ainsi l'état de santé général du client'.

STRATEGIES ET POLITIQUES EN MATIERE DE TRAITEMENT DE LA TOXICOMANIE

Au milieu des années soixante-dix, la coopération entre l'Etat et les ONG travaillant dans le milieu social a progressivement été structurée. La première convention (financière) entre le Ministère de la Famille et une partie des ONG, signée en 1975, était le point de départ de ce qui est aujourd'hui connu comme "secteur conventionné". A travers les années, les systèmes de collaboration entre l'Etat et les ONG ont évolué et étaient élargis au secteur de santé publique. En 1998, la loi nommée ASFT⁴⁰ est entrée en vigueur, réglementant la relation entre l'Etat et les organisations privées, travaillant dans le milieu social, familial et thérapeutique.

L'analyse des besoins et le contrôle de qualité reposent essentiellement sur le cadre légal posé par la loi ASFT et le réseau existant des services conventionnés, qui sont tenus de se conformer à une série de standards qualitatifs et de disposer d'un agrément accordé par le Ministre de la Santé. L'élaboration du volet de la réduction de la demande dans le cadre des stratégies drogues et des plans d'action nationaux s'appuie sur l'expertise et la participation du réseau référé. Une description plus détaillée de la collaboration et des mécanismes de contrôle en place est fournie plus en avant.

Le premier service spécialisé de prise en charge de la toxicomanie (JDH) a été créé en 1986 et s'est adressé originellement aussi bien aux toxicomanes qu'aux jeunes. Initialement les services se sont développés en fonction de la demande et ont fait appel à l'Etat pour une aide financière. Le travail préliminaire réalisé dans le cadre du premier plan d'action 1999-2004 a permis de mieux évaluer les besoins nationaux et d'initier et de développer des mécanismes de coordination entre les différents services. Actuellement les services de traitement sont spécialisés ou bien dans la prise en charge de la polytoxicomanie incluant les drogues illicites, l'abus d'alcool, ou les jeux de hasard, etc. Pour autant que les drogues illicites soient concernées, les institutions de prise en charge ne sont pas spécialisées en fonction du type de produits à l'origine d'une demande de traitement. Par ailleurs il existe actuellement des signes indiquant que la stratégie nationale s'oriente vers un concept de traitement de la dépendance plus holistique.

SYSTEMES DE TRAITEMENT

ORGANISATION ET ASSURANCE DE QUALITE

Tous les services spécialisés dans le traitement de la toxicomanie dépendent du soutien financier et du contrôle de l'Etat. Les services spécialisés nécessitent un agrément et leur financement annuel est assuré par le biais d'une convention avec le Ministère de la Santé. Les traitements de type ambulatoire sont fournis gratuitement par les services spécialisés. Le traitement de type résidentiel et les prises en charge en milieu hospitalier sont pris en charge par le Sécurité Sociale. En ce qui concerne le traitement de substitution, la CNS prend en charge les interventions médicales et les consultations, alors que l'Etat couvre les frais pharmaceutiques et les honoraires des pharmacies.

Les ONG impliqués dans le traitement de la toxicomanie tombent sous l'obligation de la loi dite « ASFT » (8/09/98)⁴⁰ et du règlement grand-ducal subséquent du 10 décembre 1998⁴¹, réglementant la relation (droits et obligations) entre Etat et ONG ou organisations offrant une prise en charge médico-sociale et thérapeutique. La concertation avec les ONG impliquées est assurée par des « plates-formes de coordination » dans lesquelles participent des membres de l'institution concernée et au moins un représentant du ministère compétent. Toutes les institutions concernées travaillent en collaboration étroite

⁴⁰ Loi du 8 septembre 1998 réglant les relations entre l'Etat et les organismes œuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique (entrée en vigueur: 24/09/1998)

⁴¹ Règlement grand-ducal du 10 décembre 1998 concernant l'agrément à accorder aux gestionnaires de services dans les domaines médico-social et thérapeutique (entré en vigueur 18/12/1998)



et peuvent être considérées comme une chaîne **thérapeutique interdépendante**. Toutes les associations agréées acceptent les patients consommateurs de drogues indépendamment du type de substance impliquée. Une série d'accords de collaboration formels ont été signés en 2008 et 2009 entre différents services spécialisés afin d'assurer l'utilisation rationnelle des ressources en matière de prise en charge. Le plan d'action national drogues 2010-2014 prévoit de développer davantage la synergie, en créant un réseau national avec une personne de référence unique pour chaque demandeur de traitement.

L'agrément, prévu par la loi « ASFT » du 8 octobre 1998, constitue le cadre du contrôle de qualité des offres de traitement de la toxicomanie. Les exigences en matière de moyens infrastructurels et de ressources humaines figurent dans le règlement grand-ducal du 10 décembre 1998, concernant l'agrément à accorder aux gestionnaires de services dans les domaines médico-social et thérapeutique.

Les ONG doivent procéder à l'évaluation de leurs activités par des moyens qu'ils estiment adéquats et rapporter périodiquement l'état de leurs activités au ministère de tutelle. Les services de traitement de la toxicomanie ont développés leurs propres stratégies d'assurance qualité et ce souvent en collaboration avec des intervenants externes. L'évaluation des offres actuelles du domaine de l'intégration socioprofessionnelle, dont le développement futur est largement promu par le plan d'action drogues, la mise en place d'un registre national du traitement de substitution constituent des exemples de bonne pratique. L'évaluation externe du plan d'actions drogues 2005-2009 contribue par sa part à améliorer la qualité des interventions et à détecter les lacunes au niveau du réseau national de prise en charge.

La **base de données RELIS** sur les usagers problématiques de drogues, fournit également des indicateurs appropriés aux fins d'évaluation puisqu'elle fournit des données détaillées sur les modes de consommation, la situation socio-économique, le comportement à risque et les contacts avec les forces de l'ordre, etc. A moyen terme, le dispositif RELIS permet également de suivre les « carrières institutionnelles », les demandes de traitement et les contacts avec les forces de l'ordre des usagers problématiques de drogues indexés. Ces données peuvent être utilisées pour évaluer l'impact et la performance d'offres de traitement spécifiques. Un exemple pratique de cette application de résultats d'évaluation est la conceptualisation et l'évaluation externe du plan d'action national drogues 2005-2009 lequel était principalement basé sur les données RELIS et des initiatives d'évaluation ad hoc d'institutions de terrain.

Le tableau 5.1 résume les statistiques d'admission et de contacts d'institutions nationales du domaine de la toxicomanie de 1994 à 2008. Les **comptages multiples intra-institutionnels** sont exclus ce qui signifie que chaque individu indexé par une institution donnée n'est indexé qu'une fois par cette même institution durant l'année de référence. Les **comptages multiples interinstitutionnels** ne sont pas exclus, car un demandeur de traitement donné peut avoir contacté plusieurs institutions nationales différentes pendant une année donnée. Des données d'admission plus détaillées, incluant les services de bas-seuil, sont fournies dans les sous-chapitres respectifs.

Disponibilité et diversification des offres de traitement

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

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



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



La typologie suivante est utilisée pour les offres de traitement existantes:

Traitement ambulatoire : Adultes

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

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

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

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

Traitement ambulatoire : Mineurs

Des structures spécialisées ambulatoires pour les mineurs existent actuellement dans le centre et depuis 2007 dans le nord du pays. Même si les services de consultation acceptent des demandeurs de traitement mineurs, une partie de ces derniers sont transférés vers un service spécialisé au centre du pays (Solidarité Jeunes - Jongenheem asbl).

Traitement ambulatoire : traitement de substitution

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

Le programme de substitution a été mis en place par le Ministère de la Santé et l'actuelle fondation JDH en 1989. Jusqu'en 2001 il n'existait pas de **cadre légal** propre au traitement de la toxicomanie par substitution. La loi du 27 avril 2001 modifiant la loi modifiée du 19 février 1973, loi de base en matière de lutte anti-drogue, a introduit un cadre légal pour le traitement de substitution. Le règlement grand-ducal du 30 janvier 2002⁴² définit les modalités pratiques de la substitution. La nouvelle législation régit le traitement de substitution en général plutôt qu'elle ne légalise un programme de substitution national unique. Aussi, les médecins prescripteurs et associations spécialisées doivent disposer d'un **agrément pour le traitement de substitution** et se soumettre aux contraintes de pratiques et de formation prévues par la loi. La loi stipule également l'importance de mettre en place des mécanismes de contrôle adéquats pour enrayer les **prescriptions multiples** (p.ex. obligation de notification des patients substitués). Il faut noter que suite à l'application du nouveau cadre légal, il existe toujours un **programme structuré de traitement de substitution** (JDH – principalement de la méthadone liquide orale) et une offre de **traitement de substitution** par des médecins disposant de l'agrément requis.

Le règlement grand-ducal du 30 janvier 2002 liste les médicaments et les préparations contenant de la méthadone (sous forme orale dans le programme et sous forme de comprimé dans la prescription par le réseau des médecins agréés) et de **buprénorphine** si la notice indique le traitement de substitution comme indication thérapeutique. En plus, des médicaments **basés sur la morphine (sel)** peuvent être prescrits si les substances listées sont jugées inadéquates par l'autorité médicale. Par ailleurs, le règlement grand-ducal en question permet la **prescription d'héroïne** dans le cadre d'un projet pilote géré par la Direction de la Santé. Les médicaments de substitution les plus prescrits actuellement sont : MEPHENON®, METHADICT® et SUBUTEX®. La **liste des substances de substitution** peut être modifiée à court terme par amendement du règlement grand-ducal respectif. Additionnellement à la prescription de médicaments et la prise en charge médicale, le règlement grand-ducal concernant le traitement de substitution (30/01/2002) énumère une série de prestations de prise en charge psychosociale, afin de mettre à disposition des centres spécialisés agréés. Les médecins généralistes agréés peuvent orienter des patients aux centres de traitement autorisés pour des consultations psychosociales plus soutenues.

Afin d'endiguer les prescriptions multiples de produits de substitution et leur détournement possible vers les marchés illicites, la Direction de la Santé œuvre actuellement à la mise en place d'un **registre central des traitements de substitution** conjointement avec la « Commission de Surveillance du Traitement de Substitution »⁴³ et le coordinateur national « Drogues ». L'autorisation pour sa création a été octroyée par la Commission Nationale de Protection des Données en juin 2006 et a démarré sa phase test en novembre 2007. Au moment de la rédaction du rapport des discussions avec l'AMMD se poursuivent. Il s'agit de trouver une solution pour rendre la mise en place du registre compatible avec une pratique médicale quotidienne.

Traitement ambulatoire : Services bas-seuil

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

⁴² Le règlement grand-ducal du 30 janvier 2002 déterminant les modalités du programme de traitement de la toxicomanie par substitution peut être téléchargé : <http://www.eldd.emcdda.org>

⁴³ Le règlement grand-ducal du 30 janvier 2002 remplace l'ancienne « Commission Méthadone » par la « Commission de Surveillance du Traitement de Substitution » qui est sensée contrôler tous les aspects du traitement de substitution au niveau national. Etablie en 2002, elle est composée par des délégués du programme, la Direction de la Santé, deux pharmaciens et deux médecins agréés au programme, et s'occupe des admissions, des sorties et exclusions des demandeurs de traitement de substitution. La composition de la nouvelle commission est similaire à la composition de l'ancienne Commission Méthadone.



Traitement résidentiel : Désintoxication / prise en charge médicale

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

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

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

Traitement résidentiel : Adultes

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

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

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

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

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

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

Tab. 5.1 Traitements de la toxicomanie à l'étranger rapportés par l'UCM (1996-2007)

Groupe	1996	1998	2000	2002	2004	2005	2006	2007
	N	N	N	N	N	N	N	N
< 20 ans			3	5	3	3	1	5
20 à 25 ans			33	33	37	29	41	32
> 25 ans			66	63	72	89	74	86
TOTAL	55	71	102	101	112	121	116	123
Age moyen			27A9M	28A	28A5M	30A7M	30A	30A1M

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

Traitement résidentiel : Mineurs

Un centre résidentiel spécialisé pour les jeunes en difficultés a ouvert ses portes au début de l'année 2007 au nord du pays sous la direction du CHNP. Un nouveau projet de réhabilitation pour mineurs en milieu rural devra être opérationnel en 2010 et permettra de combler les lacunes actuelles dans le système de prise en charge des mineurs.

CARACTERISTIQUES DES DEMANDEURS DE TRAITEMENT ET TENDANCES EN MATIERE DE TRAITEMENT DE LA TOXICOMANIE

Le tableau 5.2 fournit une présentation sommaire des contacts institutionnels des UPDs liés aux drogues. Les **comptages multiples inter-institutionnels** ne sont pas exclus, car un demandeur de traitement donné peut avoir contacté plusieurs institutions nationales différentes pendant une année donnée. De ce fait, ces données ne rapportent pas la prévalence nationale des UPDs mais permettent de faire le suivi d'une augmentation ou d'une diminution de celle-ci.



Tab. 5.2 *Contacts institutionnels de la population toxicomane (Comptages multiples interinstitutionnels inclus)*

INSTITUTION	NOMBRE D'ADMISSIONS ET/OU CONSULTATIONS ET/OU CONTACTS						NOMBRE DE DEMANDEURS DE TRAITEMENT (comptages multiples intra-institutionnels exclus)											
	2000	2002	2004	2006	2007	2008	2000	2002	2004	2006	2007	2008						
REDUCTION DE LA DEMANDE: TRAITEMENT SPECIALISE																		
AMBULATOIRE																		
- Non-centré sur les médicaments	2.185	3.412	4.312	4.597	4.833	/	636	828	916	928	1.143	1.162						
- Substitution	/	/	/	/	/	/	1.002	1.040	1.065	1.044	1.092	1.050						
RESIDENTIEL																		
- Non-centré sur les médicaments	43	57	53	44	128	129	158	153	182	183	124	124						
- Prise en charge hospitalière ⁴⁴	/	/	617	637	600	600	316	429	476	484	422	397						
SERVICES A BAS-SEUIL	13.083	29.536	39.526	55.808	60.405	67.494												
SOUS TOTAL A: Nombre des demandeurs de traitement																		
(Avec comptages multiples)							2.112	2.450	2.639	2.639	2.859	2.733						
(Sans comptages multiples)							637	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.						
REDUCTION DE L'OFFRE: INSTITUTIONS JUDICIAIRES ET PENALES																		
Etablissements pénitentiaires nationaux							161	101	92	243	212	332						
Police Grand-Ducale – Police Judiciaire - Douanes							1.758	2.217	1.808	1.573	1.687	1.487						
SOUS TOTAL B: Nombre de prévenus																		
(Avec comptages multiples)							1.919	2.318	1.900	1.816	1.899	1.819						
TOTAL Nombre de personnes en contact avec le réseau institutionnel (Avec comptages multiples)													4.031	4.768	4.539	4.455	4.758	4.542

Source: RELIS 2008

Source: RELIS 2008

⁴⁴ Episodes F11, F14, F16, F18 et F19 avec ou sans nuitée. Source : CNS

La section suivante comprend une description générale de la population en traitement de toxicomanie et une analyse plus détaillée des caractéristiques des clients et des tendances observées. Les deux parties se basent sur les données RELIS et sur des statistiques internes des services spécialisés en traitement de toxicomanie au niveau national.

Le nombre de personnes présentant des contacts avec des services nationaux DR ou SR, associés aux drogues, a atteint 4.542 en 2008. Durant la dernière décennie, une hausse sensible concernant les demandes de traitement de toxicomanie a été observée (stabilisation en 2008), alors que les contacts avec les forces de l'ordre ont diminué. Le nombre des demandes de traitement de substitution a commencé à atteindre un plateau à partir de 2002. Les demandes de consultations ambulatoires ont commencé à baisser (1.050) en 2007 contrairement au nombre de contacts avec les services bas-seuil, qui a augmenté et atteint les 68.000 en 2008. 4,6% (14%) des répondants sont des demandeurs de premier traitement, tous centres de traitement confondus. Pour les demandeurs de premier traitement, la proportion des clients féminins est de 40% contre 60% de premiers clients masculins.

Des clients en traitement spécialisé, 72% sont masculins contre 28% féminins. La moyenne d'âge des demandeurs de traitement a clairement augmenté pendant les dix dernières années (1997: 28 ans/ 2008: 31 ans et 8 mois) et ceci principalement à cause d'une hausse observée de l'âge moyen masculin (1997: 28A2M/ 2008: 32A8M). La moyenne d'âge des clients féminins est en règle générale plus basse (2008: 29A1M) que celle des hommes. Respectivement 66% des clients en traitement sont natifs contre 34% d'étrangers. La population des non-nationaux se compose pour la grande majorité de citoyens portugais, suivi des citoyens français, italiens et allemands.

En ce qui concerne le niveau scolaire des clients en traitement, 39% ont terminé l'école primaire, 59% ont terminé avec succès l'école secondaire et 1% a atteint un niveau supérieur. Cinquante pourcent des répondants ont rapporté un emploi stable (faible baisse - 1997: 65%) contre 10% qui bénéficient d'allocations de chômage. Enfin, 22% sont des étudiants ou sous contrat d'apprentissage. La moitié des demandeurs de traitement répertoriés (53%) ont subi une ou plusieurs surdoses. Pour autant que l'échange de seringues soit concerné, 72% indique qu'ils ne partagent jamais leurs seringues. L'UID combiné à l'usage polytoxicomane (89%) est le mode de consommation le plus observé au sein des demandeurs de traitement.

Ci-après figure une analyse plus détaillée des demandes de traitement et des tendances liées au type de traitement:

Traitement ambulatoire : Adultes

Tendances actuelles : Stabilisation du nombre total de clients (1.162) et baisse de la proportion des premières demandes. Stabilisation du pourcentage de demandeurs féminins depuis 1997. Proportion croissante de clients âgés de plus de 30 ans et de moins de 20 ans. Actuellement on observe une forte croissance des patients se présentant pour des problèmes liés à la consommation de cannabis. Une autre tendance actuelle s'observe dans le nombre croissant de jeunes mères et enfant(s) qui profitent de traitements ambulatoires et résidentielles.

Suite à une baisse de plusieurs années, les centres de traitement ambulatoires présentent des taux d'admission stables au cours des années plus récentes et une baisse du pourcentage de première demande au niveau intra- et interinstitutionnel. La distribution selon le sexe montre une stabilisation globale au long des 10 dernières années (2008: 29%). La distribution selon l'âge varie en fonction de la situation géographique des centres de traitement. Globalement, la proportion des demandeurs de traitement de plus de 30 ans (2008 : 58%) (2006 : 57%) a sensiblement augmenté durant les dernières années, de même que la proportion des demandeurs de traitement de moins de 20 ans (9,6%) (2006 : 5,6%). La proportion des demandeurs de traitement mineurs a diminué jusqu'en 2007 et s'est stabilisée depuis, principalement parce que des centres spécialisés pour jeunes ont été développés. Les demandes de traitement pour



consommation d'opiacés en i.v., associée à une polyconsommation généralisée, demeure la demande principale de prise en charge et était en hausse de 2005 à 2007 pour diminuer en 2008 (2008 : 53%/ 2007 : 57%/ 2006 : 51%/ 1997 : 72%). Les demandes de prise en charge concernant le cannabis montrent une tendance clairement à la hausse en 2008. La prévalence de consommation problématique de cocaïne montre une légère augmentation comparée aux données de 2007.

Traitement ambulatoire : Mineurs

Tendances actuelles : Nombre de clients en hausse ce qui est principalement dû à l'orientation accrue des clients mineurs des structures pour adultes vers les structures spécialisées pour mineurs.

Le taux de demandes a augmenté de manière discontinue depuis l'implémentation de ces centres. La proportion de clients âgés de moins de 14 ans a augmenté et la proportion des clients âgés entre 14 et 15 ans a diminué depuis 2002. Les problèmes liés à l'usage de cannabis sont principalement à l'origine de demandes d'intervention (69,4%), marquant cependant une tendance stable. Par contre l'abus de drogues licites et la polyconsommation occupent de plus en plus le devant de la scène. Une proportion croissante de jeunes avec des symptômes psychiatriques et/ou un comportement social déviant en plus de l'abus de drogues est rapportée par les agences spécialisées de première ligne.

Traitement ambulatoire : traitement de substitution

Tendances actuelles : Depuis 2002, stabilisation du nombre de patients dans le programme structuré et du traitement de substitution assuré par le réseau des médecins agréés – stabilisation du sex-ratio (2 hommes/1 femme) – Augmentation des demandeurs de traitement de substitution âgés de plus de 35 ans

Le nombre de patients admis dans le programme national de substitution a connu une baisse entre 2000 et 2008 (89 patients en 2008), ce qui est probablement dû à l'accès croissant des traitements de substitution prodigués par le réseau des médecins généralistes. 6% (2%) des clients sont des premiers demandeurs de substitution. La proportion de femmes en traitement de substitution (31% stable) est supérieure à la proportion de femmes dans les autres types de traitement. 28% (29%) des clients en traitement de substitution sont âgés de moins de 30 ans, 36% (32%) ont entre 30 et 39 ans, alors que 36% (40%) sont âgés de plus de 40 ans.

L'âge moyen de tous les patients substitués a augmenté significativement pendant les 10 dernières années (36 ans), principalement dû à l'augmentation des demandeurs de plus de 35 ans (60% en 2008, 33% en 2000). La proportion de demandeurs luxembourgeois s'est stabilisée depuis plusieurs années (70-75%). La **situation socio-économique** des patients en traitement de substitution est clairement plus favorable que celle d'autres demandeurs de traitement. 51% des demandeurs de traitement de substitution disposent d'un emploi stable contre 24% qui bénéficient d'allocations de chômage. 38% (36%) des personnes de ce groupe ont effectué au moins une fois au cours de leur vie une tentative de suicide (45%) et 43% (32%) ont subi au moins une surdose. La polytoxicomanie est le type de consommation observé le plus fréquemment (92%) parmi les demandeurs de traitement de substitution.

Le nombre de patients ayant bénéficié d'un traitement de substitution, **prescrit par des médecins indépendants** semble également stabilisé [961 patients en 2008 (comptages multiples exclus) pour 970 en 2005].

La caisse nationale de santé (CNS) dispose du nombre annuel de patients ayant bénéficié de prescriptions de substitution ainsi que le nombre des médecins prescripteurs. On observe une stabilisation depuis 4 ans des demandes de substitution adressées aux médecins libéraux agréés et une diminution des patients qui ont choisi le programme de substitution officiel de la fondation JDH.

Tab. 5.3 Prescription ambulatoire de substances de substitution par le réseau national de médecins agréés 1999 -2008

ANNEE	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Nombre de patients bénéficiaires (sans comptages multiples)	745	844	849	820	913	/	970	939	979	961
Nombre de patients bénéficiaires (avec comptages multiples)	/	/	/	1.487	1.554	1.553	/	1.516	/	/
Nombre de médecins prescripteurs (sans comptages multiples)	125	145	147	157	154	158	163	121	122	126

Source : Union des Caisses de Maladie 2008

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

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

Services bas-seuil : type ambulatoire

- **Tendances actuelles** : Le **nombre de contacts** répertoriés par les structures bas-seuil a dramatiquement augmenté depuis les dix dernières années (2008: 67.494 / 2005: 47.739 / 1996: 6.456), tout comme le nombre des seringues distribuées par ces mêmes structures. En 2005, cependant, le nombre des seringues distribuées s'est stabilisé et a même baissé par la suite (voir Fig.4.4). La proportion de **nouveaux clients** dans les structures bas-seuil est en augmentation. La proportion de **clients féminins** a connu une baisse modérée mais continue (actuellement à 17%). Approximativement 42% des usagers ont entre 25 à 34 ans, et la proportion de clients âgés de plus de 35 ans est à la hausse (36%). 56% (56%) des clients sont de nationalité luxembourgeoise.

Désintoxication / prise en charge médicale : type résidentiel

- **Tendances actuelles** : Au total, les services psychiatriques prenant en charge des personnes toxicomanes affichaient une augmentation significative du nombre d'admissions de patients toxicomanes jusqu'en 2006 (486) et une baisse en 2008 (397). Cependant, le nombre d'épisodes de traitement est resté assez stable entre 2004 (617) et 2008 (600). La distribution selon le sexe est restée inchangée depuis plusieurs années et l'âge moyen des sujets affiche une baisse constante depuis les six dernières années. **Les problèmes liés à une polyconsommation soutenue**, héroïne incluse, sont les principales raisons de demandes de sevrages.



Traitement résidentiel : Adultes

Tendances actuelles : Le nombre des demandeurs de traitement résidentiel (sevrages exclus) est stable (126). La proportion de nouvelles demandes de traitement s'est stabilisée autour de 40%.

42% (59%) des patients dans des structures résidentielles suit parallèlement un traitement de substitution. La proportion de **demandeurs de sexe masculin** s'est stabilisée autour de 70-75% et une hausse de l'âge moyen des demandeurs a été observée. La distribution d'âge mentionnée, reflète une tendance générale observée dans la plupart des demandeurs de traitement adultes, à savoir, une diminution des patients de moins de 25 ans et une augmentation des patients de **plus de 30 ans**. Une stabilisation est observée pour les **patients luxembourgeois parmi les demandeurs de traitement résidentiel**. Presque toutes les demandes de traitement sont liées à l'abus d'opiacés, principalement en i.v.

Traitement résidentiel : Mineurs

22 clients ont été admis dans des centres résidentiels spécialisés pour adolescents en difficulté (CHNP - Orangerie 3). 7 clients présentaient des problèmes liés à l'abus de drogues. Comme ce centre a seulement ouvert ses portes en 2007, aucune donnée tendancielle n'est disponible pour l'instant. Le nouveau centre résidentiel d'hospitalisation et de réhabilitation pour mineurs (CHNP- Foyer Putscheid) n'étant pas encore opérationnel, les premières données seront probablement disponibles en 2010.

Demande de traitement en relation avec la substance consommée

L'usage d'héroïne comme substance préférentielle est rapporté par 66% (52% i.v. / 14% non-i.v.) des demandeurs de traitement, alors que la cocaïne ne représente que dans 13% des cas le produit préférentiel (6% i.v. / 7% non i.v.). L'âge moyen à la première prise de la drogue préférentielle se situe à 14 ans et 8 mois, alors que l'âge moyen à la première prise par voie intraveineuse est de 19 ans et 6 mois. Plus de la moitié des clients en traitement sont des injecteurs au moment où ils entrent en traitement (52,5%). 64% des demandeurs consomment plus d'une fois par jour des drogues illicites.

Pour ce qui est de la voie d'administration de l'héroïne, l'injection a un peu diminué en 2008 (1997 : 60%/2008 : 52%) comparée à 2007 (54%). La consommation d'héroïne par d'autres voies d'administration en 2007 (22%) était la plus importante depuis 1998, mais a à nouveau baissée en 2008 (14%). La tendance à la polytoxicomanie est généralisée (88%). La population de consommateurs d'héroïne en i.v. représente la moyenne d'âge la plus élevée (31 ans 10 mois) de tous les groupes de traitement. 5% des derniers sont des demandeurs de premier traitement (19% pour les non-injecteurs).

La cocaïne comme principale raison de demande de traitement était légèrement à la hausse de 2004 à 2006 et diminuait à nouveau en 2007, pour montrer une faible augmentation en 2008 (13%). L'âge moyen des demandeurs de traitement pour abus de cocaïne se situe à 29 ans et 6 mois en 2007. L'abus de cocaïne comme premier motif des demandes de traitement représente 15% (7%), dans 32% des demandes, elle constitue la drogue secondaire (tendance à la baisse comparée aux 43% en 2004). **L'usage de crack (en tant que substance primaire)** n'a pas été rapporté en tant que motif de traitement à ce jour et n'est pas non plus mentionné comme drogue secondaire ou occasionnelle.

Le pourcentage des demandes de traitement liées à l'usage de cannabis est passé de 4% en 1997 à un maximum de 11% en 2002, pour ensuite diminuer à un minimum de 1% entre 2006 et 2008. Les demandes de traitement pour l'**ecstasy** sont relativement rares (1-3%) et stables lors des dernières années. Il en est de même pour les **STA**.

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

Introduction

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

1. La section-stupéfiants de la Police Judiciaire effectue pour sa part une documentation des cas de surdosages mortels survenus sur le territoire national en incluant des données contextuelles des décès et les données toxicologiques sur la cause de décès. La police est systématiquement informée par les services d'urgence en cas d'une surdose présumée. Les indices du lieu de l'incident et les résultats de l'analyse toxicologique permettent ainsi de se prononcer sur la cause exacte du décès.

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

2. Le registre des décès (RD) est placé sous la responsabilité de la Direction de la Santé. Le RD est alimenté des données contenues sur les déclarations de décès à fournir par le corps médical. Il est basé, depuis 1998, sur la version 10 de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10). Un programme d'extraction conçu sur base de critères diagnostiques reconnus au niveau européen permet de procéder à une estimation comparable des décès liés aux drogues au sein de l'Union européenne.

Les deux sources citées sont indépendantes. Le registre de la SPJ se base sur les procès verbaux et les données médico-légales, alors que le RD est mis à jour sur base des informations produites sur les certificats de décès. Des différences entre les deux registres proviennent principalement des routines d'encodage propres (p.ex. les certificats de décès ne mentionnent souvent que la cause primaire de décès), expliquant ainsi le fait que le DRD v 0.3 sous-estime systématiquement le nombre de décès liés aux drogues de la SPJ (cf. fig. 6.5.).

Certaines maladies infectieuses, incluant le HIV et les hépatites virales doivent être notifiées à la Direction de la Santé (Ministère de la Santé), qui gère les données et assure le suivi épidémiologique national. Ces données ne permettent cependant pas d'effectuer des croisements en fonction du statut UPD. C'est pourquoi le système national de surveillance des drogues RELIS enregistre les données auto-reportées des UPDs sur les maladies infectieuses. Des études spécifiques, basées sur le dépistage sérologique, fournissent des informations complémentaires. Le présent rapport fait état notamment de données issues d'une étude récente sur les maladies infectieuses parmi les UPDs (Origer & Removille, 2007) basée sur les résultats des tests sérologiques, afin d'évaluer les taux de prévalence momentanée et d'appliquer les plans de vaccination en cas d'indication médicale.



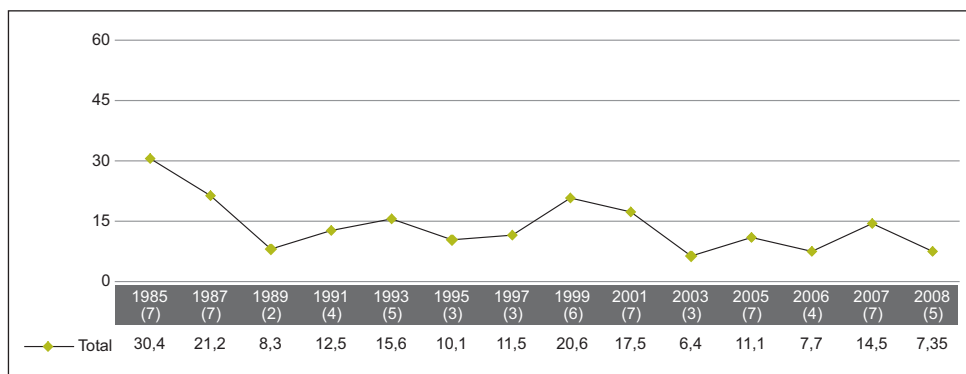
USAGE ILLICITE DE DROGUES ET MALADIES INFECTIEUSES

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

Les données sur les maladies infectieuses sont centralisées au niveau national. Le Laboratoire national de Rétrovirologie (CRP-Santé) fournit le nombre total et la **proportion de patients HIV infectés suite à l'usage intraveineux de drogues**. Entre 1984 et 2008, un total de 882 personnes HIV positives furent enregistrées au niveau national; 115 de ces derniers ont eu un passé d'usage intraveineux de drogues, ce qui représente une proportion moyenne de 13,04 % d'UIDs parmi la population nationale des personnes HIV positives depuis 1984, année lors de laquelle le premier cas d'HIV fut diagnostiqué au Grand-duché de Luxembourg.

En ce qui concerne les **voies de transmission HIV**, l'usage intraveineux de drogues se situe actuellement en troisième position depuis 1989 (après la transmission par relations homo/bisexuelles et hétérosexuelles, qui occupent les deux premières places). Le **taux de transmission par UID a connu une baisse considérable** entre 1998 (23%) et 2004 (5%), et se situe actuellement à 7,35% (2008).

Figure 6.1 Proportion (%) d'UIDs parmi nouveaux cas d'HIV (1985 - 2008)



Source : Laboratoire de Rétrovirologie – CRP-Santé. 2009 (données reformatées par le PFN)

Une étude plus récente (Origer et Removille, 2007)⁴⁵ portait sur la prévalence des infections dues au virus de l'immunodéficience humaine (HIV), et aux virus des hépatites C (HCV), B (HBV) et A (HAV) dans la population des usagers problématiques de drogues d'acquisition illicite (UPDs) au G.-D. de Luxembourg et ce sur base de tests sérologiques. Les auteurs ont procédé à une analyse transversale de la relation entre les infections étudiées et d'autres facteurs observables. En cas d'indication médicale, une offre de vaccination contre les hépatites A et B fut proposée, afin d'améliorer la couverture vaccinale au niveau national et d'orienter les personnes infectées vers les structures appropriées de prise en charge médicale.

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

⁴⁵ Téléchargeable à partir de: <http://www.relis.lu>

Tab. 6.1 *Prevalence of hepatitis B surface antigens (HBsAg), antibodies to hepatitis B core antigen (anti-HBc), hepatitis C virus (anti-HCV), and HIV (anti-HIV 1 and 2) in PDUs and ever-injectors according to national recruitment settings*

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

* Two respondents with valid blood test serology were HBsAg positive only

† Number of respondents for whom valid blood test serology for at least one infection (HBV, HCV or HIV) was available

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

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

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

Concernant la prévalence HAV, aucun cas aigu n'a été dépisté dans le cadre de l'étude. On retient que 43% des UPDs ayant participé ne présentent pas de protection vaccinale contre l'hépatite A.

On retiendra que parmi les personnes infectées par le HCV, le HBV et le HIV, respectivement 96%, 95,2% et 71,4% sont des injecteurs-vie. Aussi, les taux de prévalence les plus élevés sont observés au sein de la population carcérale. Ce constat est à confronter au fait que plus de la moitié des répondants (56,1%) déclarent avoir consommé des drogues illicites en prison (N: 246) dont la moitié (54,3%) rapportent un usage intraveineux lors de leur détention. Parmi ces injecteurs-vie en milieu carcéral, 20% rapportent l'usage exclusif de seringues nouvelles et stériles, 53,3% déclarent ne jamais avoir échangé des seringues avec d'autres détenus et 26,7% rapportent un échange de seringues en prison.

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

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

Depuis 1996, le dispositif RELIS renseigne sur la prévalence HIV/Sida au sein de la population des UID. En 2008, (N=678) 84% des UPDs répertoriés par RELIS rapportaient avoir subi un test HIV au cours des derniers 5 mois. Le taux de dépistage des hommes équivaut à celui des femmes.



Tab. 6.2 Sommaire des études nationales de prévalence d'HIV au sein des populations d'usagers de drogues

ANNEE	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Taux HIV dans UPDs (RELIS auto-report)	2,9	2,9	4,3	4,07	4,49	3,88	3,98	3,31	2,9	3,39	3,82
Taux HIV dans UPDs (Origer & Removille, 2007)								2,90	/	/	/
Taux HIV dans demandeurs de traitement (RELIS auto-report)	2,6	3,4	4,87	4,78	4,32	3,88	4,93	3,84	3,49	4,13	2,96
Taux HIV dans UIDs actuels (RELIS auto-report)	3,5	3,3	3,6	3,41	4,08	4,17	5,10	3,96	2,76	3,48	1,75
Taux HIV dans UIDs actuels en traitement (RELIS auto-report)	3,4	3,9	3,9	4,24	4,32	4,24	6,41	4,59	3,33	4,27	0,76
Taux HIV dans injecteurs-vie (Origer & Removille, 2007)								2,50	/	/	/
Taux HIV dans injecteurs actuels en prison (Schlink 1998)	4,4	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

Source: RELIS 2008

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

ANNEE	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Prévalence Sida dans UPDs (RELIS)	2,5	1,25	1,35	2,03	1,72	1,71	2,13	1,81	1,19	1,86	0,87
Prévalence Sida dans demandeurs de traitement	/	1,66	1,76	2,43	1,60	2,04	2,69	2,37	1,65	2,64	0,92

Source: RELIS 2008

Les taux de prévalence HIV au sein des UPDs connaissent de nombreuses fluctuations, bien que d'ampleur réduite, au cours des dix dernières années, se situant entre 3 et 4%. La prévalence auto-rapportée de l'hépatite B (HBV) parmi les UPDs a montré une tendance décroissante au cours des dernières années. Les résultats de l'étude Origer et Removille (2007) basée sur le dépistage sérologique fournissent des taux légèrement plus élevés qui sont toutefois cohérents avec les données RELIS. L'accroissement remarquable des taux d'infection à l'hépatite C (HCV) au cours de la même période d'observation est particulièrement marqué pour les usagers par voie intraveineuse (UIDs), allant de 64,94% à 81% selon les groupes cibles (ex. injecteur actuel ou vie) et en fonction des méthodologies appliquées (auto-reports vs. dépistage sérologique). En terme de co-infection parmi les UPDs et se référant sur les données de l'étude Origer et Removille avec des résultats valides dans les tests sérologiques (N= 248) collectés durant l'étude, 2,8% montrent des co-infections HIVxHCV (aigues) et HIVxHBV (aigues) et 4,7% sont HIV positifs et infectés par l'HCV.

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

ANNEE	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Taux HBV dans UPDs (RELIS auto-report)	30	30	28	25	22	20,51	21,34	18,67	17,21	17,81	16,14
Taux HBV dans UPDs (Origer & Removille)								21,6			/
Taux HBV dans demandeurs de traitement (RELIS auto-report)	27	32	27	24	20	19,79	22,69	18,58	16,46	17,95	14,68
Taux HBV dans UIDs (RELIS auto-reports)	33	35	30	30	25	22,76	23,93	20,08	18,32	20,16	/
Taux HBV dans injecteurs-vie (Origer & Removille)								24,7			/

Source: RELIS 2008

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

ANNEE	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Taux HCV dans UPDs (RELIS auto-report)	25	32	46	50	49	59,92	64,55	64,94	64,95	64,06	63,39
Taux HCV dans UPDs (Origer & Removille)								71,40			
Taux HCV dans demandeurs de traitement (RELIS auto-report)	29	41	53	54	54	60,49	66,16	66,22	63,23	63,08	61,11
Taux HCV dans UIDs en prison (tests salivaires)	37	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Taux HCV dans UIDs (RELIS auto-reports)	45	50	53	56	53	67,97	74,14	74,38	69,58	72,02	65,48
Taux HCV dans injecteurs-vie (Origer & Removille)								81			

Source: RELIS 2008

Sommairement on retiendra que la prévalence HBV au sein des UPDs et parmi les demandeurs de traitement est assez stable alors que la prévalence du HCV a connu une hausse significative au cours des dernières 5 années et semble avoir atteint un plateau à haut niveau de prévalence. Les taux de prévalence HIV accusent une tendance légère à la baisse particulièrement prégnante pour les UIDs. Cette baisse est assez remarquable en 2008 et doit être suivie de près pendant les prochaines années afin de déterminer, s'il s'agit d'une tendance ou seulement d'une variation annuelle.

L'offre existante en matière de prévention doit être complétée en mettant l'accent sur les jeunes et nouveaux consommateurs. Bien que l'étude ait confirmé la faible adhérence de la population cible, le dépistage et les offres de vaccination doivent être davantage développés. Les auteurs proposent dans ce contexte une série d'approches qui pourraient contribuer à réduire l'incidence et les risques associés aux maladies infectieuses concernées (voir Origer et Removille, 2007).

Le projet DIMPS décrit sous le chapitre 7 a pour but de s'adresser aux sous-populations difficiles à atteindre et de mettre à disposition des consultations de prévention et des dépistages sérologiques. A la lumière de l'expérience requise à travers le nouveau dispositif DIMPS, des discussions sur l'opportunité d'étendre l'offre



DIMPS à des vaccinations HBV/HAV gratuites (si médicalement indiquées) pour les clients des services spécialisés de la toxicomanie sont actuellement menées. Cette approche élargie permettra également de compléter le collecte des données sérologiques sur les maladies infectieuses auprès des UPDs et ceci de façon routinière et économique.

AUTRES CORRELATS SANITAIRES LIES A L'USAGE DE DROGUES

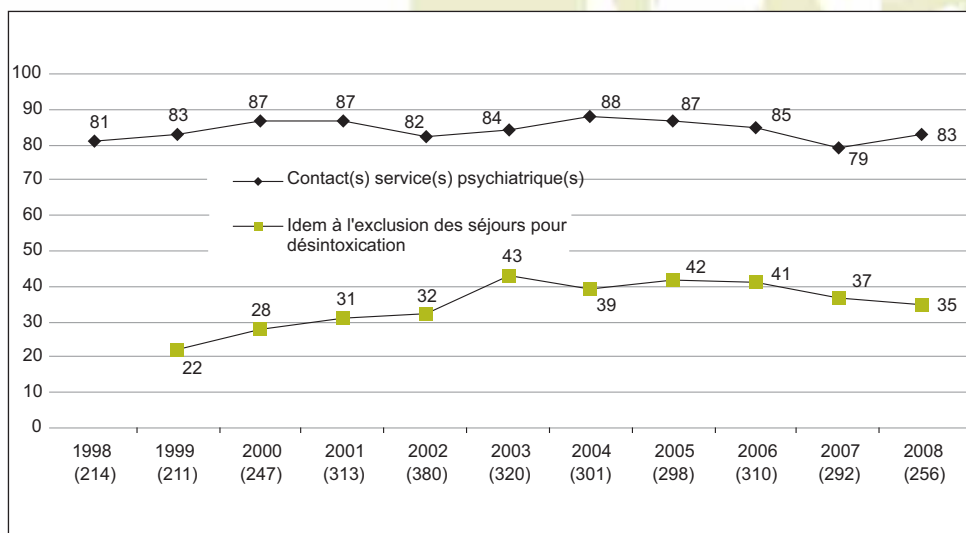
Co-morbidité psychiatrique (double diagnostic)

A ce jour, aucune étude spécifique sur les troubles de co-morbidité au sein de la population nationale d'UPDs n'a été menée. Les données présentées dans le présent chapitre proviennent des associations spécialisées ainsi que de la base de données RELIS.

Les troubles psychiques les plus fréquemment observés parmi les clients qui cherchent de l'aide dans les services spécialisés de la toxicomanie ou en contact avec d'autres institutions sont : l'anxiété, la dépression, la névrose, la psychose et le comportement borderline. Les structures résidentielles estiment qu'environ 10% des clients ont des symptômes de troubles psychiques. Les tendances observées au cours des années récentes permettent de constater que les troubles de stress post-traumatiques (PTSD) sont très fréquents. Ils s'apparentent symptomatologiquement des comportements « borderline » avec des composantes autodestructives plus ou moins prononcées et une importante versatilité de l'humeur.

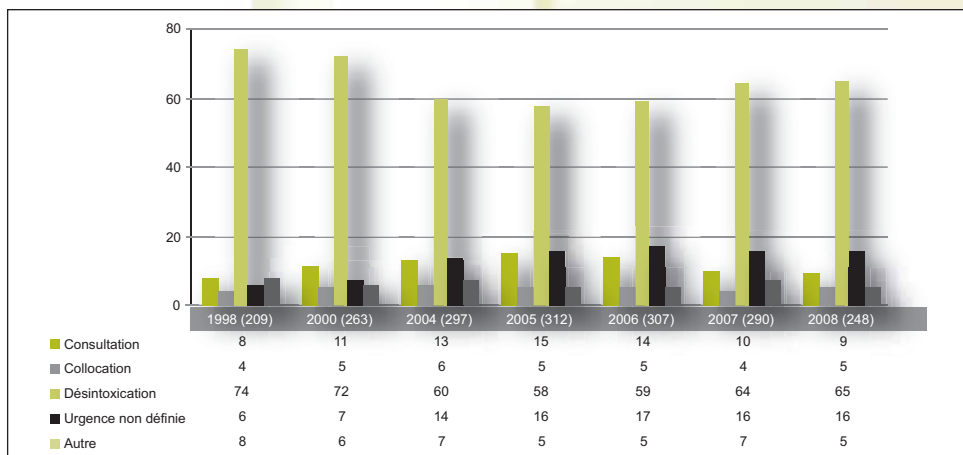
En référence aux données annuelles fournies par RELIS, le tableau suivant se dégage:

Figure 6.2 Contacts avec des service(s) d'aide psychiatrique 1998-2008



Source: RELIS 2008

Figure 6.3 Raisons pour la demande d'aide psychiatrique 1998-2008



Source: RELIS 2008

Le graphique 6.2 distingue entre les contacts psychiatriques en général et les mêmes contacts à l'exclusion des cures de désintoxication. Cette distinction est nécessaire puisqu'au Grand-duché les traitements de désintoxication ont lieu en milieu (neuro)-psychiatrique hospitalier.

Les données de 1998 à 2008 révèlent une proportion assez stable d'UPDs présentant un passé psychiatrique. Cependant si l'on retient que les personnes qui sont entrées en contact avec le milieu psychiatrique pour des raisons autres qu'un traitement de désintoxication, on constate que la prévalence des troubles psychiatriques au sein de la population d'UPDs a connu une tendance à la hausse, si elle est comparée aux données de la fin des années 90, bien qu'elle s'est stabilisée à partir de 2004 autour de 40%.

Il ne semble pas exister de différences, concernant les profils psychiatriques des clients, en fonction du type d'institution spécialisée. La polytoxicomanie est une réalité pour presque tous les patients à double diagnostic. Les patients à double diagnostic (DD) sont des demandeurs de traitement spécifiques et aux demandes hautement diversifiées, difficiles à rencontrer par les services de traitement traditionnels. Le concept de « vulnérabilités multiples » c'est-à-dire, de vulnérabilités concomitantes liées à l'abus de drogues et aux troubles mentaux tend à être reconnu par les professionnels. Les patients DD présentent souvent un manque de structure ou de stabilité. Généralement, ces patients sont inaptes à fonctionner dans un environnement régulé. De plus, l'admission dans la plupart des structures thérapeutiques requiert une désintoxication préalable. Cette condition est souvent vécue comme impossible à remplir par les patients DD, étant donné que l'ingestion de drogues est souvent un moyen d'automédication, dont l'arrêt brutal peut s'avérer dangereux en début du processus thérapeutique. Dès lors, il peut s'avérer particulièrement difficile d'intégrer les patients DD dans les offres de prise en charge traditionnelle. Ils peuvent témoigner de grandes difficultés à respecter les cadres temporels (ex. : les rendez-vous, la durée des sessions thérapeutiques...) ou toute autre forme de contrainte. Jusqu'à ce jour, il n'existe pas d'aménagement spécialisé pour la prise en charge des toxicomanes à symptômes psychiques au niveau national. A défaut de structures spécialisées un grand nombre de patients DD sont orientés vers des institutions à l'étranger.

En ce qui concerne les patients DD dans les prisons, une convention de collaboration entre le CPL et le CHNP a été signée en 2002. Cette convention met la base pour une meilleure prise en charge psycho-médicale à l'intérieur de la prison, et régleme la prévention et les offres de soins pour les détenus présentant des troubles mentaux, tout comme pour les détenus dépendants à l'alcool et aux drogues. Des



prises en charge thérapeutiques, des traitements de substitution ainsi que des consultations spécialisées sont offertes. Dans le cas de troubles mentaux sévères, les détenus sont transférés dans un département de haute sécurité dans l'enceinte du CHNP.

Les travaux du groupe d'experts mentionné plus haut, ont débouché sur l'idée de créer de petites unités résidentielles supervisées, où les patients à DD sont pris en charge sur base d'un modèle de 'case management'.

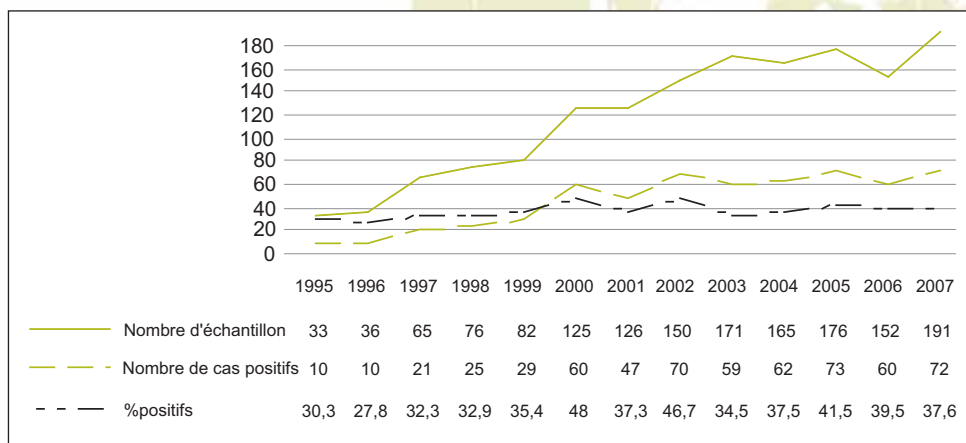
Comorbidité somatique

Les indicateurs RELIS suggèrent une stabilisation de l'état de santé général des UPDs à l'exception de la prévalence des infections au HCV. En 2008, 81% (82%) des UPDs répertoriés ont rapporté un état de santé satisfaisant contre seulement 53% en 1997. La moitié des UPDs indexés rapportent une ou plusieurs tentatives de suicide et 43% (48%) ne rapporte pas de surdose fatale au cours de leur vie. Aucun changement significatif n'a pu être observé pendant les 6 dernières années.

Accidents de la route et consommation de drogues

Le graphique 6.4 produit les données sur la détection de traces de cannabis chez les personnes impliquées dans des accidents de la route entre 1995 à 2007 (pas de données disponibles pour 2008). Environ 40% des personnes étaient testées positives au cannabis. Cette proportion est restée relativement stable pendant les 4 dernières années.

Figure 6.4 Détection de cannabis - Accidents de la route (1995 - 2007)

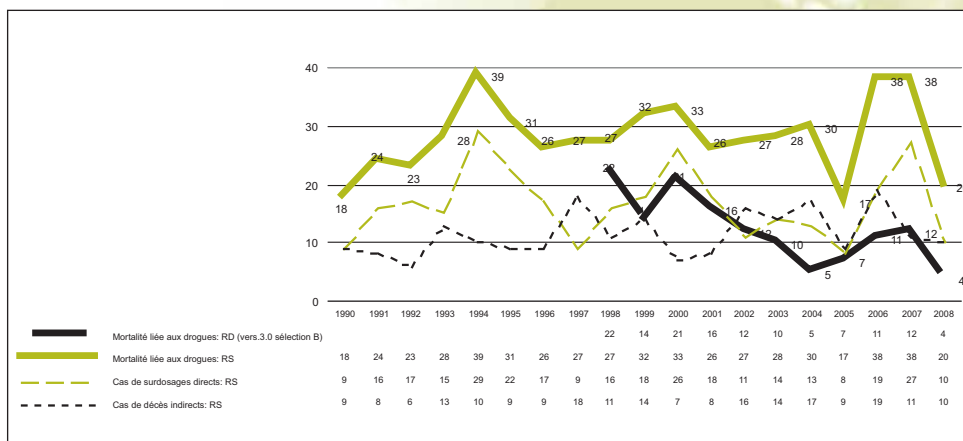


Source: RELIS 2008

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

Surdosages et décès indirects liés aux drogues

Figure 6.5 Mortalité associée à l'usage illicite de drogues (directe-indirecte-mortalité totale) de 1990 à 2008 (Origer 2009)

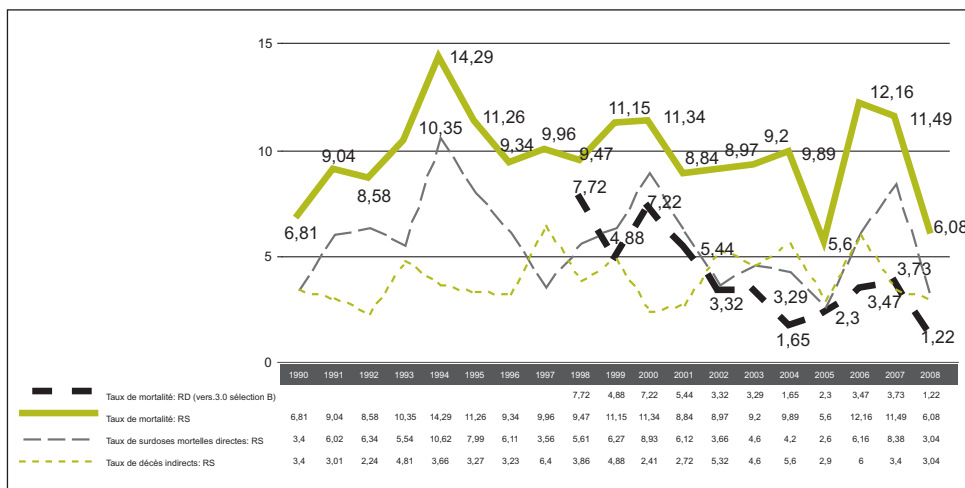


Le graphique 6.5 montre que le standard DRD v. 3.0 (sélection B) constitue un indicateur peu valide des décès de drogues directs, indirects et totaux tels que répertoriés au niveau national par le RSPJ. C'est pour cette raison que l'évaluation de la mortalité associée aux drogues au Luxembourg doit s'appuyer sur une analyse spécifiquement nationale. Une haute concordance presque parfaite est observée entre le registre RD et la sélection D (DRD v.3.0).

Le nombre de **décès par surdosage** au Grand-duché de Luxembourg a connu une tendance discontinue à la baisse depuis le début du 21^{ème} siècle. En 2000, 26 cas de surdose ont été enregistrés contre 10 cas en 2008. Les cas de décès indirects ont connu de larges variations pendant la même période. Cette tendance semble être consistante avec les derniers développements dans la plupart des états membres de l'UE.



Figure 6.6 Taux de mortalité associée à l'usage illicite de drogues (directe-indirecte-mortalité totale) par 100.000 habitants âgés de 15 à 64 de 1990 - 2008 (Origer 2009)

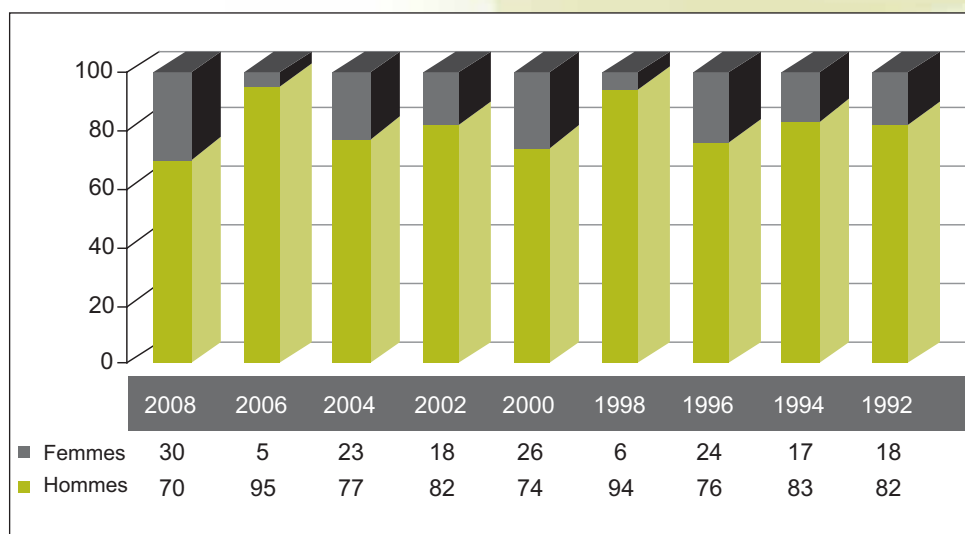


Confrontés aux données relatives à la prévalence des usagers problématiques de drogues au niveau national en 2007 ($N = 2.470$) (Origer 2009), le taux de mortalité par **surdosage** se situait à 0,4% (1,1% en 2000). En référence au nombre total de décès associés à l'usage illicite de drogues (décès directs et indirects), le même taux témoigne de variations moins prononcées: 0,8% en 2008, 1,346% en 2000 et 1,333% en 1997. Le **taux de surdose en population générale** s'élevait à 6,43 surdoses mortelles par 100.000 habitants⁴⁶ en 2000 (2,09 en 1997). En 2008 des taux de surdosage de 2,07 et 3,04 par 100.000 habitants et 100.000 habitants âgés entre 15 et 64 ans ont été observés. Une comparaison internationale montre que le taux de surdose en 2000 au Luxembourg était parmi les plus élevés dans l'UE. Par contre les comparaisons internationales sont à considérer avec précaution parce que les méthodologies utilisées pour déterminer la prévalence des décès DRD ne sont pas nécessairement comparables pour tous les états membres de l'UE, comme le montre par exemple la sous-estimation structurelle du nombre de décès directs basée sur l'EMCDDA DRD v.3 standard.

La tendance **générale et discontinue à la baisse des cas de surdosages** mortels à partir de 1994 est à mettre en rapport avec la régionalisation et le développement du traitement de substitution au Grand-duché tout comme la création de nouvelles capacités en termes d'offres de réduction des risques. La tendance fortement décroissante entre 2000 et 2002 est associée à une proportion documentée plus élevée d'UPDs consommant par inhalation, suivie d'une stabilisation autour de 4,5%. L'évolution positive du nombre de décès directs est à mettre en relation avec l'ouverture de la salle de consommation en 2005. Sachant cependant que depuis l'ouverture de ladite salle d'injection en 2005 plus de 300 victimes de surdosage ont pu être prises en charge sur place et ainsi sauvées, l'efficacité d'une telle salle en termes de réduction des risques et dommages n'est plus à démontrer.

- Une étude rétrospective (1992-2006) sur les décès liés aux drogues, réalisée en 2007, a permis par la suite une meilleure compréhension des facteurs de risque et de protection (Origer, 2008).
- En référence aux données médico-légales fournies par le département de Toxicologie du Laboratoire National de Santé, la substance la plus fréquemment associée aux cas de décès par surdosage est l'héroïne, suivie de la méthadone et de la cocaïne. Il est remarquable que depuis 2000, la présence de traces de méthadone au niveau des analyses de sang des victimes de surdosage a connu une hausse sensible.
- Pour les victimes, il s'agit pour la grande majorité d'hommes (83%) dont l'âge moyen au moment du décès a connu une hausse sensible sur les dernières quinze années (1992: 28,4 années et 2008: 33,16 années). Même si l'âge moyen des victimes a augmenté, le nombre de victimes âgées de moins de 20 ans est resté remarquablement stable au cours de la période d'observation référée.
- L'écrasante majorité des personnes décédées sont connues par les forces de l'ordre (75%) notamment en raison de leurs carrières d'usagers qui dépassent en moyenne les dix années. A noter également que plus de 80% des victimes connues avaient suivi un ou plusieurs traitement(s) avant leur décès et que la moitié disposait d'un logement que l'on peut qualifier de stable. Quant au lieu du décès, on retiendra que depuis 2004 environ 50% des décès sont survenus au domicile des victimes suivi des lieux publics et du centre pénitentiaire.

Figure 6.7 Distribution selon le sexe des victimes de surdosages mortels (1992 - 2008) (%)



Source: RELIS 2008



Tab. 6.6 Distribution selon l'âge des victimes de surdosages mortels (1992 à 2008)

	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	1999	1998	1997	1996	1995	1994	1993	1992	Total
< 20		3	1	1				2	1	1			1		3	3		16
20-24	2	1	4	2	1		4	2	8	3	2	2	5	6	6	6	6	60
25-29	2	6	4	1	4	2	1	5	6	6	5	5	5	10	13	2	6	83
30-34	1	8	2	1	3	4	3	2	6	3	2	2	4	5	6	3	3	58
35-39	3	5	5	1	2	3	1	5	4	3	4		1	2	1	1		41
40-44	2	2	2	1	2	3		2	1	1	3			2			1	22
45-49		1			1	2	2		1					1			1	9
≥ 50		1	1	1									1					4
Age moyen	33,16	32,33	32,5	31,48	32,17	36,64	31,18	31,5	29	29,35	32,3	26,7	28,5	29,85	26,8	24,6	28,4	293

En 2008, l'âge moyen des victimes féminines est étonnamment équivalent à celui des hommes, ce qui peut cependant être dû au bas nombre (statistiquement parlant) des cas. A noter aussi que la plus jeune victime avait seulement 21 ans et 6 mois et la plus âgée avait atteint 44 ans et 5 mois. Aucune victime mineure n'a été rapportée pour l'année 2008. Parmi les victimes de surdosages mortels 80% étaient de nationalité luxembourgeoise et 20% de nationalité étrangère. Pendant toute la période d'observation, les citoyens d'origine portugaise occupaient la deuxième place, suivis par les citoyens italiens et les résidents français. Récemment, un nombre croissant de victimes des pays frontaliers (BE, DE, F), ainsi qu'un recul des victimes d'origine portugaise sont observés.

Mortalité et causes de décès des UPDs

En 2008, 20 (38 en 2007) cas de décès directs et indirects furent enregistrés au Grand-duché. Depuis 1996 cette même prévalence variait entre 17 et 38 cas.

L'étude citée précédemment (Origer & Dellucci 2002)⁴⁷, a montré que la juxtaposition des données issues du Registre National des Décès et les données fournies par la Police Judiciaire est la méthode la plus valide pour déterminer la **mortalité totale liée à l'usage illicite de drogues** (décès directs et indirects).

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

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

Les **principales causes de décès indirects** des UPDs entre 1996 et 2008 sont par ordre d'importance: le suicide (32%)⁴⁸, les accidents de la circulation (22%), les complications pulmonaires ou cardio-vasculaires associées (15%), des intoxications indéfinies (11%), pharmacodépendance (7%), troubles hépatiques (6%), troubles du système immunitaire (4%) et autres (2%).

⁴⁷ La version intégrale de l'étude peut être téléchargée sous <http://www.relis.lu>

⁴⁸ Pourcentage valide

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

Introduction

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

En règle générale, les usagers de drogues consultent les services spécialisés de prise en charge ainsi que les services généraux de soins de santé. Des efforts considérables ont été entrepris au cours des dernières années, afin d'améliorer les données concernant les demandes de traitement de toxicomanie, en incluant les services psychiatriques des hôpitaux régionaux dans le réseau RELIS et l'introduction-pilote d'un registre national de traitement de substitution. Outre le système de surveillance nationale de drogues RELIS, ces nouvelles sources de données et instruments vont permettre de tracer une image plus précise des tendances en la matière.

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

En ce qui concerne la disponibilité de services bas-seuil, deux ONGs offrent actuellement des services de réduction des risques (au centre, au sud et au nord du pays) incluant des offres telles qu'une structure de jour et de nuit et la possibilité d'injection supervisée (pour l'instant uniquement à Luxembourg-Ville). Le programme gouvernemental 2010-2014 prévoit la décentralisation des offres respectives, en prévoyant notamment le développement des offres bas-seuil dans le sud et le nord du pays.

PREVENTION DES URGENCES ET REDUCTION DES DECES LIES AUX DROGUES

Recherche et recommandations

Dans le cadre du premier plan d'action national 1999-2004, les fondements ont été créés pour une stratégie nationale compréhensive de la réduction des conséquences sanitaires liées aux drogues. Une étude spécifique (Origer & Dellucci 2002) portant sur le thème de la réduction des décès liés à la consommation de drogues recommande les mesures suivantes:



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

Salle d'injection supervisée et services bas-seuil

Dans un souci de clarté terminologique, on retiendra qu'une **salle d'injection de drogues** est définie comme facilité permettant à des **UIDS**⁴⁹, sous certaines conditions strictes, de s'injecter des drogues (qu'ils apportent eux-mêmes) dans un environnement médical supervisé. Les **salles de consommation de drogues** connaissent la même définition ; en termes de population cible, elles donnent cependant accès à des **UIDS** et **UD non-iv** qui répondent aux critères d'admission.

Les articles 2 et 3 de la loi du 27 avril 2001 introduisent le cadre légal « des salles de consommation de drogues » agréées par l'Etat, ainsi que la distribution contrôlée de certains stupéfiants (p.ex. héroïne).

La création d'une salle d'injection de drogues fait partie intégrante de la stratégie nationale en matière de drogues et de toxicomanies qui inclut la réduction des dommages et des nuisances. Le plan d'action drogues national prévoit la décentralisation régionale de ces structures.

Un service d'urgence à bas-seuil (TOXIN) a été ouvert en décembre 2003 pour les toxicomanes, offrant une prise en charge durant la journée ainsi qu'une possibilité d'hébergement pour la nuit. En juillet 2005, la première salle de consommation nationale a été ouverte et a été intégrée dans l'offre plus vaste du centre d'accueil pour personnes toxicomanes TOXIN, qui depuis fournit un large ensemble de services de réduction des risques. Il faut ajouter que l'hébergement de nuit n'est pas à considérer comme possibilité d'hébergement permanent; il existe en effet une procédure d'admission journalière. La population cible de la salle de consommation est constituée d'UIDs. Une salle de consommation pour inhalateurs sera envisagée dans une deuxième phase. L'objectif principal de cette structure est la réduction des dommages et des nuisances associés à l'usage de drogues. Plus précisément, le projet cible la réduction de maladies infectieuses et des surdoses chez les usagers, les nuisances publiques, le contact avec des populations difficiles à atteindre et la mise à disposition d'un hébergement de nuit.

Le bureau du coordinateur national drogues a élaboré le concept opérationnel de la salle d'injection basé sur les expériences internationales documentées disponibles. En matière de gestion, les autorités concernées se réunissent tous les deux mois (lors de « l'assemblée du lundi ») avec les responsables du centre, afin d'évaluer la situation actuelle et les problèmes émergents liés au fonctionnement de la salle de consommation. Des incidents, des rapports de dommages, les tendances, l'assurance qualité, la charge de travail, les améliorations techniques et les problèmes de sécurité sont abordés par « l'assemblée du lundi », afin de trouver une solution rapide et de s'adapter constamment au changement rapide des profils des clients et de leurs modes de consommation.

⁴⁹ Usagers de drogues par voie intraveineuse

Le tableau 7.1 fournit un aperçu des statistiques sur les clients et l'occupation des services du TOXIN depuis son ouverture, respectivement au cours de l'année 2008:

Tab. 7.1 Statistiques clients des services du centre TOXIN

Salle d'injection	Juillet 2005 – Juin 2009	2008
Nombre de contrats usagers	745	208
Nombre de contacts	63.359	24.700
Nombre d'injections	75.001	29.787
Nombre de surdoses non-fatales		
avec perte de conscience	53	29
sans perte de conscience	257	119
Nombre de surdoses fatales	0	0
Interventions médicales d'urgence	52	23
Service de Jour	Décembre 2003 – Juin 2009	2008
Nombre de clients	164.858	53.053
Service de Nuit	Décembre 2003 – Juin 2009	2008
Nombre d'hébergements	75.737	14.441

Actuellement la salle de consommation est ouverte 7/7 jours, de 15 heures à 22 heures, offrant 7 tables d'injection. Les services du TOXIN sont pour la plupart utilisés par des hommes (79%); les drogues les plus souvent consommées sont l'héroïne (83%), la cocaïne (12%) ou les deux (4%); la catégorie d'âge de 25-34 ans est la plus représentée (50%).

Sachant cependant que depuis l'ouverture de ladite salle d'injection aucune surdose fatale ne s'est produite ; par contre plus de 300 victimes de surdosage ont pu être prises en charge sur place et ainsi sauvées, l'efficacité d'une telle salle en termes de réduction des risques et dommages n'est plus à démontrer. La population de toxicomanes de la Ville de Luxembourg adhère au concept du TOXIN avec l'effet positif que les nuisances publiques ont sensiblement diminué. La grande affluence vers le centre TOXIN est également due au fait que des caméras de surveillance ont été installées sur le territoire en question et qu'un grand nombre de maisons abandonnées ont été détruites ou fermées, diminuant ainsi l'environnement urbain de vie des usagers de drogues. Un centre permanent remplaçant la structure provisoire constituée de containers est en planification. Le Ministre des Travaux Publics a finalisé les plans architecturaux en 2007. La Ville de Luxembourg a délivré son autorisation de bâtir en septembre 2009.

Etant donné que les scènes de drogues principales se concentrent dans la Ville de Luxembourg et à Esch-sur-Alzette, la mise en place d'une structure similaire sur le territoire de la ville d'Esch-sur-Alzette est jugée opportune. Le but consiste à continuer à décentraliser les offres bas-seuil et d'impliquer davantage les autorités locales dans la gestion de problèmes régionaux et urbains associés aux phénomènes de la drogue. Les autorités concernées ont trouvé un accord sur le site géographique d'un tel service alors que les aspects conceptuels sont encore sujet de discussion. Un large consensus politique existe quant au besoin de stratégies d'interventions décentralisées en matière de drogues. Ceci a été récemment confirmé par le fait, que cette priorité a explicitement été mentionnée dans le nouveau programme gouvernemental pour les années 2009 à 2014.

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



feuillet d'information, élaborée conjointement avec les services de terrain et le Ministère de la Santé. Le feuillet contient des informations utiles sur les modes d'injection plus sûrs ainsi que des conseils en cas de surdose.

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

Traitement assisté à l'héroïne (TAH)

L'introduction d'un programme de distribution médicalement contrôlée d'héroïne, comme prévu par le plan d'action drogues national 2005-2009, contribuera à réduire les dommages sanitaires liés aux drogues. En ce qui concerne ce programme, le groupe interministériel drogues a approuvé l'opportunité d'un programme national de distribution d'héroïne en septembre 2007 et le coordinateur national drogues a soumis une étude de faisabilité ainsi qu'un concept du cadre opérationnel, élaborés conjointement avec des experts nationaux et partiellement inspirés des directives suisses sur le traitement assisté à l'héroïne (Bundesamt für Gesundheit, 2006), au Ministre de la Santé en mai 2008. Les conclusions principales du rapport de ce concept (Origer 2008) sont les suivantes:

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

- Il sera mis en place une Commission d'admission et de surveillance (CAS). La CAS devra se prononcer sur l'opportunité d'admission au programme de toute personne formulant une demande. Elle devra également veiller au respect des conditions posées par le programme et de la conformité avec la législation y afférente. Enfin, elle suit l'évolution des programmes de traitement à l'héroïne sur le plan international et fait, s'il y a lieu, des propositions d'adaptation du programme national au Ministre de la Santé.
- Le PDCH est conçu en tant que projet pilote d'une durée de 2 années.
- L'évaluation du PDCH comprend deux volets, à savoir : l'évaluation fonctionnelle du programme et l'évaluation de l'impact du programme sur les bénéficiaires. L'issue de cette évaluation décidera de la suite réservée au programme pilote.

Un sondage dans le milieu de la drogue a été réalisé en 2008 (JDH 2009) afin d'étudier les perceptions et opinions, en ce qui concerne l'introduction du TAH. 174 usagers de drogues en contact avec des services différents ont été interrogés en utilisant un questionnaire standardisé. 85% des répondants ont considéré le TAH comme une offre complémentaire utile pour les raisons suivantes (par ordre d'importance): réduction de la criminalité et des actes délictueux, obtention d'héroïne de qualité contrôlée, réduction de la mortalité liée aux drogues, stabilisation sociale et réduction des risques et des dangers sanitaires. 62% des personnes interviewées ont déclaré être personnellement intéressées à participer au TAH si celui-ci était disponible.

Au moment de la rédaction, le concept TAH a été approuvé par le GIT, un budget prévisionnel a été élaboré et un accord a été trouvé avec un organisme gestionnaire potentiel. L'allocation des premières ressources est prévue pour 2010 et la phase-pilote de l'introduction TAH devra débuter en 2011.

PREVENTION ET TRAITEMENT DES MALADIES INFECTIEUSES LIEES AUX DROGUES

Prévention

Des interventions ciblant la prévention de maladies infectieuses liées aux drogues telles que les programmes d'échange de seringues et de substitution, ont été initiées et développées bien avant la mise en place d'un cadre légal propre. Le dernier amendement de la loi de base (2001) en la matière a permis non seulement de maintenir et de développer les offres de réduction des dommages existants, mais a également permis la réalisation de nouveaux services telles que les salles de consommation de drogues et la distribution médicale contrôlée d'héroïne comme prévue par le plan d'action drogues.

Les objectifs de ces interventions sont clairs ; à savoir, une gestion optimisée des facteurs de risque et des dommages psycho-médico-sociaux associés à la consommation illicite de drogues. Traditionnellement, les mesures de réduction des dommages ont ciblé les UIDs qui sont le plus exposés à différents risques de santé. Néanmoins, des initiatives comme l'offre de feuilles d'aluminium pour les fumeurs d'héroïne ainsi que l'actuelle discussion sur la création d'un aménagement prévu pour une consommation par inhalation au sein du nouveau centre TOXIN, mettent en évidence le changement d'UIDs vers UPDs considéré comme véritables groupes cibles. En outre, la prévention de maladies infectieuses se focalise non seulement sur les UIDs comme l'a montré le projet récent de recherche-action sur le HIV et infections hépatiques au sein de la population des UPDs (Origer & Removille, 2007).



Une des mesures de prévention des maladies infectieuses parmi les usagers de drogues la plus importante, et entretemps la moins controversée, est le **programme national d'échange de seringues**, fonctionnel depuis 1993 et coordonné par la fondation JDH. En complément à l'offre gratuite de seringues par des services spécialisés du domaine de la drogue et du HIV/Sida, des distributeurs automatiques de seringues ont été placés aux endroits les plus appropriés de 5 villes différentes au Luxembourg. En ce qui concerne la quantité de seringues distribuées, le tableau 7.2 montre que le nombre des seringues distribuées s'est stabilisé en 2005 et a significativement diminué depuis 2006, bien que le taux de retour continue à augmenter. Les causes possibles de cette tendance ont été étudiées par un groupe de travail composé d'experts nationaux. L'hypothèse que l'approvisionnement en seringues se fait davantage par l'intermédiaire d'acteurs qui ne font pas directement partie du programme d'échange de seringues (PES) (p.ex. pharmacies) n'a pas pu être confirmée, étant donné qu'au cours des cinq dernières années, la proportion de seringues distribuées par les points PES s'est accrue en comparaison avec d'autres pourvoyeurs/fournisseurs. Les facteurs suivants ont peut-être influencé les tendances de distribution :

- déménagement de la JDH LU en 2006 et impact transitoire sur son fonctionnement,
- présence soutenue des forces de l'ordre dans le quartier de la gare et aux environs directs du service Drop-In,
- les seringues fournies aux clients de la salle de consommation n'ont pas été comptabilisées dans les statistiques nationales jusqu'à 2008,
- le K28 note une augmentation de la distribution de feuilles d'aluminium en 2007 (07 : 1.204/06 : 766) ; une recrudescence du mode de consommation par inhalation n'est cependant pas confirmée par les autres services,
- la qualité des drogues sur le marché illicite influence largement les comportements de consommation et la fréquence d'injection,
- le fait d'avoir introduit un nouveau type de seringues (dont l'aiguille est plus solide) peut avoir eu comme résultat qu'un même consommateur utilise une même seringue plus souvent.

On estime, sur base de données auto-reportées sur la provenance des seringues par les répondants RELIS, qu'un tiers des UIDs se procure ses seringues principalement dans les pharmacies. Cette proportion est restée relativement stable au cours des dernières années et n'a pas d'impact direct sur la baisse du nombre de seringues distribuées.

Table 7.2 Programme national d'échange de seringues 1996-2008

Seringues distribuées							Seringues usées collectées						
1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008
TOTAL 76.259	109.743	189.413	254.596	435.078	332.347	259.607	28.646 (38%)	58.886 (46%)	112.625 (59%)	211.621 (83%)	376.491 (87%)	282.909 (93%)	~249.400 (~96%)

Source: RELIS 2008

L'assurance-qualité et le suivi du matériel d'injection sur le marché sont assurés par un groupe d'experts, présidé par le coordinateur national drogue qui convient en général des standards communs à appliquer.

Par ailleurs, des interventions orientées vers les (consommateurs/trices de drogues) prostitué(e)s, visant à établir des contacts et à prévenir la propagation de maladies contagieuses, ont eu lieu. Dans le but d'améliorer les données nationales et en référence aux indicateurs-clés de l'OEDT, le PFN a mis en place une étude **recherche-action**. Un des objectifs de cette recherche était l'estimation de la prévalence HCV et HIV

auprès des UPDs, sur base de méthodes de dépistage sérologique (échantillons de sang) et dans le but de compléter les offres existantes (Origer & Removille, 2007).

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

Le rapport final a été publié en septembre 2007 et est disponible sur <http://www.relis.lu>.

Ci-après, quelques recommandations du rapport :

- Promouvoir le dépistage de certaines maladies infectieuses dans la population générale et dans les groupes à risque.
- Inclure les consommateurs de drogues dans le processus de planification des stratégies préventives.
- Assurer la disponibilité et l'accès gratuit au matériel d'injection stérile (seringues, cuillers, filtres à usage unique) afin de minimiser, voire neutraliser les facteurs de risque de propagation (depuis 2007).
- Informer et prévenir à propos de méthodes efficaces et inefficaces de désinfection des seringues. Souvent, en effet, les utilisateurs de drogues croient connaître les moyens de réduction de risques, mais leurs stratégies sont souvent inefficaces dû à de « fausses connaissances » (p.ex. utiliser de l'eau pour désinfecter les seringues, jeter les aiguilles et ne ramener que les pistons aux centres d'échange).
- Garantir la disponibilité de seringues stériles 24h/24 ainsi que des cuillers et filtres dans les points de distribution (l'agence principale de bas-seuil TOXIN a élargi ses horaires d'ouverture sur 7/7 jours en juin 2008).
- Assurer une meilleure couverture vaccinale et surtout un suivi des vaccinations. Un projet pilote fournissant des tests sérologiques sur place et des vaccinations gratuites contre les hépatites A et B dans les services spécialisés pour les soins de drogues a été approuvé par les autorités nationales de santé et devrait commencer au cours de l'année 2010 en fonction des moyens disponibles.

Consultation et dépistage

L'AIDSBERÔDUNG (CROIX-ROUGE) est le principal centre national de consultation et de prévention pour le HIV et le Sida conventionné par l'Etat. Des campagnes de prévention sont conceptualisées par l'équipe de l'AIDSBERÔDUNG en collaboration avec le Ministère de la Santé et une importante équipe de volontaires. L'AIDSBERÔDUNG fait partie du réseau RELIS. Le dépistage HIV est proposé gratuitement et anonymement par le CHL et le LNS. De plus, le dépistage HIV, HAV, HBV, HCV est proposé à toute personne entrant en prison.

Un nouveau projet mis en place par le plan d'action HIV/Sida national 2006-2010 vise à atteindre des groupes vulnérables, difficilement accessibles. Le projet DIMPS (Dispositif d'Intervention Mobile pour la Santé Sexuelle) vise en effet des groupes cibles difficiles d'accès et offre une consultation de prévention et de dépistage de maladies infectieuses sur place. Le projet propose des tests rapides HIV et hépatite gratuits, ainsi que des conseils d'activité (depuis mai 2009). Les premiers groupes cibles étaient les scènes des usagers de drogues, les travailleurs du sexe, les MSM et les demandeurs d'asile. Compte tenu du début récent de DIMPS, il n'existe pas encore de données statistiques fiables concernant les clients, mais le projet a, jusqu'à présent, connu un accueil très favorable de la part des usagers.



Basé sur l'expérience recueillie par le projet DIMPS ainsi que sur les recommandations de l'étude Origer et Removille (2007), des discussions sont actuellement menées afin de déterminer si l'offre DIMPS ne devrait pas s'étendre à des vaccinations HBV/HAV gratuites (si médicalement indiquées), pour les clients des services spécialisés en toxicomanie.

L'Aidsberödung travaille conjointement avec le Ministère de la Santé et le Département des Maladies Infectieuses du CHL, sur le concept de décentralisation du dépistage gratuit du HIV et des hépatites, afin d'augmenter l'accessibilité aux tests et ce, surtout au niveau régional.

Traitement des maladies infectieuses

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

Un nouveau projet dans la prison nationale vise à mettre en place un département médical spécialisé ciblant les maladies transmissibles (COMATEP). Selon les données fournies en 2008, 20,97 % des détenus sont porteurs d'une maladie transmissible et 33,5% des nouvelles admissions dans les prisons nationales ont commis des délits liés à la consommation de drogues.

Interventions liées à la co-morbidité psychiatrique

Le groupe de travail mentionné ci-dessus comme « chaîne thérapeutique » a réalisé une évaluation des besoins en termes de soins des usagers de drogues, présentant une co-morbidité psychiatrique. Le groupe a constaté en premier lieu que pour cette sous-population à double diagnostic (DD) les offres de prises en charge sont lacunaires. Bien que le plan d'action 2005-2009 en matière de lutte contre les drogues et les toxicomanies prévoie la création d'une structure thérapeutique pour personnes à double diagnostic, cette dernière n'a pas été réalisée.

Le nombre de personnes toxicomanes à DD est estimé à 40-50 personnes (adultes). Ces personnes toxicomanes présentant des troubles psychiatriques manifestes, sont pour la plupart socialement désintégrées et nécessitent un encadrement individuel bien qu'elles soient nombreuses à être réfractaires aux offres de prise en charge existantes. Le groupe considère qu'il existe un besoin en petites unités de logement encadré pour ce groupe cible. En outre le personnel des associations spécialisées doit être formé spécifiquement à accueillir cette population cible. Au lieu de créer une structure de prise en charge spécialisée, on devrait dans un premier temps tenter de mieux encadrer ces patients en adaptant les offres ambulatoires existantes, sachant que les personnes en question ne s'intègrent que difficilement dans des structures à caractère et contraintes résidentiels.

Le groupe d'experts nommé « chaîne thérapeutique » recommande dans ce contexte d'affiner le concept de logement accompagné afin d'évoluer vers une approche de gestion individualisée dans un environnement privé, sachant que les patients à DD ont souvent des difficultés pour s'adapter aux contextes et offres de la communauté.

REPONSES A D'AUTRES CORRELATS SANITAIRES PARMIS LES USAGERS DE DROGUES

Co-morbidité somatique et traitement de l'état de santé général

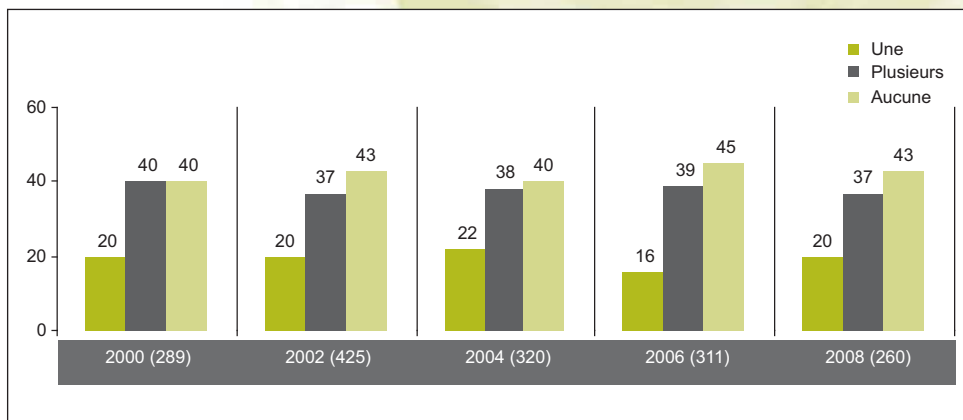
La grande majorité des services de prise en charge ambulatoire, résidentielle et à bas-seuil incluent des soins médicaux et paramédicaux dans leur offre. Au besoin, les patients sont orientés vers des services médicaux spécialisés. Les coûts liés sont couverts par l'assurance de maladie ou par le Ministère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

Dans le cadre du nouveau plan d'action 2010–2014, la mise en place d'une unité médicale offrant des services gratuits sur site indépendamment du milieu institutionnel dans lequel les bénéficiaires se trouvent (exceptés les hôpitaux) est en discussion.

Urgences non-fatales

Le point focal national OEDT ne dispose pas de données officielles relatives aux urgences non-fatales liées à l'usage illicite de drogues. On peut cependant estimer que 25% des urgences au G.-D. de Luxembourg sont liées à un abus de produit psycho-actif (tous produits confondus) (Rauchs, 2006). Le graphique 7.1 fait référence à des données auto-rapportées issues de RELIS. La proportion d'usagers rapportant au moins une surdose (telle que définie) (57%) au cours de la vie est relativement stable depuis les 9 dernières années.

Figure 7.1 Surdoses non fatales, médicalement assistées rapportées par les répondants RELIS (2000-2008) (% valides)



Source: RELIS 2008



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

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

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

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

En raison de l'amélioration des traitements de toxicomanie et du meilleur accès à ces derniers et en particulier en raison du développement du traitement de substitution, le taux de naissance parmi les usagers de drogues a augmenté au cours des dernières années. D'après les données issues du système national de surveillance des drogues, la proportion des usagers de drogues, qui ont des enfants, est progressivement passée de 50% à 63% au cours des 10 dernières années (RELIS 1999, 2009). Cette évolution a conduit au premier projet parental lancé par JDH en 2003 dans le but de fournir de l'aide psycho-sociale aux parents dépendants de drogues à leurs enfants. L'objectif principal du projet consiste de contribuer à assurer la sécurité et le bien-être des enfants et de renforcer les qualités éducatives des parents. Ce projet à long terme est basé sur des engagements contractuels, la co-intervention, des visites à domicile et fonctionne en étroite collaboration avec d'autres services impliqués. En 2008, 57 situations de familles différentes ont été gérées, dont 66,7% étaient des situations monoparentales impliquant 94 enfants. A peu près 50% des parents concernés profitent des offres de logements spécialisés. Une partie essentielle du projet s'appuie sur le travail de terrain. Les rencontres et les entretiens ont lieu dans l'environnement de la famille (à la maison).

Des initiatives actuellement en discussion dans le cadre de l'élaboration du plan d'action drogues 2010-2014 sont des programmes de formation et de développement de capacités pour les parents toxicodépendants, afin de les habiliter en vue de leur rôle éducatif.

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

8. COROLLAIRES SOCIAUX ET RÉINTÉGRATION SOCIALE

Introduction

Au niveau des répercussions sociales associées aux phénomènes des drogues et des toxicomanies, différentes compétences ministérielles sont en jeu. Le Ministère de la Santé et le Ministère de la Famille et de l'Intégration interviennent tous les deux dans la réduction des conséquences sociales en finançant des mesures allant de la détection précoce de l'usage de drogues à des mesures de réhabilitation socioprofessionnelle. La réduction de la criminalité liée à la drogue implique le Ministère de la Justice, compétent en matière de mesures de réduction de l'offre. Le Ministère de la Santé promeut les mesures visant la réintégration et l'autonomisation socioprofessionnelles ciblant de la sorte la diminution de l'endettement des bénéficiaires et par là même la prévalence de la délinquance liée à l'acquisition de drogues. Les programmes de réintégration sociale sont principalement suivis et évalués par le ministère impliqué ainsi que par les associations en charge.

EXCLUSION SOCIALE ET USAGE DE DROGUES

Exclusion sociale parmi les usagers de drogues

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



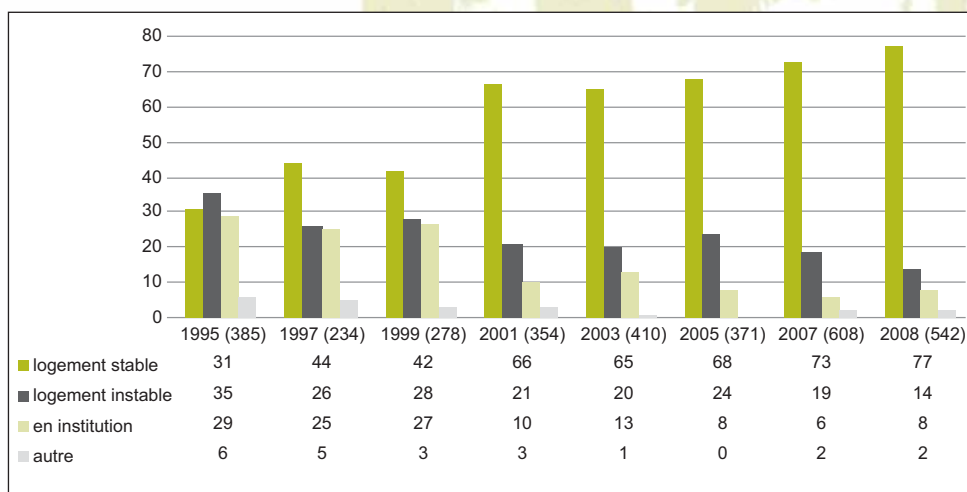
Usage de drogues parmi les groupes socialement exclus

Sans-abrisme

Selon les dernières estimations, 700 personnes seraient pour l'instant sans logement fixe au Grand-duché de Luxembourg⁵⁰. L'étude à la base de cette estimation rapporte une proportion de 54% d'hommes et de 46% de femmes, ainsi qu'un âge relativement jeune de la population sans abri. La moitié de cette population est âgée entre 18 et 34 ans et seulement 9% ont plus de 55 ans.

La situation de logement des usagers de drogues a connu une amélioration sensible au cours des dernières années et tend actuellement à se stabiliser. Depuis 1995, la proportion de personnes disposant d'un logement stable a plus que doublé. Actuellement 77% (73%) des UPDs rapportent une situation de logement stable (RELIS 2008). Cette évolution positive est à mettre en relation avec une meilleure connaissance des problèmes de logement et avec la mise en place de nouvelles offres de logement pour personnes socialement défavorisées par le Ministère de la Santé et les associations spécialisées.

Figure 8.1 Dernier lieu de résidence connu. 1995 - 2008



Source: RELIS 2008

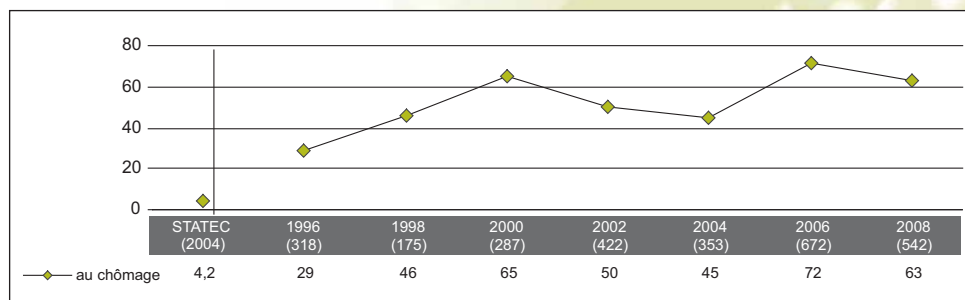
Les jeunes âgés de moins de 25 ans et vivant dans la rue sont considérés comme une réalité assez nouvelle et liée à l'évolution sociétale en général. Les changements sociaux, comme l'augmentation du nombre de familles monoparentales, un nombre accru de divorces, la baisse des couples mariés et la nécessité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

⁵⁰ Centre d'Etudes de Populations, de Pauvreté et de Politiques Socio-Economiques (2007). L'exclusion liée au logement des personnes prises en charge par les centres de jour, les foyers de nuit, les centres d'accueil et les logements encadrés. Luxembourg

Situation occupationnelle

Les données récentes suggèrent une stabilisation de la **situation occupationnelle** des répondants, vu que le taux de personnes ayant un emploi stable (47%) est relativement inchangé depuis ces 3 dernières années. Le **taux d'inoccupation** professionnelle a augmenté de 2004 à 2008 (63%).

Figure 8.2 Taux d'inoccupation professionnelle (1996 - 2008)



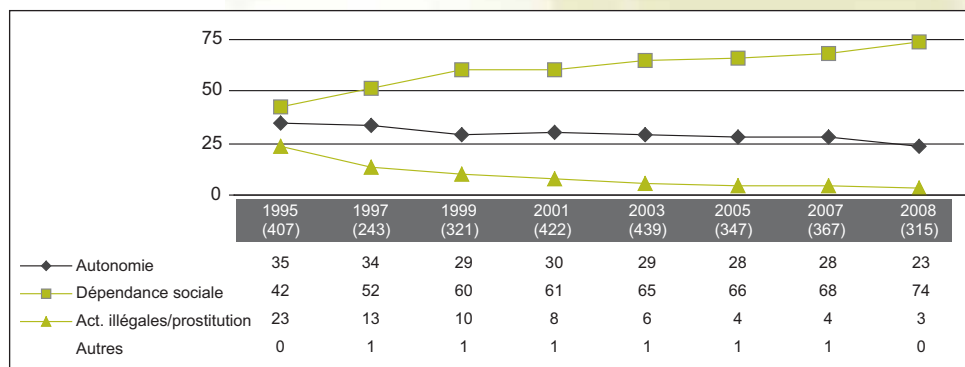
Source: RELIS 2008

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

Les données sur les revenus confirment les tendances observées :

- augmentation de la dépendance sociale associée à une autonomie financière. Le revenu minimum garanti constitue la première source de revenus des UPDs (47% en 2008);
- les activités illégales comme revenu principal montrent une tendance continue à la baisse depuis 1995 (3% en 2008) ;
- une proportion élevée de répondants rapportent des dettes majeures (>2,500 EURO) (39% en 2008)

Figure 8.3 Distribution selon le revenu primaire (1995 - 2008)



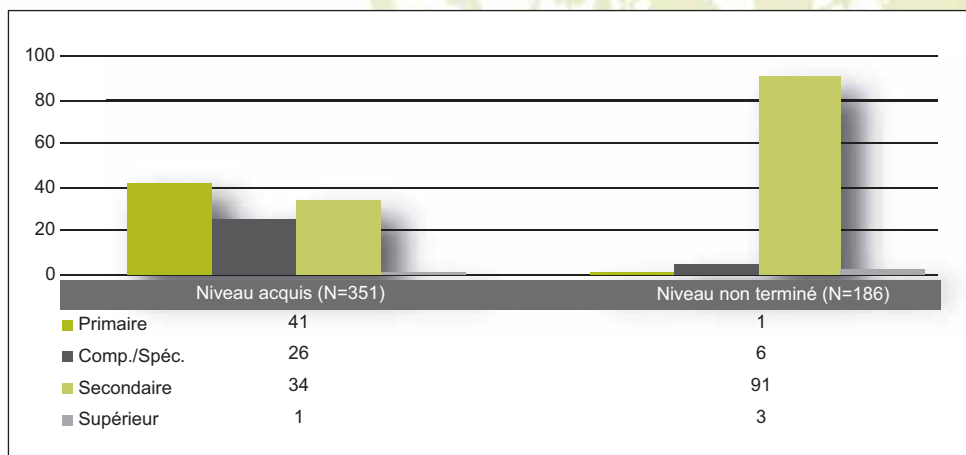
Source: RELIS 2008



Décrochage scolaire

L'étude « Décrochage scolaire au Luxembourg »⁵¹ (2006) étudiait une population de 37.347 étudiants issus de l'école secondaire. Pendant la période du 1er novembre 2004 au 30 avril 2006, un total de 2.422 étudiants ont quitté l'école sans certification ou diplôme (abandons temporaires d'école ont également été considérés). L'étude fait état d'un taux de 6,5% d'étudiants ayant prématurément quitté l'école. Cette proportion représente 3,6% si l'on considère le nombre total des étudiants qui ont été contactés/, mais qui ne réintégraient plus d'école au Luxembourg. Au sujet de cette catégorie de sortants d'école, composée d'étudiants suivant des cours à l'étranger, qui sont employés, qui suivent des mesures d'insertion professionnelle et ceux sans occupation (N=1.357), la situation se présentait comme suit : 41,2% d'étudiants qui ont quitté l'école ont joint le marché de l'emploi (travail ou mesures d'insertion professionnelle), 39,8% ne travaillent pas et ne vont pas à l'école et 19% suivent des cours à l'étranger. En général, les garçons, les jeunes étrangers et les jeunes âgés de plus de 15 ans (âge de l'obligation scolaire en 2006) sont les plus vulnérables à l'abandon de l'école.

Figure 8.4 Niveau scolaire des répondants RELIS (2008)



Source: RELIS 2008

Globalement le **niveau d'éducation** des UPDs, relativement bas et le plus souvent incomplet, affiche une détérioration lente mais continue depuis 1999 (d'après les données RELIS). Cependant, une proportion de plus en plus élevée des répondants débute l'enseignement secondaire sans toutefois terminer ce cycle d'études. L'âge moyen à la fin de la scolarité montre une tendance globale à la baisse et se situe actuellement en dessous de 16 ans et 8 mois.

⁵¹ Ministère de l'Education nationale et de la Formation professionnelle (2006). Le décrochage scolaire au Luxembourg. Luxembourg

Problèmes financiers

Concernant la population totale des UPDs, 39% présente des dettes (1997 : 54%). Sur les dix dernières années, après un pic en 1997, les taux sont restés relativement stables (autour de 40% depuis 1998), représentant ainsi moins de la moitié de la population des UPDs. Le RMG (47%) et le propre salaire (17%) représentent les revenus principaux des UPDs. Au cours de la période de 1997 à 2008, de fortes fluctuations s'observent quant à ces deux revenus. Pour le RMG en tant que source primaire de revenus, une forte hausse est constatée depuis 1997 par rapport au salaire propre qui a connu une baisse durant ces années. Le soutien financier des parents en tant que première source de revenus a également diminué (18% en 1997 pour 8% en 2008).

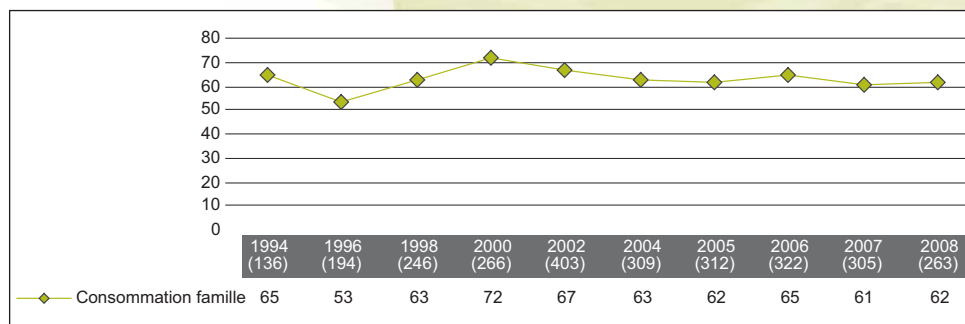
Pour ce qui est du revenu secondaire, 35% des répondants ne rapportent aucune source de revenus, 34% rapportent des « activités illégales » et 23% « soutien financier des parents ».

Globalement, la dépendance sociale affichait une tendance à la hausse au cours des dernières années (74% en 2008 pour 42% en 1995). Par conséquent, l'autonomie financière montre une tendance à la baisse (23% en 2008 – 35% en 1995).

Usage de drogues au sein de la famille d'origine

Selon les données RELIS, la consommation de drogues dans la famille d'origine est élevée et stable. Dans ce contexte l'usage de drogues est défini comme usage/consommation de drogues illégales ou abus d'alcool et de substances psychotropes.

Figure 8.5 Consommation de drogues dans la famille d'origine. 1994 - 2008 (% valides)



Source: RELIS 2008



REINTEGRATION SOCIALE

Logement

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

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

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

Un réseau de **logements accompagnés** modulaires (à niveaux d'encadrement variables) pour personnes toxicomanes en phase de stabilisation est développé depuis 2002 par le Centre Thérapeutique de Manternach (CTM-CHNP) en collaboration avec le Ministère de la Santé. Les logements en question sont situés à une distance raisonnable du CTM afin de pouvoir profiter des formations et activités y offertes. A noter que le CTM offre également des **cours de langues** afin de permettre aux clients d'améliorer leurs compétences de base ou d'améliorer leur langage écrit.

Education, formation

Ciblant la réintégration professionnelle, plusieurs centres spécialisés offrent des cours de langues oraux et écrits, dans le but d'améliorer, au besoin, les connaissances de base des clients ou d'améliorer leurs capacités d'écriture.

L'association « D'Stëmm vun der Strooss » s'occupe principalement des personnes sans-abris en leur offrant un service bas-seuil ainsi que des activités visant leur intégration sociale et professionnelle, telles que des cours d'alphabétisation, des ateliers (en journalisme ou émissions de radios) proposés par des professionnels. « D'Stëmm » se fait entendre mensuellement (tous les premiers mardis du mois), lors d'une émission d'une heure et demie sur les fréquences luxembourgeoises. Cette initiative permet aux bénéficiaires d'élargir leurs connaissances et surtout de se familiariser avec des professions et des techniques moins courantes.

Un autre projet de réintégration de la même association est l'atelier de rédaction, qui permet aux personnes sans abris d'écrire, imprimer, publier et distribuer leur propre magazine. Cette activité est supervisée par des professionnels. Le contenu traite principalement de problématiques sociales, permettant ainsi non seulement aux personnes impliquées d'acquiescer un nouveau sens des responsabilités, mais également une certaine acceptabilité au sein du public. De plus, l'opinion publique est ainsi sensibilisée à des problématiques sensibles. Les usagers problématiques de drogues constituent une partie significative des personnes présentes dans l'association.

Des opportunités d'emploi rémunéré sont offertes par l'association. L'atelier buanderie « Schweessdrëps » dans le sud du pays s'occupe des vêtements de sports des clubs sportifs. En 2008, un assistant social (temps plein) et 18 clients ont travaillé continuellement pour 25 équipes sportives, lavant et séchant etc. 1000 à 1500 uniformes par semaine.

Mis à part ces opportunités de travail, l'association offre également un atelier thérapeutique appelé « Dressed for success ». En 2008, ce service a été dirigé par 2 clients, leur offrant ainsi un emploi et des responsabilités. Leur tâche principale consiste à organiser (collecter, laver, raccommoder, entreposer etc.) les vêtements offerts, qui serviront aux clients eux-mêmes (pour se vêtir lors d'entretiens d'embauche, de convocations au tribunal...etc.).

Un nouveau projet occupationnel est prévu pour 2009-2010 et sera confié à l'association « Stëmm vun der Strooss » afin de pallier la demande d'emploi des personnes sans-abri et/ou des personnes toxicodépendantes. Le concept détaillé du centre résidentiel offrant un hébergement temporaire et des emplois journaliers sera décrit dans le rapport 2010.

Conjointement financé par le Ministère du Travail et de l'Emploi et par le fond social européen, le projet « START ! » a été lancé en 2007 par le Centre Emmanuel a.s.b.l. ciblant la (ré)intégration progressive des usagers de drogues sur le marché de l'emploi⁵². La méthodologie appliquée combine le suivi individualisé et le job coaching et vise à aider les bénéficiaires à trouver un emploi ou un lieu de stage (en assurant le contact avec les employeurs potentiels, en préparant les entretiens d'embauche, aidant dans la rédaction de cv, etc....) et en les assistant dans leur travail journalier auprès de l'employeur (définition des tâches, management de conflits, médiation entre l'employeur et l'employé, suivi motivationnel...). Un feedback intermédiaire et une évaluation finale contribuent à l'autonomie des clients et mènent idéalement à un contrat à durée indéterminée.

Un des obstacles majeurs en matière d'accès au travail par des groupes plus vulnérables sont des performances de base ou des capacités permanentes souvent réduites. L'objectif principal d'un projet de job-coaching est la mobilisation des ressources et des capacités individuelles des bénéficiaires en accord avec les besoins de l'employeur.

Entre 2007 et 2008, 230 demandes ont été traitées dans le cadre du projet START! 23% des demandes ont été formulées par des femmes, la majorité était âgée entre 31 et 50 ans et 76% présentaient un profil de qualification inférieure. En fin de projet, 27 bénéficiaires ont signé un contrat de travail grâce à START! et 21 personnes ont trouvé un emploi stable indirectement dû à leur participation à START!

⁵² LAMBRETTE, G. (2009), Projet "START!" – Constats et réflexions autour d'un projet de réinsertion professionnelle pour personnes toxicomanes au Grand-duché de Luxembourg, Luxembourg.



9. RÉPONSES EN MATIÈRE DE RÉINTÉGRATION SOCIOPROFESSIONNELLE

Introduction

La source principale d'information de cette partie du rapport est le Service de Police Judiciaire (SPJ) du Grand-duché de Luxembourg.

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

- *Interpellation* : intervention des forces de l'ordre basée sur une suspicion. Le prévenu est entendu et l'audition donne lieu à une trace écrite (procès verbal). Il n'y a pas de saisie du procureur à ce stade, ni de mention dans le casier judiciaire. Dans le contexte présent, le terme « *prévenu* » s'applique à toute personne interpellée pour infraction alléguée à la loi modifiée du 19 février 1973 portant sur la vente de médicaments et la lutte contre la toxicomanie.
- *Arrestation* : interpellation suivie d'une privation de liberté et d'une saisie du procureur.
- *Instruction* : procédure judiciaire qui est dirigée, voire effectuée, par le juge d'instruction. A la fin d'une instruction a lieu la fixation d'une audience publique donnant lieu à un jugement.
- *Condamnation* : jugement par lequel la personne inculpée est reconnue coupable.
- *Détention* : privation de liberté. Elle peut être préventive (en phase d'instruction, avant le jugement) ou simple (suite à un jugement).

CRIMINALITE ASSOCIEE AUX DROGUES

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

Infractions à la législation nationale sur les drogues

Les données présentées dans le tableau 9.1 permettent de constater que le nombre total des arrestations (188) a augmenté de manière discontinue les 10 dernières années. Traditionnellement l'héroïne était la substance la plus souvent impliquée dans les arrestations liées aux drogues. En 2004 la cocaïne fût la substance la plus impliquée dans les arrestations (confirmé par les données 2005), suivie par l'héroïne et le cannabis. Les délits liés au cannabis sont en augmentation (données 2006 et 2008), suivis de l'héroïne et la cocaïne.

Tab. 9.1 Arrestations par type d'institution (1995-2008)

ARRESTATIONS										
ANNÉE	1995	1997	1999	2001	2003	2004	2005	2006	2007	2008
S.P.J.	27	25	27	7	25	38	26	39	49	32
Gendarmerie	8	15	15	45	82	103	94	124	79	102
Police	32	32	32							
Douanes	61	82	34	40	28	37	35	62	41	54
Total	128	154	108	92	135	178	155	225	226	188

Tab. 9.2 Arrestations: type de délit, croisé par la substance impliquée (1995-2008)

Substance	Délit	1995	1997	1999	2001	2003	2004	2005	2006	2008
Héroïne	Usage & Trafic	68	57	48	41	21	32	28	40	43
	Trafic/Deal	21	53	18	8	22	19	14	29	30
	Usage	24	7	27	8	4	20	20	26	14
	Total	113	117	93	57	47	71	62	95	87
Cocaïne	Usage & Trafic	20	27	21	27	19	21	21	26	26
	Trafic/Deal	7	23	9	9	30	64	42	38	21
	Usage	10	6	12	4	3	9	15	21	3
	Total	37	56	42	40	52	94	78	85	50
Cannabis	Usage & Trafic	25	18	32	23	52	16	17	42	61
	Trafic/Deal	1	11	8	1	17	20	27	36	11
	Usage	4	4	3	15	9	14	25	15	18
	Total	30	33	43	39	79	50	69	93	90
Amphétamines	Usage & Trafic		2	1	2	2	0	0	0	3
	Trafic/Deal				0	0	0	1	0	2
	Usage	2			0	0	0	0	2	0
	Total	2	2	1	2	2	0	1	2	5
Ecstasy (MDMA, etc.)	Usage & Trafic	3	3	3	1	1	1	3	4	2
	Trafic/Deal	1	3		0	0	1	6	1	0
	Usage	1			0	1	1	3	2	1
	Total	5	6	3	1	2	3	12	7	3
LSD	Usage & Trafic		1	1	0	0	0	0	0	1
	Trafic/Deal				0	0	0	0	0	0
	Usage				0	0	0	0	0	0
	Total		1	1	0	0	0	0	0	1
Nombre total de motifs d'arrestation connus indépendamment des substances impliquées	Usage & Trafic				59	57	48	46	85	103
	Trafic/Deal				13	61	93	63	87	53
	Usage				20	15	35	45	47	31
	Total	128	154	108	92	133	178	154	219	187

Source: Police Judiciaire. Section des Stupéfiants (Données formatées par le PFN) 2008



Le nombre de procès verbaux pour des infractions commises à l'égard de la loi modifiée 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie (code : DELIT-STUP) a connu une certaine stabilité entre 1996 et 1998, et témoigne d'une augmentation importante de 1998 à 2003 (825 à 1.660) pour se stabiliser depuis lors (2008 : 1.219 procès verbaux).

Le nombre de prévenus pour le même motif a diminué de 1.368 en 1996 à 1.170 en 1998 suivi par une augmentation subséquente. Depuis 2003, on observe une diminution significative (1.487 en 2008) du nombre de prévenus. Le nombre d'arrestations est passé de 154 en 1997 à 135 en 2003 et a de nouveau augmenté et s'est stabilisé (2008: 188 arrestations).

Le tableau 9.3 retrace le nombre total des interventions judiciaires et le nombre de prévenus au niveau national fournis conjointement par la Police Judiciaire, Section Stupéfiants (SPJ), la Police Grand-ducale et les Douanes de 1995 à 2008.

Tab. 9.3 Nombre d'interventions de nature répressive (1995-2008)

Année	Procès verbaux								PREVENUS							
	95	97	99	2001	2003	2006	2007	2008	95	97	99	2001	2003	2006	2007	2008
S.P.J.	123	137	343	216	239	190	177	110	152	182	434	321	369	248	203	128
Gendarmerie	198	255	782	1.126	1.326	824	998	881	319	335	916	1.272	1.753	1.007	1.160	1.009
Police	199	177	189						371	280	283					
Douanes	244	236	173	113	95	186	197	228	421	408	306	182	148	320	324	350
Total	764	805	1.187	1.455	1.660	1.200	1.372	1.219	1.263	1.205	1.939	1.776	2.270	1.575	1.687	1.487

Source: Police Judiciaire. Section des Stupéfiants

La population des prévenus est composée de 85% d'**hommes** ; une proportion qui a varié entre 79% et 89% au cours des dernières 10 années. Depuis 1997, les personnes **non-luxembourgeoises** ont représenté la majorité des prévenus (58,7% en 2008). L'augmentation spectaculaire en 2002/2003 de la proportion des **premiers auteurs** d'infractions à la loi modifiée de 1973 n'a pas été confirmée par les données 2007/2008 qui confirment au contraire une diminution de 808 en 2003 à 546 en 2008. Aussi le **pourcentage de mineurs** (< 18 ans) parmi les prévenus qui avait augmenté entre 1994 (4,9%) et 2000 (8,7%) accuse une diminution sensible en 2004 (5,7%) et semble s'être stabilisée en 2008 (5,5%). L'héroïne et la cocaïne sont les drogues principales impliquées dans les infractions pour le code « Délit-Stup » commis par les premiers auteurs.

Tab. 9.4 Données socio-démographiques des prévenus (1986-2008)

Année	1986	1988	1990	1992	1994	1996	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
AGE																	
0-14	9		7	6	1	3	7	27	21	11	15	41	24	9	8	11	8
15-19	121	212	179	320	169	270	249	415	413	399	647	602	334	436	279	318	282
20-24	264	569	383	527	403	447	321	519	497	566	650	557	510	617	415	480	436
25-29	119	220	278	371	309	304	220	448	354	299	388	375	278	345	323	321	274
30-34	49	67	124	159	186	191	187	269	208	194	219	254	250	230	188	216	205
35-39	17	29	27	52	65	80	76	131	113	139	177	162	190	174	136	162	134
≥ 40	17	19	43	46	21	42	78	84	108	113	82	174	126	153	181	165	129
inconnu	27	21	30	50	20	31	32	46	44	55	40	106	95	70	43	14	19
TOTAL	623	1.137	1.071	1.531	1.174	1.368	1.170	1.939	1.758	1.776	2.218	2.271	1.808	2.034	1.575	1.687	1.487
Hommes	503	970	851	1.248	938	1.138	958	1.658	1.415	1.546	1.905	1.935	1.581	1.751	1.319	1.484	1.263
Femmes	120	166	220	256	209	173	193	248	241	215	292	288	181	237	218	190	206
sexe inconnu	0	1	0	27	27	57	19	33	44	15	21	48	49	46	38	13	18

Source: Police Judiciaire. Section des Stupéfiants.2008.

Tab. 9.5 Répartition selon les statuts de premier auteur et de mineur d'âge (1992-2008)

	1992	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2005	2006	2007	2008
Premiers auteurs	697	382	508	422	608	828	585	657	471	533	546
Nombre de mineurs d'âge parmi les premiers auteurs	96	57	102	79	154	145	103	86	72	80	83
TOTAL ('Prévenus')	1.531	1.174	1.368	1.170	1.758	2.218	1.808	2.034	1.575	1.687	1.487

Source: Police Judiciaire. Section des Stupéfiants. (Données formatées par le PFN) 2008.

Tab. 9.6 Répartition selon le statut de premier auteur (consommateur et consommateur/revendeur) et substance impliquée ad minima (1992-2008)

	1992	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2005	2006	2007	2008
Substance à haut risque impliquée ad minima											
Héroïne	162	154	121	109	133	114	103	110	84	83	88
Cocaïne	64	39	34	30	37	64	125	86	52	37	48
Amphétamines	5	15	11	18	9	12	2	3	3	1	8
Type ' Ecstasy '	1	9	20	26	11	34	8	17	4	4	9
Médicaments d'acquisition illicite	1	3	0	1	7	0	1	1	4	1	1
Produits de substitution	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0
TOTAL (substances HRC)	233	221	186	184	197	225	239	218	148	126	154

Source: Police Judiciaire. Section des Stupéfiants. (Données formatées par le PFN) 2008

Autres infractions liées aux drogues

Le protocole de données du système national de monitoring des drogues et des toxicomanies (RELIS) inclut une série d'items sur les infractions liées aux drogues. Les résultats suivants ont été retenus pour 2008 :

- 92% des usagers de drogues indexés⁵³ par les institutions spécialisées de prise en charge ont déjà été interpellés par les forces de l'ordre au moins une fois au cours de leur vie.
- 79% (stable) de la population totale des UPDs présentent des contacts multiples avec la justice.
- La proportion des interpellations pour d'autres raisons que des infractions à la loi sur les stupéfiants (p.ex. petite délinquance telle que criminalité liée à l'acquisition de drogues ou bagarres...) a diminué depuis 1997 (38%) et s'est stabilisée les dernières années (2006 : 34% et 39% en 2008).
- 62% (63%) des UPDs indexés ont déjà purgé au moins une fois au cours de leur vie une peine de prison. La proportion des UPDs qui rapportent plusieurs séjours en prison (31% stable) s'est stabilisée pendant les dernières années.

⁵³ Les personnes enregistrées par le réseau RELIS pendant une année donnée.



PREVENTION DE LA DELINQUANCE ET DE LA CRIMINALITE LIEES AUX DROGUES

Ces dernières années, la participation de grandes villes dans la gestion de problèmes et de nuisances liées à la consommation de drogues s'est développée. Des « comités de prévention », composés des autorités locales, des forces de l'ordre et d'ONGs ont été créés.

La création de la première salle d'injection supervisée à Luxembourg-ville a visiblement accentué la participation des autorités municipales. Le Ministère de la Santé préside un groupe de pilotage, mandaté dans le suivi des développements par rapport à la salle d'injection et sensé réagir de façon précoce aux problèmes émergents. Le plan d'action souligne clairement la participation des principales villes dans la gestion de la sécurité et de l'ordre publics, des nuisances publiques et des problèmes d'hygiène liés aux drogues afin de garantir la décentralisation des services de réduction de la demande et des interventions dans la réduction de l'offre.

En ce qui concerne les mesures de prévention ciblant les jeunes, un mécanisme a été mis en place en 1996 pour les jeunes et mineurs d'âge qui sont entrés en conflits avec la législation en matière de drogues. Le projet de **Solidarité Jeunes** (Jongenheem asbl), financé par le Ministère de la Santé, intervient dans des situations de crise, offrant de l'aide à des jeunes en conflit avec le système judiciaire et pénal. Les services proposés sont gratuits.

L'équipe travaille en étroite collaboration avec les magistrats de la Jeunesse et des acteurs compétents du domaine de la justice, offrant une grande variété de services avec l'objectif premier de prévenir les mineurs d'entrer dans le système judiciaire criminel. Les interventions sont basées sur une approche holistique du problème, en incluant la personne elle-même ainsi que sa famille. Solidarité-Jeunes rapporte directement le progrès d'intervention aux autorités concernées. Les statistiques clients montrent une augmentation de la demande pour des interventions des deux types (orientation dans le système judiciaire et orientation sociale).

Tab. 9.7 Statistiques Clients SOLIDARITE-JEUNES 1997 – 2008

Année	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Nombre de situations	46	99	132	195	208	231	267	249	322	352	357
Envoyé par le secteur judiciaire/ force de l'ordre	26,1%	26,3%	41,4%	44,1%	44,2%	37,2%			46,2%	44,4%	43,4%
Sexe											
Féminin	28%	26,3%	34,1%	32,3%	34,1%	31,6%	31,9%	31,3%	30,1%	24,4%	30,5%
Masculin	72%	73,7%	65,9%	67,7%	65,9%	68,4%	68,1%	68,7%	69,9%	75,6%	69,5%
Âge des jeunes impliqués											
< 14						9,5%	4,9%	2,0%	4,7%	4,6%	5,9%
14-15						38,1%	30,0%	22,9%	27,9%	25,6%	24,9%
16-17						39,8%	46,4%	43,4%	46,9%	46,6%	50,4%
> 17						12,6%	18,7%	20,5%	16,5%	18,5%	15,9%
Inconnu								11,2%	4,0%	4,7%	2,9%
Substance psychoactive impliquée dans la demande											
Cannabis						83,1%	72,4%	71,5%	73,3%	67,7%	69,4%
Heroïne						3,5%	4,5%	5,6%	3,7%	2,5%	1,7%
XTC/Cocaïne						1,3%	2,2%	0,4%	1,6%	1,1%	0,6%
Drogues légales						2,6%	3,0%	2,4%	3,1%	5,1%	7,8%
Plusieurs drogues						d.m.	1,9%	3,2%	3,7%	5,4%	4,5%
Autres						1,3%	3,3%	2,0%	2,5%	2,5%	2,5%
Aucune						8,2%	10,6%	10,4%	10,2%	9,6%	8,7%
Inconnue						0,0%	2,2%	3,7%	2,5%	6,1%	4,8%

Source: Solidarité Jeunes (Jongenheem). 2008

INTERVENTIONS DANS LE SYSTEME JUDICIAIRE CRIMINEL

Alternatives à des peines privatives de liberté

Le Grand-duché de Luxembourg compte deux établissements pénitentiaires; le CPL situé à Schrassig, et le CPG à Givenich.

Le CPG peut être considéré comme une alternative à un régime pénitentiaire strict et se définit comme établissement semi-ouvert dans un environnement rural. En journée, les détenus suivent une activité professionnelle ou participent à des ateliers (d'agriculture, d'élevage, de cuisine, horticulture, charpenterie ou serrurerie). Le soir, chaque détenu retrouve sa cellule individuelle. Chaque pavillon a sa propre cuisine, sa salle de bain, son séjour et sa propre buanderie permettant ainsi une vie communautaire plus ou moins autonome.

Certains détenus participent au programme « Défi » (voir plus loin sous « Réintégration d'usagers de drogues à la sortie de prison ») travaillant à l'extérieur et touchant le RMG (revenu minimal garanti). D'autres vivent sous un régime de semi-liberté (ils « vivent » au CGP mais ont un contrat de travail individuel à l'extérieur de l'établissement).

L'injonction thérapeutique est une autre alternative à l'incarcération (possible uniquement dans le cas *d'usage ou de possession de substances illicites pour usage personnel*) : un traitement thérapeutique est proposé au prévenu (au lieu d'une peine de prison). Dans d'autres cas, des travaux d'intérêts généraux «TIG» peuvent également être une alternative (en fonction de la gravité de l'infraction et de la peine). La peine peut être suspendue si le prévenu accepte de se soumettre à un traitement (sursis probatoire). Ceci dit, toutes ces alternatives ne sont possibles que dans le cas de « possession et usage personnel » de drogues et non dans le cas de production, commerce ou trafic de substances illicites, le toxicodépendant étant considéré comme une personne nécessitant de l'aide psycho-sociale et médicale (et non comme un criminel).

Une autre alternative, encore en phase expérimentale, est le port du bracelet électronique. En novembre 2006, le ministre de la Justice de l'époque a présenté l'introduction du bracelet électronique comme alternative à l'emprisonnement.

Dans une phase expérimentale, ce système visait exclusivement des prisonniers :

- ayant une peine inférieure à un an
- ne représentant pas de danger
- socialement intégré et résidant au Luxembourg
- ayant un travail ou suivant une formation

USAGE ET USAGE PROBLEMATIQUE DE DROGUES DANS LES PRISONS

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



RÉSULTATS PRINCIPAUX:

Consommation de drogues au sein de la prison

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

Comportements à risque

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

Divers

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

Source: Schlink, 1999

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

REPONSES AUX PROBLÉMATIQUES LIÉES AUX DROGUES DANS LES PRISONS

Le tableau 9.8 suivant reprend le nombre de nouvelles admissions (au cours d'une année) générales et pour infraction(s) au code DELIT-STUP au sein des établissements pénitentiaires du Grand-Duché de Luxembourg (CPL et CPG) de 1989 à 2008.

Tab. 9.8 Admissions générales et DELIT 'STUP' dans les deux prisons (1989 - 2008)

Année	1989	1990	1992	1994	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Nouvelles entrées (Total)					685	858	796	859	767	641	794	1.141	1.078	1.341	1.043	1.030	990
Nouvelles entrées "STUP"	163	244	157	288	292	309	167	139	161	119	101	143	92	247	243	212	332
					42,6%	36%	21%	16%	21%	18,6%	12,7%	12,5%	8,5%	18,8%	23,3%	20,6%	33,5%

Source: Greffe CPL, CPG. 2008

Traitement de la toxicomanie (nombre de détenus recevant un traitement de substitution inclus)

La loi du 27 juillet 1997 portant réorganisation de l'administration pénitentiaire régit la création d'unités médicales spécialisées pour personnes toxicomanes et patients souffrant de troubles psychiatriques au sein des centres pénitentiaires. Dans ce même contexte, un projet pilote appelé « Programme de prise en charge globale pour usagers de drogues au sein de centres pénitentiaires » a été initié par un groupe d'experts mandaté par le Ministère de la Justice en 1999. Le concept a été conçu à mettre en place parmi d'autres objectifs, des mesures de prévention primaire en rapport avec la consommation de drogues et les maladies infectieuses. Le but principal du projet était d'intégrer les détenus toxicomanes dans un réseau d'aide médico-psycho-social afin de réduire les rechutes, les risques et la récurrence à la sortie de prison. Le projet est conjointement financé par le Ministère de la Justice, le Fonds de lutte contre le trafic des stupéfiants et l'UE (en ce qui concerne l'évaluation).

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

Les traitements de désintoxication (sevrages) sont soit proposés à l'intérieur de l'établissement sous la responsabilité de l'unité médicale pénitentiaire, soit à l'extérieur dans des unités de sevrage d'hôpitaux généraux et selon une procédure stricte. Le CPL a signé une convention avec le CHL afin d'y assurer une prise en charge médicale si nécessaire.

Les prises en charge thérapeutiques et psychosociales sont assurées par des équipes internes et par des intervenants de centres spécialisés en toxicomanie. Les ressources thérapeutiques internes étant insuffisantes. Un exemple de bonne pratique est l'inclusion d'agences spécialisées externes dans la prise en charge et conventionnées par l'Etat (dans le cadre du Programme de « prise en charge globale pour usagers de drogues au sein de centres pénitentiaires »). Ce mécanisme s'applique également dans la prise en charge du HIV et d'autres maladies infectieuses. A souligner également le rôle du service central d'assistance sociale (SCAS) dans la motivation des détenus à entreprendre un traitement et permettant le contact avec des institutions thérapeutiques externes. Bien que la stratégie de prise en charge psychosociale soit la même dans les deux établissements, le CPG dispose actuellement d'un programme d'intervention plus harmonisé.

Quant aux **traitements de substitution en prison**, trois scénarios peuvent se présenter :

- la situation la plus fréquente s'applique à de nouveaux prisonniers sous traitement de substitution avant leur incarcération. Le personnel médical de la prison s'informe sur la pertinence de l'information donnée par le détenu en contactant le médecin prescripteur ou le programme national de substitution. En cas de confirmation, le programme est poursuivi (en maintenant ou réduisant la dose ou en faisant un traitement de sevrage)
- de plus en plus de détenus initient leur traitement en prison (ceci inclus les détenus ayant commencé l'usage d'opiacés en prison)
- des usagers d'opiacés ou déjà en programme de substitution introduisent une demande auprès du programme national de substitution 6 semaines avant leur mise en liberté. Des mesures de prise en charge continue et de resocialisation peuvent ainsi être assurées par des intervenants sociaux d'agences externes.



Les principaux produits de substitution prescrits en prison sont la méthadone (MEPHENON®), et dans une moindre mesure la buprénorphine (SUBUTEX®) et codéine. La prescription de benzodiazépines est très fréquente.

Vingt pourcent des détenus (majeurs) entrés au CPL en 2008 ont reçu un traitement de substitution, représentant un total de 216 personnes. 65% des individus entrent en prison pour des infractions liées aux drogues.

Tab. 9.9 Nombre de prisonniers ayant reçu un traitement de substitution aux opiacés (2008)

Année	2008
Méthadone (Méphénon)	215
Subutex	1
(Total)	216

Source: Comité de Surveillance SIDA: Rapport d'activités 2008

La dose moyenne de méthadone distribuée est de 30mg par jour (dose minimale : 2,5 mg et dose maximale : 110 mg). La durée de traitement moyenne est de 123 jours.

Prévention et réduction des problèmes liés à la consommation de drogues

En 2008, les activités du CPL se sont axées autour de trois piliers :

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

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

- **le développement de la santé et**
- **l'entraînement psycho-éducatif** spécifique pour détenus toxicodépendants dans le cadre d'un pavillon communautaire sans drogues (encadrement spécifique de minimum 4 mois avec une éventuelle prolongation)
- follow-up de la section sans drogue avec le « Programme Charly » créé en mai 2007, préparation multidisciplinaire et intensive à la thérapie : 25 (11) détenus

(Source : extraits du rapport d'activité du CHNP 2008)

En ce qui concerne le CPL, en 2008, 192 (147) demandes d'admission ont été adressées au programme TOX. 151 (92) demandeurs ont bénéficié d'un suivi psychosocial individuel. 25 (28) clients ont bénéficié de conseils individuels dans la prévention de MST. De plus, une plateforme toxicomanie et un projet e-learning ont été créés et initiés en 2008.

En 2008 le CPG a rapporté, 7 modules de prévention de la rechute, 5 modules de prévention du tabac, 3 modules de prévention HIV/SIDA et 8 groupes de paroles. 70 clients ont reçu un suivi psychosocial individuel et 873 rendez-vous conseil individuels ont été menés par l'équipe.

En 2007, le rapport d'évaluation externe⁵⁴ du projet TOX a été publié et a recommandé la continuation de l'action. Le programme fait actuellement partie du réseau RELIS (depuis 2009, les premières données sont attendues en 2010).

PRÉVENTION, TRAITEMENT ET PRISE EN CHARGE DES MALADIES INFECTIEUSES

Dans les deux centres pénitentiaires, les nouveaux détenus sont vus par le personnel médical dans le cadre de la procédure d'admission. Un test de dépistage HIV leur est proposé lors de la consultation médicale. Si le détenu accepte, d'autres maladies infectieuses comme la syphilis, hépatite A, B et C peuvent être dépistées simultanément.

En 2008, approximativement 650 tests HIV ont été réalisés. 12 tests se sont avérés positifs (10 hommes, 2 femmes), 6 co-infections (HIV/HCV) ont été diagnostiquées auprès d'usagers de drogues. Afin de prévenir une contamination future, une vaccination contre l'hépatite A et B est proposée aux détenus présentant une sérologie négative.

Un programme structuré de distribution de seringues a officiellement été créé en 2005 dans le cadre du programme de « prise en charge globale pour usagers de drogues au sein de centres pénitentiaires ». Les détenus désirant participer au programme doivent formuler une demande écrite au médecin de l'établissement. Après une consultation, le détenu reçoit un kit contenant 2 seringues qu'il pourra par la suite échanger à l'infirmerie. Etant donné que la consommation et possession de drogues est interdite, les prisonniers en possession d'une seringue dans leur kit ne seront pas sanctionnés pour possession d'ustensiles d'injection. En 2008, 36 kits ont été distribués et 178 seringues échangées. Le programme fonctionne sous secret médical et est opérationnel, bien qu'une série de changements soient actuellement en discussion afin d'augmenter la couverture et l'impact du programme.

Du matériel tel que l'acide ascorbique, des filtres, de l'eau physiologique stérile, des tampons d'alcool et des pansements sont mis à disposition des détenus dans les 2 infirmeries. Des préservatifs sont également disponibles à différents endroits discrets de la prison.

Dans le but de répondre à certaines demandes spécifiques en termes de maladies infectieuses dans les prisons, la création d'une offre de conseils sur les maladies infectieuses (COMATEP) incluant l'administration pénitentiaire et le CHL est actuellement en discussion.

⁵⁴ TREPOS, J.-Y. (2007) Evaluation du projet global de prise en charge des personnes toxicodépendantes en milieu pénitentiaire au Grand-duché de Luxembourg, Université Paul-Verlaine, Metz.



Prévention des risques de surdoses à la sortie de prison

Les incidents de surdoses à la sortie de prison sont une réalité documentée et sujet de recherche au niveau national. L'étude d'Origer & Dellucci de 2002 recommande notamment les mesures suivantes, basées sur une étude longitudinale approfondie au niveau national, des décès liés aux drogues :

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

De plus, la loi du 27 avril 2001 a introduit une importante modification de la loi de base sur la toxicomanie par rapport à la prévention de surdoses. L'art. 10-1 de ladite loi protège les usagers de drogues de peines de prison, dans le cas où ils viennent en aide (ou font appel à une aide médicale) pour un autre usager en danger. Ce changement est supposé réduire les cas de décès survenus lors de consommation en couple ou en groupe. Un nouveau flyer concernant les mesures à prendre en cas de présence lors d'une surdose et concernant les dispositions légales a été élaboré et largement distribué auprès des UPDs en 2009.

Pour les personnes présentant des carrières d'usagers de drogues, quittant la prison, une série de mesures telles que l'information et la sensibilisation, la mise en garde contre le polyusage et le suivi après la sortie de prison nécessitent d'être développées.

REINTEGRATION D'USAGERS DE DROGUES A LA SORTIE DE PRISON

Bien que la stratégie de prise en charge psychosociale soit presque identique au sein des deux centres pénitentiaires, le CPL dispose actuellement d'un programme d'intervention plus structuré. Le CPL gère un département psychosocial et éducationnel propre (SPSE). En collaboration avec le SCAS et l'association des gardiens de prison, il a élaboré un projet nommé « **DEFI** » qui a comme objectif le développement de moyens thérapeutiques, de cours d'éducation, de mesures de réinsertion socioprofessionnelle et la gérance de situations de surendettement durant la détention et durant la phase de sortie.

Le développement de synergies avec des institutions externes spécialisées dans le cadre d'un concept de prise en charge globale, en termes de mesures psychosociales, de traitement de substitution ou de support économique sont quelques uns des piliers en matière de prise en charge et de réintégration après la sortie de prison.

Le Centre Emmanuel (voir plus haut chapitre sur la réintégration sociale) contribue également de diverses manières à la (ré)insertion des usagers de drogues, pour autant que celle-ci soit possible.

10. LE MARCHÉ NATIONAL DE DROGUES ILLICITES

Introduction

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

Globalement, la vente de toutes les drogues se fait d'une manière de plus en plus agressive et directe. Depuis plusieurs années, on assiste à l'expansion de réseaux de distribution plus structurés à caractère purement commercial ce qui a résulté dans l'accroissement surtout de la cocaïne et des produits dérivés du cannabis au niveau national. Un phénomène récent consiste dans le fait que les groupements ethniques ont tendance à interagir et à se mélanger au niveau de l'organisation de la vente de la drogue, tandis qu'auparavant, aucune filière criminelle ne cherchait le contact avec les autres groupes. De plus, il a été observé que les trafiquants sont en train de délocaliser leurs points de vente vers des endroits moins visibles à la police, tels qu'appartements privés ou cafés.

Les demandeurs d'asile impliqués dans le trafic illicite de cocaïne sont pour la plupart originaires de l'Afrique de l'Ouest. Leur nombre a tendance à se stabiliser. Pour ce qui est de la distribution d'héroïne, il semble qu'il n'y ait pas de profil de nationalité prédominant. Un grand nombre de revendeurs proviennent de l'Afrique du Nord et transitent par la Belgique. Beaucoup de trafiquants ont basculé de la vente d'héroïne vers celle de la cocaïne et ont actuellement aussi tendance à s'impliquer dans la vente du cannabis.

Comparés à la situation observée en 2003, les niveaux de pureté de la cocaïne et de l'héroïne affichent une certaine stabilité. Une attention particulière est à accorder aux variations remarquables au niveau des puretés minimales et maximales ainsi qu'aux concentrations de THC (ayant dépassé les 30% dans des échantillons de cannabis saisis en 2007). Les prix de l'héroïne et de la cocaïne témoignent d'importantes variations, ceux des produits de type ecstasy continuent de baisser. Le cannabis et ses produits dérivés affichent cependant une certaine stabilité au cours des 5 dernières années en ce qui concerne le prix de vente au détail.

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



OFFRE ET DEMANDE

Facilité d'accès et d'obtention de drogues

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

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

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

	A proximité de mon domicile		A ou à proximité de l'école		Dans des soirées		Dans les cafés /clubs	
	2002	2004	2002	2004	2002	2004	2002	2004
Luxembourg	62,2	66%	60,5	63%	74.7	74%	73,2	70%
UE	61,9	63%	54,9	57%	76.0	79%	72,3	76%

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Origine des drogues

La production nationale de drogues illicites est non significative en termes de quantités et de qualité. En 2008, aucun laboratoire clandestin n'a été démantelé sur le sol luxembourgeois. Selon des sources⁵⁵ fournies par la Police Judiciaire et par toutes les unités décentralisées de la Police Grand-ducale (sections de recherche), la grande majorité des **drogues illicites consommées au Grand-duché de Luxembourg sont acheminées à partir des Pays-Bas** (où il y a production de cannabis et transit d'autres drogues) suivis de la Belgique (ecstasy et production de STA) et du Maroc (Cannabis). L'héroïne consommée au Luxembourg est pour la plupart originaire de l'Afghanistan, du Laos et de Myanmar et transite par les pays de l'Est. La cocaïne distribuée sur le marché national trouve en grande partie son origine au Brésil et les STA proviennent majoritairement des Pays-Bas suivis de la Pologne et de la République Tchèque. La voie routière demeure prépondérante au niveau de l'acheminement des drogues destinées au marché national ou en transit.

⁵⁵ Informations non publiées issues des services de la Police Judiciaire



Jusqu'au début des années '90, la plupart des personnes impliquées dans la distribution de drogues illicites étaient des consommateurs qui s'approvisionnaient au Pays-Bas ou qui faisaient acquisition de quantités supplémentaires réduites de drogues pour les revendre dans des réseaux restreints. Depuis l'ouverture des frontières de l'UE, on a observé le développement de **réseaux de distribution mieux organisés et plus professionnalisés**.

Modes de distribution de drogues illicites

Plus récemment différents groupes ethniques commencent à créer des synergies quant à la distribution et le trafic de drogues, alors qu'auparavant ces groupes opéraient séparément. La proportion d'étrangers impliqués dans le trafic de drogues était en hausse jusqu'en 2005 et a diminué sensiblement bien que les trafiquants étrangers représentent 74% (60% 2007). Les revendeurs locaux ne portent que des petites quantités de drogues sur eux, souvent en bouche, afin de pouvoir les avaler rapidement lors d'éventuelles altercations avec les forces de l'ordre. Initialement, des produits de bonne qualité ont été vendus à des prix bas. Progressivement cependant la clientèle, ainsi fidélisée, retrouvait des produits de moindre qualité et de prix plus élevé. Au cours des dernières années, le marché national a littéralement été **inondé par des drogues injectables de basse qualité** ce qui a eu des conséquences non négligeables sur les comportements de consommation des usagers à différents égards.

SAISIES

Quantités et nombre de saisies de drogues

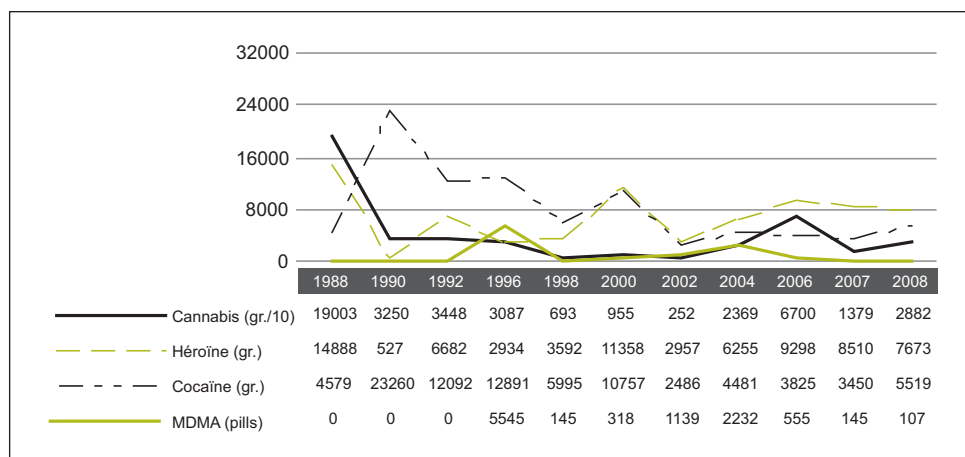
D'importantes variations au niveau de l'évolution des **quantités saisies** s'observent depuis le début des années 90 et ceci pour presque tous les types de produits. Une analyse longitudinale indique une tendance générale à la baisse jusqu'en 2002⁵⁶ des quantités d'héroïne, de cocaïne et de cannabis. A partir de 2002 on observe une hausse significative des quantités de drogues saisies, surtout prégnante pour l'héroïne et le cannabis. Pour la cocaïne, les quantités saisies affichent une grande variabilité depuis le début des années '90. Comparées aux données de 2007, les quantités saisies de toutes les substances listées ont augmenté en 2008 (excepté pour l'héroïne). Cette observation s'applique particulièrement au cannabis et la cocaïne.

Indépendamment des quantités saisies, on retient une augmentation discontinue du **nombre total de saisies** à partir de 1990. A partir de 2000, une hausse marquée est observée au niveau du nombre de saisies de cannabis alors que pour l'héroïne et la cocaïne une certaine stabilité s'est installée. A titre d'exemple, on retiendra qu'entre 1994 et 2008 le nombre de saisies de cannabis est passé de 167 à 580. Le **nombre total de personnes impliquées lors d'affaires de saisies** a connue une hausse continue jusqu'en 2000 et connaît une certaine stabilité depuis (2008 : 1.487 (1.027) personnes). Une majorité confirmée des personnes en question sont impliquées dans le trafic de cannabis et sont d'origine étrangère.

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

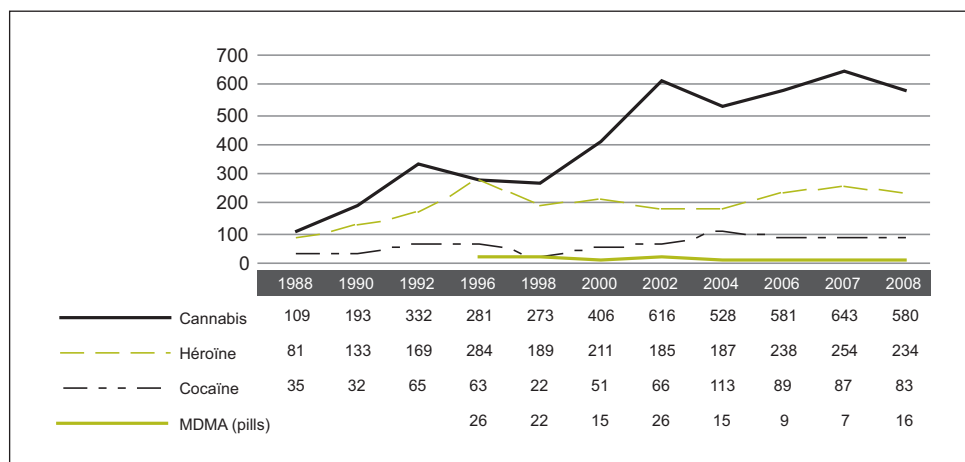
⁵⁶ Drogues non-transite destinées au marché national

Fig. 10.1 Quantités saisies: cannabis, héroïne, cocaïne et type ecstasy (1988 - 2008)



Source: Police Judiciaire – Section Stupéfiants 2008

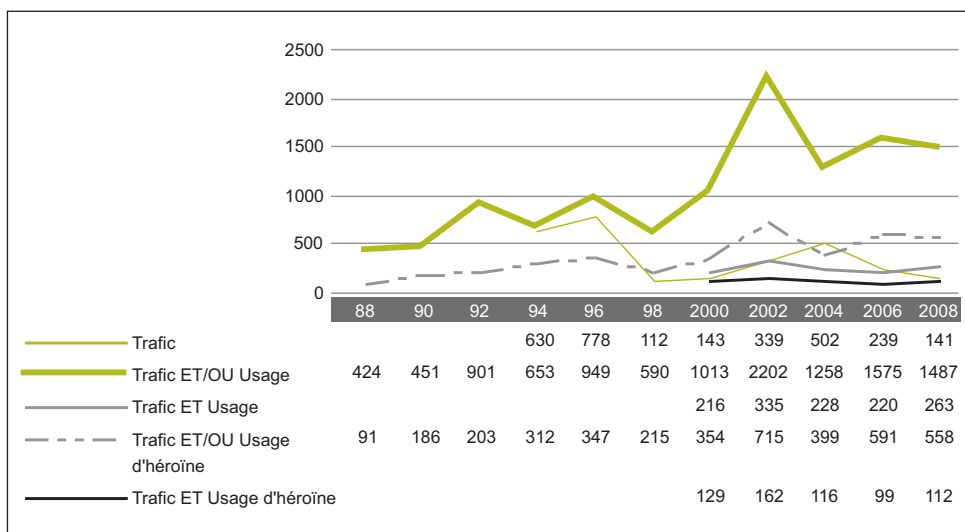
Fig. 10.2 Nombre de saisies: Cannabis, Héroïne, Cocaïne, MDMA, (1988 - 2008)



Source: Police Judiciaire – Section Stupéfiants 2008



Fig. 10.3 Nombre de prévenus impliqués dans des affaires de saisies selon le type d'infraction (1988-2008)



Source: Police Judiciaire – Section Stupéfiants 2008

Nombre de laboratoires clandestins et sites de production démantelés

Le dernier démantèlement d'un laboratoire clandestin de drogues synthétiques rapporté par les forces de l'ordre date de 2003. Depuis lors, aucune autre saisie de laboratoire n'a été rapportée.

Selon les données judiciaires, des cultures de cannabis sont repérées sporadiquement. Les cultures locales de cannabis sont relativement insignifiantes en termes de quantité et la production nationale est limitée à des cultures intérieures restreintes (la plupart dédiées à un usage personnel et non à la recherche d'un profit économique).

PRIX/PURETES

Prix des drogues (prix des rues)

Les **prix moyens** de l'héroïne (brune), de la cocaïne et des substances de type ecstasy ont chuté de 1998 à 2002/2003, bien que les marges de prix soient devenues plus importantes et les prix maximaux plus particulièrement pour la cocaïne et l'héroïne aient atteint des valeurs plus élevées depuis 2004, ce qui est dû à une forte variabilité des puretés. Le cannabis et ses produits dérivés ont cependant affiché une certaine stabilité au cours des dernières 7 années. Typiquement l'héroïne est vendue sur le marché national sous forme de « boule » contenant 0,2 à 0,4 grammes au prix de 12 à 25. - euros. Le cannabis se vend majoritairement en unités de 2,5 à 3 grammes au prix de 25. - euros.

Table 10.2 Evolution des prix de vente au détail (1994-2008)

	1994	1998	2000	2002	2004	2005	2006	2007	2008
Cannabis									
Haschisch		5-6	7.4		7.3	7.3		8	8-10
Marijuana	5-6	2.5-3	6.2	7	7.3	7.3	8	7.5	5-10
Cocaïne	100-150	120-170	90	50	20-120	20-110	30-100	30-100	70-100
Héroïne (brown)	65-150	90-150	74.4	50	82	80	50-90	50-90	60-80
STA		25-30	n.a.	25	n.a.	n.a.	5	5	20
Ecstasy		9-13	10,7	7	10	10	5	5	5-15
LSD	11-13	1-13	n.a.	n.a.	10	10	n.a.	n.a.	5-15

Sources : Police Judiciaire – Section Stupéfiants confirmé par TOXIN 2008

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.

Pureté/potentialité des drogues illicites

Par rapport à 2003, les degrés de puretés de l'héroïne et de la cocaïne restent relativement stables. Il est important de suivre attentivement les variations des puretés et plus particulièrement les concentrations maximales de THC du cannabis (ayant atteint un taux maximal entre 20 et 30% dans des échantillons de marijuana saisis au Luxembourg en 2007 et 2008). En 2008 les concentrations maximales de marihuana (25%) et de hashish (22,45%) se sont alignées davantage que les années précédentes.

De fortes différences entre le degré maximal et minimal de pureté sont observées pour toutes les substances. A titre d'exemple l'héroïne et la cocaïne témoignent de taux de puretés très élevés. Ces valeurs doivent néanmoins être considérées avec précaution, les données pouvant contenir des échantillons de saisies à un niveau intermédiaire, c.-à-d. d'échantillons non encore destinés à la consommation et auxquels des substances de « coupe » auraient été ajoutées avant la mise sur le marché.



Table 10.3 Degrés de pureté des produits illicites sur le marché national (1996-2008)

	1996 Pur. (%)	1998 Pur. (%)	2000 Pur. (%)	2002 Pur. (%)	2004 Pur. (%)	2006 Pur. (%)		2007 Pur. (%)			2008 Pur. (%)			
	Moyenne	Moy.	Moy.	Moy.	Moy.	MIN.	MAX.	Moy.	MIN.	MAX.	Moy.	MIN.	MAX.	Moy.
Cannabis (THC)			8,03	7,96	6,94	0,15	25,85	7,36	2,2	31,05	9,61	1,60	25	9,82
Marihuana									3,5	31,05	10,21	1,60	25	9,75
Hashish									2,2	18,02	8,52	2,25	22,45	10,3
Cocaïne	60-90	60-90	60,25	62,99	62,37	11,7	100	61,78	4,25	97,11	54,65	9,20	99,20	52,13
Héroïne (brown)	15-23	20-25	17,59	9,97	17,07	3,6	40,9	14,48	3,85	22,75	14,95	0,95	56,70	14,5
STA				15,09	9,44	3,6	15,35	7,1	2,7	33,25	13,81	0,50	43,65	18,2
Ecstasy ⁵⁷ (MDMA)			35,5	71,11	29,77	1,2	43,98	26,44	0,20	39,29	20,52	4,83	68,28	23,52
(MDEA)			6,8		6,25				0,69	1,81	1,25	18	28,23	23,57
(MDA)														
Psilocine				0,15	0,41	/	/	/	/	/	/	/	/	/

Sources : Police Judiciaire – Section Stupéfiants / Laboratoire National de Santé. Division Toxicologie. 2008.

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

Composition des comprimés

Les informations reprises dans cette section ont été fournies par le Laboratoire National de la Santé (LNS) et la Police Judiciaire et ont été formatées par le PFN.

Au total 64,5 comprimés ont été analysés en 2008, provenant de 49 échantillons différents. Dix-huit échantillons contenaient exclusivement de l'MDMA comme substance active, 8 de l'MDMA et des traces de STA, et 2 échantillons analysés sont composés de MDMA et de mcPP (Meta-Chlorophenylpiperazine).

Deux échantillons étaient uniques : le premier contenant du mcPP mélangé à du metoclopramide et le second un mélange de MDMA, MDA et de MDE.

Un troisième groupe de produits analysés était composé de méthadone.

La dernière catégorie de comprimés ou de pilules analysés contiennent des substances non classées (tableau I ou II) telles que l'ibuprofène et le paracétamol.

Les agents de coupe les plus souvent retrouvés dans le MDMA, les amphétamines ou le mcPP sont le sucre et la caféine.

⁵⁷ Ecstasy : dose en mg/comprimé

BIBLIOGRAPHIE

Liste alphabétique des références bibliographiques

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

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

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

Bundesamt für Gesundheit (2006), *Handbuch Heroingestützte Behandlung, Richtlinien, Empfehlungen, Information*, Bern.

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

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

Centre de Prévention des Toxicomanies (2009), *Bilan d'activités 2008*. CePT, Luxembourg.

CNDS / TOXIN (2009), *Rapport d'activités 2008*, CNDS, Luxembourg.

Comité de surveillance du Sida, (2009), *Rapport d'activités 2008*, Luxembourg.

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

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

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

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

European Commission (2008), *Young people and drugs among 15-24 years-olds*, Analytical report, Flash Eurobarometer 233 – The Gallup Organization, Brussels.

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



European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2007), *Annual report on the state of the drugs problem in the European Union 2006*, Office for official publications of the European Communities, Luxembourg.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2008), *Annual report on the state of the drugs problem in the European Union 2007*, Office for official publications of the European Communities, Luxembourg.

Fischer, U., Krieger, W. (1998), *Suchtprävention an der Gemeng - Entwicklung, Durchführung und Evaluation eines Modells zur gemeindeorientierten Suchtprävention*. CePT, Luxembourg.

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

Fischer, U. (2002), *Beschreibung und Evaluation der Kampagne 2001 "Keen Alkohol ënner 16 Joer, mir halen eis drun!."*, CePT, Luxembourg.

Fonds de Lutte contre le Trafic des Stupéfiants (2008), *Rapport d'activités 2007*, Ministère des Finances, Luxembourg.

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

Groupe de Mondorf (2001), *Classeur d'information, NFP – CRP Santé*, Luxembourg.

Hartnoll R. (1994), *Drug treatment systems and first treatment demand indicator - Definitive protocol*, Pampidou Group, Council of Europe, Strasbourg.

ICAA (2001), *Encyclopaedia on substance abuse*, LH Publishing 2000.

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

Jugend an Drogenhëllef (2009), *Jahresbericht 2008*. JDH, Luxembourg.

Lambrette G. (2009), *Projet « START », constats et réflexions autour du projet de réinsertion professionnelle pour personnes toxicomanes au Grand-duché de Luxembourg*, Centre Emmanuel asbl, Luxembourg.

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

Matheis J. et al. (1995), *Schüler an Drogen*. IEES, Luxembourg.

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

Ministère de l'Education nationale et de la Formation professionnelle (2006), *Le décrochage scolaire au Luxembourg*. Ministère de l'Education nationale et de la Formation professionnelle Luxembourg.

Ministère de la Famille, de la Solidarité Sociale et de la Jeunesse (2001), *Plan d'Inclusion social – Rapport 2001 – 2003*, Ministère de la Famille, de la Solidarité Sociale et de la Jeunesse. Luxembourg.

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

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

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

Ministère de la Santé (2009), *Rapport d'activités 2008*, Ministère de la Santé, Luxembourg.

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

Ministère de la Santé (2009), *Rapport d'activités 2008*, Ministère de la Santé, Luxembourg.

- Ministère de la Santé (2002), *Das Wohlbefinden der Jugend – HBSC Studie*, Direction de la Santé, Luxembourg.
- Ministère de la Santé (2005), *Stratégie et plan d'action 2006 – 2010 en matière de lutte contre le HIV/SIDA*, Ministère de la Santé, Luxembourg.
- O.M.S. (1997), CIM-10 / ICD-10 - *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement*, ISBN: 2-225-84609-X. Masson, Paris.
- Origer, A. (1995), *Etude épidémiologique de la population toxicomane en milieu carcéral au Grand-Duché de Luxembourg*, In rapport du Réseau National d'Information sur les Drogues et les Toxicomanies. AST - Point Focal OEDT- Ministère de la Santé, Luxembourg.
- Origer, A. (1996), *Procedures to avoid double counting in drug treatment reporting systems*, AST - Point Focal O.E.D.T Luxembourg - Ministère de la Santé, Luxembourg.
- Origer, A. (1997), *Etude comparative des cas de décès par overdose au Grand-Duché de Luxembourg 1993/ 1994 et 1995/1996*, in rapport du Réseau National d'Information sur les Drogues et les Toxicomanies. AST - Point Focal OEDT - Ministère de la Santé, Luxembourg.
- Origer, A. (1998), *Enquête auprès des médecins généralistes et des médecins psychiatres sur la prise en charge des patients toxicomanes*, in Rapport RELIS 1997. Ministry of Health, NFP, Luxembourg.
- Origer, A. (1998), *Local drug prevalence estimates for Luxembourg-City*, in Annual report on the state of the drugs problem in the European Union. EMCDDA, Lisbon.
- Origer, A. (1999), *Comparative study on the drug population of Portugal and a representative sample of Portuguese drug addicts residents of the Grand Duchy of Luxembourg*, Point Focal OEDT Luxembourg - Ministère de la Santé, Luxembourg.
- Origer, A. (2001), *Estimation de la prévalence nationale de l'usage problématique de drogues à risque élevé et d'acquisition illicite - Etude comparative multi-méthodes 1997 – 2000, Séries de recherche n°2*, Point focal OEDT Luxembourg - CRP-Santé, Luxembourg.
- Origer, A. (2008), *Rapport sur l'opportunité et la faisabilité d'un projet de distribution de stupéfiants sous contrôle médical au Grand-Duché de Luxembourg – Concept cadre*, Ministry of Health, Luxembourg
- Origer, A., Pauly R. (2000), *Mortality rate in problem drug users*, Direction de la Santé, NFP, Luxembourg.
- Origer, A., Dellucci, H. (2002), *Etude épidémiologique et méthodologique des cas de décès liés à l'usage illicite de substances psycho-actives Analyse comparative (1992-2000), Séries de recherche n°3*, Point focal OEDT Luxembourg-CRP Santé, Luxembourg.
- Origer, A., Cloos, J.-M. Dr. (2003), *Study on socio-economic costs of drug addiction and the fight against drugs. Séries de recherche n°4*. EMCDDA Focal point - CRP-Santé, Luxembourg.
- Origer, A., Removille, N. (2007), *Prévalence et propagation des hépatites virales A, B, C et du HIV au sein de la population d'usagers problématiques de drogues d'acquisition illicite. Dépistage, vaccination HAV et HBV, orientation et réduction des risques et dommages* ». Point focal OEDT Luxembourg-CRP Santé, Luxembourg.
- Schlink, J. Dr (1999), *Etude épidémiologique des infections à l'HIV et à l'hépatite virale C dans les prisons luxembourgeoises, CPL, Luxembourg*.
- Service Central de la Statistique et des Etudes Economiques (2008), *Annuaire Statistique du Luxembourg 2007* STATEC, Luxembourg.
- Service Central de la Statistique et des Etudes Economiques (2006), *Les activités illégales liées à la drogue : estimation de leur impact économique au Luxembourg*, Statnews n° 35/2006 et Bulletin du Statec n° 2-2006, Luxembourg.
- Trépos, J.-Y. (2007), *Evaluation du projet global de prise en charge des personnes toxicodépendantes en milieu pénitentiaire au Grand-Duché de Luxembourg*, Université Paul-Verlaine, Metz.



Liste alphabétique des liens Internet

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

<http://www.msr.lu>

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

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

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

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

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

ANNEXES

- A. Liste des figures, tableaux et cartes
- B. Classification sommaire des substances psychoactives retenues au niveau du protocole RELIS 2008
- C. Définitions (CIM-10, DSM IV) de l'abus, l'usage nocif et de la dépendance
- D. Participation des organismes nationaux à des projets de recherche européens ou nationaux dans les domaines des drogues illicites et de la toxicomanie
- E. Organigramme des acteurs nationaux impliqués dans la lutte contre la toxicomanie

ANNEXE A

Liste des figures, tableaux et carte

Fig. 1.1	Budget annuel du Ministère de la Santé alloué à des activités liées aux drogues 2000 – 2009	p.36
Fig. 1.2	Progression annuelle du budget du Ministère de la Santé et les ressources humaines allouées aux activités liées aux drogues 2004 - 2009	p.36
Fig. 1.3	Thèmes liés à la drogue dans la presse nationale de août 2008 à juillet 2009	p.39
Fig. 2.1	Prévalence vie de l'usage de drogues illicites selon l'âge (% valides) (Fischer 1999)	p.41
Fig. 2.2	Prévalence vie/actuelle de l'usage de cannabis selon l'âge: Echantillon cinéma (% valides) (Fischer 2000)	p.42
Fig. 2.3	Prévalence vie/actuelle de l'usage de cannabis selon l'âge: Echantillon communes (% valides) (Fischer 2000)	p.43
Fig. 2.4	Prévalence de vie d'usage de drogues selon l'âge (% valides) (Matheis, Prussen 1995)	p.45
Fig. 2.5	Prévalence vie selon l'âge (% valides) (HBSC 2000)	p.46
Fig. 2.6	Prévalence de vie d'usage de drogues selon groupes d'âge (% valides) (Meisch 1998)	p.48
Fig. 2.7	Prévalence actuelle et prévalence vie de l'usage de cannabis selon les niveaux d'étude (% valides) (Fischer 2000)	p.49
Fig. 2.8	Prévalence vie : Population scolaire - 12 à 20 ans	p.50
Fig. 2.9	Prévalence vie : Population scolaire - 16 à 20 ans	p.50
Fig. 2.10	Prévalence vie : Population scolaire - 13 à 14 ans	p.51
Fig. 2.11	Prévalence vie : Population scolaire - 15 à 16 ans	p.51
Fig. 2.12	Prévalence derniers 12 mois : Population scolaire - 12 à 20 ans (HBSC 2000)	p.51
Fig. 2.13	Prévalence derniers 30 jours : Population scolaire - 13 à 20 ans (Fischer 2000)	p.52
Fig. 4.1	Prévalence de l'usage problématique de drogues à risque élevé (HRC) (2007) et intervalles de confiance	p.63
Fig. 4.2	Prévalence de l'usage problématique de drogues à risque élevé (HRC) (1997-2007)	p.63
Fig. 4.3	Prévalence des UPDs, usage d'héroïne et usage iv (1997-2007) par 1.000 habitants	p.65
Fig. 4.4	Prévalence (usage problématique de drogues à haut risque) et évolution d'indicateurs indirects	p.66
Fig. 6.1	Proportion (%) d'UIDs parmi nouveaux cas d'HIV (1985-2008)	p.84
Fig. 6.2	Contacts avec des service(s) d'aide psychiatrique 1998- 2008	p.88
Fig. 6.3	Raisons pour la demande d'aide psychiatrique 1998-2008	p.89
Fig. 6.4	Détection de cannabis – Accidents de la route (1995-2007)	p.90
Fig. 6.5	Mortalité associée à l'usage illicite de drogues (directe-indirecte-mortalité totale) de 1990 à 2008	p.91
Fig. 6.6	Taux de mortalité associée à l'usage illicite de drogues (directe-indirecte-mortalité totale) par 100.000 habitants âgés de 15 à 64 de 1990 à 2008	p.92
Fig. 6.7	Distribution selon le sexe des victimes de surdosages mortels (1992-2008) (%)	p.93
Fig. 7.1	Surdosages non fatales, médicalement assistées rapportées par les répondants RELIS (2000-2008) (% valides)	p.103
Fig. 8.1	Dernier lieu de résidence connu 1995 – 2008	p.106
Fig. 8.2	Taux d'inoccupation professionnelle (1995 - 2008)	p.107
Fig. 8.3	Distribution selon le revenu primaire (1995 - 2008)	p.107
Fig. 8.4	Niveau scolaire des répondants RELIS (2008)	p.108



Fig. 8.5	Consommation de drogues dans la famille d'origine. 1994-2008	p.109
Fig. 10.1	Quantités saisies: cannabis, héroïne, cocaïne et type ecstasy (1988 - 2008)	p.127
Fig. 10.2	Nombre de saisies: Cannabis, Héroïne, Cocaïne, MDMA (1988 - 2008)	p.127
Fig. 10.3	Nombre de prévenus impliqués dans des affaires de saisies selon le type d'infraction (1988-2008)	p.128
Tab. 1.1	Estimation nationale des dépenses publiques directement attribuables à la lutte anti-drogue (EN)	p.29
Tab. 1.2	Estimation nationale des dépenses publiques indirectes en matière de lutte anti-drogue (EN)	p.31
Tab. 1.3	Dépenses publiques en fonction de la classification COFOG, premier niveau (2008)	p.34
Tab. 1.4	Dépenses publiques en fonction de la classification COFOG, deuxième niveau (2008)	p.34
Tab. 2.1	Résultats comparatifs des études sérielles HBSC 2002 et HBSC 2005/2006	p.47
Tab. 2.2	HBSC 2002 et 2005/2006 : Prévalence derniers 12 mois selon l'âge	p.52
Tab. 4.1	Prévalence et taux de prévalence en fonction de sous-groupes sélectionnés (1997 – 2007)	p.64
Tab. 4.2	Caractéristiques principales des UPDs répertoriés par le réseau de surveillance national, RELIS (pourcentage valide)	p.67
Tab. 5.1	Traitements de la toxicomanie à l'étranger rapportés par l'UCM (1996-2007)	p.77
Tab. 5.2	Contacts institutionnels de la population toxicomane (Comptages multiples inter-institutionnels inclus)	p.78
Tab. 5.3	Prescription ambulatoire de substances de substitution par le réseau national de médecins agréés 1999 – 2008	p.81
Tab. 6.1	Prevalence of hepatitis B surface antigens (HBsAG), antibodies to hepatitis B core antigen (anti-HBc), Hepatitis C virus (anti-HCV), and HIV (anti-HIV 1 and 2) in PDUs and ever-injectors according to National recruitment settings	p.85
Tab. 6.2	Sommaire des études nationales de prévalence d'HIV au sein des populations d'usagers de drogues	p.86
Tab. 6.3	Sommaire des études nationales de prévalence du sida au sein des populations d'usagers de drogues	p.86
Tab. 6.4	Sommaire des études nationales de prévalence d'HBV au sein des populations d'usagers de drogues	p.87
Tab. 6.5	Sommaire des études nationales de prévalence d'HCV au sein des populations d'usagers de drogues	p.87
Tab. 6.6	Distribution selon l'âge des victimes de surdosages mortels (1992 à 2008)	p.94
Tab. 7.1	Statistiques clients des services du centre TOXIN	p.97
Tab. 7.2	Programme national d'échange de seringues 1996-2008	p.100
Tab. 9.1	Arrestations par type d'institution (1995-2008)	p.113
Tab. 9.2	Arrestations: type de délit, croisé par la substance impliquée (1995-2008)	p.113
Tab. 9.3	Nombre d'interventions de nature répressive (1995-2008)	p.114
Tab. 9.4	Données socio-démographiques des prévenus (1986-2008)	p.114
Tab. 9.5	Répartition selon les statuts de premier auteur et de mineur d'âge (1992-2008)	p.115
Tab. 9.6	Répartition selon le statut de premier auteur (consommateur et consommateur/revendeur) et substance impliquée ad minima (1992-2008)	p.115
Tab. 9.7	Statistiques Clients SOLIDARITE-JEUNES 1997-2008	p.116
Tab. 9.8	Admissions générales et DELIT 'STUP' dans les deux prisons (1989-2008)	p.118
Tab. 9.9	Nombre de prisonniers ayant reçu un traitement de substitution aux opiacés (2008)	p.120
Tab. 10.1	Perception de la facilité de se procurer des drogues au G.-d. de Luxembourg (2002/2004)	p.124
Tab. 10.2	Evolution des prix de vente au détail (1994-2008)	p.129
Tab. 10.3	Degrés de pureté des produits illicites sur le marché national (1996-2008)	p.130
Carte 5.1	Couverture géographique de structures spécialisées dans la prise en charge de la toxicomanie au Grand-duché de Luxembourg (statut 2008)	p.73

ANNEXE B

CLASSIFICATION SOMMAIRE DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES RETENUES AU NIVEAU DU PROTOCOLE RELIS 2008

I) Substances psychoactives d'acquisition illégale

1. *STIMULANTS DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL*

- **Amphétamines et méthamphétamines stimulantes**
AMPHETAMINES (non spécifiées)
METHYLE PHENIATE
PHENMETRAZINE
EPHEDRINE, NOREPHEDRINE, PSEUDOEPHEDRINE
AUTRES FORMES
- **Cocaïne**
COCAINE HYDROCHLORIDE
COCAINE BASE (ex. : " CRACK ")
AUTRES FORMES
- **Plantes**
KHAT (CATHINONE, CATHINE)
- **Stéroïdes androgènes anabolisants**

2. *SÉDATIFS ET HYPNOTIQUES*

(usage non thérapeutique/absence de prescription médicale)

- **Anxiolytiques - hypnotiques**
BARBITURIQUES (ex. amobarital, sécobarital, etc.)
BENZODIAZEPINES ET ANALOGUES (ex. diazépam, estazolam, flunitrazépam, midazolam, témazépam, etc.)
DIVERS (ex. méthaqualone)
- **Substances volatiles**
COLLE
BUTANE
SOLVANTS
PETROLE
NITRITES
AUTRES INHALANTS VOLATILES PSYCHOACTIFS



3. OPIACÉS ET OPIOIDES

HEROINE DIAMORPHINE

MORPHINE, Chlorhydrate

MORPHINE, Sulfate

OPIUM

PRODUITS DE SUBSTITUTION (METHADONE, CODEINE, BUPRENORPHINE, PALFIUM, LAAM...) (usage non thérapeutique / absence de prescription médicale)

AUTRES PRODUITS DE TYPE OPIACÉ

4. HALLUCINOGENES

- **ANTICHOLINERGIQUES**

BELLADONE

DATURA

JUSQUIAME

MANDRAGORE

- **(0) CANNABINOLS ET CANNABINOÏDES**

CANNABIS

MARIHUANA

HASCHISH

- **INDOLES**

(0) CHAMPIGNONS (Psilocine, Psilocybine)

(0) DMT

(0) LSD / Lysergide

(0) autres

- **PHENYLALCOYLAMINES**

MDA (ténamfétamine (ecstasy, XTC, E, Eve...))

MDMA

MMDA

N-ETYL MDA (MDE, MDEA)

METHYL-4-AMINOREX (ice)

(0) PEYOTL (Mescaline)

- **AUTRES**

PHENCYCLIDINE (PCP)

II) SUBSTANCES PSYCHOACTIVES D'ACQUISITION LÉGALE

1. SÉDATIFS ET HYPNOTIQUES (usage thérapeutique / prescription médicale)

- **ANXIOLYTIQUES - HYPNOTIQUES**

- (0) BARBITURIQUES (ex. amobarital, sécobarital, etc.)
- (0) BENZODIAZEPINES ET ANALOGUES
(ex. diazépam, estazolam, flunitrazépam, midazolam, témazépam, etc.)
- (0) DIVERS (ex. méthaqualone)

- **SUBSTANCES VOLATILES**

COLLE
BUTANE
SOLVANTS
PETROLE
NITRITES
AUTRES INHALANTS VOLATILES PSYCHOACTIFS

2. OPIACÉS

- (0) PRODUITS DE SUBSTITUTION (METHADONE, CODEINE, BUPRENORPHINE, PALFIUM, LAAM...)
(usage thérapeutique / sous prescription médicale)

REMARQUES :

(0) Si usage exclusif de la substance visée dans le contexte décrit le répondants n'est pas recensé au niveau de la base RELIS

Les mélanges qui incluent plusieurs des substances citées sont à classer dans la catégorie du produit le plus dangereux contenu dans ces derniers.



ANNEXE C

ABUS, USAGE NOCIF ET DÉPENDANCE, DÉFINITIONS (CIM10, DSM IV)

Abus de substance psychoactive [DSM IV]

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

1. Utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison (par exemple absences répétées ou mauvaises performances au travail du fait de l'utilisation de la substance, absences, exclusions temporaires ou définitives de l'école, négligence des enfants ou des tâches ménagères).
2. Utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux (par exemple, lors de la conduite d'une voiture ou en faisant fonctionner une machine alors qu'on est sous l'influence d'une substance).
3. Problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance (par exemple, arrestations pour comportement anormal en rapport avec l'utilisation de la substance).
4. Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance (par exemple disputes avec le conjoint à propos des conséquences de l'intoxication, bagarres).

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

Utilisation nocive pour la santé (CIM10)

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

Le diagnostic repose sur des preuves manifestes que l'utilisation d'une ou plusieurs substances a entraîné des troubles psychologiques ou physiques. Ce mode de consommation donne souvent lieu à des critiques et a souvent des conséquences sociales négatives. La désapprobation par autrui, ou par l'environnement culturel, et les conséquences sociales négatives ne suffisent toutefois pas pour faire le diagnostic. On ne fait pas ce diagnostic quand le sujet présente un syndrome de dépendance, un trouble spécifique lié à l'utilisation d'alcool ou d'autres substances psychoactives.

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

Dépendance DSM IV (1994)

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

- 1- Tolérance, définie par l'une ou l'autre des manifestations suivantes: a. besoin de quantités nettement majorées de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré; b. effet nettement diminué en cas d'usage continu de la même quantité de substance.
- 2- Sevrage, comme en témoignent l'une ou l'autre des manifestations suivantes: a. syndrome de sevrage caractéristique de la substance; b. la même substance (ou une substance apparentée) est prise dans le but de soulager ou d'éviter les symptômes de sevrage.
- 3- Substance souvent prise en quantité supérieure ou sur un laps de temps plus long que ce que la personne avait envisagé.
- 4- Désir persistant ou efforts infructueux pour réduire ou contrôler l'utilisation de la substance.
- 5- Temps considérable passé à faire le nécessaire pour se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets.
- 6- D'importantes activités sociales, occupationnelles ou de loisirs sont abandonnées ou réduites en raison de l'utilisation de la substance.
- 7- Poursuite de l'utilisation de la substance malgré la connaissance de l'existence d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent déterminé ou exacerbé par la substance.

Précision:

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

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



ANNEXE D

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

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

	1999/2002	Etude épidémiologique et méthodologique des cas de décès liés à l'usage de drogues (1992-2000).	PFN
	1999/2001	Etude comparative multi-méthodes : Estimation de la prévalence nationale de l'usage problématique de drogues à risque élevé et d'acquisition illicite	PFN
	2000/2002	Etude du coût économique direct des interventions et de la politique publique en matière de drogues et de toxicomanie au Grand-Duché de Luxembourg	PFN Direction de la Santé Ministère de l'Education Nationale
	2003/2006	Recherche-action sur la prévalence du HIV et HCV au sein de la population toxicomane	Fonds de lutte contre le trafic des stupéfiants
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 E.U.	OEDT
	1998-2000	Technical development and maintenance of the EDDRA system	OEDT
	1998-2000	Study to obtain comparable national estimates of problem drug use prevalence for all EU Member states	OEDT
	1998-2000	Implementing standards for collecting data on drug-related deaths in the EU Member States	OEDT
	1999	Linguistic equivalences in the field of drug terminology	OEDT
	1999-2000	Technical development and maintenance of Evaluation Instrument Bank (EIB)	OEDT



		1999-2000	Mapping available information on social exclusion and drugs, focusing on minorities across 15 EU Member states.	OEDT
		1999-2000	Set-up of the EMCDDA's legal database on drugs	OEDT
		2002	Launch of the <i>Drugs in focus</i> , a series of policy briefings	OEDT
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/ZePF/ PFN		1996-98	Etude exploratoire sur la prévalence de la consommation d'MDMA (XTC) parmi une population de jeunes	Fonds de lutte contre le trafic des stupéfiants
		1999-2000	Etude exploratoire sur la consommation et les attitudes en matière du cannabis et de ses dérivés	CePT, PFN
		2002	Civic engagement in drug addiction prevention	CePT, Commission européenne
		2004	Manuel MOQUAVO: Motivation and qualification of volunteers in drug addiction prevention	CePT, Commission européenne
Laboratoire National de Santé		1981	Contribution à la recherche de drogues toxicomanogènes dans les milieux biologiques	
		1989	Analyses de différents produits en vue de la comparaison de résultats avec d'autres laboratoires européens	Commission européenne - DG V
		1990	The Drugs of Abuse/Scene 90	
		1995	Analyse des causes médicales de la mort des victimes par overdose au Grand-duché de Luxembourg de 1984 - 1995	Ressources ad-hoc
JDH et Action Sociale pour Jeunes a.s.b.l.	Horizon	1993-94	Formation - réinsertion prof. et sociale de populations défavorisées (Toxicomanes)	C.E. + 40% Fonds Social Européen

	REITOX - O.E.D.T	1993- ...	Participation 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
CTM	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 – Aidsbe-rödung	Careful Communication	1995-...	Analyse du processus de communication entre les médecins, personnel de soins et leurs patients (séropositifs, toxicomanes). Publication d'un manuel de formation	CE – DG V
Centre de Recherche Public - (CRP-Santé)		(88/05)	Etude des résistances cellulaires aux drogues.	Ressources ad hoc
		(94/01)	Biodisponibilité et détection de drogues illicites et de certains médicaments dans les cheveux.	Mémoire de fin de stage
		(96/06)	Impulsive behaviour and genes implicated in serotonin neurotransmission. An association study	



(96/08) Evaluation structurée des handicaps
(déficiences, incapacités,
désavantages) résultant des troubles
mentaux et des troubles liés
à l'alcool et aux drogues

Gendarmerie Grand-Ducale	1991	Etude criminologique des cas de victimes d'overdose	Ressources ad hoc
CEPS/ INSTEAD	1982	Analyse critique de la situation actuelle de la toxicomanie et de la consommation de drogues illicites dans les pays de la CE	
	1996	Etude de la consommation de drogues légalles et illégales dans l'enseignement secondaire	C.E. – DG V Ressources ad hoc
Administration pénitentiaire	1998/99	Etude épidémiologique des infections HIV et hépatites virales B et C dans les prisons luxembourgeoises	Administration pénitentiaire Commission européenne - DG V Fonds de lutte contre le trafic des stupéfiants
Institut grand-ducal de Luxembourg	1976	Recherches sur la série de molécules analogues au principe actif du haschisch	
STATEC	Projet européen : étude de faisabilité de la mesure des activités illégales	2006	Les activités illégales liées à la drogue : estimation de leur impact économique au Luxembourg





ANNEXE E

ORGANIGRAMME DU RESEAU DE COLLABORATION DU POINT FOCAL OEDT LUXEMBOURG

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

COOPÉRATION INTERNATIONALE

GROUPE INTERMINISTÉRIEL "TOXICOMANIE"

MINISTÈRE DE LA SANTÉ

DIRECTION DE LA SANTÉ (7 DIVISIONS / 6 SERVICES)

(...)

Service d'Action Socio-Thérapeutique

(...)

Division de Médecine Préventive et Sociale

Division de la Pharmacie et des Médicaments

(...)

composée de représentants des :

- ▶ PARQUET GÉNÉRAL
- ▶ POLICE JUDICIAIRE
- ▶ POLICE GRAND-DUCALE
- ▶ DIRECTION DES DOUANES ET ACCISES
- ▶ MINISTÈRE DE LA JUSTICE
- ▶ MINISTÈRE DES AFFAIRES ÉTRANGÈRES
- ▶ MINISTÈRE DE LA FORCE PUBLIQUE
- ▶ MINISTÈRE DE LA SANTÉ
- ▶ DIRECTION DE LA SANTÉ
- ▶ MINISTÈRE DE LA FAMILLE ET DE LA SOLIDARITÉ (...)
- ▶ MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE (...)
- ▶ MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR (...)

CENTRE DE RECHERCHE PUBLIC - SANTÉ

POINT FOCAL OEDT LUXEMBOURG

(...)

Services conventionnés participant au réseau RELIS

CNDS - TOXIN

3 centres JDH

SOLIDARITE JEUNES
(Jongenheem asbl)

Prg.
METHADONE

AIDSBERODUNG
CROIX-ROUGE

KONTAKT 28

Services non-conventionnés participant au réseau RELIS

Centre Hospitalier du
Luxembourg (CHL)

Centres
pénitentiaires de
Schrassig/Givenich

Centre hospitalier
Neuropsychiatrique
(CHNP)

Centre Thérapeutique de
Mantemach (CHNP)

POLICE JUDICIAIRE
Section
des stupéfiants

Centre Emmanuel

COOPÉRATION NATIONALE



CENTRE DE RECHERCHE PUBLIC

crp



SANTÉ

CRP-Santé /Point focal OEDT LUXEMBOURG

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

Tél : (352) 26 97 07 - 39 / 49

Fax : (352) 26 97 07 19

alain.origer@ms.etat.lu

sofia.lopes@crp-sante.lu

celine.diederich@crp-sante.lu

