

N° 167

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2015-2016

Enregistré à la Présidence du Sénat le 19 novembre 2015

AVIS

PRÉSENTÉ

au nom de la commission des affaires sociales (1) sur le projet de loi de finances pour 2016, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE,

TOME II

DIRECTION DE L'ACTION DU GOUVERNEMENT - MISSION INTERMINISTÉRIELLE DE LUTTE CONTRE LES DROGUES ET LES CONDUITES ADDICTIVES (MILDECA)

Par M. Gilbert BARBIER,

Sénateur.

(1) Cette commission est composée de : M. Alain Milon, *président* ; M. Jean-Marie Vanlerenberghe, *rapporteur général* ; M. Gérard Dériot, Mmes Colette Giudicelli, Caroline Cayeux, M. Yves Daudigny, Mme Catherine Génisson, MM. Jean-Pierre Godefroy, Gérard Roche, Mme Laurence Cohen, M. Gilbert Barbier, Mme Aline Archimbaud, *vice-présidents* ; Mme Agnès Canayer, M. René-Paul Savary, Mme Michelle Meunier, M. Jean-Louis Tourenne, Mme Élisabeth Doineau, *secrétaires* ; M. Michel Amiel, Mme Nicole Bricq, MM. Olivier Cadic, Jean-Pierre Caffet, Mme Claire-Lise Campion, MM. Jean-Noël Cardoux, Daniel Chasseing, Olivier Cigolotti, Mmes Karine Claireaux, Annie David, Isabelle Debré, Catherine Deroche, M. Jean Desessard, Mme Chantal Deseyne, M. Jérôme Durain, Mmes Anne Emery-Dumas, Corinne Féret, MM. Michel Forissier, François Fortassin, Jean-Marc Gabouty, Mme Françoise Gatel, M. Bruno Gilles, Mmes Pascale Gruny, Corinne Imbert, MM. Éric Jeansannetas, Georges Labazée, Jean-Baptiste Lemoyne, Mmes Hermeline Malherbe, Brigitte Micouleau, Patricia Morhet-Richaud, MM. Jean-Marie Morisset, Philippe Mouiller, Louis Pinton, Mmes Catherine Procaccia, Stéphanie Riocreux, M. Didier Robert, Mme Patricia Schillinger, MM. Michel Vergoz, Dominique Watrin, Mme Evelyne Yonnet.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (14^{ème} législ.) : 3096, 3110 à 3117 et T.A. 602

Sénat : 163 et 164 à 170 (2015-2016)

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
LES OBSERVATIONS DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES.....	5
AVANT-PROPOS	9
EXPOSÉ GÉNÉRAL	11
I. UN DÉVELOPPEMENT DES RISQUES LIÉS AUX ADDICTIONS QUE L'ACTION PUBLIQUE N'A PAS RÉUSSI À ENDIGUER	11
A. MALGRÉ UNE POLITIQUE VOLONTARISTE, UNE AGGRAVATION GÉNÉRALE DE LA CONSOMMATION DE DROGUES EN FRANCE.....	11
B. UN PREMIER BILAN CONTRASTÉ DE LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN GOUVERNEMENTAL DE LUTTE CONTRE LES DROGUES ET LES CONDUITES ADDICTIVES	15
C. AMÉLIORER LA PRÉVENTION ET LA RÉDUCTION DES RISQUES TOUT EN TENANT COMPTE DES SPÉCIFICITÉS DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE	19
II. LA MODERNISATION DE L'ACTION INTERMINISTÉRIELLE DE LUTTE CONTRE LES DROGUES ET LES CONDUITES ADDICTIVES TARDE À PRODUIRE SES EFFETS	27
A. DES PISTES DE RÉFLEXION POUR UNE ÉVOLUTION DU DISPOSITIF DE PRÉVENTION ET DE PRISE EN CHARGE MÉDICO-SOCIALE	27
B. UN BUDGET 2016 EN LÉGÈRE DIMINUTION QUI FRAGILISE LES OPÉRATEURS	30
C. MOBILISER L'ÉTAT ET LES PROFESSIONNELS DANS UNE POLITIQUE PLUS EFFICACE DE LUTTE CONTRE LES DROGUES ET LES CONDUITES ADDICTIVES SOUS TOUTES LEURS FORMES.....	34
EXAMEN EN COMMISSION.....	41
LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES	49

LES OBSERVATIONS DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

Réunie le **mercredi 18 novembre 2015** sous la présidence de **M. Alain Milon, président**, la commission a examiné le **rapport pour avis de M. Gilbert Barbier** sur les crédits de l'action « **Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca)** » du programme « **Coordination du travail gouvernemental** » de la mission « **Direction de l'action du Gouvernement** » du projet de loi de finances pour 2016.

Le rapporteur pour avis a tout d'abord souligné la **dégradation** de la situation française en matière de **consommation de stupéfiants** et le développement des **conduites à risque**. Alors que le **cannabis** s'est désormais **banalisé** auprès de la jeunesse, la **cocaïne** s'est **démocratisée** et **l'héroïne**, à laquelle sont associées les plus **graves difficultés sanitaires** et sociales, ne connaît aucune inflexion positive. Ce sont toutefois deux substances en vente libre, le **tabac** et **l'alcool**, qui ont les effets en matière de santé publique et le coût social les plus importants.

Confrontée à cette situation, la **Mildeca** est chargée de la mise en œuvre du **plan gouvernemental** de lutte contre les drogues et les conduites addictives **2013-2017**. A mi-parcours de l'exécution de cette feuille de route ambitieuse, son **bilan est mitigé**. Surtout, le **budget 2016** de la Mildeca est en **baisse de 2,7 %** par rapport à 2015. Ses **opérateurs**, en particulier l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), sont **fragilisés** par ces coupes qui représentent, pour ce dernier, une diminution de **19 %** de son budget depuis 2010.

Il est donc essentiel **d'infléchir la lutte** contre les drogues et les conduites addictives en **refondant la réponse pénale** au premier usage de stupéfiants autour d'une **contravention de troisième classe**. Une telle sanction, contrairement à la peine d'un an d'emprisonnement actuellement en vigueur qui, en raison de son caractère purement **virtuel**, a perdu son caractère dissuasif, serait de nature à **rappeler** aux adolescents le **caractère illégal** de la consommation de stupéfiants tout en permettant à leurs parents de solliciter de l'aide auprès des structures sanitaires adaptées.

Suivant la proposition de son rapporteur pour avis, la commission a émis un avis favorable à l'adoption des crédits de l'action « **Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca)** » du programme « **Coordination du travail gouvernemental** » de la mission « **Direction de l'action du Gouvernement** » du projet de loi de finances pour 2016.

Mission « Direction de l'action du Gouvernement »
Programme 129 « Coordination du travail gouvernemental »

Crédits de l'action n° 15 « Mission interministérielle de lutte
contre les drogues et les conduites addictives » pour 2016

		Crédits de paiement <i>(en euros)</i>	Variation 2016 / 2015 <i>(en %)</i>
Action 15 « Mildeca »		19 103 216	- 2,7 %
dont subventions pour charges de service public	Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)	2 854 000	- 6,4 %
	Centre interministériel de formation anti- drogue (Cifad)	389 000	- 4,7 %

Source : Projet annuel de performance de la mission annexé au projet de loi de finances

Mesdames, Messieurs,

Après une année 2014 marquée par la **transformation** de la mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie (Mildt) en **mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives** (Mildeca), puis une année 2015 consacrée à l'application, sur le terrain et dans l'action publique, de cette évolution lexicale qui traduit **l'élargissement de son champ de compétence**, 2016 sera l'année durant laquelle il sera permis de **juger l'efficacité de la politique menée** dans ce domaine par le Gouvernement depuis 2012.

Organisme à caractère **interministériel** placé auprès du Premier ministre, la Mildeca a pour mission de définir les **lignes directrices** de l'action gouvernementale en matière de **lutte contre l'offre de drogues** et de prise en charge des **conséquences individuelles et collectives des addictions** et d'en superviser l'application. Pour ce faire, la France a pour spécificité d'avoir mis au point une **politique intégrée** qui repose **sur trois piliers** complémentaires et placés sur un pied d'égalité : **l'application de la loi**, c'est-à-dire la pénalisation de la vente et de l'usage des drogues illicites, la **prévention** et la **réduction des risques**.

Défini par le **plan gouvernemental** de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017, adopté en septembre 2013, le cadre de l'action de la Mildeca est contraint par une **dotation budgétaire en baisse de 2,7 %** entre 2015 et 2016, certes complétée par un **fonds de concours**, toujours aléatoire, alimenté par le produit de la vente des biens saisis aux trafiquants de drogue. S'il est évident que la situation actuelle des finances publiques implique un **effort de rigueur** et ne laisse persister aucune marge financière, la Mildeca doit néanmoins faire face à de **nouveaux défis**, liés à l'évolution des comportements de consommation et à l'apparition de nouveaux produits.

Alors que les dernières études tendent à souligner le fait que **les niveaux d'usage de substances psychoactives n'ont pas diminué**, malgré les campagnes de prévention conduites et la prohibition qui pèse sur la consommation des produits illicites, et que les conduites à risque augmentent, une **nouvelle impulsion** doit être donnée aux politiques de lutte contre les addictions. Votre rapporteur pour avis salue **l'action volontariste** de la Mildeca, qui a permis à cette structure de gagner en visibilité, et sa volonté d'améliorer le pilotage de la politique dont elle a la charge, qui mobilise des acteurs hétéroclites. Il n'en partage pour autant pas tous les choix.

Ainsi, il semble nécessaire à votre rapporteur pour avis de **renoncer à l'expérimentation¹ de salles de consommation à moindre risque (SCMR)** qui, en contradiction complète avec l'interdiction de la consommation de drogues qui prévaut aujourd'hui, aboutirait à leur légalisation *de facto* et à la création, dans leur voisinage, de véritables zones de non-droit.

De plus, il est essentiel qu'une **prise de conscience** ait lieu sur les **détournements et les mésusages des traitements de substitution aux opiacés (TSO)**. Ils constituent un outil indispensable dans la prise en charge thérapeutique des addictions, mais sont trop souvent consommés de manière non conforme à leur posologie, voire constituent parfois une porte d'entrée dans la toxicomanie.

Enfin une réflexion doit être engagée sur **l'efficacité de la réponse pénale** à la consommation simple de stupéfiants. Alors qu'elle est aujourd'hui passible d'un an d'emprisonnement et de 3 750 euros d'amende², cette peine très lourde n'est pas appliquée. Au terme d'une longue procédure judiciaire, une faible amende est prononcée et rarement recouvrée. **Le caractère dissuasif de la sanction a disparu**, ce à quoi la **contraventionnalisation du premier usage**, immédiatement appliquée par un agent ou un officier de police judiciaire, permettrait de remédier en accélérant le traitement de ces infractions et en insistant sur leur caractère pécuniaire. Cette proposition, déjà **votee par le Sénat à deux reprises** à l'initiative de votre rapporteur pour avis, d'abord en décembre 2011 puis, plus récemment, lors de l'examen du projet de loi relatif à la santé, mériterait d'être prise davantage en considération par l'Assemblée nationale, le Gouvernement et la Mildeca.

¹ Qui figure à l'article 9 du projet de loi relatif à la santé, dont l'examen parlementaire devrait prochainement s'achever.

² Article L. 3421-1 du code de la santé publique.

I. UN DÉVELOPPEMENT DES RISQUES LIÉS AUX ADDICTIONS QUE L'ACTION PUBLIQUE N'A PAS RÉUSSI À ENDIGUER

A. MALGRÉ UNE POLITIQUE VOLONTARISTE, UNE AGGRAVATION GÉNÉRALE DE LA CONSOMMATION DE DROGUES EN FRANCE

Comme le souligne à juste titre le Gouvernement dans le document de politique transversale consacré à la politique de lutte contre les drogues et les conduites addictives annexé au projet de loi de finances pour 2016, « la question des drogues reste [...] un problème de société majeur et complexe qui génère des dommages sanitaires et sociaux importants tant pour l'utilisateur que la collectivité, et nécessite donc une coordination interministérielle forte »¹. Votre rapporteur pour avis ne peut être en désaccord avec ce **constat à l'évidence indiscutable**, qui se trouve même être renforcé par les dernières données disponibles sur la **consommation de substances psychoactives**, légales comme illégales, en France. Loin de connaître une tendance à la baisse, elle se caractérise par un **niveau élevé de comportements à risque** ainsi qu'une diffusion plus large des opiacés et des produits de synthèse.

Tableau n° 1 : La consommation de substances psychoactives en France

	Produits illicites				Produits licites	
	Cannabis	Cocaïne	Ecstasy	Héroïne	Alcool	Tabac
Expérimentateurs	17 M	2,2 M	1,7 M	600 000	46,9 M	38,2 M
dont usagers dans l'année	4,6 M	450 000	400 000	//	42,8 M	16 M
dont usagers réguliers ¹	1,4 M	//	//	//	8,7 M	13,3 M
dont usagers quotidiens	700 000	//	//	//	4,6 M	13,3 M

¹ Dix fois par mois ou plus

Source : Drogues chiffres clés, sixième édition, OFDT, juin 2015

Comme le démontre le dernier panorama de la consommation de drogues en France réalisé par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), le **cannabis** se situe en tête des substances psychoactives illégales consommées par les Français, avec **17 millions d'expérimentateurs**, soit **42 %** des adultes de 18 à 64 ans, en hausse de **26,9 %** entre 2010 et 2014. Les principaux indicateurs suivis par l'OFDT connaissent une **importante progression**, qui ne correspond pas à l'évolution de la population : entre 2010 et 2014, le nombre d'usagers dans l'année a progressé de **21 %**, celui des usagers réguliers de **17 %** et celui des usagers quotidiens de **27 %** alors que dans le même temps la population de référence, celle des 11-75 ans, est passée de **49 à 50 millions d'individus (+ 2 %)**.

¹ Document de politique transversale « Politique de lutte contre les drogues et les conduites addictives » annexé au projet de loi de finances pour 2016, p. 49.

Alors qu'il avait connu un fort recul entre 2002 et 2011 (- 18 %), **le niveau d'expérimentation du cannabis chez les jeunes de 17 ans est reparti à la hausse** depuis (+ 17,1 % entre 2011 et 2014). De même, **l'usage régulier** concerne 9 % des jeunes de cet âge, contre 6 % en 2011 (+ 50 %), tandis que **l'usage problématique** de cette substance touche 8 % d'entre eux, contre 5 % en 2011 (+ 60 %).

Cette **consommation**, qui est **plus souvent le fait des jeunes hommes que des jeunes femmes** – une part deux fois plus importante chez les garçons que chez les filles faisant un usage régulier du cannabis – peut avoir des **conséquences graves sur la santé des fumeurs**. Les idées reçues sur l'innocuité du cannabis, encore malheureusement trop répandues, n'ont évidemment aucun fondement scientifique. Au contraire, la consommation régulière de cannabis a des **effets physiologiques, psychologiques et psychiques indéniables**, favorisant en particulier la survenue de certains cancers, comme celui du poumon. La **conduite sous l'influence** du cannabis multiplie quant à elle par **1,8** le risque d'être responsable d'un accident de la route mortel. Les Français ne perçoivent pourtant pas sa dangerosité : en 2013, **seuls 54 %** des 15-75 ans le jugeaient dangereux dès le premier usage.

La **cocaïne** est la substance stimulante dont la consommation a connu la **plus forte croissance** ces dernières années. Ainsi que le met en lumière l'OFDT¹, la part des 18-64 ans l'ayant expérimentée a presque **quintuplé** entre 1995 et 2014 (+ 367 %), passant de **1,2 %** à **5,6 %**. Sur les quatre dernières années étudiées, de 2010 à 2014, elle a progressé de **47 %**.

Produit désormais **plus facilement accessible**, en raison d'une **augmentation de l'offre** et d'une **diminution de son prix**, la cocaïne a cessé d'être une drogue réservée à des catégories aisées, à certains milieux professionnels ou à certaines zones géographiques. **450 000 personnes** en font un usage dans l'année, contre **400 000** en 2010 (+ 12,5 %) et **250 000** en 2005 (+ 80 %). A 17 ans, on constate une **stabilité** de son niveau d'expérimentation entre 2008 et 2014 (**3,2 %**). Toutefois, sur une plus longue période, depuis 2000, ce dernier a plus que **triplé**, passant de **0,9 %** à **3,2 %**.

Qui plus est, à côté de la traditionnelle voie de l'inhalation de la poudre de cocaïne, la **cocaïne basée**² **s'est implantée en France**, bien qu'elle reste circonscrite à la région parisienne et aux départements français d'Amérique. Sous forme de **crack**³ ou de « *free base* »⁴, elle est fumée et est source de **graves problèmes sanitaires** en raison du partage du matériel de consommation. Ses usagers, très souvent dans une situation de **précarité extrême**, sans logement

¹ OFDT, *Les niveaux d'usage des drogues illicites en France en 2014*, avril 2015.

² Poudre de cocaïne destinée à être fumée après transformation en galette par sa dissolution dans l'eau et l'adjonction d'un agent alcalin (bicarbonate de soude ou ammoniac).

³ Cocaïne basée vendue au consommateur sous forme de caillou ou de galette.

⁴ Transformation par le consommateur de la poudre de cocaïne en caillou de cocaïne basée pour son usage propre.

fixe ni emploi, l'inscrivent dans une **polyconsommation**, au côté d'autres substances, légales ou non, ce qui rend nécessaire une prise en charge tout autant médicale que sociale, qui reste aujourd'hui encore insuffisante.

La cocaïne n'est pourtant **pas une substance festive** aux conséquences sanitaires et psychiques négligeables pour les consommateurs. Elle est à l'origine d'**importants troubles cardiaques** (le risque d'infarctus est multiplié par 24) **et neurologiques** (AVC, épilepsie). Son inhalation cause des lésions de la cloison nasale, tandis que sa consommation peut s'accompagner d'hallucinations, de paranoïa et être suivie d'une recherche compulsive du produit. Enfin, elle suscite une **dépendance psychique** chez 5 % des usagers la première année et chez 20 % d'entre eux à long terme.

Quant aux **opiacés**, et en particulier **l'héroïne**, leur consommation reste **stable**, sans connaître de diminution. Ils entraînent de nombreuses **comorbidités**, liées aussi bien au **partage** du matériel d'injection ou au risque de **surdose** qu'aux effets d'un usage prolongé sur la santé. Ainsi, la **contamination par les virus des hépatites B et C** ainsi que du **VIH** est favorisée par la réutilisation des seringues. Si d'importants **progrès** en matière de réduction des risques ont été réalisés sur ce point, avec en particulier la généralisation des programmes d'échange de seringues, 64 % des usagers de drogue par injection étaient porteurs du VHC et 13 % du VIH en 2011.

L'image de l'héroïne a évolué : moins associée au VIH et aux surdoses dont elle était le synonyme dans les années 1980, elle connaît maintenant un **usage récréatif** et de nouvelles **formes d'usage alternatives à l'injection**. Pour autant, si le nombre d'expérimentateurs de cet opiacé en population générale reste limité (600 000 en 2014, + 20 % par rapport à 2010), il reste la drogue qui suscite les dommages sanitaires et sociaux les plus graves. Malgré le **développement des traitements de substitution** (TSO), qui permettent de faciliter la réinsertion sociale des usagers en stabilisant leur consommation et en diminuant les risques sanitaires associés à celle-ci, le sevrage reste inatteignable pour la plupart des personnes souffrant d'une addiction à l'héroïne. La **très forte dépendance physique et psychique** est un facteur problématique qu'identifient les usagers eux-mêmes puisque, pour 46 % des personnes accueillies dans un centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques (Caarud) en 2012, les opiacés constituaient la famille de produits leur posant le plus de problèmes¹. Le **risque de surdose** (249 décès chez les 15-49 ans en 2011) reste lui bien réel.

Enfin, les **produits de synthèse** ont connu un important développement ces dernières années. Entre 2010 et 2014 le nombre d'usagers d'ecstasy dans l'année a augmenté de 167 %, passant de 150 000 à 400 000, tandis que celui des expérimentateurs a progressé de 55 %. Chez les jeunes de 17 ans, le **taux d'expérimentation a doublé**, passant de 1,9 % en 2011 à 3,8 % en

¹ OFDT, *Profils et pratiques des usagers des Caarud en 2012, Tendances n° 98, janvier 2015.*

2014. Les **nouveaux produits de synthèse** (NPS), c'est-à-dire des substances psychoactives qui **imitent** la structure ou les effets de stupéfiants illicites, sont **vendus sur Internet** et ne figurent pas, au moment de leur apparition, sur la liste des stupéfiants. Alors que **60** d'entre eux avaient été identifiés entre 2008 et 2012, ce sont **116** supplémentaires qui sont apparus entre 2012 et 2015. Vendus sur plus d'une centaine de sites différents, ils sont souvent achetés par des usagers d'autres drogues, qui pour **85 %** d'entre eux ont moins de 35 ans. Au total, **1,7 %** des 18-64 ans avait, en 2014, consommé au moins une fois l'un de ces **cannabinoïdes de synthèse**. Ils font pourtant peser un **risque sanitaire important**, leur composition chimique précise n'étant pas connue par ceux qui en font usage. Ce n'est qu'à leur arrivée sur le marché, et souvent même une fois qu'une nouvelle molécule les a remplacés, que l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) est en mesure d'analyser ces NPS et de les inscrire sur la liste des stupéfiants.

L'**impact sanitaire et social** de la consommation de produits stupéfiants illicites reste toutefois d'une **ampleur bien plus faible** que celui de l'**usage de substances qui sont en vente libre** à partir de 18 ans, l'**alcool et le tabac**, qui sont la principale source d'addictions en France.

Malgré les efforts des gouvernements successifs et la **diminution du volume de tabac vendu par les buralistes** (- **14 %** entre 2010 et 2014 et - **5 %** entre 2013 et 2014), la consommation de tabac n'est qu'en très légère diminution, **29 %** des adultes étant des fumeurs quotidiens, soit **13,3 millions de personnes**, contre **30 %** en 2011. Cette évolution reflète la baisse de la consommation des femmes (de **27 %** à **25 %**), le niveau de consommation des hommes ne connaissant aucun changement (**33 %**).

Alors que le **tabagisme quotidien** avait diminué **chez les jeunes de 17 ans** entre 2000 (**41,1 %**) et 2008 (**28,9 %**), il est **reparti à la hausse** depuis lors, sans toutefois avoir à nouveau atteint, à **32,4 %** le niveau qui était le sien. Après avoir connu une diminution de **30 %** entre 2000 et 2008, il a crû de **12 %** depuis cette date, et de **3 %** entre 2011 et 2014.

On assiste simultanément à une forte **diminution** du nombre de fumeurs ayant recours à **des traitements d'aide à l'arrêt du tabac**. Alors qu'ils étaient **2,1 millions** à le faire en 2010, ils n'étaient plus que **1,6 million** en 2014 (- **31 %**), avec notamment une diminution de **24,5 %** entre 2013 et 2014. Les consultations de tabacologie n'ont accueilli en moyenne que **12,8** nouveaux patients par mois en 2014, contre **14,6** en 2010 (- **12,3 %**).

68 % des fumeurs quotidiens déclarent fumer **au moins dix cigarettes par jour**. Le tabac est pourtant la **première cause de mortalité évitable en France** : selon une étude de 2015¹, **78 000 décès** lui étaient attribuables en 2010, à **60 %** en raison de cancers. La précédente estimation citée par l'OFDT, datant de 2000, ne faisait état que de **60 000 décès** par an (+ **30 %**).

¹ Laureen Ribassin-Majed, Catherine Hill, « Trends in tobacco-attributable mortality in France », *European Journal of public health*, mai 2015.

Enfin, **l'alcool** est le produit qui connaît la **diffusion la plus large** dans la société française. La diminution de la consommation de vin, continue depuis les années 1960, entraîne avec elle une **baisse des quantités consommées** (- 3,4 % entre 2010 et 2013) **et du nombre d'usagers quotidiens** (de 5 à 4,6 millions de personnes entre 2010 et 2014, soit - 8 %). Ce constat ne doit pas masquer le **développement de comportements à risque** comme **l'alcoolisation ponctuelle massive** (API ou *binge drinking*), qui chez les jeunes est devenue la norme. 49 % de ceux de 17 ans en ont connu une dans le mois. Il s'agit d'un phénomène qui est principalement masculin puisque les hommes de 18 à 25 ans sont 70 % à en avoir connu une dans l'année (+ 9 % entre 2010 et 2014), contre 44 % des femmes du même âge (+ 10 %) et 57 % de l'ensemble de cette tranche d'âge (+ 9,6 %).

La consommation d'alcool est souvent associée à celle d'autres drogues et a des **conséquences sanitaires graves** (maladies du foie, cancers, lésions neurologiques), en particulier chez la femme enceinte. Chaque année, 49 000 décès lui sont attribués et elle multiplie par 8,5 le risque d'être responsable d'un accident de la route mortel.

B. UN PREMIER BILAN CONTRASTÉ DE LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN GOUVERNEMENTAL DE LUTTE CONTRE LES DROGUES ET LES CONDUITES ADDICTIVES

Les **orientations** de la politique gouvernementale visant à réduire l'offre et la demande de drogues et à limiter les dommages sanitaires et sociaux causés par les addictions sont traditionnellement définies dans un **plan d'actions pluriannuel**, dont le plus ancien remonte à 1983. Le 19 septembre 2013, le comité interministériel de lutte contre la drogue et la toxicomanie a adopté, pour la période 2013-2017, un **plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives** construit autour de **cinq axes** :

- prévenir, prendre en charge et réduire les risques ;
- intensifier la lutte contre les trafics ;
- mieux appliquer la loi ;
- fonder la politique de lutte contre les drogues et les conduites addictives sur la recherche et la formation ;
- renforcer la coordination des actions nationales et internationales.

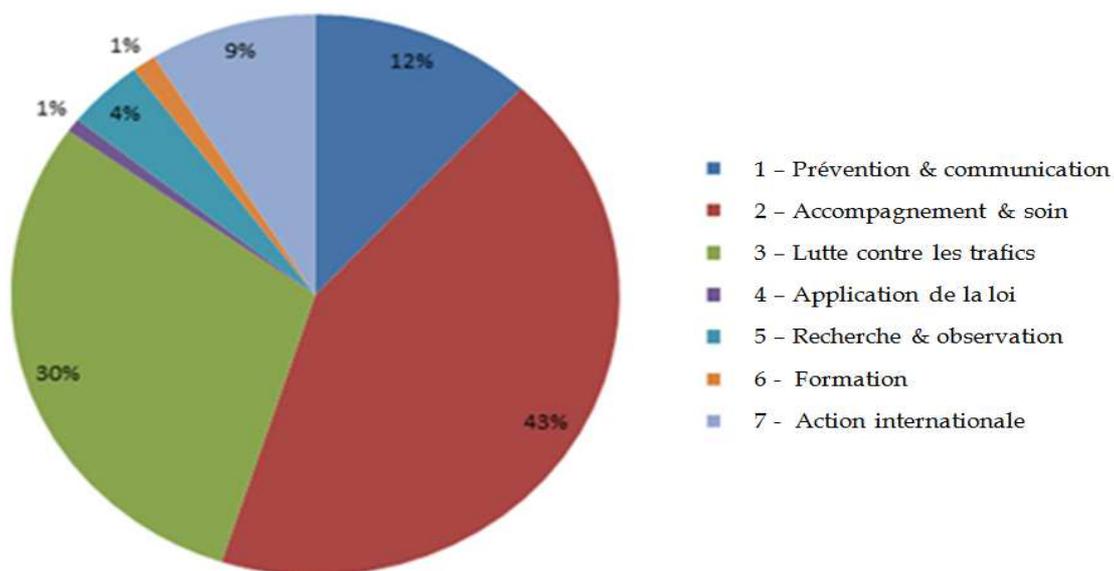
Décliné en **deux plans d'actions opérationnels**, l'un pour la période 2013-2015, le second pour les années 2016 et 2017, ce plan constitue la feuille de route de l'action de la Mildeca et est exécuté sous son pilotage. Alors que sa première phase arrive à son terme, il est possible d'en faire un premier bilan.

Construit autour de **131 actions**, le **plan d'actions 2013-2015** avait un coût qui était estimé à son lancement à **58,84 millions d'euros**, **14,22** incombant à la Mildeca, **28,67** aux ministères impliqués dans cette politique publique et **15,95** à l'assurance maladie. Selon les informations fournies à votre rapporteur

pour avis par la Mildeca, l'exécution budgétaire serait conforme aux prévisions, puisque la Mildeca devrait avoir, sur ses propres crédits, consacré **13,42 millions d'euros** à la mise en œuvre du plan à la fin de l'année 2015. Sur ce total, **34 %** des fonds auront financé des initiatives de coopération internationale, **30 %** des mesures de prévention et de réduction des risques, **24 %** des programmes de recherche, **7 %** des dispositifs de formation et **5 %** des actions de lutte contre le trafic et d'application de la loi. Sur ces **131 actions**, **80** seraient en cours, **25** achevées, **23** reportées et **3** supprimées.

Les autres ministères (intérieur ; justice ; finances et comptes publics ; affaires sociales, santé et droits des femmes ; ville, jeunesse et sports) ont également participé au financement du plan d'actions à hauteur de ce qui avait été envisagé, puisqu'au final il devrait avoir bénéficié d'un **financement total de 58,61 millions d'euros**.

Graphique n° 2 : Répartition des crédits du plan d'actions 2013-2015 selon leur destination



Source : Mildeca

La Mildeca a fait appel à un **prestataire externe** pour développer un outil de **suivi** et de **pilotage** budgétaire de la réalisation, par les différents ministères concernés, du plan d'actions et de son successeur. Une **démarche scientifique d'évaluation** devrait également être engagée, le laboratoire interdisciplinaire d'évaluation des politiques publiques (LIEPP - Sciences Po) ayant été chargé d'évaluer la mise en œuvre, sur le plan **qualitatif**, de **quatre dispositifs** promus par le plan : les **étudiants relais-santé**, la promotion des **consultations jeunes consommateurs**, le programme de prévention et de prise en charge des troubles liés à **l'alcoolisation fœtale** ainsi que l'action de prévention « argent facile », qui consiste en l'organisation de rencontres avec la population dans les quartiers Sud de Marseille afin de réduire l'attrait des trafics. La dépense engagée pour cette évaluation est de **125 000 euros**.

Il faut toutefois **confronter l'ampleur** de ce plan d'actions, qui mobilise la moitié du Gouvernement, **et les moyens limités qui lui ont été consacrés**, aucun financement supplémentaire n'ayant été accordé pour sa mise en œuvre. Ses mesures, qui sont caractérisées par leur **hétérogénéité** et leur **ampleur inégale**, vont de l'amélioration de l'information sur les compléments alimentaires dénués de contaminants dopants (action n° 8) à l'amélioration de la visibilité des groupes d'entraide au plan local (action n° 42), sans oublier l'intégration, dans le catalogue des formations de l'école nationale de la magistrature, d'actions de formation courtes sur la lutte contre le trafic des produits de santé (action n° 117) ou encore la promotion de la mise en cohérence des instruments et des acteurs européens en matière de lutte contre la drogue (action n° 126).

S'il est certain que **la très grande majorité des actions proposées sont pertinentes** et visent à corriger les insuffisances de la réponse française, sur un plan sanitaire, social ou judiciaire, aux addictions, il est néanmoins vraisemblable que ce **saupoudrage** constitue un **frein à l'efficacité globale de la politique gouvernementale**. En l'absence de hiérarchisation des mesures proposées, cet **amalgame** qui veut englober l'ensemble du champ de la lutte contre les conduites addictives est handicapé par un **manque de lisibilité** qui nuit à son évaluation globale.

En effet, les **montants versés** par la seule Mildeca en 2014 et 2015, qui selon les informations communiquées à votre rapporteur pour avis participerait directement au financement d'une cinquantaine d'actions du plan, **sont très inégaux**. Ils varient de **3 000 euros** attribués à des colloques « *dans le domaine de la prévention des conduites addictives* » à près de **3 millions d'euros** destinés au financement d'organisations internationales, principalement l'Office des Nations unies contre la drogue et le crime (OnuDC ; **1,95 million d'euros**) et le Conseil de l'Europe (**0,79 million d'euros**). Il est bien sûr essentiel que la France respecte ses **engagements internationaux** et promeuve, auprès de nos partenaires, une politique de lutte contre la drogue et les conduites addictives qui tienne compte de l'importance de la prévention, du soin et de la réduction des risques, le prisme longtemps retenu de la « guerre contre la drogue » ayant montré ses limites. Toutefois, il est **étonnant** que la Mildeca en ait fait le principal axe du plan d'actions 2013-2015, alors que son **impact direct sur l'amélioration de la situation sanitaire et sociale** des personnes souffrant d'une addiction devrait sans doute être, au moins à court et moyen terme, **très réduit**, et qu'une part même limitée de ce total aurait pu venir **renforcer la prévention** auprès du grand public sur les dangers des drogues ou accélérer la mise en place de dispositifs de réduction des risques et de réinsertion des toxicomanes.

Dans l'attente de pouvoir mesurer précisément les effets, dont certains ne pourraient se faire sentir qu'au bout de plusieurs années, des initiatives prises dans le cadre du premier volet de la mise en application du plan gouvernemental 2013-2017, il faut constater une **légère aggravation** de la situation française **en matière d'infractions à la législation sur les stupéfiants** sanctionnées par la justice. Ces dernières années, le nombre de condamnations et de comparutions pénales prononcées par les tribunaux en matière de trafic, détention, transport, cession et usage de stupéfiants a connu une **légère hausse**, passant de **56 697** en 2013 à **58 406** en 2014 (+ 3 %), avec un **taux de récidive** de **47,2 % (+ 2,6 %)**¹. La réponse pénale repose toujours sur les fondations posées par la **loi du 31 décembre 1970**², qui punit d'**un an d'emprisonnement** et de **3 750 euros d'amende** l'usage simple de drogue (article L. 3421-1 du code de la santé publique).

Par ailleurs, un récent projet de recherche³ visant à estimer les **marchés des drogues illicites en France**, piloté par l'Institut national des hautes études de la sécurité et de la justice (INHESJ) et financé par la Mildeca, dans le cadre du plan d'actions 2013-2015, à hauteur de **70 677 euros**, met en lumière leur ampleur et vient corroborer les données démontrant la croissance de la consommation de drogues en France. Sur un marché estimé à **2,3 milliards d'euros par an** en 2010, le **cannabis** représenterait à lui seul **1,1 milliard**, en hausse de **34 %** par rapport à 2005 en raison de l'augmentation de son prix, liée à sa teneur renforcée en THC⁴.

La **cocaïne** serait quant à elle, avec environ **900 millions d'euros par an**, la seconde drogue par son chiffre d'affaires et aurait connu une hausse de **84 %** en cinq ans, en raison cette fois d'un **accroissement de l'offre** qui, par répercussion, en a diminué le prix et l'a rendue accessible à un plus grand nombre de consommateurs. **L'héroïne** représenterait quant à elle **267 millions d'euros par an**, le recours aux TSO par certains toxicomanes ne permettant pas de donner d'estimation précise du marché global des opiacés. Enfin, les **drogues de synthèse** pourraient représenter **55,2 millions d'euros** par an. Rapporté à la population française, ce total de **2,3 milliards d'euros** équivaut à une **dépense annuelle de 36 euros par personne**. Ces chiffres illustrent **l'efficacité limitée des politiques entreprises ces dernières années** pour endiguer les trafics et diminuer la demande de drogue, et soulignent la nécessité, à partir de 2016, d'**accentuer les efforts** entrepris pour améliorer les résultats de l'action publique en la matière.

¹ Source : Ministère de la justice, *Chiffres clés de la justice 2014 et 2015*.

² Loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses.

³ Christian Ben Lakhdar, Nacer Lalam, David Weinberger, *Estimation des marchés des drogues illicites en France*, Synthèse, octobre 2015.

⁴ Tétrahydrocannabinol, principale molécule psychotrope du cannabis.

C. AMÉLIORER LA PRÉVENTION ET LA RÉDUCTION DES RISQUES TOUT EN TENANT COMPTE DES SPÉCIFICITÉS DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE

Pour faire face à la situation très préoccupante en matière de conduites addictives qui prévaut aujourd'hui en France, il convient d'**approfondir**, dans le plan d'actions 2016-2017 en cours de préparation par la Mildeca ou tout autre document définissant la politique gouvernementale dans ce domaine, **plusieurs des orientations adoptées depuis 2013**, tout en **renonçant à certaines initiatives** qui ne sont pas encore entrées en application, ne correspondent pas à la culture française et viennent brouiller le message sur les dangers des drogues.

Dès son entrée en fonction, la présidente de la Mildeca, Mme Danièle Jourdain-Menninger, a fait de la **réforme de la politique de prévention** l'une des priorités de son action. Votre rapporteur pour avis partage le point de vue qui était alors le sien sur les **insuffisances** et le **manque d'efficacité et de coordination** des différents acteurs impliqués dans cette politique, malgré des moyens financiers relativement conséquents.

Ainsi, le plan gouvernemental 2013-2017 a prévu de **valoriser scientifiquement les stratégies de prévention**, sur la base d'une évaluation fondées sur les preuves (*evidence based*), et de **développer de nouvelles approches** de prévention, en particulier la démarche d'**intervention précoce**, qui consiste à agir auprès des jeunes, dans une approche pluridisciplinaire et non seulement sanitaire ou sociale, dès que les premiers signes de conduites addictives sont décelés.

Dans le cadre du plan d'actions 2013-2015, la Mildeca a ainsi alloué **260 000 euros** pour la **création et le financement d'une commission interministérielle de prévention des conduites addictives** (Cipca). Sous la présidence de la Mildeca, elle regroupe des représentants de huit ministères, de plusieurs établissements publics et d'organismes spécialisés et a pour objectif de **collecter**, puis **diffuser**, les connaissances et bonnes pratiques nationales et internationales en matière de prévention, **d'identifier** et promouvoir les programmes de prévention dont l'efficacité aura été démontrée tout en plaçant **l'évaluation scientifique** au cœur des politiques de prévention. En définissant des lignes directrices claires pour une politique à laquelle participent de très nombreux acteurs, de statuts différents et sans réelle coordination (milieux scolaires et universitaires, monde du travail, acteurs sanitaires et sociaux, associations sportives, politique de la ville, sphère judiciaire et pénale, etc.), la Cipca doit contribuer à remédier à des insuffisances dont le diagnostic est très largement partagé.

Nos collègues députés Anne-Yvonne Le Dain et Laurent Marcangeli, dans le rapport qu'ils ont réalisé l'an dernier au nom du comité d'évaluation et de contrôle de l'Assemblée nationale sur l'évaluation de la lutte contre

L'usage de substances illicites¹, ont très justement souligné **l'opportunité de la démarche d'évaluation portée par la Cipca**, qui a lancé en 2014 un **appel à candidatures** visant à sélectionner des programmes de prévention afin qu'une équipe scientifique en mesure l'efficacité. Pour y être éligibles, ceux-ci devaient répondre à plusieurs critères, en particulier de viser un objectif comportemental explicite, comme réduire une consommation ou faire évoluer la perception des drogues chez une population spécifique, de reposer sur un mécanisme ou une théorie d'action explicite, qu'il ait déjà été validé ou non, et de constituer non pas une initiative isolée mais un ensemble structuré d'activités. Sur les **quatre-vingt candidatures** reçues, **cinq** ont été **retenues**. Portées par des associations ou des fédérations professionnelles, elles ont pour point commun de chercher à **améliorer la prévention** auprès des jeunes, qu'ils soient collégiens, lycéens, apprentis ou étudiants. Afin de les évaluer, une **convention entre la Mildeca et l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)** a été conclue, pour un montant total de **250 000 euros** sur les 260 000 euros consacrés à la Cipca.

Votre rapporteur pour avis ne peut que partager le point de vue de ses collègues députés. S'il ne fait aucun doute que la création de la Cipca constitue une **rupture** dans la **gestion** jusqu'à présent quelque peu **désordonnée des programmes de prévention en France**, son succès dépendra de sa capacité à **impulser une nouvelle dynamique** en la matière et à faire reconnaître aux acteurs traditionnels le caractère indispensable de l'évaluation scientifique des actions menées. La première étape consisterait déjà en la mise à disposition d'un répertoire recensant les programmes validés par la Mildeca et à la mise en œuvre desquels cette dernière apporterait son soutien. Il importe que la Cipca ait les moyens de développer son activité et son expertise : il est essentiel qu'elle soit confortée dans les années à venir et qu'elle soit mise en mesure de mobiliser davantage d'équipes d'évaluation.

Le prochain plan d'actions devra également tenir compte des données issues de plusieurs études récentes qui démontrent, pour l'une, l'énorme **coût social des drogues en France** et permet, pour la seconde, d'avoir une connaissance plus fine des besoins et des difficultés rencontrées par les toxicomanes les plus fragiles.

Les premiers résultats d'une **nouvelle étude**² du coût social des drogues en France, portant sur l'année 2010, rendent incontestable le besoin de **renforcer la prévention et la réduction des risques** et battent en brèche plusieurs idées reçues sur l'impact des drogues en France, qu'il s'agisse de produits licites ou non. Ce coût social, mesurant aussi bien celui qui pèse sur les consommateurs eux-mêmes que les externalités suscitées par leur comportement ainsi que l'effet sur le bien-être des dépenses publiques liées

¹ Assemblée nationale, rapport n° 2385, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 20 novembre 2014.

² Pierre Kopp, *Le coût social des drogues en France*, note de l'OFDT 2015-04, septembre 2015.

aux addictions, s'élève au total à **249 milliards d'euros**¹. Il est **essentiellement dû à l'alcool et au tabac**, pour **120 milliards d'euros chacun**, en raison d'un nombre de consommateurs bien plus élevé que celui des drogues illicites, qui ne représentent que **8,7 milliards d'euros**.

Tableau n° 3 : Le coût social des drogues en France en 2010

	Alcool	Tabac	Drogues illicites
Nombre de décès	49 051	78 966	1 605
Nombre de malades	1 218 144	683 396	121 560
Nombre de « consommateurs à problèmes »	3 800 000	13 400 000	300 000
1. Coût externe (2+3+4)(M€)	- 114 762	- 105 391	- 5 909
2. Coût des vies perdues	- 66 218	- 65 057	- 2 719
3. Coût de la perte de qualité de vie	- 39 530	- 31 695	- 2 655
4. Pertes de production	- 9 014	- 8 639	- 535
5. Coût pour les finances publiques (M€) (6+7+8+9)	- 3 918	- 13 881	- 2 327
6. Coût des soins	- 8 565	- 25 887	- 1 459
7. Economie de retraites	1 726	1 791	45
8. Prévention et répression	- 283	- 182	- 913
9. Taxation	3 204	10 397	0
10. Effet sur le bien-être*(M€)	- 4 701	- 16 658	- 2 792
11. Coût social (1+10) (M€)	- 119 463	- 122 049	- 8 701
12. Finances publiques / PIB (%)	0,20 %	0,69 %	0,12 %
14. Coût social/ « consommateurs à problème » (€)	31 438	9 108	29 002

Note : * la ligne 10 est égale au produit de la ligne 5 par 1,2, soit le coût d'opportunité des fonds publics.

Source : OFDT

Ainsi, contrairement à ce qui est parfois affirmé, le **coût pour les finances publiques des conduites addictives n'est pas compensé par les recettes fiscales** issues de la vente d'alcool et de tabac. Elles ne représentent, pour la première de ces substances, que **37 %** du coût des soins engendrés par sa consommation (**3,2 milliards d'euros** contre **8,6 milliards d'euros**) et, pour la seconde, **40 %** (**10,4 milliards d'euros** contre **25,9 milliards d'euros**). Les drogues ont représenté une dépense pour les finances publiques d'environ **20 milliards d'euros** en 2010, soit **1,1 %** du produit intérieur brut.

¹ L'auteur de l'étude émet toutefois une réserve méthodologique sur ce total puisqu'il ne prend pas en compte les comorbidités liées à la consommation de plusieurs drogues.

L'âge moyen au décès plus tardif pour le tabac que pour l'alcool (**71** contre **63 ans**) explique que le coût externe, c'est-à-dire pour la société mais en excluant l'Etat, de ce dernier soit **11 %** plus élevé alors qu'il est à l'origine d'un nombre de décès inférieur de **38 %** (**49 100** contre **78 970**). Les décès d'usagers de drogues illicites, certes moins nombreux (**1 605**) et causés essentiellement par des pathologies chroniques liées au VHC, interviennent quant à eux en moyenne à **53 ans**.

Cette étude vient **confirmer** que **la politique française de lutte contre les drogues et les conduites addictives ne doit pas être focalisée sur une seule substance** ou sur les produits qui, en raison de leur caractère illicite, font l'objet d'une couverture médiatique et politique particulière. En raison de leur **diffusion** mais aussi de l'apparition récente de **comportements à risque**, l'alcool et le tabac concentrent l'essentiel du coût des addictions pour la société. La politique de prévention et d'information du public ne peut l'ignorer et doit s'attacher, dès l'expérimentation de ces produits, à présenter clairement leurs **dangers** et les conséquences de leur **consommation prolongée**.

Les **substances illicites** ne doivent évidemment pas être négligées, car elles ont des **conséquences sanitaires et sociales** graves et leurs usagers se trouvent souvent dans une **situation précaire**. Les plus fragiles d'entre eux sont la cible des politiques de réduction des risques, qui sont notamment mises en œuvre par les Caarud. Selon la synthèse¹ qui a été tirée par l'OFDT d'une enquête nationale conduite dans **93 %** des Caarud français auprès de **2 900** usagers, plusieurs profils apparaissent, tout comme d'importantes disparités territoriales. Consommant en moyenne **3,9** substances – principalement du cannabis et des opiacés – ces personnes subissent des conditions de vie dégradées, les moins de 25 ans étant les plus touchés. Dans cette tranche d'âge, **67 %** sont sans ressources et **31 %** vivent dans la rue ou dans un squat.

Les **caractéristiques** des usagers de Caarud **varient** d'une région à l'autre. L'Île-de-France se distingue par une forte proportion d'**usagers âgés** (**70 %** ont plus de 35 ans) et par une **précarité** bien plus élevée : une personne interrogée sur deux est sans-abri, et plus de la moitié consomme de la cocaïne basée. A l'inverse, dans l'Ouest, **64 %** ont **moins de 35 ans** et **54 %** ont consommé de l'héroïne dans le mois, soit **34 points** de plus qu'en région parisienne.

La **prise de risques** dans les comportements de consommation reste toutefois un point commun à celles et ceux qui fréquentent les Caarud. **46 %** ont recours à l'injection, pour les opiacés mais également la cocaïne, et le **partage du matériel**, qu'il s'agisse d'une seringue, d'une paille ou d'une pipe à crack, n'est pas éliminé. Ils restent **8 %** à avoir récemment partagé une seringue, et **22 %** d'autres matériels d'injection (récipient, coton, etc.). La politique de réduction des risques semble néanmoins porter ses fruits sur un point : la **diminution du taux de prévalence du VHC**, passé de **47 %** en 2006 à **25 %** en 2012.

¹ OFDT, *Profils et pratiques des usagers des Caarud en 2012, Tendances n° 98, janvier 2015.*

La politique de prévention et de réduction des risques ne peut ignorer ces résultats, et la période 2016-2017 doit être celle qui doit voir émerger, sous l'impulsion de la Mildeca, une **meilleure prise en compte des spécificités régionales**. Il appartiendrait par exemple aux chargés de projets régionaux et départementaux de la Mildeca (cf. *infra*) de les identifier et d'apporter leur soutien aux initiatives locales qui y sont adaptées. Il convient toutefois de **se montrer vigilant avec les outils déjà utilisés**, comme les **traitements de substitution aux opiacés** (TSO), et de refuser l'expérimentation envisagée de salles de consommation à moindre risque (SCMR).

Les TSO sont, depuis le milieu des années 1990, l'un des principaux instruments de la réduction des risques en France. Leur **impact positif en matière de santé publique est indéniable** et ils ont permis de faire régresser les dommages sanitaires et sociaux liés à la consommation d'héroïne, tout en permettant aux personnes souffrant d'une addiction, dans le cadre d'un traitement médical, de stabiliser leur consommation, de se réinsérer et, pour une part minoritaire d'entre eux, de se sevrer.

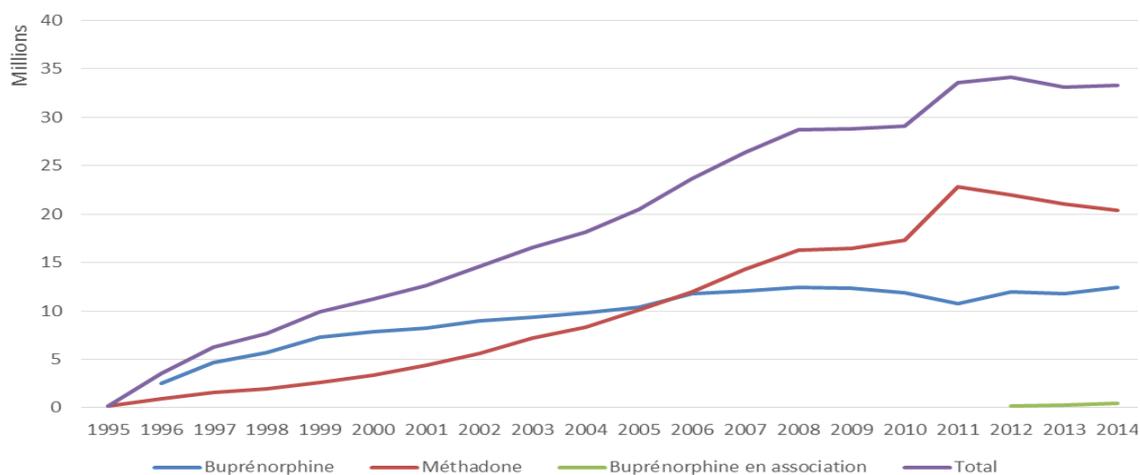
Depuis que la **méthadone** et la **buprénorphine à haut dosage** (BHD, aussi connue sous son nom de marque Subutex) ont reçu leur autorisation de mise sur le marché, respectivement en 1995 et 1996, elles ont pris une place centrale dans le traitement de l'addiction chez les usagers problématiques d'opiacés. Entre 1998 et 2013, le **nombre de patients** auxquels était prescrit un TSO a quasiment **triplé**, passant de **58 800** à environ **170 000 (+ 189 %)**. La **méthadone**, qui prend la forme d'un sirop, pour l'initiation du traitement¹, ou d'une gélule, représente un tiers des prescriptions et est, en raison des risques de surdose qui y sont associés, **classée comme stupéfiant**. La **BHD**, que ce soit le Subutex ou l'un de ses six génériques, est quant à elle une **substance psychotrope** qui peut être primo-prescrite par tout médecin, pour une durée maximale de vingt-huit jours, comme pour la gélule de méthadone, tandis que le sirop est quant à lui limité à quatorze jours. Dans les deux cas, le recours à une ordonnance sécurisée² est obligatoire.

¹ Qui ne peut avoir lieu qu'en centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa) ou à l'hôpital.

² Qui sont pré-imprimées avec l'identité du prescripteur et sur lesquelles figure notamment un numéro d'identification du lot dont elle est issue.

Graphique n° 4 : Evolution de la consommation des médicaments de substitution aux opiacés entre 1995 et 2014

(en nombre de conditionnements)



Source : ANSM

Ce cadre contraignant n'a pourtant pas empêché les **détournements** et le **mésusage** de se développer. Des **trafics** sont rapidement apparus, parfois avec la complicité de professionnels de santé multipliant les prescriptions, **neuf plaintes** ayant été déposées à leur encontre par la caisse nationale d'assurance maladie en 2013. Des patients ont également cherché à multiplier les consultations médicales ainsi que les pharmacies dispensatrices pour obtenir des quantités plus importantes du produit et en faire commerce. Néanmoins, c'est surtout **l'injection de Subutex** qui fait peser un **véritable risque de santé publique**. L'enquête Oppidum 2014¹ démontre ainsi que **20 %** des usagers de Subutex sous protocole accueillis dans les structures spécialisées d'aide aux personnes souffrant d'une addiction se l'administrent par voie intraveineuse. Pour les personnes ne bénéficiant d'aucun suivi médical, c'est-à-dire ayant acquis ce médicament illégalement, ce taux double et atteint **39 %**. Parmi l'ensemble des patients sous BHD, la part des injecteurs serait d'environ **15 %**² et serait bien plus élevée chez certaines populations à risque.

En l'absence de suivi médical régulier, et dès lors que les modes d'administration prescrits ne sont pas respectés, **les TSO présentent des dangers pour leurs usagers**. Même sans consommation préalable d'un opiacé, **une primo-dépendance à la BHD peut se développer**. Une étude déjà ancienne mettait en évidence, chez les personnes accueillies dans des structures à bas seuil d'exigence, comme les Caarud, que **25 %** des usagers

¹ Observation des produits psychotropes illicites ou détournés de leur utilisation médicamenteuse (Oppidum) 2014, réalisée par le centre d'addictovigilance de Marseille.

² Source : Inserm, Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues, expertise collective, 2010, p. 168.

de BHD ne l'utilisaient pas dans le cadre d'une substitution à l'héroïne¹. Des **transferts de dépendance** peuvent également se produire vers d'autres substances, en particulier l'alcool.

Il convient de **réagir** à cette situation qui, sur les plans sanitaire, social et pénal, n'est pas satisfaisante. Votre rapporteur pour avis réitère ici la proposition qu'il avait faite l'an dernier : **classer la BHD comme stupéfiant**. Proposée dès 2006 par la Mildt, cette mesure reste d'actualité. Si cela ne modifierait pas ses conditions de prescription, qui sont déjà identiques à celles des stupéfiants, cela pourrait, selon les informations communiquées par la Mildeca à votre rapporteur pour avis, **renforcer les pouvoirs des agents de l'Etat pour lutter contre les trafics de ce produit**.

La réduction des dommages liés au mésusage de la BHD pourrait également passer par le **développement de la prescription de la Suboxone**, médicament sous forme de comprimé sublingual associant à la BHD de la **naloxone, substance antagoniste des récepteurs de la morphine**. En cas d'injection, les effets de la BHD sont ainsi inexistantes et la personne subit un syndrome de sevrage, la dissuadant de toute réitération. La Suboxone reste toutefois **peu prescrite**, ce qui s'expliquerait notamment, selon certaines personnes auditionnées par votre rapporteur pour avis, par le fait qu'elle a été mise sur le marché seize ans après la BHD, contrairement à d'autres pays où elle a constitué, dès l'origine, un outil central des traitements de substitution aux opiacés. Il convient donc de **développer l'information des prescripteurs** au sujet de cette alternative thérapeutique afin que la tendance actuelle, qui est à une croissance de sa diffusion, s'accroisse. Ainsi, selon les données fournies par l'ANSM à votre rapporteur pour avis, la part de consommation de Suboxone représentait **1,8 %** de celle de BHD en 2012 et **5,3 %** en 2014. Dans le même temps, le nombre de patients qui en bénéficient a doublé, passant de **3 500 à 7 044**.

Parmi les mesures du plan gouvernemental 2013-2017 figure l'expérimentation de « *l'ouverture d'une salle de consommation à moindre risque (SCMR) à Paris dans un premier temps, puis dans une ou deux autres villes, sur la durée du plan* ». Outil de réduction des risques déjà répandu à l'étranger (Canada, Suisse, Pays-Bas, Allemagne, etc.), ces salles accueillent des usagers souffrant d'une addiction à une drogue injectable afin de leur permettre de consommer leur produit dans de bonnes conditions d'hygiène et de salubrité et, s'ils le souhaitent, de bénéficier d'un accompagnement social et d'entrer dans un protocole de soin.

Alors que **l'ouverture des deux premières SCMR est envisagée** dans le dixième arrondissement de Paris et à Strasbourg et que leur base légale, rendue nécessaire par un avis du Conseil d'Etat du 8 octobre 2013 selon lequel elles ne peuvent pas être instituées par décret, figure à l'article 9

¹ Serge Escots, George Fahet, Usages non-substitutifs de la buprénorphine à haut dosage, OFDT, juin 2004.

du projet de loi relatif à la santé, qui sera prochainement examiné en nouvelle lecture par l'Assemblée nationale, votre rapporteur pour avis ne peut que renouveler ici son **opposition totale à cette initiative**.

Le **système sanitaire français** de lutte contre la toxicomanie, qui repose sur la dualité Csapa / Caarud, **a fait la démonstration de son efficacité** pour accompagner tous les usagers de produits stupéfiants souhaitant réduire les dommages sanitaires et sociaux causés par leur consommation. Au contraire, **les SCMR vont venir brouiller la parole de l'Etat en matière de drogues** et aboutiront à la **négation de la prohibition de leur usage**, qui doit pourtant rester au cœur des politiques publiques en la matière.

Qui plus est, il y a fort à craindre que leur implantation dans des quartiers déjà touchés par la consommation de drogues, malgré l'opposition des riverains, vienne **accroître les tensions** déjà très fortes qui y existent et crée un appel d'air, attirant des usagers supplémentaires. Les **zones de non-droit** qui y apparaîtront constitueront un véritable **défi pour le maintien de l'ordre public**, non seulement au regard de la législation sur les stupéfiants mais même pour faire face aux attroupements qui ne manqueront pas de se constituer. Verra-t-on des usagers de drogue faire la queue avant l'ouverture ? Les trafics ne **s'enkystreront-ils** pas dans la zone ?

Refusant, au grand regret de votre rapporteur pour avis, de supprimer l'article 9 du projet de loi relatif à la santé, le Sénat en a néanmoins renforcé **l'encadrement**. Il a ainsi prévu, à l'initiative de plusieurs de nos collègues du groupe Les Républicains, que les SCMR soient **intégrées à un établissement de santé**. Il s'agit d'une précision indispensable pour garantir la capacité de ces structures à offrir un accompagnement médical vers le sevrage et à faire face aux éventuels accidents sanitaires qui pourraient y survenir. Il est donc regrettable qu'en nouvelle lecture la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale l'ait supprimée.

La Mildeca est chargée de la préparation de cette expérimentation, dont le projet de loi fixe la durée à six ans, et notamment de son cahier des charges ainsi que de son évaluation. Elle a déjà apporté, dans le cadre du plan d'actions 2013-2015, un soutien financier de **134 000 euros** à l'association Gaïa, qui porte ce projet à Paris. Selon les informations recueillies l'an dernier par votre rapporteur pour avis, l'assurance maladie devrait assurer le financement d'une SCMR à hauteur de **800 000 euros par an** pendant quatre ans, soit **3,2 millions d'euros** issus du fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS). Il est encore temps d'y renoncer et de consacrer ces ressources au renforcement de la prévention envers les plus jeunes ou des soins à destination des personnes souffrant d'une addiction, quelle qu'en soit la forme ou le produit.

II. LA MODERNISATION DE L'ACTION INTERMINISTÉRIELLE DE LUTTE CONTRE LES DROGUES ET LES CONDUITES ADDICTIVES TARDE À PRODUIRE SES EFFETS

A. DES PISTES DE RÉFLEXION POUR UNE ÉVOLUTION DU DISPOSITIF DE PRÉVENTION ET DE PRISE EN CHARGE MÉDICO-SOCIALE

Par un décret du 11 mars 2014¹, la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt) est devenue la mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca). Plus qu'un simple changement sémantique, cette modification, qui constituait l'action n° 121 du plan d'actions 2013-2015, a explicité **l'élargissement de la compétence de la mission à l'ensemble des substances psychoactives ainsi qu'aux addictions sans substance**. Ce décret a également précisé que la Mildeca doit agir en vue de la réduction de l'offre et de la demande de stupéfiants et qu'elle intervient dans la lutte contre les trafics.

Dans ce contexte, la Mildeca a piloté la **réforme de son cadre d'action territorial**, qui repose sur un **chef de projet** placé auprès de chaque préfet de région ou de département, auquel sont délégués des crédits budgétaires dédiés à la prévention. Le processus de modernisation de l'action publique (MAP) a été l'occasion de réaliser **l'évaluation** de ce dispositif. Une mission conjointe de l'inspection générale de l'administration (IGA), de l'inspection générale des affaires sociales (Igas) et de l'inspection générale des services judiciaires (IGSJ), dont le rapport² a été remis en mars 2014, a constaté une « *faible maturité du système de pilotage interministériel* » ainsi qu'une « *absence de stratégies régionales fondées sur un diagnostic local* », tout en relevant **l'imprécision des critères retenus** pour attribuer des financements ainsi que leur reconduction quasi-systématique, conduisant à un « *saupoudrage financier préjudiciable à l'efficiace de la lutte contre les drogues et la toxicomanie* ».

Déjà consciente de certaines de ces insuffisances, puisqu'elle avait décidé dès 2013 de répartir au **niveau régional** les fonds qu'elle allouait afin de renforcer le rôle de pilotage de cet échelon, la Mildeca a entrepris d'apporter d'importantes modifications au fonctionnement des chefs de projet pour faire de la politique publique de lutte contre les drogues et les conduites addictives une priorité qui soit, dans les territoires, aussi suivie que la sécurité routière et la prévention de la délinquance.

¹ Décret n° 2014-322 du 11 mars 2014 relatif à la mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives.

² *Évaluation du pilotage territorial de la politique de prévention et de lutte contre les drogues et la toxicomanie*, IGA-Igas-IGSJ, mars 2014.

Les critères de répartition des dotations régionales par la Mildeca

La modulation de la dotation annuelle attribuée par la Mildeca au niveau de chaque région répond à quatre critères :

- une enveloppe forfaitaire par région, pour prendre en compte la dimension régionale ;
- le nombre de départements couverts, pour prendre en compte la population départementale ;
- l'effectif de la population de moins de 20 ans, cible principale de la politique de prévention ;
- le nombre de jeunes âgés de 17 ans concernés par les usages quotidiens de tabac, réguliers de cannabis et par les ivresses répétées.

Source : Mildeca

La Mildeca a renforcé son **rôle d'impulsion et de coordination** des initiatives territoriales en recrutant un chargé de mission dédié à la supervision du réseau et à l'accompagnement des chefs de projet. Elle réalise désormais une analyse des rapports d'activité que chacun des chefs de projet doit réaliser, qui fait ressortir les **importantes marges de progrès** qui existent.

Ainsi, en 2014, les **9,26 millions d'euros** alloués en loi de finances aux chefs de projet ont bénéficié à plus de **2 000** structures, à près de **70 %** associatives. Ces sommes ont eu un **effet de levier de 3**, puisque **18,2 millions d'euros** de crédits additionnels ont été accordés, en complément, par d'autres acteurs, principalement les collectivités territoriales (**30 %**) et les agences régionales de santé (**26 %**), pour un total d'environ **27,5 millions d'euros**.

Plusieurs **points faibles** apparaissent toutefois. Contrairement à leur destination prévue, des sommes restent affectées au financement de matériel à destination des forces de l'ordre. **56 %** des projets financés sont des **reconductions** de l'année précédente, tandis que **l'évaluation reste très lacunaire** : seuls **57 %** des territoires signalent conduire chaque année au moins une évaluation des projets financés et, lorsque c'est le cas, elle est très souvent réalisée dans une optique de court terme, selon une **approche quantitative**. Enfin, les chefs de projet font un **bilan mitigé de la régionalisation des fonds**, qui aurait selon eux parfois allongé le circuit décisionnel, sans apporter la simplification et l'appui aux départements initialement recherchés.

Ces résultats sont le signe d'une **réforme encore inaboutie**, qu'il appartient à la Mildeca d'approfondir, sur la base des axes qu'elle a définis et qui visent à **remédier aux faiblesses identifiées**. Ainsi, un **diagnostic local** devrait être à la base de tout financement et une évaluation envisagée dès l'appel à projet. Il convient surtout de **clarifier les rôles** des chefs de

projet **entre les niveaux régional et départemental**. Quatre régions devraient expérimenter l'an prochain de nouvelles modalités de pilotage, avec notamment la régionalisation de certaines actions, et des efforts devraient être réalisés pour harmoniser les procédures entre chefs de projet, sur la base de fiches d'ingénierie et d'appui à la conduite de projets. Votre rapporteur pour avis sera attentif à la mise en œuvre de ces modifications et à la mesure de leur impact, tout en reconnaissant que les chefs de projet, qui sont dans la majorité des cas les directeurs de cabinet des préfets, ne disposent ni du **temps**, ni des **moyens** de mener à eux-seuls une politique ambitieuse de prévention de la consommation de stupéfiants à l'échelle de leur territoire.

A la même période, l'Igas a réalisé une **évaluation¹ du dispositif médico-social de prise en charge des conduites addictives**, Csapa et Caarud. Reconnaissant que l'organisation et le fonctionnement de ces établissements répondent aux **besoins des publics très spécifiques** qui s'adressent à eux, elle a toutefois constaté que le recueil d'information sur les patients suivis pourrait être amélioré et que **l'évaluation externe** qui est aujourd'hui réalisée par des prestataires extérieurs « *paraît tout à fait inadaptée dans sa finalité, dans son calendrier, dans le choix d'un opérateur de marché, et du fait de son coût élevé* ». En conséquence, la Mildeca a financé une étude, réalisée par l'institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) et l'OFDT, qui a conclu à la faisabilité de la mise en place d'une cohorte de patients suivis par les Csapa.

Plus généralement, le rapport de l'Igas suggère que les agences régionales de santé (ARS) s'investissent davantage dans leur **mission de tutelle** de ces établissements médico-sociaux et développent avec eux un véritable dialogue de gestion. Sur un **plan financier**, tout en excluant toute tarification à l'acte ou financement à l'activité de ces structures qui aujourd'hui relèvent, au sein de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) médico-social, d'un sous-objectif destiné aux établissements et services accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques, pour une dépense constatée de 379 millions d'euros en 2013 (+ 6,1 % en un an)², les inspecteurs recommandent, à moyen terme, la **mise en place d'une tarification selon la lourdeur de la prise en charge** des patients.

Surtout, l'Igas a relevé que la **prévention était insuffisamment développée** au sein des Csapa et des Caarud, en particulier sous sa forme collective auprès des jeunes. En conséquence, à la suite de l'adoption en commission à l'Assemblée nationale de deux **amendements** identiques au projet de loi relatif à la santé présentés par nos collègues députées Catherine Lemorton et Bernadette Laclais, l'article 8 *bis* de ce texte fait figurer la **prévention individuelle et collective parmi les missions**

¹ *Evaluation du dispositif médico-social de prise en charge des conduites addictives, Igas, février 2014.*

² *Source : Document de politique transversale « Politique de lutte contre les drogues et les conduites addictives » annexé au projet de loi de finances pour 2016, p. 100.*

obligatoires des Csapa. Cela devrait notamment permettre, conformément à l'une des préconisations du rapport, d'intégrer la prévention collective au sein des consultations jeunes consommateurs (CJC) et d'assurer son financement par l'assurance maladie.

Votre rapporteur pour avis, ainsi que les membres du groupe socialiste et républicain, avaient par ailleurs souhaité apporter des **précisions supplémentaires** sur les missions des Csapa, ainsi que sur leur financement, dans le cadre de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016¹, afin de garantir qu'ils **accompagnent** sur un plan médical, social et psychologique les personnes souffrant d'une addiction et que les consultations spécifiques, en particulier à destination des jeunes consommateurs, que certains mettent en place soient **sanctuarisées**. Toutefois, face à l'opposition de la commission et du Gouvernement, ces amendements avaient été retirés. Votre rapporteur pour avis n'en reste pas moins convaincu que la rédaction actuelle de l'article 8 *bis* du projet de loi relatif à la santé **ne prend pas en compte** l'ensemble des activités des Csapa.

B. UN BUDGET 2016 EN LÉGÈRE DIMINUTION QUI FRAGILISE LES OPÉRATEURS

Le projet de loi de finances pour 2016 alloue **19,1 millions d'euros** à la Mildeca, en **baisse de 2,7 % (- 0,53 million d'euros)** par rapport à la loi de finances initiale pour 2015. Son **budget poursuit son recul**, à un rythme certes moins marqué qu'entre 2014 et 2015 (- 5 %) mais qui représente **depuis 2012**, comme l'a expliqué la présidente de la Mildeca à votre rapporteur pour avis, une **diminution de 20 %**.

Tableau n° 5 : Evolution de la dotation budgétaire de la Mildeca depuis 2010

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Dotation budgétaire en loi de finances initiale (<i>en millions d'euros</i>)	29,8	23,88	23,89	22	20,93	19,63	19,1
Variation n/n-1 (<i>en %</i>)	/	-19,9	0	-7,9	-9	-6,2	-2,7
Evolution globale (<i>en %</i>)	-35,9						

Source : Commission des affaires sociales à partir des documents budgétaires des PLF pour 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015 et 2016

Alors que le **plafond d'emplois reste stable**, à 22 équivalents temps plein travaillés (ETPT), et que les **dépenses de personnel** (titre 2) augmentent de **0,17 million d'euros (+ 7,6 %)**, des économies sont réalisées au sein des **dépenses de fonctionnement** (titre 3), le montant global des

¹ Amendements n°s 311 rectifié et 349.

subventions pour charges de service public des deux opérateurs de la Mildeca, l'OFDT et le centre interministériel de formation anti-drogue (Cifad), diminuant de **0,21 million d'euros (- 6,2 %)**.

Les **dépenses d'intervention** (titre 6) subissent également une **baisse de 0,44 million d'euros (- 3,2 %)** et représentent **13,1 millions d'euros**. Parmi celles-ci, les **montants destinés au dispositif territorial** et versés aux chefs de projet régionaux sont en **baisse de 7,1 % (- 0,7 million d'euros)**, à **9,1 millions d'euros**, tandis que les crédits consacrés par la Mildeca, au niveau central, au financement des mesures du plan gouvernemental, au soutien à la recherche ainsi qu'aux organismes internationaux devraient augmenter de **5,3 %**, à **4 millions d'euros**. Au total, les dépenses de titre 6 représentent **68,7 %** de la dotation budgétaire de la Mildeca, proportion stable par rapport à l'an dernier (**69 %**).

La Mildeca dispose d'une **seconde ressource** : un **fonds de concours** alimenté par le **produit de la vente des biens saisis** aux personnes condamnées dans le cadre de trafics de stupéfiants. Après avoir atteint en 2010 et 2011 un niveau très élevé, plus de **20 millions d'euros** par an, en raison de l'apurement par les tribunaux des biens confisqués au cours d'affaires définitivement jugées dans les années antérieures, il s'élève désormais à environ **10 millions d'euros** par an. Ainsi, en 2014, **13,26 millions d'euros** ont été saisis.

Tableau n° 6 : Evolution du montant du fonds de concours de la Mildeca

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Montant des sommes versées à la Mildeca <i>(en millions d'euros)</i>	11,1	21,1	22,8	9,6	11,7	13,1
Variation n/n-1 <i>(en %)</i>	/	+91	+8,1	-57,9	+21,9	-12

Source : Mildeca

Depuis sa création par la loi du 9 juillet 2010¹, c'est l'**agence de gestion et de recouvrement des avoirs saisis et confisqués** (Agrasc) qui abonde le fonds de concours. Cette dernière est chargée de la gestion des fonds et biens dont la saisie a été ordonnée au cours d'une enquête par un magistrat et de la vente de ceux confisqués définitivement en application d'une décision de justice. Il s'agit principalement de **numéraire** ou de **comptes bancaires**, mais également de **biens immobiliers**, dont six ont été vendus au profit de la Mildeca² depuis 2011.

¹ Loi n° 2010-768 du 9 juillet 2010 visant à faciliter la saisie et la confiscation en matière pénale.

² Source : Rapport annuel de l'Agrasc 2014, pp. 30-31.

La gestion du fonds de concours répond à des règles particulières : les sommes rattachées à la Mildeca en année n sont redistribuées l'année suivante afin de permettre à leurs bénéficiaires de préparer leurs projets. En application d'une décision prise lors d'une réunion interministérielle le 15 février 2007, les **fonds** issus de cette attribution de produit sont **répartis**, selon une **clé** inchangée depuis lors, entre les ministères impliqués dans la lutte contre le trafic de stupéfiants et la Mildeca à hauteur de :

- 35 % pour la police ;
- 25 % pour la gendarmerie ;
- 20 % pour la justice ;
- 10 % pour les douanes.

La Mildeca bénéficie des 10 % restants pour financer des actions de **prévention**, ainsi que des crédits non consommés une année donnée par un ministère. Ainsi, en 2014, la police nationale a reçu **3,89 millions d'euros**, la gendarmerie **3,76 millions d'euros**, le ministère de la justice **2,22 millions d'euros** et les douanes **1,18 million d'euros**. Ces sommes sont principalement utilisées pour **l'achat d'équipement** visant à renforcer les capacités opérationnelles et de renseignement des services chargés de la lutte contre les trafics et à renforcer la coopération internationale. Elles financent des achats aussi divers que des balises de géolocalisation, du matériel d'ouverture de serrures, des véhicules d'intervention ou des séminaires de formation.

Votre rapporteur pour avis aimerait rappeler que **ce fonds de concours**, par nature non pérenne, **ne saurait compenser la diminution des crédits budgétaires que subit la Mildeca depuis cinq ans**. Son champ d'usage est plus restreint, puisqu'il est essentiellement destiné à renforcer l'efficacité des structures chargées de l'application de la loi et a principalement pour effet de compenser la baisse des moyens des services enquêteurs.

Cette **diminution** continue du budget, si elle ne remet pas encore en cause la capacité de la Mildeca à exercer sa mission de coordination interministérielle de la lutte contre la drogue et les conduites addictives, commence à avoir des **conséquences néfastes** sur celles de ses **opérateurs** à remplir pleinement leur rôle.

C'est tout particulièrement vrai de l'**OFDT**. Celui-ci devrait disposer en 2016 d'une subvention pour charges de service public de **2,85 millions d'euros**, soit une diminution de **6,4 %** par rapport à 2015. Le budget de ce groupement d'intérêt public (GIP) ne fait que poursuivre la **baisse presque ininterrompue** qu'il subit depuis 2010 (- 19 %).

Tableau n° 7 : Evolution de la subvention pour charges de service public de l'OFDT depuis 2010

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Montant (en millions d'euros)	3,53	3,35	3,51	3,26	3,13	3,05	2,85
Variation n/n-1 (en %)	/	-5,1	+4,8	-7,1	-4	-2,6	-6,4
Evolution globale (en %)	-19						

Source : Commission des affaires sociales à partir des documents budgétaires annexés aux PLF pour 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015 et 2016

Le montant de cette subvention connaît en 2016 sa plus **forte réduction** depuis le projet de loi de finances pour 2013. Les **conséquences** s'en font sentir **sur le plan des effectifs**, puisque le plafond d'emplois pour 2016 est inférieur de **9,7 %** à celui de 2010 (**28 ETPT**), des restructurations ayant conduit à des licenciements en 2012. **De très importants efforts d'économie ont d'ores et déjà été consentis**, et votre rapporteur pour avis tient à les saluer. Ainsi, le **ratio entre dépenses de fonctionnement et dépenses de personnel** a quasiment été divisé par deux entre 2010 et 2015, passant de **1** à **0,54**. De même, la **part des dépenses de fonctionnement par rapport au budget total** a diminué, durant la même période, de **44,8 %** à **33,3 %**.

Dans ce contexte, il semble **difficile** à votre rapporteur pour avis **de demander à l'OFDT de réaliser des économies supplémentaires de l'ampleur de celles prévues en 2016**, au risque de compromettre sa capacité à remplir ses missions. Alors que son **dispositif d'observation des phénomènes émergents Trend** (tendances récentes et nouvelles drogues) a déjà perdu cinq sites en France ces dernières années, privant notamment l'observatoire de toute capacité de détection et de suivi qualitatif des nouveaux comportements de consommation et formes d'addiction outre-mer, la poursuite des coupes menace la **pérennité** même de celui-ci. Toucher à sa masse salariale reviendrait à amputer son potentiel de production.

L'OFDT constitue pourtant un outil formidable, dont la qualité des travaux est reconnue par ses pairs européens, notamment par l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT), et dont les publications constituent la **boussole** qui doit orienter l'action publique en matière de lutte contre les conduites addictives. A l'heure où le plan gouvernemental 2013-2017 invite à « *fonder les politiques de lutte contre les drogues et les conduites addictives sur la recherche* », il est quelque peu **paradoxal** de constater que l'OFDT, qui devrait dès lors être valorisé et soutenu, est **délaissé** et, année après année, **affaibli**.

Le second opérateur de la Mildeca, le **Cifad**, connaît un **traitement similaire**. Basé à Fort-de-France (Martinique), ce GIP a pour mission de **développer la coopération avec les pays des Caraïbes et d'Amérique latine** et d'améliorer la formation de leurs services chargés de la lutte contre le trafic de drogues. Ses actions prennent trois formes : la formation, la prévention et la

sensibilisation ainsi que l'organisation de séminaires et l'accueil de délégations étrangères. Il a un effectif de **14 ETPT**, dont le financement n'est pas assuré par son budget mais qui sont **mis à disposition** par les ministères participant à cette structure, c'est-à-dire l'intérieur (police et gendarmerie) ainsi que les finances et les comptes publics (douanes), ce qui représente un coût de **0,9 million d'euros**.

En 2014, avec une subvention pour charges de service public de **439 000 euros** versée par la Mildeca, le Cifad avait pu mener **126 actions** de formation au profit de **6 079 stagiaires**, à **51 % étrangers**. Selon les informations communiquées à votre rapporteur pour avis, au premier semestre 2015, alors que le budget a diminué de **7,1 %** par rapport à l'année précédente (**408 000 euros**), **63 actions** ont été réalisées, au bénéfice de **2 435 stagiaires**, et une trentaine supplémentaire devaient l'être d'ici à la fin de l'année.

La **baisse du budget** entre 2014 et 2015 a donc eu un **impact sur le nombre d'actions de formation réalisées** (une centaine cette année contre 126 l'an passé) **et le nombre de stagiaires formés** (environ 5 000 contre 6 079). Il est fort probable que la **nouvelle diminution de 4,7 %** prévue pour 2016 (**389 000 euros**) produise les mêmes effets et vienne **affaiblir** la coopération policière nouée avec des Etats qui sont au centre du commerce international de la drogue. Au total, en 2016, la subvention versée au Cifad sera inférieure de **25 %** à celle de 2010.

C. MOBILISER L'ETAT ET LES PROFESSIONNELS DANS UNE POLITIQUE PLUS EFFICACE DE LUTTE CONTRE LES DROGUES ET LES CONDUITES ADDICTIVES SOUS TOUTES LEURS FORMES

La construction d'une politique de prévention et de prise en charge des addictions fondée sur les données de la science passe par un **soutien appuyé à la recherche**, aussi bien médicale que dans les sciences humaines et sociales. Alors que le plan gouvernemental 2013-2017 et le plan d'actions 2013-2015 en font l'une de leurs orientations stratégiques, l'évolution des financements alloués démontre que **seuls des efforts limités ont été réalisés** ces deux dernières années.

Si l'on observe le financement de la politique nationale de recherche, telle qu'elle ressort du programme 172 « Recherches scientifiques et technologiques pluridisciplinaires » de la mission « Recherche et enseignement supérieur », il est indéniable que **la part consacrée à la toxicomanie a progressé** de manière notable entre 2009 et 2015, puisqu'elle est passée de **13,5 millions d'euros** à **18,59 millions d'euros** par an (+ **37,7 %**)¹. Toutefois, après avoir connu une **hausse notable entre 2013 et 2014 (+ 6,5 %)**, **les montants alloués aux recherches sur les addictions sont retombés, en 2015, à leur niveau antérieur (- 5,9 %)**. Il faut surtout

¹ Source : Documents de politique transversale « Politique de lutte contre les drogues et les toxicomanies » et « Politique de lutte contre les drogues et les conduites addictives » annexés aux projets de lois de finances.

reconnaître que ces sommes représentent une **fraction infinitésimale** du budget du programme 172 : **18,59 millions d'euros** sur **6,27 milliards d'euros** en 2015, soit **0,3 %**. Elles profitent principalement à l'Inserm (**71,4 %**) et au centre national de la recherche scientifique (CNRS, **15,2 %**).

La Mildeca finance également, **sur son propre budget**, des projets de recherche répondant, selon les informations communiquées à votre rapporteur pour avis, à **quatre enjeux** :

- progresser dans la compréhension des conduites addictives ;
- renforcer la recherche clinique dans le domaine des addictions ;
- développer des études répondant directement aux besoins des administrations et des professionnels du champ ;
- renforcer l'animation scientifique et la coopération scientifique.

Ainsi, en 2014 et 2015, **onze projets de recherche ou d'évaluation et deux thèses** ont reçu un soutien financier de la Mildeca. Sept s'inscrivaient dans le cadre du plan d'actions 2013-2015, pour une dépense totale d'environ **555 000 euros**, dont **145 000 euros** issus du fonds de concours. Il convient néanmoins de souligner que l'enveloppe globale dont dispose la Mildeca pour soutenir la recherche connaît, comme son budget global, une importante **diminution**. Alors qu'elle s'élevait à **1,5 million d'euros** en 2010, elle n'était plus que de **0,92 million d'euros** en 2014 et était tombée à **0,6 million d'euros** en 2015 (- **60 %**). Elle devrait être portée à **1,25 million d'euros** en 2016, ce qui représente toujours une **baisse de 16,7 %** par rapport à 2010.

La politique de lutte contre les drogues et les conduites addictives ne repose toutefois pas uniquement sur la prévention et la réduction des risques. **L'application de la loi** constitue également l'un de ses piliers. Le plan gouvernemental, dont la troisième partie est d'ailleurs intitulée « *Mieux appliquer la loi* », semble d'ailleurs sous-entendre que des difficultés seraient apparues ces dernières années en la matière. La situation est, dans les faits, bien plus préoccupante : **la réponse pénale à l'usage de stupéfiants a fait la preuve de son inefficacité** et de son incapacité à enrayer la diffusion des drogues et à dissuader les jeunes d'entrer dans la consommation.

Héritée de la loi du 31 décembre 1970 (cf. *supra*), la sanction d'un an de prison et 3 750 euros d'amende attachée à toute consommation d'un produit stupéfiant renvoie à une **vision du toxicomane comme criminel** qui n'est plus d'actualité. S'il faut bien évidemment continuer à ériger la réduction de l'offre et la lutte contre les trafics comme priorité absolue de l'action des services de police, de gendarmerie et des douanes, il faut **cesser d'encombrer les tribunaux** de procédures qui s'étendent sur plusieurs mois pour déboucher finalement, dans la très grande majorité des cas, sur des **non-lieux** ou des **rappels à la loi** qui n'ont **aucun effet sur les jeunes**.

Face à cette situation, des **peines alternatives** pour les usagers occasionnels de drogues ont été imaginées. Ainsi, la loi du 5 mars 2007¹ a institué des **stages de sensibilisation aux dangers de l'usage de stupéfiants**, qui constituent une alternative aux poursuites à la disposition des procureurs. Réalisés aux frais de la personne condamnée, ils visent à lui faire **prendre conscience** des conséquences de la consommation de stupéfiants et à le **dissuader de récidiver**, tout en accélérant la réponse pénale. **11 801** ont été prononcés en 2013. **L'évaluation** qu'en a faite l'OFDT est toutefois **mitigée** : il souligne que, du point de vue des stagiaires, le stage « *reste avant tout une sanction pénale, impuissante par elle-même à détourner de l'usage les personnes qui n'envisageaient pas, déjà avant le stage, d'arrêter dans l'immédiat* »².

Plus récemment, la loi du 15 août 2014³ a institué la **transaction pénale**, dont le décret du 13 octobre 2015⁴ définit les modalités d'application. Elle permet à l'officier de police judiciaire, sur **autorisation du procureur de la République**, de **transiger avec l'auteur de certains délits**, dont l'usage simple de stupéfiants. Il peut être convenu d'une amende transactionnelle, dont le montant ne peut excéder le tiers de l'amende encourue, soit **1 250 euros** dans le cas de l'usage de stupéfiants. Pour produire ses effets, **la transaction doit être homologuée** par le président du tribunal de grande instance.

Si cette **nouvelle procédure** est de nature à améliorer le traitement de contentieux de masse tel que celui lié à la consommation de stupéfiants, elle **ne modifie en rien l'état du droit pénal** et **ne corrige en rien les hypocrisies du système actuel**, qui ne parvient toujours pas à reconnaître que le **caractère dissuasif de la peine** qu'il prétend théoriquement infliger a dans les faits **disparu**, en raison de sa disproportion manifeste avec l'infraction commise. De plus, il va falloir du temps pour que les parquets s'approprient ce mode supplémentaire de règlement du contentieux pénal.

Aux yeux de votre rapporteur pour avis, **le maintien de l'interdit qui pèse sur la consommation de stupéfiants est essentiel**, ne serait-ce qu'en raison des conséquences sanitaires et sociales de ces produits. Il est **hors de question d'envisager une légalisation**, prônée par certains pour le cannabis sur le modèle des états américains du Colorado, de Washington ou de l'Alaska. Il est au contraire nécessaire de **renforcer l'effectivité de la sanction attachée à cet usage**, en particulier auprès des jeunes. Sur ce point, la peine d'emprisonnement ainsi que l'amende élevée actuellement en vigueur ne sont plus crédibles.

¹ Loi n° 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance.

² Les stages de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants, *Tendances* n° 81, OFDT, juin 2012.

³ Loi n° 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales, art. 35.

⁴ Décret n° 2015-1272 du 13 octobre 2015 pris pour l'application des articles 41-1-1 du code de procédure pénale et L. 132-10-1 du code de la sécurité intérieure.

La solution prônée par votre rapporteur pour avis a déjà été adoptée par le Sénat à deux reprises : **sanctionner d'une contravention de troisième classe le premier usage illicite constaté** d'un produit stupéfiant. Perdant son caractère délictuel pour entrer dans le champ contraventionnel, cette première consommation serait immédiatement sanctionnée d'une **amende qui aurait vocation à être d'un montant forfaitaire de 68 euros**, après son inscription, par décret en Conseil d'Etat, sur la liste mentionnée à l'article 529 du code de procédure pénale. Elle pourrait être acquittée directement à l'agent verbalisateur ou devrait l'être dans un délai de **45 jours** suivant la constatation de l'infraction ou l'envoi de l'avis de contravention.

Cette proposition, formulée initialement par la mission d'information Assemblée nationale - Sénat sur les toxicomanies dont le rapport¹ a été publié en juin 2011, permettrait de **garantir une réponse pénale systématique et immédiate à la première infraction**, offrant un **caractère dissuasif** bien supérieur à la lente et souvent vaine procédure actuelle, qui engorge les tribunaux sans aucun résultat. Le 7 décembre 2011, le Sénat avait adopté une **proposition de loi** en ce sens dont votre rapporteur pour avis était l'auteur². Transmise à l'Assemblée nationale ce même jour puis à nouveau, après le renouvellement de cette dernière, le 2 juillet 2012, elle n'a toujours **pas été inscrite à son ordre du jour**. Dans le cadre de l'examen en première lecture du **projet de loi relatif à la santé**, la commission des affaires sociales avait, à l'initiative de votre rapporteur pour avis, inséré un **article additionnel 8 bis A** dans le texte reprenant le contenu de cette proposition de loi. En séance publique, le Sénat avait ensuite rejeté un amendement de suppression présenté par le Gouvernement. En nouvelle lecture, la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a toutefois, sur proposition notamment de son rapporteur, retiré cet article du texte.

¹ Toxicomanies : rejeter la fatalité, renouveler les stratégies ; rapport de la mission d'information sur les toxicomanies, Françoise Branget, Gilbert Barbier ; Assemblée nationale (XIII^{ème}, n° 3612), Sénat (2010-2011, n° 699), 30 juin 2011.

² Proposition de loi visant à punir d'une peine d'amende tout premier usage illicite de l'une des substances ou plantes classées comme stupéfiants, n° 19 (2011-2012), adoptée le 7 décembre 2011.

Votre rapporteur pour avis le regrette profondément, à l'heure où un **consensus large** existe **sur l'inadaptation du cadre pénal actuel et le besoin de le faire évoluer** pour diminuer l'attrait pour les jeunes des stupéfiants et diminuer leur niveau de consommation. Selon les informations recueillies par votre rapporteur pour avis, un **groupe de travail consacré à la réponse pénale en matière d'usage de stupéfiants** aurait récemment été **réuni sous l'égide de la Mildeca**. Il recommanderait la création d'une contravention de cinquième classe forfaitisée pour réprimer cette infraction. Votre rapporteur pour avis n'y est pas favorable et estime que **la réitération de l'usage de stupéfiants doit être plus sévèrement punie** : c'est à la première infraction constatée, souvent à l'adolescence ou peu après, qu'il faut, avec une sanction d'un montant limité mais significatif pour un jeune et immédiatement appliquée, faire disparaître toute velléité de renouveler un tel comportement. Pour des adultes qui consomment un ou plusieurs produits stupéfiants depuis plusieurs années et sont pleinement conscients des risques sanitaires et sociaux qu'ils encourent, la sanction doit être plus élevée et rester dans le champ délictuel.

Au-delà de la problématique de l'efficacité de la réponse pénale pour diminuer la consommation de substances illicites, **la politique de lutte contre les conduites addictives doit également prendre en compte les addictions sans substance**, qui portent sur des services ou des comportements qui ne font l'objet d'aucun interdit ou d'une régulation par l'Etat. Ces phénomènes émergents constituent aujourd'hui de véritables préoccupations de santé publique dont il convient de développer l'étude afin d'améliorer la prévention et la prise en charge des dommages causés.

Les **jeux d'argent et de hasard** sont la principale source d'addictions comportementales. Longtemps sous monopole de l'Etat et restreints à un cadre très limité, ils ont fait l'objet d'une **libéralisation partielle** puisque la loi du 12 mai 2010¹ a ouvert à la concurrence certains jeux et paris en ligne (paris hippiques, paris sportifs, poker). On constate depuis lors une **évolution inquiétante** du nombre de nos concitoyens pratiquant ces activités, ainsi que le démontre le dernier Baromètre santé de l'Inpes, réalisé en 2014.

Lors de sa précédente édition, en 2010, il avait relevé que **46,4 %** des Français âgés de 15 à 75 ans avaient pratiqué au moins un jeu d'argent ou de hasard dans l'année. Ce taux est passé à **56,2 %** en 2014², soit une **augmentation de presque dix points** et, en moyenne, de **9,8 %**, en quatre ans. **31 %** de ces joueurs pratiquent cette activité régulièrement, c'est-à-dire au moins une fois par semaine, et **15,4 %** au moins deux fois par semaine. **10 %** des joueurs dépensent plus de **1 000 euros** par an. **Le recours au jeu en**

¹ Loi n° 2010-476 du 12 mai 2010 relative à l'ouverture à la concurrence et à la régulation du secteur des jeux d'argent et de hasard en ligne.

² Source : Observatoire des jeux, Les jeux d'argent et de hasard en France en 2014, note n° 6, avril 2015.

ligne reste limité, avec seulement **7,3 %** des joueurs ayant déclaré y recourir, ce qui représente **4,1 %** de la population générale (**2 millions de personnes**). Il concentre toutefois une forte proportion de joueurs problématiques.

Le **jeu problématique**, au sein duquel on distingue les joueurs à **risque modéré** de ceux à **risque excessif**, représente **4,8 % de l'ensemble des joueurs** (**3,9 %** et **0,9 %**), soit en population générale respectivement **2,2 % (1 million de personnes)** et **0,5 % (200 000 personnes)** de la population. De fortes **corrélations** existent entre **l'intensité du jeu** et la **proportion de jeu problématique**, ainsi qu'entre cette dernière et le jeu d'argent sur Internet ou la multi-activité des joueurs, qui concerne **22 %** d'entre eux.

Par rapport à 2010, **l'évolution des pratiques de jeu est caractérisée par une augmentation de leur fréquence** – la part des joueurs réguliers passant de **22,4 %** à **31,5 %** – **et des dépenses** qui leur sont associées, la part des joueurs dépensant plus de **1 500 euros** par an atteignant désormais **7,2 %**, contre **1,8 %** quatre ans auparavant. En appliquant aux données de 2014 la même méthodologie qu'en 2010, la **prévalence du jeu à risque modéré** connaît une importante augmentation, puisqu'elle s'établit désormais à **1,5 %** de la population, contre **0,9 %** antérieurement. **Très peu de ces joueurs problématiques cherchent pourtant à obtenir de l'aide** et à traiter leur addiction : **72 %** des joueurs excessifs ne le font pas, tandis que **96 %** des joueurs à risque modéré estiment que ce n'est pas nécessaire.

Il existe également un **problème spécifique concernant les mineurs**. Alors que les jeux d'argent et de hasard leur sont interdits, **un tiers d'entre eux déclarent avoir joué dans l'année écoulée**, principalement à des jeux de grattage (**66,5 %**). Au sein de ce groupe, la prévalence du jeu excessif est deux fois plus élevée qu'en population générale. Ainsi, **25,4 %** des joueurs mineurs présentent un risque faible (contre **10,1 %** pour l'ensemble des joueurs) et **11 %** sont dans une situation de jeu problématique (contre **4,9 %** des joueurs chez les 15-75 ans).

Ce constat met en lumière les défis auxquels sont confrontés les professionnels du champ des addictions, qu'il s'agisse des pouvoirs publics, des acteurs médicaux ou des intervenants médico-sociaux, pour faire face aux **spécificités des addictions comportementales chez les adolescents**. Réalisée à la demande de la Mildeca dans le contexte de l'élaboration du plan gouvernemental 2013-2017, l'expertise collective de l'Inserm sur les conduites addictives chez les adolescents, publiée en février 2014, souligne également que **les jeux vidéo et l'usage d'Internet peuvent, dans certaines circonstances, être à l'origine de problèmes d'ordre psychique et somatique**. Selon les données de l'enquête Escapad 2008, **26 %** des joueurs de 17 ans ont déclaré avoir rencontré, au cours de l'année précédant l'enquête, des problèmes scolaires ou professionnels en raison de leur pratique de jeu.

Plus récemment, l'enquête Pelleas, réalisée en 2013-2014 auprès de plus de **2 000** élèves de région parisienne, a identifié un taux d'usage problématique du jeu vidéo de **12,5 %** au sein de l'échantillon étudié¹.

Votre rapporteur pour avis estime donc nécessaire de **renforcer les moyens consacrés au traitement de ces addictions par le biais des thérapies comportementales et cognitives**, les traitements pharmacologiques étant inefficaces. Comme l'an dernier, il prône, ainsi que le prévoit d'ailleurs le plan gouvernemental 2013-2017, le **renforcement de la capacité des Csapa à repérer et à orienter les personnes souffrant d'une addiction sans substance**, en particulier celles en situation de polyaddiction. Le plan d'actions 2013-2015 n'avait toutefois pas retenu cette mesure, qu'il serait tout à fait souhaitable de voir figurer au plan 2016-2017 actuellement en cours d'élaboration.

*

* *

Suivant la proposition de son rapporteur pour avis, la commission a émis un avis favorable à l'adoption des crédits de l'action « Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca) » du programme « Coordination du travail gouvernemental » de la mission « Direction de l'action du Gouvernement » du projet de loi de finances pour 2016.

¹ Source : *Ecrans et jeux vidéo à l'adolescence, Tendances n° 97, OFDT, décembre 2014.*

EXAMEN EN COMMISSION

Réunie le mercredi 18 novembre 2015, sous la présidence de M. Alain Milon, président, la commission procède à l'examen du rapport pour avis de M. Gilbert Barbier sur l'action « Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca) » du programme « Coordination du travail gouvernemental » de la mission « Direction de l'action du Gouvernement » du projet de loi de finances pour 2016.

M. Gilbert Barbier, rapporteur pour avis. – Pour la première fois depuis 2004, le Parlement a été amené à se prononcer sur l'évolution des politiques sanitaires et sociales de prévention et de réduction des risques et des dommages à destination des personnes souffrant d'une addiction. Plusieurs articles du projet de loi relatif à la santé ont traité de cette question, en particulier l'article 9 relatif à l'expérimentation de salles de consommation à moindre risque. À mon grand regret, le Sénat ne l'a pas supprimé mais en a renforcé l'encadrement sanitaire en prévoyant leur adossement à une structure hospitalière. En nouvelle lecture, la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale n'en a malheureusement pas tenu compte.

Au vu de l'évolution récente des habitudes de consommation de stupéfiants, les politiques menées ces dernières années n'ont pas fait la preuve de leur efficacité. Les données les plus récentes, issues notamment du Baromètre santé 2014 de l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) font état d'une augmentation de la consommation de drogues, toutes substances confondues, et d'une banalisation des comportements à risque. La présidente de la mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca) l'a reconnu avec franchise lors de son audition : la situation en la matière est très préoccupante, en particulier chez les jeunes et les femmes.

La banalisation du cannabis se poursuit ; 42 % des adultes l'ont expérimenté, soit 17 millions de personnes. À 17 ans, la baisse de l'expérimentation qui avait été constatée jusqu'en 2010 s'est interrompue : près d'un jeune sur deux en a déjà consommé une fois, tandis que 9 % d'entre eux sont des usagers réguliers, c'est-à-dire au moins dix fois par mois. Ce taux a connu une hausse de 50 % en quatre ans. Cette diffusion accrue s'accompagne d'une méconnaissance des dangers de cette substance puisqu'à peine un Français sur deux la juge dangereuse dès le premier usage, alors que son impact sanitaire et social, à court comme à long terme, est désormais clairement établi, surtout avec un taux de THC très élevé, comme actuellement.

La cocaïne continue également sa progression, bien que le niveau de consommation français reste inférieur à celui de nos voisins. En vingt ans, la part des 18-64 ans l'ayant expérimenté a presque quintuplé, passant de 1,2 % à 5,6 %. Elle n'est plus réservée à certains milieux sociaux ou professionnels. De plus, les

usages à risque se développent parmi les populations les plus précarisées en région parisienne : crack ou free base sont fumés dans des conditions sanitaires dégradées en raison du partage du matériel de consommation.

Aucune inflexion positive n'est constatée pour les opiacées. La consommation d'héroïne, à laquelle sont associées de très graves comorbidités (virus de l'hépatite C, VIH), ne régresse pas. Si, rapportée à la population générale, la part de ses consommateurs réguliers peut sembler anecdotique (0,2 %), ce sont ces personnes qui concentrent les plus graves difficultés sanitaires mais aussi sociales liées à leur addiction. Les politiques de réduction des risques et le développement des traitements de substitution aux opiacés (TSO) ont contribué à une atténuation des dommages sanitaires les plus graves, comme les surdoses ou la transmission du VIH, mais ces TSO font l'objet de détournements et d'un mésusage qui se répand.

En matière de santé publique, les conséquences de la consommation des substances illicites restent toutefois bien moindres que celles liées à l'usage de produits en vente libre aux personnes de plus de 18 ans : l'alcool et le tabac. En raison de la diminution ininterrompue de la consommation de vin, la quantité d'alcool consommée par habitant est en baisse, tout comme la consommation quotidienne. En revanche, les comportements à risque sont la norme chez les adolescents. Les alcoolisations ponctuelles importantes (API) ou binge drinking (au moins six verres au cours d'une même occasion) sont devenues un rituel dans tous les rassemblements de la jeunesse. Chez les 18-25 ans, 31 % en ont connu une dans le mois et 57 % dans l'année. À 17 ans, un jeune sur deux déclare une API dans le mois écoulé. Faut-il rappeler que l'alcool est à l'origine de 49 000 décès par an ?

Le tabac, avec 78 000 décès par an, constitue la première cause de mortalité évitable en France. Ici encore, les progrès réalisés dans les années 2000 ont été effacés, en particulier chez les jeunes. Entre 2008 et 2014, le niveau du tabagisme quotidien à 17 ans a progressé de 12 %, atteignant 32,4 %. En outre, 29 % des adultes fument tous les jours.

Une étude récente sur le coût social des drogues réfute certaines idées reçues : loin de compenser la charge pour les finances publiques des addictions à ces produits, les recettes fiscales de la vente de tabac et d'alcool couvrent moins de 40 % des soins engendrés. De même, leur coût social global est sans commune mesure avec celui des drogues illicites : 120 milliards d'euros par an pour chacune d'entre elles, contre 8,7 milliards pour toutes les substances interdites.

La Mildeca est chargée de la mise en œuvre du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives portant sur la période 2013-2017, dont la première déclinaison, 2013-2015, touche à sa fin. Ce plan ambitieux comportait un diagnostic pertinent des insuffisances de la politique française de lutte contre les addictions, en particulier la nécessité de réorganiser la politique de prévention et de renforcer la recherche ainsi que l'évaluation scientifique des actions menées. Son bilan est mitigé. Le plan d'actions 2013-2015 comportait 131 actions mais n'a bénéficié d'aucun financement supplémentaire par rapport aux dotations budgétaires de la Mildeca et des ministères qui y ont contribué. La liste des actions se lit parfois comme un inventaire à la Prévert, avec une cohérence et un impact sur les comportements de consommation parfois discutables.

Le budget 2016 de la Mildeca s'inscrit dans un contexte de rigueur pour les finances publiques malheureusement peu propice à la mise en œuvre d'une politique disposant des moyens de faire régresser la consommation de produits stupéfiants et de rompre avec plusieurs décennies d'échecs successifs.

Les difficultés budgétaires de notre pays imposent à toutes les structures de l'État de contribuer au redressement des comptes publics. Le budget de la Mildeca va diminuer de 2,7 %, il sera même inférieur de 20 % à celui de 2012. Sa capacité à remplir sa mission ne devrait pas en être affectée, parce qu'elle bénéficie d'une part trop limitée d'un fonds de concours alimenté par le produit de la vente des biens confisqués aux trafiquants de drogues. Il n'en va pas toutefois pas de même pour ses opérateurs, en particulier pour l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT). La subvention pour charges de service public que lui verse la Mildeca va diminuer de 6,4 % en 2016, soit une baisse totale de 19 % depuis 2010. L'OFDT, qui s'est restructuré et a réalisé d'importantes économies de fonctionnement, verra ses moyens d'observation touchés, ce qui entravera la connaissance fine des phénomènes de toxicomanie en France. La pérennité du dispositif d'identification des phénomènes émergents Trend est d'ores et déjà menacée. L'OFDT constitue pourtant un outil formidable, dont la qualité des travaux est reconnue par ses pairs européens. Sans équivalent en France, il fournit les données objectives sur lesquelles les décideurs publics peuvent construire et faire évoluer la lutte contre les addictions. À l'heure où est promue une politique fondée sur les données de la science, il est paradoxal de constater que l'OFDT est délaissé et affaibli.

L'infléchissement de la lutte contre les drogues et les conduites addictives passe par une refonte de la réponse pénale au premier usage de stupéfiants, qui repose encore aujourd'hui sur les bases posées par la loi du 31 décembre 1970 : un délit passible d'un an d'emprisonnement et de 3 750 euros d'amende. Manifestement disproportionnée et, dans les faits, purement virtuelle, cette sanction a perdu son caractère dissuasif puisque les interpellations de jeunes consommateurs débouchent, au terme de plusieurs mois de procédure, sur un non-lieu ou un simple rappel à la loi. Il n'est pas question de faire disparaître la sanction. Au contraire, il convient de la rendre pleinement effective auprès des jeunes, car il est établi que c'est à cet âge que les comportements à risque sont les plus nombreux et que les dommages sanitaires sont les plus graves, comme ceux du cannabis sur le cerveau des adolescents.

C'est pourquoi je suis convaincu du bien-fondé de la disposition adoptée par notre commission, puis par le Sénat, lors de la première lecture du projet de loi relatif à la santé. La contraventionnalisation du premier usage, par une amende de troisième classe, est de nature à faire comprendre au jeune le caractère illégal de son comportement et doit alerter les parents afin qu'ils engagent un dialogue avec leur enfant et qu'ils puissent, si nécessaire, chercher de l'aide auprès des consultations jeunes consommateurs des hôpitaux ou des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa). Il est tout à fait regrettable que la semaine dernière, en nouvelle lecture, la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale ait supprimé cet ajout du Sénat. Une réflexion serait actuellement engagée par la Mildeca sur l'évolution de la réponse pénale à l'usage de stupéfiants. Toutefois, pourquoi persévérer dans une politique qui depuis 45 ans a fait la démonstration de son incapacité à faire diminuer, chez les jeunes, les comportements contre lesquels elle prétend lutter ?

La Mildeca conduit une action déterminée contre les drogues et les conduites addictives, selon une stratégie soutenue par la très grande majorité des professionnels de la lutte contre les addictions. Je n'en approuve pas tous les aspects, en particulier l'expérimentation d'une salle de consommation à moindre risque à Paris puis à Strasbourg. Les résultats concrets tardent à se matérialiser, et ses moyens sont limités. Pour autant, j'estime que notre commission devrait donner un avis favorable à l'adoption des crédits de la Mildeca prévus par le projet de loi de finances pour 2016. C'est en 2017, au terme de l'exécution du plan gouvernemental, qu'il sera temps de porter un jugement définitif sur l'action qu'elle mène actuellement.

M. Michel Amiel. – *Je partage l'avis du rapporteur, dans ses grandes lignes. L'addiction est une constante du comportement humain, en particulier chez les jeunes. Il faut lutter contre toutes les addictions, qu'il s'agisse du tabac, de l'alcool ou d'autres substances. L'apparition des publicités pour le jeu m'a stupéfié. Bien qu'il ne tue pas au sens pharmacologique, le jeu est une catastrophe sociale. Si on interdit les publicités pour le tabac et l'alcool, il faut en faire de même pour le jeu. La société est hypocrite.*

Il serait intéressant de mettre en avant la notion d'éducation à la santé. Les jeunes, pour construire leur image, ont besoin de transgresser. Des porosités existent entre drogues et délinquance, voire terrorisme. Moi qui viens de la région de Marseille, je sais, hélas, que les choses se passent ainsi. Un adage veut qu'on ne puisse interdire ce que l'on ne peut empêcher. Les quelques cours de sciences de la vie et de la terre qui abordent ces questions sont insuffisants. Les consommateurs de tabac sont de plus en plus jeunes à la sortie des collèges, on constate un retour en force de l'alcool. Pourquoi limiter la contraventionnalisation de la première consommation au cannabis, sans évoquer l'alcool et le tabac chez les mineurs ? La consommation de cannabis est devenue banale et régulière. On n'arrive pas à l'interdire.

Un sujet m'oppose au rapporteur : les salles de shoot, même si elles n'ont pas fait la preuve de leur efficacité en France. Un gros effort de prévention suppose des campagnes et des moyens importants. Ils sont notoirement insuffisants.

Mme Laurence Cohen. – *Comme Michel Amiel, je considère que la question des addictions relève de la santé publique. Le commerce de produits illicites, comme le cannabis, est source de conflit entre les gangs qui se disputent l'influence dans les quartiers. Le trafic de drogues constitue l'un des commerces les plus rentables en France, mais aussi en Europe et dans le monde. Les États-Unis ont compris que faire la guerre ne fonctionnait pas et privilégient une politique de prévention auprès des usagers – même si les criminels doivent être sanctionnés.*

Une campagne de prévention sous la forme de spots publicitaires aurait peu d'impact sur les jeunes. On doit accompagner cette période où la transgression participe à la construction de la personnalité. Je suis très inquiète de la réduction incessante des moyens. Le rapport souligne son ampleur. De 24 millions d'euros en 2012, le budget de la Mildeca est revenu à 19 millions d'euros. En 2012, le budget de l'OFDT, structure importante et unique, était de 3,5 millions d'euros ; il est de 2,8 millions d'euros. Si le nombre d'emplois est stabilisé, il avait été réduit auparavant. Nous avons déjà été alertés sur le fait que la Mildeca et l'OFDT fonctionnaient à flux tendu.

Je ne changerais pas une virgule aux constats du rapporteur, hormis sur les salles de consommation à moindre risque. En revanche, nos conclusions divergent. Nous nous abstenons lors du vote. Le problème de fond est la pénalisation de l'usage du cannabis. Nous souhaitons que celui-ci soit dépénalisé, ce qui est différent d'être légalisé : l'interdit est maintenu. On éviterait ainsi la prise de contrôle de certains quartiers par les petits trafiquants, et la police se mobiliserait sur d'autres sujets.

Il y a des drogues illicites et des drogues licites. Il n'y a pas de quoi être fier quand le lobby de l'alcool obtient dans notre assemblée une diminution de la taxation, avec le concours des représentants des régions productrices. Il existe une addiction à l'alcool, au tabac, mais aussi aux jeux.

Mme Pascale Gruny. – *Je regrette moi aussi la baisse sensible des crédits. Vous évoquez un coût social de 120 milliards d'euros pour le tabac et l'alcool, et de 8,7 milliards d'euros pour les substances interdites : une dépénalisation se traduirait-elle par une hausse ou une baisse de ce coût ?*

En France, nous abordons le problème de la drogue sous l'angle exclusif de la santé public. J'ai visité la communauté de San Patrignano, en Italie, où les anciens toxicomanes reçoivent après leur désintoxication des formations en vue de leur réinsertion. C'est une grande réussite, avec des taux de réinsertion de 70 %. Un toxicomane qui ne se réinsère pas durablement replongera tôt ou tard.

Soyons également attentifs aux risques liés aux addictions en entreprise ; autant la consommation d'alcool est facilement repérable, autant il est difficile de contrôler la consommation de stupéfiants qui entraîne pourtant des accidents du travail.

M. Gérard Roche. – *Les peines existantes sont trop fortes pour être appliquées. Quant au tabou de la légalisation, mon opinion a évolué. Des joints légaux, contenant moins de 30 % de principe actif, auraient des conséquences neurologiques beaucoup moins importantes que ceux vendus aujourd'hui dans la rue, qui contiennent des goudrons cancérigènes et dont le taux de principe actif atteint 70 à 80 %. Plus addictifs, ils préparent le terrain à la cocaïne et à l'héroïne. Enfin, le haschich fait partie de l'économie souterraine, même si ce n'est pas le marché le plus important : les conséquences sont désastreuses pour notre société. Le tabou doit être levé.*

M. Michel Forissier. – *Notre rapporteur a trouvé une ligne commune susceptible de nous réunir, mais certains collègues ont rouvert un débat que je croyais clos. Ne perdons pas nos repères. La pénalisation est un signal à donner. Il faut que les personnes célèbres cessent de se vanter de consommer des stupéfiants. Les adultes responsables doivent songer à la valeur de l'exemple. Les abus des responsables entraînent les dérives de la jeunesse. Et dans le système scolaire, nous avons quelque peu baissé la garde.*

M. Yves Daudigny. – *Toutes vos interventions sur ce rapport appellent à renforcer l'action publique, à maintenir, renforcer ou renouveler les dispositifs, pour répondre à l'évolution des addictions. Vous stigmatisez les prélèvements obligatoires tout en constatant la dégradation sociale causée par la détérioration de l'action publique... Le Président de la République vient de déclarer que le pacte de sécurité*

l'emportait sur le pacte de stabilité ; pourquoi ne pas imaginer un pacte de santé publique ou de solidarité qui l'emporterait sur le pacte de stabilité ? Certes, l'objectif de ramener le déficit public à un niveau inférieur à 3 % s'éloignerait définitivement.

M. Philippe Mouiller. – *Faut-il pénaliser de la même manière que les autres ceux qui acceptent de suivre un traitement de sortie de la drogue ? C'est un débat qu'il faudrait engager avec la commission des lois.*

Les conséquences de l'addiction aux jeux vidéo et à Internet – déscolarisation, comportements violents – ne sont pas à sous-estimer. Certains élèves, des témoignages en attestent, n'ont pas été plus marqués que cela par les attentats de janvier, parce qu'ils vivaient ces situations dans les jeux vidéo. Il en va de même pour les violences sexuelles, pour le suicide. Soyons vigilants.

M. Jean-Louis Tourenne. – *Certaines incohérences politiques doivent être méditées : on a libéralisé, il y a quelques années, les jeux d'argent en ligne, tout en prévoyant des avertissements sur les risques de ces pratiques – preuve que nous en étions conscients !*

Quoique béotien dans ces matières, je partage l'analyse de Gérard Roche. Mais la contrebande, les agissements des gangs, ne sont pas le seul problème. Un collègue a souligné que l'adolescence était un moment de transgression. Or la dépénalisation fait disparaître le risque qui y est associé, avec cette possible conséquence que le comportement transgressif se déplace vers les drogues plus dures. Une préoccupation généreuse peut avoir des effets dangereux.

Mme Laurence Cohen. – *Attention à ne pas confondre dépénalisation et légalisation.*

M. Alain Milon, président. – *Pour répondre à Yves Daudigny, j'estime qu'il ne saurait y avoir de pacte de sécurité et de solidarité véritablement solide dans la durée, si nous ne sommes pas capables de respecter le pacte de stabilité.*

M. Gilbert Barbier, rapporteur pour avis. – *La définition de l'addiction – un usage inconsidéré et incontrôlé pouvant nuire à la santé – est large et recouvre un grand nombre de pratiques : l'addiction au jeu, au sexe, mais aussi aux produits sucrés, au chocolat... Sur les produits licites et illicites, je vous renvoie à l'excellent rapport de la mission d'information commune au Sénat et à l'Assemblée nationale de 2011.*

L'éducation à la santé a été évoquée avec la Mildeca. Je m'interroge : où, par qui, comment faut-il la mener ? On critique régulièrement la venue de gendarmes et de policiers dans les écoles pour parler des drogues. Il convient de travailler sur ces questions auxquelles je n'ai pas de réponse définitive. Les spots ne coûtent pas cher, mais leur efficacité n'est pas démontrée.

Quant à l'interdiction des substances licites, la loi interdit l'achat et la consommation d'alcool et de tabac par les mineurs ; sans attaquer les buralistes, il faut bien la mettre en application.

La légalisation, que Laurence Cohen distingue à juste titre de la dépénalisation, poserait de graves problèmes. Avec le développement de l'autoculture et de variétés de cannabis génétiquement modifiées, la teneur en THC est passée de 7 ou 8 % à 25 ou 30 %. Les statistiques nous disent combien un jeune fume de joints par mois, pas la teneur en THC de ce qu'il fume.

De plus, la légalisation ne mettrait pas fin aux contournements ; j'ai pu me rendre compte qu'à Amsterdam, la vente sauvage se poursuivait à côté des coffee shops. Enfin, elle ne résoudra pas le problème du crack et d'autres produits analogues dont le prix baisse et l'usage se répand chez les adultes, et sans doute bientôt chez les jeunes.

Toute transgression de la loi, qu'il s'agisse de produits illicites ou de conduite automobile, appelle une réaction. La contravention immédiate au premier usage de drogue, comme au premier feu rouge grillé, a un impact réel.

La dépénalisation est déjà une réalité : 85 % des interpellations pour consommation de cannabis n'ont aucune suite, 10 % font l'objet d'un rappel à la loi et dans 5 % des cas, il s'agit d'un trafiquant, qui est poursuivi et parfois condamné. Je ne sais si la contravention est une bonne solution ; je propose une expérimentation.

J'ai moi aussi visité des communautés thérapeutiques, en Italie ou près de Bordeaux, qui obtiennent de très bons résultats grâce à une prise en charge totale ; mais attention aux dérives sectaires.

Il faut surveiller ce risque de près. Enfin, pour répondre à Philippe Mouiller, je précise que l'usage de produits de substitution n'est pas pénalisé bien sûr – il n'en va pas de même du trafic qui pourrait être fait sur des produits comme le Subutex.

En conclusion, je vous propose de donner un avis favorable à l'adoption des crédits de la Mildeca, tout en souhaitant, avec Yves Daudigny, que ce domaine de l'action publique soit clairement une priorité. Il me paraît prématuré de porter un jugement sur le plan gouvernemental de lutte contre les drogues 2013-2017 alors que son exécution n'est qu'à moitié engagée : c'est la raison de mon avis favorable.

Mme Catherine Génisson. – *Les drogues de synthèse, dont le prix est très modique mais les effets neurotoxiques dévastateurs, mériteraient une étude complémentaire ou un rapport.*

M. Gilbert Barbier, rapporteur pour avis. – *En effet. De nouvelles molécules entrent chaque semaine en circulation. Ces drogues se banalisent. Il conviendrait d'évaluer leur dangerosité, mais c'est un travail scientifique de longue haleine pour lequel les moyens manquent.*

La commission émet un avis favorable à l'adoption des crédits de l'action « Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca) » du programme « Coordination du travail gouvernemental » de la mission « Direction de l'action du Gouvernement » du projet de loi de finances pour 2016.

LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES

- **Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa) Pierre Nicole**
Laurent Michel, directeur médical
Rafi Karajabarian, responsable administratif et financier
- **Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)**
Dominique Martin, directeur général
Nathalie Richard, directrice adjointe des médicaments en neurologie, psychiatrie, antalgie, rhumatologie, pneumologie, ORL, ophtalmologie, stupéfiants
Marie-Anne Courne, chef de l'équipe stupéfiants au sein de la direction des médicaments en neurologie, psychiatrie, antalgie, rhumatologie, pneumologie, ORL, ophtalmologie, stupéfiants
- **Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca)**
Danielle Jourdain-Menninger, présidente
Jean-François Pons, secrétaire général
- **Cabinet de la garde des Sceaux, ministre de la justice**
Benoist Hurel, conseiller politique pénale et action publique
Samira Jemaï, conseillère parlementaire
- **Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)**
François Beck, directeur
Christophe Palle, conseiller scientifique