

N° 111

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2017-2018

Enregistré à la Présidence du Sénat le 23 novembre 2017

AVIS

PRÉSENTÉ

au nom de la commission des affaires sociales (1) sur le projet de loi de finances pour 2018, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE,

TOME III

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

Par Mme Chantal DESEYNE,

Sénateur

(1) Cette commission est composée de : M. Alain Milon, *président* ; M. Jean-Marie Vanlerenberghe, *rapporteur général* ; MM. René-Paul Savary, Gérard Dériot, Mme Colette Giudicelli, M. Yves Daudigny, Mmes Michelle Meunier, Elisabeth Doineau, MM. Michel Amiel, Guillaume Arnell, Mme Laurence Cohen, M. Daniel Chasseing, *vice-présidents* ; M. Michel Forissier, Mmes Pascale Gruny, Corinne Imbert, Corinne Féret, M. Olivier Henno, *secrétaires* ; M. Stéphane Artano, Mmes Martine Berthet, Christine Bonfanti-Dossat, MM. Bernard Bonne, Jean-Noël Cardoux, Mmes Annie Delmont-Koropoulis, Catherine Deroche, Chantal Deseyne, Nassimah Dindar, Catherine Fournier, Frédérique Gerbaud, M. Bruno Gilles, Mmes Nadine Grelet-Certenais, Jocelyne Guidez, Véronique Guillotin, Victoire Jasmin, M. Bernard Jomier, Mme Florence Lassarade, M. Martin Lévrier, Mmes Marie-Noëlle Lienemann, Monique Lubin, Viviane Malet, Brigitte Micouleau, MM. Jean-Marie Mizzon, Jean-Marie Morisset, Philippe Mouiller, Mmes Frédérique Puissat, Laurence Rossignol, Patricia Schillinger, M. Jean Sol, Mme Claudine Thomas, M. Jean-Louis Tourenne, Mme Sabine Van Heghe, M. Dominique Watrin.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (15^{ème} législ.) : 235, 264 *rect.*, 266 *rect.*, 273 à 278, 345 et T.A. 33

Sénat : 107, 108 à 110 et 112 à 114 (2017-2018)

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
LES OBSERVATIONS DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES	5
AVANT-PROPOS	9
I. 2013-2017 : LE BILAN MITIGÉ DE CINQ ANNÉES DE LUTTE CONTRE LES DROGUES ET LES CONDUITES ADDICTIVES	11
A. UNE APPROCHE INTÉGRÉE AMBITIEUSE DONT IL EST DIFFICILE DE MESURER LES EFFETS	11
B. LA BANALISATION DES COMPORTEMENTS A RISQUE DE CONSOMMATION DE PRODUITS STUPÉFIANTS	15
1. <i>L'usage de produits stupéfiants</i>	16
2. <i>La consommation de produits licites</i>	19
C. L'EXPÉRIMENTATION DES SALLES DE CONSOMMATION À MOINDRE RISQUE : UNE RÉPONSE PONCTUELLE À UNE URGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE	21
D. LES LACUNES DU PLAN GOUVERNEMENTAL 2013-2017	26
II. EN 2018, DES MOYENS LIMITÉS POUR BÂTIR LA NOUVELLE POLITIQUE INTERMINISTÉRIELLE DE LUTTE CONTRE LES DROGUES ET LES CONDUITES ADDICTIVES	29
A. UN BUDGET CONTRAINT QUI LIMITE LA CAPACITÉ D'ACTION DE LA MILDECA	29
1. <i>Une dotation budgétaire en recul</i>	29
2. <i>Un fonds de concours essentiellement consacré à l'application de la loi</i>	32
3. <i>Des opérateurs à renforcer</i>	35
a) <i>L'OFDT, outil de détection et d'analyse des conduites addictives</i>	35
b) <i>Le Cifad, pilier de la coopération internationale en matière de lutte contre la drogue dans la Caraïbe et en Amérique latine</i>	37
B. LA POURSUITE DE LA MODERNISATION DE LA POLITIQUE TERRITORIALE.....	39
C. 2018 : UNE ANNÉE DE TRANSITION POUR ÉLABORER LA NOUVELLE STRATÉGIE PLURIANNUELLE DE LUTTE CONTRE LES DROGUES ET LES CONDUITES ADDICTIVES	42
1. <i>Poursuivre le renforcement de la prévention et le soutien à la recherche</i>	42
2. <i>Apprendre des erreurs du plan gouvernemental 2013-2017</i>	44
3. <i>Placer l'effectivité de la sanction au cœur de la politique pénale de lutte contre la consommation de stupéfiants</i>	45
EXAMEN EN COMMISSION	49
LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES	59

LES OBSERVATIONS DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

Réunie le **mercredi 22 novembre 2017** sous la présidence de **M. Alain Milon, président**, la commission a examiné **le rapport pour avis de Mme Chantal Deseyne sur les crédits de l'action « Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives » du programme « Coordination du travail gouvernemental » de la mission « Direction de l'action du gouvernement » du projet de loi de finances pour 2018.**

Après avoir rappelé **l'évolution préoccupante de la consommation de drogues en France**, notamment le **développement des conduites à risque**, et les dommages sanitaires, économiques et sociaux causés par l'usage des produits licites, le tabac et l'alcool, le rapporteur pour avis a souligné que la Mildeca disposera en 2018 de **moyens limités** pour y faire face.

Un an après le lancement de l'expérimentation de **salles de consommation à moindre risque (SCMR)** à Paris et à Strasbourg, les premiers résultats encourageants qu'elles rencontrent auprès du public extrêmement fragile auquel elles sont destinées plaide pour sa poursuite et, à son terme, l'évolution de son impact en matière de santé publique et de qualité de vie dans les quartiers où elles sont implantées.

De plus, alors que l'élaboration de la nouvelle **stratégie gouvernementale** pluriannuelle de lutte contre les drogues et les conduites addictives, le rapporteur pour avis a plaidé pour qu'un bilan du plan 2013-2017 soit réalisé et que les leçons de sa mise en œuvre soient tirées, afin notamment d'utiliser plus efficacement les ressources limitées qui sont consacrées à cette politique publique.

Le rapporteur pour avis a également insisté sur **l'échec de la réponse pénale à l'usage simple de stupéfiants**, actuellement passible d'une peine d'emprisonnement d'un an qui, inappliquée, a perdu son caractère dissuasif. L'instauration d'une **contravention** pour sanctionner ce comportement permettrait de le restaurer, notamment auprès des jeunes, tout en désengorgeant les tribunaux.

Enfin, l'accent doit être mis sur **l'étude des conduites addictives outre-mer**, afin que le dispositif de prise en charge des addictions soit adapté aux spécificités de ces territoires.

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 » du programme « Coordination du travail gouvernemental » de la mission « Direction de l'action du gouvernement » du projet de loi de finances pour 2018.

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 2018**

Action 15 « Mildeca »		Crédits de paiement <i>(en euros)</i>	Variation 2018 / 2017 <i>(en %)</i>
			17 838 430
dont subventions pour charges de service public	Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)	2 805 000	0
	Centre interministériel de formation anti- drogue (Cifad)	369 000	0

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

Mesdames, Messieurs,

Chaque année, à l'occasion de l'examen du projet de loi de finances, la commission des affaires sociales du Sénat porte une attention particulière à l'activité de la **Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives** (Mildeca). Si les incidences budgétaires en sont limitées, au regard du volume du budget de l'État, de celui de la protection sociale ou même de l'ensemble des moyens consacrés à la lutte contre les addictions par les acteurs concernés, les **enjeux sanitaires et sociaux** liés à cette politique publique justifient un **suivi exigeant de l'action gouvernementale** en la matière.

Chargée d'**animer** et de **coordonner** les initiatives de l'État en matière de **lutte contre l'usage de stupéfiants et les addictions**, la Mildeca traverse une période de transition. Après avoir connu un changement à sa tête, le départ à la retraite de sa présidente, Mme Danièle Jourdain-Menninger, le 1^{er} mars 2017 ayant conduit à son remplacement à cette date par M. Nicolas Prisse, elle doit désormais élaborer, en collaboration avec les ministères compétents, la **nouvelle stratégie pluriannuelle** qui doit prendre le relais du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017.

La Mildeca voit ses capacités d'action contraintes par son **budget**, en **léger recul** en 2018 par rapport à 2017 (- 1,4 %) et qui connaîtra l'an prochain sa sixième année consécutive de baisse. Ses **opérateurs**, l'observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) et le centre interministériel de formation anti-drogue (Cifad), restent **fragilisés** après avoir subi ces dernières années une forte diminution de leurs ressources, même si le montant de leurs subventions pour charges de service public est inchangé en 2018. Indispensables et unanimement reconnus dans leurs domaines d'activité respectifs, **ces deux organismes doivent être confortés et renforcés**.

Cette situation ne doit pas pour autant pousser la Mildeca à renoncer à l'**approche intégrée** qui caractérise la politique française de lutte contre les addictions et repose tout autant sur la prévention, la réduction des risques et le soin que sur l'application de la loi, c'est-à-dire la sanction de l'usage et du trafic de stupéfiants. Dès lors, il lui appartient de concentrer son action sur les publics les plus à risque et surtout de corriger les insuffisances des politiques menées jusqu'à ce jour.

Ces dernières années, une expérimentation à la portée géographique limitée et concernant une population restreinte, celle de deux **salles de consommation à moindre risque** (SCMR) à Paris et à Strasbourg, a monopolisé le débat public sur la question des addictions, éclipsant d'autres problématiques liées à la toxicomanie pourtant essentielles en matière de santé publique et de maintien de l'ordre public. Il convient désormais de **laisser cette expérimentation se poursuivre jusqu'à son terme** et d'améliorer l'efficacité de la politique de lutte contre les drogues.

Cela devrait passer notamment par un **changement de paradigme dans la réponse pénale à l'usage simple de stupéfiants**, appelé de ses vœux par votre commission depuis plusieurs années. Le caractère dissuasif de la peine d'emprisonnement d'un an accompagnée de 3 750 euros d'amende, en vigueur depuis 1970¹, a disparu, celle-ci n'étant dans les faits pas appliquée et remplacée par des alternatives aux poursuites. La **contraventionnalisation** de cette infraction permettrait une sanction immédiate de ces comportements et en ferait ressentir à leurs auteurs les conséquences pécuniaires. Alors que le Gouvernement a annoncé engager une réflexion sur ce sujet, il est indispensable qu'elle soit menée dans les meilleurs délais afin de mettre un terme à l'immobilisme sur cette question essentielle.

Votre commission des affaires sociales fonde de **grands espoirs** dans la future politique interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives, telle qu'elle sera prochainement définie par la Mildeca. Alors que les **insuffisances des pratiques antérieures** sont connues et que les défis à relever sont clairement identifiés, le Gouvernement ne peut se permettre de négliger la lutte contre les addictions ou de reconduire sans changement les stratégies passées. Il lui incombe désormais de traduire, dans le champ des addictions, le **discours de rupture** tenu au plus haut sommet de l'État.

¹ Art. L. 3421-1 du code de la santé publique.

I. 2013-2017 : LE BILAN MITIGÉ DE CINQ ANNÉES DE LUTTE CONTRE LES DROGUES ET LES CONDUITES ADDICTIVES

À partir de 2013, la politique gouvernementale de lutte contre les addictions a cherché à rompre, en partie tout du moins, avec les orientations qui jusqu'alors mettaient notamment l'accent sur l'application de la loi, la sanction de l'usage de drogues et la diminution de l'offre de stupéfiants¹. Si ces aspects n'ont ensuite pas été occultés, c'est une **prise en charge plus large de l'ensemble des addictions** qui a été privilégiée.

Ainsi, le décret du 11 mars 2014² a transformé la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt) en mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca). Cette **évolution lexicale** traduit la **pleine compétence de la Mildeca sur toutes les formes d'addictions**, qu'elles soient liées à un produit ou comportementales, ainsi que son intervention aussi bien en matière de réduction de l'offre que de réduction de la demande.

Dans ce contexte, la stratégie adoptée le 19 septembre 2013 par le Comité interministériel de lutte contre les drogues et les conduites addictives s'attachait à **apporter une réponse globale aux conséquences sanitaires, sociales, économiques et en matière d'ordre public des addictions**. Quatre ans plus tard, et alors que l'élaboration du nouveau plan gouvernemental a débuté, les résultats obtenus, s'ils sont souvent encourageants, démontrent que **des efforts importants doivent encore être consentis** pour traduire en actes les ambitions affichées et **endiguer** le développement des conduites addictives en France.

A. UNE APPROCHE INTÉGRÉE AMBITIEUSE DONT IL EST DIFFICILE DE MESURER LES EFFETS

Depuis plusieurs années déjà, la France a mis en œuvre une **politique intégrée de lutte contre les addictions**, qui met sur un pied d'égalité l'application de la loi, c'est-à-dire l'interdiction de l'usage des produits illicites, et la prise en charge sanitaire des toxicomanes. Prenant acte de la **persistance d'un niveau élevé de consommation de drogues**, elle a pour piliers la prévention et la réduction des risques, afin de diminuer les conséquences néfastes de ces comportements sur les consommateurs et la société.

¹ Cf. *Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011*.

² Décret n° 2014-322 du 11 mars 2014 relatif à la mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives.

Reposant sur ces principes, le **plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives** 2013-2017 a guidé l'action de la Mildeca ces quatre dernières années. Elle l'a bâti autour de **trois priorités** : fonder l'action publique sur l'observation, la recherche et l'évaluation ; prendre en compte les populations les plus exposées (jeunes ; femmes, notamment enceintes) pour réduire les risques et les dommages sanitaires et sociaux ; renforcer la sécurité, la tranquillité et la santé publiques en luttant contre les trafics et contre toutes les formes de délinquance liées aux consommations de substances psychoactives. Ses **cinq parties**¹ viennent ensuite préciser ces orientations et développent les objectifs poursuivis et les actions à entreprendre pour les atteindre.

Deux plans d'actions, pour les périodes 2013-2015 et 2016-2017, sont venus décliner le plan gouvernemental et détailler sa mise en œuvre. Comme votre commission l'a souligné ces dernières années², ils ont par certains aspects constitué des **inventaires d'actions d'inégale importance**, agrégeant des **mesures souvent hétéroclites**.

Ainsi, le **plan 2013-2015** prévoyait tout aussi bien, parmi ses **131 actions**, l'amélioration de la visibilité des groupes d'entraide au niveau local (action n° 42) que l'optimisation de l'utilisation des moyens d'intervention des équipes de visite en mer (action n° 65) ou que l'intégration dans le catalogue des formations de l'école nationale de la magistrature (ENM) des actions de formation courtes sur la lutte contre le trafic des produits de santé (action n° 117). Aucune n'a toutefois suscité autant de débats et bénéficié d'une couverture médiatique aussi intense que **l'expérimentation d'une salle de consommation à moindre risque** (action n° 54 ; cf. *infra*).

Le bilan qu'il est possible d'en tirer à son terme est positif sur le plan budgétaire, comme le montrent les informations communiquées par la Mildeca à votre rapporteur pour avis. Ainsi, alors que les moyens qui devaient y être investis avaient été estimés à **58,8 millions d'euros** sur trois ans³, ce sont au final **62 millions d'euros** qui y ont été consacrés, dont **13,6 millions par la Mildeca**. En revanche, il semble plus **malaisé** de porter un **jugement concernant l'effet global des actions de ce plan** sur les conduites addictives en France.

¹ Prévenir, prendre en charge et réduire les risques ; intensifier la lutte contre les trafics ; mieux appliquer la loi ; fonder les politiques de lutte contre les drogues et les conduites addictives sur la recherche et la formation ; renforcer la coordination des actions nationales et internationales.

² Cf. rapports n^{os} 167, T. II (2015-2016) et 143, T. II (2016-2017) de notre ancien collègue Gilbert Barbier.

³ 14,2 millions pris en charge par la Mildeca, 28,7 millions par les ministères et 15,9 millions par l'assurance maladie.

Le **saupoudrage des ressources disponibles**, elles-mêmes d'un niveau limité, **sur des actions trop nombreuses et mal hiérarchisées est un frein à l'efficacité de l'action publique**. Le caractère **protéiforme** de la question des addictions et de leurs effets sur la société impose évidemment une réponse diversifiée, tenant compte de leurs nombreuses **ramifications**. Toutefois, une communication construite autour d'un tel nombre d'actions peut être perçue comme une simple **stratégie médiatique**, surtout lorsqu'elle conduit à brouiller, comme c'est le cas ici, la lisibilité de la politique gouvernementale.

Par ailleurs, **la multiplication de ces actions rend leur évaluation qualitative impossible**. Ainsi, parmi les 131 actions du plan 2013-2015, **seules quatre¹ en ont bénéficié**, réalisée par le laboratoire interdisciplinaire d'évaluation des politiques publiques (LIEPP-Sciences Po) et financée à hauteur de **125 000 euros** par la Mildeca. En raison de ce coût, l'intégralité des actions ne peut bénéficier d'un tel régime, pourtant le seul à même de mesurer l'efficacité de la stratégie élaborée par la Mildeca. Cela plaide pour une **concentration de ses moyens sur un nombre plus réduit d'actions**, et ce d'autant plus que cette tendance inflationniste a été exacerbée dans le plan 2016-2017.

Pour ces deux dernières années de mise en œuvre du plan gouvernemental, ce sont pas moins de **254 actions** qui ont été planifiées, selon **dix axes** :

- prévenir et communiquer ;
- accompagner et prendre en charge ;
- réduire les risques sanitaires et les dommages collatéraux ;
- agir en outre-mer ;
- intensifier la lutte contre les trafics ;
- mieux appliquer la loi ;
- soutenir la recherche et l'observation ;
- harmoniser les contenus de la formation initiale et continue ;
- renforcer l'efficacité de la gouvernance ;
- renforcer l'action de la France aux niveaux européen et international.

¹ *Les étudiants relais-santé ; la campagne de communication relative aux consommations jeunes consommateurs ; le programme de prévention et de prise en charge des troubles liés à l'alcoolisation fœtale ; l'action « argent facile ».*

Allant de la « *diffusion des bonnes pratiques d'accompagnement et de prise en charge des femmes présentant des conduites addictives à travers la diffusion de guides et l'organisation d'un séminaire national* » (action n° 2.4) à « *l'organisation du séminaire "Marinfo" en vue de renforcer la coopération internationale douanière* » (action n° 5.1), ce deuxième volet du plan 2013-2017 devait en principe être doté de **44 millions d'euros**, dont **8,4 millions d'euros engagés par la Mildeca**. Alors que son exécution s'achève, il est trop tôt pour en faire le bilan. Toutefois, **il est atteint des mêmes maux que son prédécesseur** : une ambition certaine, handicapée par la **trop grande dispersion des moyens** consacrés à sa réalisation et la **difficulté à mettre en place une stratégie de communication appuyant la cohérence de cette politique**.

A ce jour, seul l'OFDT a réalisé un simple **suivi de la mise en œuvre des orientations** du plan gouvernemental, visant à analyser l'adéquation entre l'évolution constatée des principaux indicateurs relatifs aux addictions en France et les objectifs fixés en 2013. Ainsi que cela a été précisé à votre rapporteur pour avis, **ce mécanisme n'évalue ni l'impact, ni l'efficacité, ni l'utilité des mesures du plan**. Purement quantitatif, il démontrerait, selon l'OFDT, que la plupart des indicateurs auraient évolué dans le sens des objectifs poursuivis. Il met également en lumière les échecs de ces quatre dernières années, qu'il s'agisse par exemple de l'insuffisant renforcement de la prise en charge des addictions en milieu carcéral ou de l'incapacité à faire respecter l'interdiction de vente d'alcool aux mineurs.

Il faut enfin souligner que **le législateur a cherché à accompagner la réalisation du plan gouvernemental**. La loi du 26 janvier 2016¹ a ainsi renforcé la lutte contre le tabagisme, instituant par exemple le paquet neutre (art. 27), mais a également précisé la définition de la politique de réduction des risques (art. 41) ou encore autorisé la mise en place, à titre expérimental, de salles de consommation à moindre risque (art. 43, cf. *infra*).

Moins de deux ans après son adoption, il n'est pas encore possible d'en évaluer précisément les effets ou de mesurer son influence sur les comportements des usagers de drogues ou sur les pratiques des professionnels chargés de les accompagner. Force est néanmoins de constater que **l'évolution récente de la consommation** de stupéfiants ou de substances psychoactives légales (alcool, tabac) **ne traduit pas une prise de conscience**, chez nos concitoyens, **des dangers de ces produits** et des dommages sociaux dont ils sont à l'origine.

¹ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

B. LA BANALISATION DES COMPORTEMENTS A RISQUE DE CONSOMMATION DE PRODUITS STUPÉFIANTS

Plus de trente-cinq ans après la création de la mission permanente de lutte contre la toxicomanie¹, ancêtre de la Mildeca, et malgré la succession continue, depuis cette date, de plans et de stratégies gouvernementaux visant à lutter contre la toxicomanie et les addictions, **la consommation de produits psychoactifs reste une préoccupation de santé publique majeure en France**. Qu'il s'agisse de **substances légales ou illicites**, elles emportent, outre leurs **effets directs sur les usagers**, des **conséquences économiques, sociales et sanitaires pour l'ensemble de la société**, mais aussi sur le bien-être de chaque individu, dont l'ampleur n'a que très récemment été mesurée² et qui justifient la politique volontariste menée pour en faire diminuer l'usage.

Pourtant, sur ce point, les évolutions récentes traduisent la **transformation du modèle traditionnel français**, historiquement caractérisé par une forte consommation d'alcool, en particulier de vin. A l'inverse de leurs aînés, les jeunes ont développé vis-à-vis de l'alcool des **conduites à risque**, tandis que l'usage régulier de cannabis se maintient chez eux à un niveau élevé. De manière plus générale, le recours aux opiacés ne recule pas et la diffusion des nouveaux produits de synthèse s'accroît.

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	47 M	38 M
<i>dont usagers dans l'année</i>	5 M	450 000	400 000	//	43 M	17 M
<i>dont usagers réguliers¹</i>	1,4 M	//	//	//	9 M	14 M
<i>dont usagers quotidiens</i>	700 000	//	//	//	5 M	14 M

¹ Dix fois par mois ou plus

Source : OFDT, Drogues chiffres clés, septième édition, juin 2017

¹ Par le décret n° 82-10 du 8 janvier 1982 portant création du comité interministériel de lutte contre la toxicomanie et de la mission permanente de lutte contre la toxicomanie.

² Pierre Kopp, « Le coût social des drogues en France », OFDT, décembre 2015. Il est estimé qu'en 2010 le coût social de l'alcool était de 118 milliards d'euros, celui du tabac de 122 milliards d'euros et celui des drogues illicites de 8,7 milliards d'euros.

1. L'usage de produits stupéfiants

Le **cannabis** reste de très loin le **produit stupéfiant le plus communément consommé par les Français** : ils sont **17 millions** à l'avoir expérimenté, ce qui représente **42 %** des adultes de 18 à 64 ans. Par rapport à 2015, si le nombre d'usagers réguliers et celui des usagers quotidiens est resté inchangé, celui des usagers dans l'année a progressé de **8,7 %**, passant **de 4,6 à 5 millions**. Entre 1992 et 2016, la part des personnes consommant du cannabis au moins une fois par an est passée **de 4 % à 11 % (+ 175 %)**¹.

Comme le souligne l'OFDT, l'usage de cannabis est avant tout un « *phénomène générationnel* »². **Il concerne principalement les 18-25 ans** (28 % en avaient consommé dans l'année en 2016), **puis décroît avec l'âge** (2 % chez les 55-64 ans). Cette drogue est **facilement accessible** aux jeunes, et les progrès réalisés dans les années 2000 pour retarder l'âge d'expérimentation ont été effacés dans la première moitié des années 2010 : en 2014, ils étaient **48 %** à en avoir déjà consommé à 17 ans, contre **42,2 %** en 2008 (+ 13,7 %). **L'usage régulier** concerne **9 %** des jeunes de cet âge, contre **6 %** en 2011. Enfin, **l'usage problématique**, défini comme celui susceptible d'induire des dommages sanitaires et sociaux importants pour soi ou pour autrui, touchait **8 %** d'entre eux en 2014, alors qu'ils n'étaient que **5 %** trois ans auparavant.

La France connaît un niveau d'usage de cannabis très élevé par rapport à la plupart de ses voisins, qui serait lié notamment à la proximité des pays producteurs et au développement de l'offre de ce produit, qui s'est accompagné du renforcement de sa teneur en tétrahydrocannabinol (THC), le rendant plus attractif. Surtout, il est encore trop souvent perçu comme un produit relativement inoffensif, dont les usages sociaux sont variés (festifs, gestion du stress, etc.).

Alors que les **dommages associés** à l'usage de cannabis sont désormais **clairement démontrés**, sa dangerosité est encore trop souvent ignorée ou niée. A long terme, une consommation régulière a pourtant des **conséquences physiques et psychiatriques indéniables** : elle favorise ainsi la survenue de certains cancers, comme celui du poumon, et de troubles psychiatriques, en particulier lorsqu'elle est précoce (troubles de la concentration, de la mémoire, etc.).

¹ François Beck et al., « Cannabis, usages actuels en population adulte », OFDT – Santé Publique France, Tendances n° 119, juin 2017.

² Id.

La conduite sous l'influence du cannabis multiplie quant à elle par **1,8** le risque d'être responsable d'un accident mortel sur la route, et le multiplie même par quinze en cas d'association avec l'alcool. Pourtant, en 2013, **seulement 54 % des Français le jugeaient dangereux dès le premier usage**, en recul marqué par rapport à 2008 (62 %)¹. C'est d'autant plus préoccupant que la teneur moyenne en THC de la résine de cannabis a triplé en 10 ans et s'élève à **23 %**.

La **cocaïne**, après avoir connu jusqu'au début des années 2010 une forte croissance de son taux d'expérimentation, a vu celui-ci se stabiliser à **5,6 %** de la population âgée de 18 à 64 ans, soit **2,2 millions de personnes**. De manière plus marquée que le cannabis, **sa consommation est davantage masculine que féminine : 8,3 % des hommes** sont concernés, contre **3,1 % des femmes**. Il en va de même pour l'usage dans l'année, deux fois plus élevé chez les hommes (1,5 %) que chez les femmes (0,7 %).

Bien que son **prix moyen** ait dernièrement connu une certaine remontée, passant **de 75 euros à 84 euros le gramme** entre 2014 et 2016 (+ 12 %), la cocaïne n'est plus, comme elle a pu l'être par le passé, une drogue prisée uniquement au sein de catégories sociales privilégiées, dans certains secteurs professionnels ou dans certaines zones géographiques. Le profil de ses usagers s'est diversifié avec son expansion en dehors du milieu festif. Ainsi, **le nombre d'usagers dans l'année a été multiplié par quatre entre 2000 (0,3 %) et 2014 (1,1 %)**. **450 000 personnes** sont aujourd'hui concernées.

Chez certaines populations particulièrement précarisées, essentiellement en région parisienne et aux Antilles, l'usage de la **cocaïne basée**² s'est développé, bien qu'elle représente un phénomène minime en population générale.

Prenant la forme de crack³ ou de « *free base* »⁴, elle est **fumée** et non pas inhalée comme la poudre de cocaïne. Causant de **très graves problèmes sanitaires**, liés au **partage du matériel de consommation** et au mode de consommation, qui suscite des complications pulmonaires, elle touche des **usagers** qui sont déjà, pour la plupart, **en marge de la société**, sans logement fixe ni emploi, et l'associent, dans le cadre d'une **polyconsommation**, à d'autres substances psychoactives, légales ou non. Toutefois, ces dernières années, une **diversification du profil des usagers** de crack a été constatée. À Paris, un nombre croissant de personnes socialement insérées en consomme, dans un cadre récréatif. Au total, on estime à **0,6 %** de la population le taux d'expérimentateurs et à **0,1 %** celui des consommateurs dans l'année.

¹ Marie-Line Tovar et al., « Perceptions et opinions des Français sur les drogues », OFDT, Tendances n° 88, octobre 2013.

² Poudre de cocaïne destinée à être fumée après sa transformation en galette par 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.

Pourtant, les **conséquences sanitaires et psychiques** de la consommation de cocaïne, sous toutes ses formes, **sont très bien identifiées**. D'importants **troubles cardiaques** (multiplication du risque d'infarctus par 24) et **neurologiques** (épilepsie, AVC) peuvent apparaître. L'usage chronique de cocaïne, en raison de son inhalation, entraîne des lésions de la cloison nasale. Sur le plan psychique, elle est à l'origine de **troubles anxieux**, de **paranoïa**, d'**hallucinations** et d'un **comportement compulsif de recherche du produit** (« *craving* »). Enfin, **5 %** des usagers développent dès la première année une **dépendance psychique** à cette substance, et **20 %** à plus long terme.

La **stabilité du niveau de consommation d'opiacés**, au premier rang desquels figure l'héroïne, **est préoccupante** en soi. Ces substances sont à l'origine de **nombreuses comorbidités** : le partage et la réutilisation du matériel d'injection sont un facteur de contamination par les virus des **hépatites B et C** et du **VIH**, tandis que le **risque de surdose** est réel¹. Malgré les progrès réalisés en matière de réduction des risques, à travers notamment les programmes d'échange de seringues, la **prévalence de l'hépatite C (VHC)** chez les usagers de drogues par voie intraveineuse était de **64 %** en 2011², tandis que celle du **VIH** était de **13 %**. Sur ce point, d'importants efforts doivent encore être consentis : parmi les usagers des Caarud³, **14 %** avaient partagé une seringue dans le mois précédent en 2015, contre **9 %** en 2008 (+56 %).

L'**héroïne** n'est plus aujourd'hui, aux yeux d'une partie des usagers de drogues, synonyme de surdose ou liée à l'épidémie du VIH, comme elle pouvait l'être encore au début des années 2000. En conséquence, **ses usages ont évolué** : désormais souvent **fumée** (« chasser le dragon ») ou **inhalée**, elle peut maintenant être perçue dans certains milieux comme un produit récréatif. A l'inverse, le développement du **détournement de médicaments opiacés par voie d'injection**, comme les traitements de substitution (TSO) telle la buprénorphine à haut dosage (BHD, plus connue sous son nom commercial de Subutex), ou les sulfates de morphine (Skenan) se poursuit.

Rapporté à l'ensemble de la population, la part des consommateurs d'héroïne reste très faible (600 000 expérimentateurs, soit 1,5 %). Toutefois, les dommages sanitaires et sociaux qu'elle entraîne justifie la poursuite de la **politique de réduction des risques** menée en direction de ses usagers. Les TSO, qui concernaient **180 000** personnes en 2015, ont permis de réaliser d'importants progrès en matière de réinsertion sociale de leurs bénéficiaires. La plupart des personnes souffrant d'une addiction à l'héroïne ne parviendront toutefois pas à se sevrer, la dépendance physique et psychique induite par cette substance ne pouvant être que très difficilement rompue.

¹ 241 décès chez les 15-49 ans en 2014.

² Des données plus récentes ne sont pas disponibles.

³ Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogues.

Enfin, la consommation de **produits de synthèse** a récemment connu une **forte croissance** et s'est **diversifiée** grâce à l'apparition de nouveaux produits. S'agissant de l'ecstasy, **4,3 %** des adultes l'avaient expérimenté en 2014, soit **1,7 million** de personnes (+ 89 % par rapport à 2008). L'usage dans l'année concernait quant à lui **400 000** personnes, soit un **doublément en six ans**. A 17 ans, ce sont **3,8 %** des jeunes qui en ont déjà consommé, alors que ce taux avait chuté dans les années précédentes et atteint un plus bas niveau de **1,9 %** en 2011 : il a donc lui aussi connu un doublement, mais en seulement trois ans.

Les **nouveaux produits de synthèse** (NPS), quant à eux, sont des substances qui imitent les structures chimiques ainsi que les effets de produits stupéfiants. Proposés en ligne sur plus d'une centaine de sites internet, plusieurs dizaines apparaissent chaque année : **261** ont été détectés en France entre 2008 et 2016, dont **58** en 2014, **53** en 2015 et **47** en 2016. Au niveau européen, ce sont **582** de ces « *designer drugs* » qui sont suivies par l'observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT).

Plus de la moitié des usagers ont moins de 25 ans, alors qu'à l'échelle de l'ensemble de la population, ce sont **1,7 %** des 18-64 ans qui avaient en 2014 déjà consommé l'un de ces produits, qui relèvent de deux catégories principales : les cathinones¹ et les cannabinoïdes de synthèse. Ils sont essentiellement prisés par des **polyconsommateurs** : dans **80 %** des cas, les usagers de NPS ont consommé une autre drogue illicite durant l'année écoulée.

Ces produits représentent pourtant un **risque sanitaire important et sous-estimé** par leurs usagers, qui souvent n'en connaissent pas la composition précise. Alors que plusieurs décès ont déjà été recensés à la suite de la consommation de NPS, ce n'est qu'une fois qu'ils ont été identifiés par les autorités sanitaires, soit souvent tardivement après leur mise sur le marché, que ces molécules peuvent être analysées par l'agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) et inscrites sur la liste des stupéfiants.

2. La consommation de produits licites

Sur les plans sanitaire, économique et social, **les conséquences de la consommation de produits stupéfiants**, si elles sont très largement médiatisées, **sont sans commune mesure avec celles de la consommation des substances psychoactives en vente libre** aux personnes majeures, le **tabac** et l'**alcool**. Touchant un public bien plus large, elles sont la principale source d'addictions en France.

¹ Substances dérivées de la feuille de khat.

S'il est indéniable qu'une **politique volontariste** a été menée par les gouvernements récents **contre le tabac**, qui prend à l'heure actuelle la forme du programme national de réduction du tabagisme (PNRT) pour la période 2014-2019, **les résultats en matière de diminution de sa consommation restent très décevants**. Bien que les ventes de tabac chez les buralistes aient légèrement reculé l'an dernier (- 1,1 %), **le niveau de consommation est resté inchangé** : **29 %** des 18-75 ans étaient en 2016 des fumeurs quotidiens, soit **14 millions** de personnes. Il a même augmenté chez les adolescents depuis dix ans : à 17 ans, ils étaient **32 %** à fumer tous les jours, contre **28,9 %** en 2008 (+ 10,7 %).

Le tabac est pourtant la **première cause de mortalité évitable** en France. Ainsi, en 2013, **73 200** décès lui étaient imputables, soit **13 %** de l'ensemble des décès enregistrés, principalement chez les hommes. Ils étaient à **62 %** liés à des cancers, à **23 %** à une maladie cardiovasculaire et à **15 %** à une maladie respiratoire¹.

Enfin, **l'alcool est la substance psychoactive la plus répandue dans la société française** : **47 millions** de personnes en ont consommé au moins une fois dans leur vie et **43 millions** dans l'année, contre **38 millions** et **17 millions** pour le tabac. Ici, la tendance de long terme se confirme : **les volumes globaux consommés diminuent** et **l'usage quotidien s'est stabilisé à 10 %** de la population. Dans le même temps, **des comportements de consommation à risque se sont développés**, tout particulièrement chez les jeunes.

Ainsi, les **alcoolisations ponctuelles importantes** (API ou *binge drinking*), définies comme la consommation d'au moins six verres en une seule occasion, se sont désormais clairement banalisées, bien qu'elles soient en léger recul. **Près d'un adolescent de 17 ans sur deux** (49 %) en a connu une dans le mois, contre **53 %** en 2011, et **22 %** au moins trois.

De plus, **8 %** de la population, soit **3,4 millions** de personnes, est considérée comme ayant une **consommation à risque** pour sa santé, allant jusqu'à la dépendance à l'égard de ce produit. **49 000 décès** lui sont attribués annuellement, tandis que l'usage d'alcool multiplie par **8,5** le risque d'être responsable d'un accident de la route mortel.

¹ Source : Christophe Bonaldi et al., « Les décès attribuables au tabagisme en France. Dernières estimations et tendance, années 2000 à 2013 », Bulletin épidémiologique hebdomadaire n° 30-31, 6 octobre 2016.

Dans ce contexte, et au vu de leur **coût pour la société - 120 milliards d'euros** par an chacun¹ - il est impératif de poursuivre les initiatives entreprises en matière de **prévention** de la consommation de l'alcool et du tabac, en particulier en direction des plus jeunes. Alors que seuls **8 %** de ceux de 17 ans n'ont jamais consommé ni alcool, ni tabac, ni cannabis, que **13 %** d'entre eux ont un usage régulier d'au moins deux substances² et que les **comportements d'usage des filles et des garçons convergent vers des conduites à risque**, il convient de redoubler d'effort pour limiter les dommages physiques et psychiques de ces pratiques sur eux et pour éviter que ces niveaux de consommation se maintiennent à l'âge adulte.

C. L'EXPÉRIMENTATION DES SALLES DE CONSOMMATION À MOINDRE RISQUE : UNE RÉPONSE PONCTUELLE À UNE URGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE

Confrontées au **développement de la consommation de drogue par voie intraveineuse**, à la **circulation accrue de l'épidémie de VIH** au sein des populations concernées et à la **situation de grande précarité sociale** de ces usagers de drogue par injection, qui consommaient souvent dans l'espace public, les politiques de **réduction des risques** ont évolué. A travers le monde, leurs concepteurs ont inventé un outil destiné à **limiter les dommages sanitaires des consommations sur les personnes les plus marginalisées** souffrant d'une addiction aux opiacés, à leur **offrir une porte d'entrée vers des soins et une aide sociale** tout en **diminuant les troubles à l'ordre public** : les **centres d'injection supervisés (CIS)**.

Le **premier de ces lieux**, où la consommation de drogue est supervisée par des professionnels médico-sociaux ou sanitaires afin de diminuer les risques inhérents à celle-ci et d'intervenir en cas de surdose, a été **ouvert à Berne**, en Suisse, **en 1986**. Depuis cette date, plusieurs pays d'Europe ont expérimenté ou adopté ce dispositif (Pays-Bas, Allemagne, Espagne, etc.) ainsi que l'Australie (Sydney depuis 2001) et le Canada (Vancouver depuis 2003, Montréal depuis 2017). En 2010, dans son **expertise collective sur la réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues**³, l'Inserm avait souligné que les CIS « *apportent des bénéfices aux usagers de drogues injectées* »⁴ tout ayant un **impact positif sur la communauté**, grâce à la diminution de l'usage de drogues dans l'espace public et des nuisances qui y sont associées. Il avait toutefois rappelé qu'ils ne constituent que l'un des aspects de la politique de réduction des risques et doivent, pour être efficaces, **reposer sur un consensus** entre tous les acteurs locaux.

¹ Source : Pierre Kopp, *op. cit.*

² Source : François Beck et al., « Jeunes et addictions, éléments de synthèse », OFDT, *Tendances* n° 114, décembre 2016.

³ Inserm, « Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues », *expertise collective*, 2010.

⁴ p. 223.

Les objectifs des centres d'injection supervisés

Selon l'expertise collective de l'Inserm, les CIS poursuivent **cinq objectifs** :

- **atteindre des populations marginalisées**, n'ayant pas ou peu accès aux services de santé et sociaux et répondre à leurs besoins en assurant une injection sûre dans un endroit sûr ;

- **réduire les risques pour la santé spécifiques de l'injection** : comportements à risque de transmission des maladies infectieuses virales (VIH, VHC), autres maladies infectieuses dues à des conditions d'injection non hygiéniques (abcès, botulisme, etc.) ;

- **réduire la morbidité et la mortalité** associées aux overdoses/surdoses ;

- **améliorer l'accès** aux soins (traitements de la dépendance ou autres traitements) et aux services sociaux ;

- **ne pas donner lieu à des effets secondaires indésirables** tels que l'augmentation du nombre d'injecteurs, de la fréquence d'injection ou la diminution des entrées en traitement.

En France, après un premier débat public à l'été 2010, c'est le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 qui a promu le **principe de l'expérimentation de CIS** sous le nom de **salles de consommation à moindre risque** (SCMR), d'abord à Paris puis en province. Elle devait être réalisée dans le cadre du plan d'actions 2013-2015 (action n° 54).

Elle s'était toutefois heurtée dans un premier temps à des **obstacles juridiques**. Alors qu'il était initialement prévu de la mettre en place par décret, le Conseil d'État avait rejeté, en octobre 2013, le projet du Gouvernement au motif que **l'intervention du législateur** était **nécessaire** pour **instaurer une dérogation à l'interdiction pénale de l'usage de stupéfiants**. Il a fallu attendre plus de deux années supplémentaires pour que les dispositions législatives relatives à cette expérimentation soient adoptées, période qui a vu se développer de nombreuses **controverses médiatiques**, tout particulièrement à Paris, dans le quartier pressenti pour accueillir la SCMR.

L'article 43 de la loi du 26 janvier 2016¹ définit le cadre de l'expérimentation, prévue pour durer **six ans** à compter de l'ouverture de la première SCMR. Gérés par des Caarud, ces **espaces de réduction des risques par usage supervisé** permettent d'offrir des conseils aux usagers de drogues. Ces derniers y sont autorisés à détenir des stupéfiants pour leur seul usage personnel et à les consommer sur place et ne peuvent être poursuivis à ce titre, tout comme les personnels de la salle ne peuvent être poursuivis pour complicité ou facilitation de l'usage illicite de stupéfiants. Les SCMR, dont l'ouverture est précédée d'une concertation avec la commune concernée, doivent enfin répondre à un **cahier des charges national**.

¹ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 précitée.

Approuvé par un arrêté du 22 mars 2016¹, celui-ci prévoit notamment la création d'un **comité de pilotage national**, placé sous la responsabilité de la Mildeca, ainsi que les **modalités de fonctionnement** des SCMR (aménagement des locaux, matériel à disposition, règles d'usage des produits stupéfiants, etc.) et la **composition des équipes pluridisciplinaires** qui y sont employées (infirmiers, travailleurs sociaux, agents de sécurité, vacations médicales). Enfin, la Mildeca finance l'évaluation de l'expérimentation, réalisée par l'Inserm.

La SCMR parisienne, gérée par l'association Gaïa, a finalement ouvert le 17 octobre 2016. Une seconde salle a ouvert le 7 novembre suivant à Strasbourg, à l'initiative de l'association Ithaque. Au terme d'un an d'activité, leurs promoteurs en tirent un **premier bilan positif**, au regard notamment du profil du public accueilli.

Le financement des salles de consommation à moindre risque

Les **collectivités territoriales** ont pris en charge les **dépenses d'investissement** (acquisition et entretien des locaux, etc.) liées à la mise en place des SCMR. En revanche, leurs **dépenses de fonctionnement** sont à la charge de **l'assurance maladie**.

Ce sont **870 876 euros** en 2016 et **2 191 789 euros** en 2017 qui y ont été consacrés, *via* le fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS). En 2018, ce financement relèvera de l'Ondam médico-social, dédié au financement des établissements médico-sociaux, et devrait s'élever à **3,2 millions d'euros**.

Ainsi, à **Paris**, la SCMR accueille **chaque jour entre 200 et 220 personnes**, dont plus de la moitié s'injectait auparavant de la drogue dans l'espace public. **52 %** sont sans logement, **43 %** sans revenu et **26 %** sans aucun suivi médical ni social. S'agissant de leurs habitudes antérieures de consommation et de leur situation sanitaire, elles étaient **43 %** à réutiliser leur matériel d'injection, **45 %** à être **atteintes de l'hépatite C** et **5,5 % du VIH**. Au 30 juin 2017, soit **au bout de huit mois d'activité**, **28 339 injections** avaient été réalisées dans la SCMR.

A **Strasbourg**, où la **file active est plus réduite** (50 à 80 passages par jour), les **profils sont similaires**, reflétant toutefois une **situation sociale légèrement moins dégradée**. Ainsi, **35 %** des usagers sont en logement précaire ou SDF et **21 %** sans ressource, tandis qu'ils sont **23 %** à avoir contracté l'hépatite C.

¹ Arrêté du 22 mars 2016 portant approbation du cahier des charges national relatif à l'expérimentation d'espaces de réduction des risques par usage supervisé, autrement appelés « salles de consommation à moindre risque » ; NOR : AFSP1601434A.

Par ailleurs, les **craintes de la multiplication d'accidents sanitaires** dans l'activité quotidienne des SCMR se sont révélées **infondées**. Au 30 juin 2017, à Paris, onze surdoses seulement nécessitant de solliciter les urgences ont été constatées, sans qu'aucun décès ne soit survenu. A Strasbourg, seuls deux malaises ont eu lieu.

Les services offerts aux usagers des SCMR

Outre un espace de consommation supervisée de stupéfiants, les SCMR offrent dans leurs locaux à leurs usagers :

- des **consultations** médicales ;
- des entretiens de **prévention des risques** ;
- des entretiens avec des **infirmières** ;
- des entretiens avec des **psychologues** et des psychiatres ;
- des entretiens avec des **travailleurs sociaux** ;
- la réalisation de **tests de dépistage rapide** du VIH et de l'hépatite C ainsi que des tests d'évaluation de l'état du foie Fibroscan®.

Source : Mildeca

En sus des services offerts sur place, les SCMR permettent, en mettant en lien les usagers de drogues avec des professionnels, **d'engager des démarches d'accompagnement de plus long terme**, en particulier **en matière sanitaire**. Elles constituent une **porte d'entrée** pour initier un parcours de soins ou un traitement de substitution, ou encore être orienté vers une consultation psychiatrique ou des structures spécialisées dans la **prise en charge des addictions**.

Une **politique pénale adaptée** a été définie aux alentours des SCMR pour permettre aux usagers d'y accéder tout en évitant de potentiels débordements dans leurs alentours. Une **circulaire de politique pénale** du 13 juillet 2016¹ a rappelé que les **trafics de stupéfiants** destinés aux usagers des salles devaient être **traités avec la plus grande fermeté**. Tout en **tolérant le transport**, par les personnes se rendant à la SCMR et dans son périmètre, d'une quantité de drogue destinée à leur consommation personnelle, le placement en garde à vue est en principe la règle pour tout usage sur la voie publique à proximité de la salle. Selon les informations communiquées à votre rapporteur pour avis, des instructions, qui n'ont pas été rendues publiques, ont été diffusées par les procureurs de la République de Paris et Strasbourg aux services de police et définissent notamment ce périmètre de tolérance aux abords des SCMR ainsi que les quantités de produits stupéfiants correspondant à une consommation personnelle.

¹ Circulaire du 13 juillet 2016 de politique pénale relative à l'ouverture des premières salles de consommation à moindre risque, espace de réduction des risques par usage supervisé ; NOR : JUSD1619903C.

Enfin, **l'évaluation de l'expérimentation** reposera à la fois sur le **suiti d'une cohorte épidémiologique** à Paris et Strasbourg, avec comme villes témoins Marseille et Bordeaux, et sur **une étude de leur acceptabilité** et de leur **impact sur la tranquillité publique**. Pour la première, **680 participants** doivent être recrutés et suivis pendant douze mois avant que les résultats collectés puissent être analysés. Selon les informations communiquées à votre rapporteur pour avis, ce suivi devrait s'achever en décembre 2018, les premières publications scientifiques reposant sur ces données pouvant potentiellement paraître en fin d'année suivante.

En revanche, des **résultats préliminaires** sont déjà disponibles concernant l'étude des conséquences de l'implantation des SCMR sur leur environnement, qui a démarré dix-huit mois avant la mise en place de la salle parisienne et à l'ouverture de celle de Strasbourg. Cette **recherche sociologique sur l'acceptabilité sociale** de la SCMR et son impact sur la sécurité et la tranquillité publique est conduite par le laboratoire Cermes3¹ de l'Inserm, du CNRS, de l'école des hautes études en sciences sociales (EHESS) et de l'université Paris-Descartes.

Selon ces premiers travaux, la SCMR aurait un **impact positif** sur la tranquillité publique et **son acceptabilité sociale aurait progressé** depuis son ouverture. Les traces de consommation dans l'espace public seraient ainsi moins nombreuses.

Toutefois, à Paris, **une forte opposition de certains riverains, bénéficiant de relais médiatiques, se maintient**. Elle est liée à la **perception d'une dégradation de leur environnement de vie**, dont ils font porter la responsabilité à la SCMR. Il est toutefois impossible de garantir l'invisibilité des usagers de drogue dans le voisinage de la salle, et ce d'autant plus que d'autres facteurs, comme une présence policière accrue, ont conduit au regroupement de certains d'entre eux dans des rues d'où ils étaient auparavant absents. Comme il a été souligné à votre rapporteur pour avis, la SCMR est ainsi le « *révélateur* » d'autres enjeux sociaux et politiques dans le quartier de la gare du Nord (présence de migrants, de vendeurs à la sauvette, de SDF, etc.) et le « *reflet* » d'un **sentiment d'insécurité plus global**. Pour tenir compte des remarques des riverains, des maraudes supplémentaires ont ainsi été financées par l'agence régionale de santé (ARS).

Aux yeux de votre rapporteur pour avis, **la première année de l'expérimentation des SCMR**, dont la date d'achèvement est fixée au 16 octobre 2022, **a confirmé leur bien-fondé**. Attendues par l'ensemble des professionnels de l'addictologie et de la réduction des risques, elles ont permis de **combler une des lacunes du modèle français** en offrant un outil à destination des publics les plus fragilisés et les plus marginalisés, qui avaient rompu tout lien avec le système sanitaire et social.

¹ Centre de recherche « médecine, science, santé et société ».

La situation parisienne en matière d'usage de drogues dans l'espace public, dans le quartier d'implantation de la SCMR, **était critique et sans équivalent en France**. A elle-seule, cette dernière ne permettra pas de résoudre l'ensemble des problèmes économiques, sociaux et d'ordre public sous-jacents, dont certains se perpétuent depuis des décennies. Pour lutter contre ce **sentiment d'abandon**, la mobilisation de l'ensemble des acteurs concernés (État, ville de Paris, acteurs associatifs, etc.) est indispensable afin de traiter à la racine chacune de ces difficultés, dont la SCMR n'est pas responsable.

S'il convient évidemment d'en attendre l'évaluation, **il importe de ne pas interrompre cette expérimentation prématurément**. Elle ouvre une passerelle vers le soin et un suivi médico-social, ainsi que l'a expliqué à votre rapporteur pour avis le professeur Frank Bellivier, chef du service de médecine addictologique à l'hôpital Fernand-Widal. Il reste maintenant à espérer que ces premiers résultats encourageants seront confirmés dans la durée et que les SCMR permettront de réduire durablement les dommages que la consommation d'opiacés fait subir aux personnes qui en sont dépendantes et, plus largement, à la société tout entière.

D. LES LACUNES DU PLAN GOUVERNEMENTAL 2013-2017

Malgré son ambition d'embrasser le **champ très large de la lutte contre l'ensemble des conduites addictives**, le plan gouvernemental 2013-2017 n'a pas, soit dès son élaboration, soit dans sa mise en œuvre, permis de remédier à certaines des **carences** en matière de prise en charge des addictions.

C'est tout particulièrement vrai en **milieu carcéral**, où doit pourtant prévaloir le **principe d'équivalence des soins avec le milieu libre**. Plusieurs études déjà anciennes y démontrent la **forte prévalence des addictions**, alors que l'ensemble des établissements pénitentiaires ne disposent pas d'un Csap¹ référent et que les équipes de liaison et de soins en addictologie (Elsa) ne couvrent pas l'ensemble du territoire.

¹ Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, établissement médico-social offrant une prise en charge des personnes souffrant d'une addiction et assurant « des missions d'accompagnement médico-psycho-social, de soins, de réduction des risques et des dommages et de prévention individuelle et collective » (art. L. 3411-6 du code de la santé publique).

Ainsi, en 2003, **un tiers des nouveaux entrants** en détention déclarait **une consommation prolongée et régulière d'une substance illicite** au cours des douze mois précédents¹, **10,5 %** une polyconsommation et **80 %** fumaient. En 2006, **12 %** des usagers de drogue ayant été incarcérés au moins une fois dans leur vie déclaraient avoir eu recours à l'injection en prison². Enfin, en 2010, la **prévalence du VIH** était estimée chez les détenus à **2 %** et à **4,8 %** pour le VHC, soit un **niveau six fois plus élevé qu'en population générale**³. En 2017, une étude de l'OFDT basée sur l'analyse des eaux usées de deux établissements pénitentiaires d'Ile-de-France a mis en lumière une **consommation de cannabis** en milieu carcéral « *massive, voire endémique* » et des consommations d'héroïne et de cocaïne « *marginales* »⁴. Une enquête sur la circulation des produits en milieu carcéral est également en cours, ses résultats devant être connus dans le courant de l'année 2018.

Face à ce constat de l'usage de drogue en prison, **la réduction des risques s'y est progressivement développée**. Les TSO y sont ainsi disponibles et bénéficient à **9 %** des détenus⁵. De l'eau de javel doit également être mise à disposition tous les quinze jours par l'administration pénitentiaire pour stériliser le matériel d'injection.

Un **pas supplémentaire** a été franchi avec la loi du 26 janvier 2016⁶, qui a prévu **que la politique de réduction des risques s'applique aux détenus**, selon des **modalités adaptées au milieu carcéral** (art. L. 3411-8, IV. du code de la santé publique). La mise en œuvre de ce principe se heurte toutefois à d'importantes difficultés, manifestement liées à des **désaccords entre le ministère de la santé et l'administration pénitentiaire**, et son décret d'application n'a pu être publié. La reprise des travaux à ce sujet est désormais renvoyée à la réalisation d'une **enquête sur l'acceptabilité et la faisabilité de la mise en place des actions de réduction des risques en prison**, auprès des personnels comme des personnes détenues, qui doit concerner quatre établissements pénitentiaires. Si son champ est large, incluant notamment la mise en place d'un programme d'échange de seringues, ses résultats ne sont pas attendus avant 2019.

¹ Marie-Claude Mouquet, « La santé des personnes entrées en prison en 2003 », Drees, *Études et résultats* n° 386, mars 2005.

² Marie Jauffret-Roustide et al., « Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot, 2004 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* n° 33, 5 septembre 2006.

³ Elisabeth Chiron et al., « Prévalence de l'infection par le VIH et le virus de l'hépatite C chez les personnes détenues en France. Résultats de l'enquête Prévacar 2010 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* n° 35-36, 5 novembre 2013.

⁴ Thomas Néfau et al., « L'analyse des drogues dans les eaux usées : outil d'estimation des consommations, application en milieu carcéral », OFDT, note 2017-01, mars 2017.

⁵ Laurent Michel et al., « Prévention du risque infectieux dans les prisons françaises. L'inventaire ANRS-PRI²DE, 2009 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* n° 39, 25 octobre 2011.

⁶ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 précitée.

Aux yeux de votre rapporteur pour avis, il est regrettable qu'un tel délai supplémentaire soit ici imposé, alors que le législateur s'est clairement exprimé en faveur de l'extension de la réduction des risques en prison. Il est évident que **des adaptations doivent être apportées aux politiques de droit commun pour tenir compte des contraintes propres à la détention**, en matière de sécurité et de protection des personnels de l'administration pénitentiaire. Toutefois, dans le contexte actuel de **surpopulation carcérale**, avec 79 133 personnes sous écrou au 1^{er} octobre 2017, soit un taux d'occupation de 116 %¹, **il est urgent d'agir pour que la situation sanitaire des détenus ne se dégrade pas en raison des addictions** mais également pour garantir la poursuite, une fois remis en liberté, du traitement reçu en détention.

Par ailleurs, au cours de ses travaux, l'attention de votre rapporteur pour avis a été attirée sur **l'insuffisante reconnaissance de l'addictologie dans le milieu hospitalier**, aussi bien au niveau de l'organisation et de la segmentation des services, qui ne favorisent pas le traitement des addictions, que de celui des études de médecine, où cette discipline est peu valorisée et insuffisamment enseignée. Elle n'est pas affichée comme une priorité, et trop souvent les **complications somatiques** causées par les addictions sont traitées sans que ces dernières ne soient elles-mêmes prises en charge, voire détectées. Un **problème économique** se pose également **pour les services d'addictologie**, dont une part de l'activité, en particulier la liaison, c'est-à-dire l'appui apporté à l'ensemble des autres services de soins dans la prise en charge des patients souffrant d'une addiction, est **mal valorisée par la tarification à l'activité (T2A)**.

Enfin, entre 2013 et 2017, **la réponse pénale à l'usage simple de stupéfiants n'a pas connu d'inflexion**. Aucune des propositions visant à faire évoluer son cadre juridique, émanant notamment du Sénat, n'a été prise en considération par le Gouvernement, qui s'est arc-bouté sur la peine d'un an d'emprisonnement actuellement en vigueur, malgré le constat très largement partagé de l'inefficacité de cette sanction (cf. *infra*).

¹ Source : Ministère de la justice, statistique mensuelle des personnes écrouées et détenues en France au 1^{er} octobre 2017.

II. EN 2018, DES MOYENS LIMITÉS POUR BÂTIR LA NOUVELLE POLITIQUE INTERMINISTÉRIELLE DE LUTTE CONTRE LES DROGUES ET LES CONDUITES ADDICTIVES

La **situation dégradée des finances publiques** françaises, constante du précédent quinquennat, n'a pas épargné la Mildeca. Les considérations budgétaires ont prévalu sur celles de santé publique et ont conduit, entre 2012 et 2017, à une **diminution de 25 %** de ses moyens.

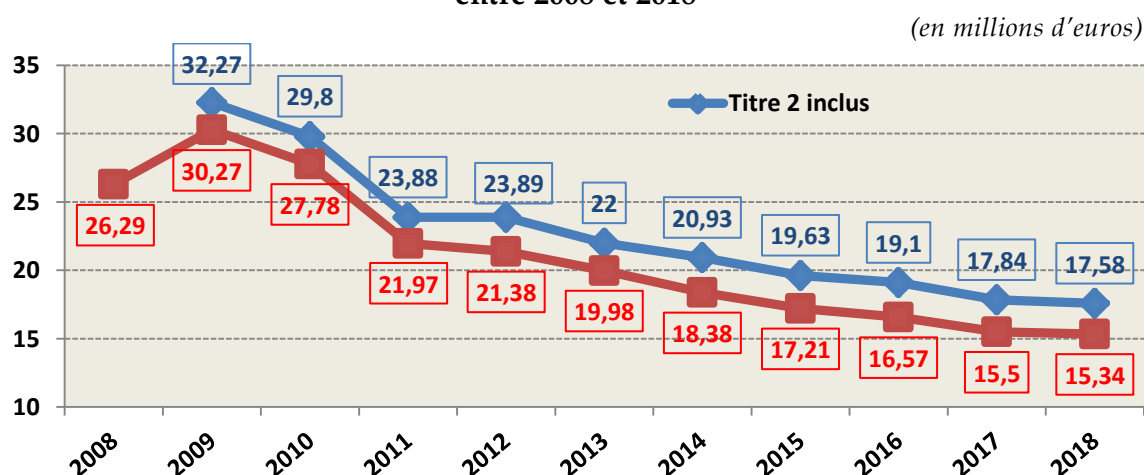
Malgré l'assainissement de la situation budgétaire vanté par le Gouvernement, **ce mouvement devrait se poursuivre en 2018**, à un rythme certes moins soutenu que les années précédentes. Il **fragilise** la capacité d'action de la Mildeca et de ses opérateurs, alors que l'élaboration d'une nouvelle stratégie pluriannuelle de lutte contre les drogues et les conduites addictives, prenant le relais du plan gouvernemental 2013-2017, a débuté. L'année de transition qui s'ouvre doit donc être l'occasion de **tirer les enseignements des politiques menées ces dernières années** et de prendre acte de la raréfaction des ressources budgétaires en **ciblant l'action publique autour d'un nombre limité de priorités** clairement identifiées, tout en préservant l'approche intégrée qui caractérise la politique française de lutte contre les conduites addictives.

A. UN BUDGET CONTRAINT QUI LIMITE LA CAPACITÉ D'ACTION DE LA MILDECA

1. Une dotation budgétaire en recul

L'activité de la Mildeca, c'est-à-dire la coordination de l'action publique en matière de lutte contre les drogues et les conduites addictives, le pilotage territorial de la politique de prévention et la coopération internationale, est essentiellement financée par une **dotations budgétaires**, qui poursuit en 2018 sa **baisse engagée en 2012**. D'un montant de **17,58 millions d'euros**, elle sera inférieure de **1,4 %** à son niveau de 2017.

Évolution de la dotation budgétaire de la Mildeca entre 2008 et 2018



Source : Mildeca

La Mildeca connaît tout d'abord une **réduction de ses dépenses de personnel** (titre 2) de **4 %** (- 93 535 euros), alors que son **plafond d'emploi** reste inchangé, à **vingt-deux équivalents temps plein travaillé (ETPT)**, dont la moitié relevant des catégories d'encadrement (A+ [5] et A [6] de la fonction publique, et pourvu à hauteur de vingt-et-un ETPT. En outre, **sept agents** sont **mis à disposition** de la Mildeca par leurs administrations d'origine, **à titre gratuit** ou **contre remboursement**, ce qui porte son effectif total à **vingt-huit ETPT** : quatre sont issus du ministère de l'intérieur¹, un du ministère de la justice², un de la direction des services administratifs et financiers (DSAF)³ des services du Premier ministre et le dernier de la direction générale des douanes et des droits indirects (DGDDI)⁴.

Toutefois, l'ensemble des dépenses de personnel des organismes placés auprès du Premier ministre, comme la Mildeca, étant mutualisées dans le budget opérationnel de programme (Bop) « Soutien » géré par la DSAF, c'est au sein du Bop « Mildeca », qui regroupe les dépenses de fonctionnement autre que celles de personnel (titre 3) et les dépenses d'intervention (titre 6), que figurent les ressources finançant directement l'action de la Mildeca.

Le montant des crédits de ce Bop s'élève à **15,34 millions d'euros** en 2018, en **diminution de 1 %** par rapport à 2017 (- 160 000 euros) et de **41,7 % en 10 ans** (26,29 millions d'euros en 2008).

En comparaison avec 2017, le niveau des **dépenses de fonctionnement**, à **3,57 millions d'euros**, ne varie pas, et ce pour chacun des éléments qui les composent. La majeure partie de ces dépenses prend la forme de **subventions pour charges de service public (SCSP)** versées aux deux opérateurs de la Mildeca, l'observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) et le centre interministériel de formation anti-drogue (Cifad), pour un montant total de 3,17 millions d'euros (cf. *infra*). La différence, soit **400 000 euros**, est constituée de dépenses de fonctionnement courant non prises en charge par les services du Premier ministre, comme des frais de déplacement ou l'organisation de séminaires. **Il faut toutefois noter sur dix ans une diminution de 52,7 % de ces dépenses de fonctionnement.**

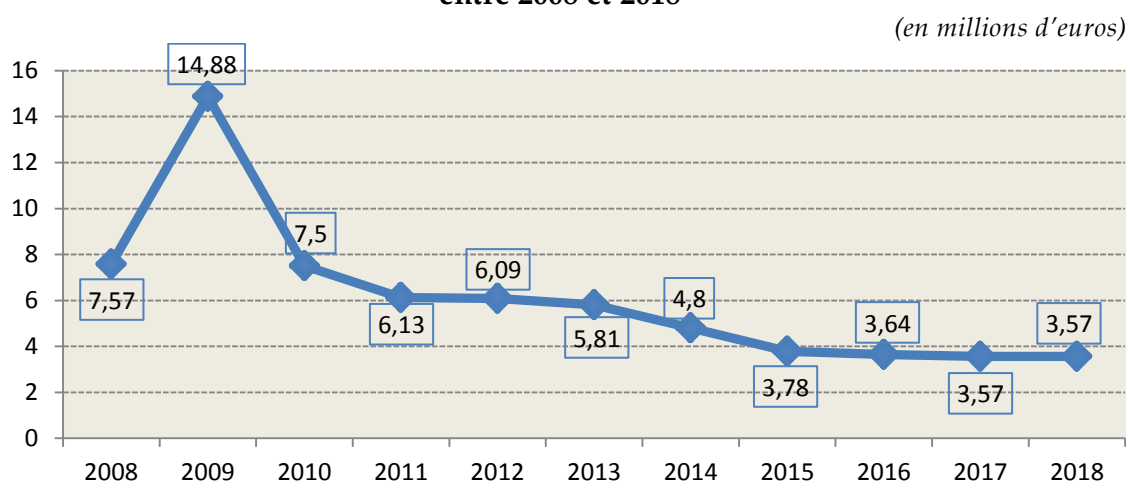
¹ Deux à titre gratuit et deux contre remboursement.

² Contre remboursement.

³ A titre gratuit.

⁴ Contre remboursement.

Évolution des dépenses de fonctionnement de la Mildeca entre 2008 et 2018

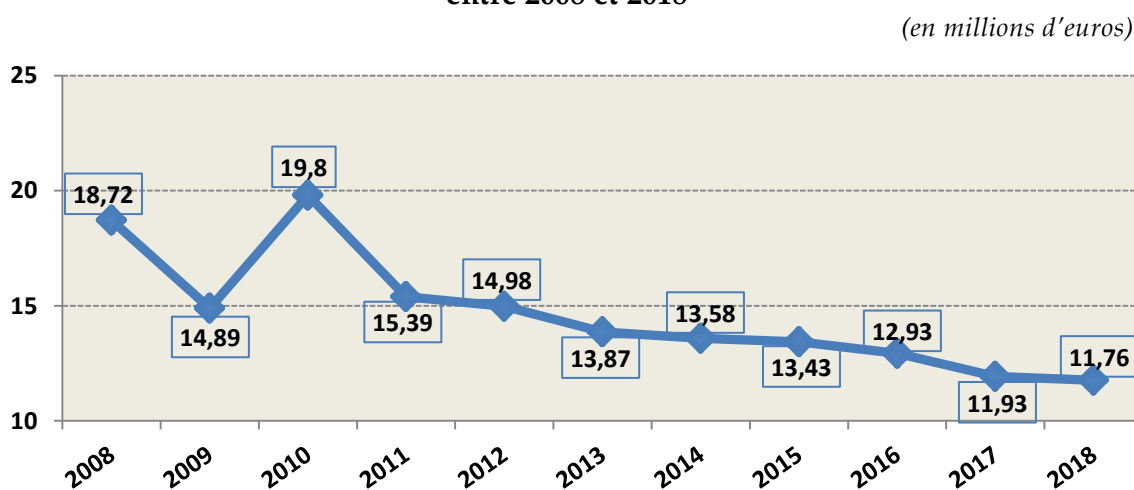


Source : Mildeca

La baisse du budget de la Mildeca en 2018 est supportée intégralement par ses dépenses d'intervention. Après avoir diminué de 9,1 % entre 2016 et 2017, elles connaissent cette année un recul bien moindre, de 0,8 % (- 100 000 euros), pour s'établir à **11,8 millions d'euros**. Au niveau central, **3,4 millions d'euros** sont consacrés au financement d'initiatives innovantes en matière de prévention et de projets de recherche ainsi qu'au soutien aux organismes internationaux engagés dans la lutte contre la drogue. Leur montant est inchangé par rapport à 2017.

Ce sont les **crédits délégués au niveau territorial** aux chefs de projets placés auprès des préfets qui sont légèrement réduits pour atteindre **8,4 millions d'euros** (- 1,1 %). Ils sont destinés à apporter un complément de financement aux politiques de prévention menées par les acteurs locaux (cf. *infra*). **En dix ans, les dépenses d'intervention de la Mildeca ont connu une baisse de 37,2 %**, les moyens confiés aux chefs de projets et destinés exclusivement à la prévention ayant quant à eux reculé de **24 %**.

Évolution des dépenses d'intervention de la Mildeca entre 2008 et 2018



Source : Mildeca

Toutefois, comme la Mildeca l'a souligné à votre rapporteur pour avis et ainsi qu'il est précisé dans l'exposé des motifs du présent projet de loi de finances, le **taux de mise en réserve des crédits**, c'est-à-dire la part d'entre eux gelée en début d'exercice pour garantir la bonne maîtrise de la dépense publique, devrait être fixé à **3 %**, contre **8 %** en 2017.

En conséquence, la Mildeca pourrait bénéficier de **crédits supplémentaires** liés non pas à l'augmentation de son budget mais à la possibilité d'utiliser une plus grande partie de celui alloué par la loi de finances. Ce surplus représenterait 671 000 euros, qui seraient affectés à la mise en œuvre du prochain plan gouvernemental (cf. *infra*). Néanmoins, cette ressource additionnelle n'est pas garantie et pourrait être remise en cause par une **mise en réserve complémentaire** en cours d'année.

2. Un fonds de concours essentiellement consacré à l'application de la loi

Outre sa dotation budgétaire, la Mildeca dispose d'une seconde ressource financière : le produit d'un **fonds de concours** alimenté par la **vente des biens saisis et confisqués** par les tribunaux dans le cadre d'affaires de trafic de stupéfiants.

Alors qu'il a été **institué au milieu des années 2000**, ce n'est qu'à partir de 2010, avec la création de **l'agence de gestion et de recouvrement des avoirs saisis et confisqués** (Agrasc)¹, que les principaux obstacles à son bon fonctionnement (méconnaissance de ce mécanisme par les magistrats, complexité des procédures, etc.) ont été progressivement levés. Cette agence, mise en place pour assurer la **gestion** des fonds et biens dont la saisie a été ordonnée au cours d'une enquête par un magistrat et la **vente** de ceux confisqués définitivement en application d'une décision de justice, est désormais, en principe, seule compétente pour abonder le fonds de concours.

Évolution du montant des sommes déléguées par la Mildeca au titre du fonds de concours depuis 2010

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Sommes déléguées (en millions d'euros)	11,09	21,07	22,77	9,67	11,12	13,26	14,07	16,1

Note : Les sommes déléguées et consommées en année N correspondent aux crédits rattachés au fonds de concours en année N-1

Source : Mildeca

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

Après avoir connu, en 2011 et 2012, deux années exceptionnelles dépassant chacune **20 millions d'euros** de produit en raison de l'apurement par les tribunaux des confiscations réalisées dans le cadre d'affaires de trafic de stupéfiants définitivement jugées dans les années passées, **le fonds de concours s'est stabilisé ces dernières années autour de 14 millions d'euros par an**. Les crédits qui y sont rattachés une année donnée sont reversés l'année suivante par la Mildeca et consommés par leurs bénéficiaires. Ainsi, en 2017, **16,1 millions d'euros**, qui avaient été perçus en 2016, seront redistribués, après **14,07 millions** en 2016 et **13,26 millions** en 2015. **La prévision budgétaire pour l'année 2018 s'élève à 13 millions d'euros**. Toutefois, au 1^{er} novembre 2017, la Mildeca avait déjà perçu **9,7 millions d'euros**, dont **7,4 millions** versés par l'Agrasc.

En application d'une décision interministérielle du 15 février 2007, les **crédits** du fonds de concours sont **répartis**, selon une **clé** inchangée depuis lors, **entre les ministères** participant à la lutte contre le trafic de stupéfiants et la Mildeca à hauteur de :

- **35 %** pour la police (direction générale de la police nationale) ;
- **25 %** pour la gendarmerie (direction générale de la gendarmerie nationale) ;
- **20 %** pour la justice (directions de l'administration pénitentiaire, de la protection judiciaire de la jeunesse, des affaires civiles et des grâces, des services judiciaires, école nationale de la magistrature, école nationale de l'administration pénitentiaire, secrétariat général) ;
- **10 %** pour les douanes (direction générale des douanes et des droits indirects).

La Mildeca conserve les 10 % restants, qu'elle consacre au financement d'actions de prévention et qui sont complétés, en fin d'exercice, par les autorisations d'engagement non engagées par leurs bénéficiaires. Ainsi, en 2017, la **police nationale a perçu 5,6 millions d'euros**, la **gendarmerie 4 millions d'euros**, le **ministère de la justice 3,2 millions d'euros** et les **douanes 1,6 million d'euros**.

Cette ressource additionnelle est en principe exclusivement consacrée au **financement de matériel destiné à la lutte contre le trafic de stupéfiants**, afin de renforcer les capacités opérationnelles des services concernés. Elle peut également être employée à l'amélioration de la formation des agents et au développement de la coopération internationale. Grâce à elle, en 2017, la police nationale a ainsi pu envoyer une équipe d'enquêteurs collecter des renseignements en République dominicaine, la gendarmerie financer l'achat de moyens spécifiques d'observation et de surveillance, les douanes améliorer l'équipement de leurs agents et le ministère de la justice moderniser le système des centres d'appels des permanences des parquets.

Cette année, la Mildeca a quant à elle bénéficié de **1,6 million d'euros**, qui ont par exemple participé au financement d'une étude sur le repérage des conduites addictives en prison (cf. *supra*) ou d'une journée nationale de prévention sur les addictions en milieu professionnel. Toutefois, **l'existence de ce fonds de concours ne peut à elle seule compenser la baisse de crédits qu'a subie la Mildeca depuis maintenant dix ans**. 90 % de son total est concentré sur un seul des champs de la politique interministérielle de lutte contre les conduites addictives, l'application de la loi, sans être investi dans la recherche, la prévention, le soin ou la réduction des risques. Il faut plutôt reconnaître qu'il vient apporter un **indispensable soutien aux services affectés par la diminution des moyens qui touche les ministères régaliens**.

Par ailleurs, **le pilotage et l'alimentation du fonds de concours restent perfectibles et pourraient être optimisés**, alors qu'un décalage a été constaté entre l'évolution du montant des saisies et celui des confiscations. Outre le fait que l'Agrasc n'est pas le seul organisme à alimenter le fonds de concours, qui reçoit aussi des sommes versées par les Domaines et même encore, de manière résiduelle, directement par les tribunaux, les pratiques en matière de saisie et de confiscation des biens au cours des procédures judiciaires restent très **hétérogènes**.

Ainsi, selon les informations communiquées par la Mildeca à votre rapporteur pour avis, **20 % des juridictions ne contribuent pas au fonds de concours**. Cette application à géométrie variable de la loi sur notre territoire est inacceptable, et ce d'autant plus que les actions visant le patrimoine des personnes impliquées dans des trafics de stupéfiants ont fait la preuve de leur efficacité. De plus, ce sont les services régaliens ainsi que les actions de prévention financées par la Mildeca qui pâtissent de cette situation. L'administration de la justice ne saurait varier selon le lieu où l'infraction a été commise, et votre rapporteur pour avis estime qu'**une harmonisation des politiques des tribunaux dans ce domaine est indispensable**. Le ministère de la justice doit sans attendre chercher à expliquer ces incohérences et les corriger.

Enfin, le travail de sensibilisation des juges sur la bonne identification des saisies doit se poursuivre. Seules celles consécutives à des infractions à la législation sur les stupéfiants sont reversées au fonds de concours de la Mildeca, les autres alimentant le budget général de l'État. Or la croissance des saisies d'avoirs criminels, qui sont centralisées par la plateforme interministérielle des avoires criminels (Piac), est supérieure à celle du fonds de concours, ce qui laisse penser qu'une partie des saisies réalisées dans le cadre d'affaires de trafic de stupéfiants vont au budget de l'État et non au fonds de concours. Il faut donc **mieux assurer la traçabilité des biens saisis** afin que ce dernier remplisse pleinement le rôle pour lequel il a été conçu, c'est-à-dire apporter un complément de ressources aux services enquêteurs et aux juridictions et leur donner une **incitation** supplémentaire à s'investir davantage dans la lutte contre les trafics de stupéfiants.

3. Des opérateurs à renforcer

La Mildeca assure la tutelle de **deux opérateurs** dotés du statut de groupement d'intérêt public (GIP) et qui jouent un rôle essentiel dans l'élaboration et la conduite de la politique gouvernementale de lutte contre les drogues et les conduites addictives : l'OFDT et le Cifad.

Ces dernières années, votre commission s'était inquiétée de constater que **la diminution continue de leurs ressources mettait en péril leur capacité à remplir leurs missions**. Si, en 2018, leurs subventions pour charges de service public (SCSP) resteront au même niveau qu'en 2017 et ne diminueront donc pas, il n'en reste pas moins que **ces deux organismes restent fragilisés**, alors qu'ils devraient au contraire bénéficier d'une revalorisation de leurs moyens pour leur permettre de développer leur activité. Les enjeux financiers sont minimes : les SCSP représenteront **3,17 millions d'euros** l'an prochain.

a) L'OFDT, outil de détection et d'analyse des conduites addictives

Créé en 1993, l'OFDT a pour mission, d'après sa convention constitutive, « *d'éclairer les pouvoirs publics, les professionnels du champ et le grand public sur le phénomène des drogues et des addictions en France et de contribuer au suivi du phénomène au niveau européen* ». Pour cela, son **dispositif permanent d'observation et d'enquêtes** lui permet d'étudier les évolutions des consommations, les produits et les profils et pratiques des consommateurs ainsi que les conséquences sanitaires, sociales, économiques et pénales des consommations et des trafics.

L'essentiel de ses ressources provient de la SCSP que lui verse la Mildeca. Elle devrait s'élever en 2018, comme en 2017, à **2,8 millions d'euros**, ce qui représente une **baisse de 16,4 % en dix ans**.

Évolution du montant de la subvention pour charges de service public de l'OFDT entre 2008 et 2018

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Montant (en millions d'euros)	3,35	3,4	3,53	3,35	3,51	3,26	3,13	3,05	2,85	2,8	2,8
Variation n/n-1 (en %)	/	+ 1,49	+ 3,82	- 5,1	+ 4,8	- 7,1	- 4	- 2,6	- 6,4	- 1,7	0
Évolution globale (en %)	- 16,4										

Source : Commission des affaires sociales à partir des projets annuels de performance annexés aux PLF pour 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017 et 2018

Votre commission avait souligné l'an dernier le « *signal très négatif* » envoyé par cette diminution marquée des moyens de l'OFDT, et ce alors que le plan gouvernemental 2013-2017 proposait de « *fonder les politiques de lutte contre les drogues et les conduites addictives sur la recherche et l'observation* »¹. Il est douteux que la prochaine stratégie de lutte contre les conduites addictives rompe avec ce principe, qui fait très largement consensus.

Les conséquences des coupes budgétaires des années passées se font toujours sentir à l'heure actuelle. Sur le plan des effectifs, ce sont cinq ETPT qui ont été perdus en cinq ans, le plafond d'emploi restant fixé à vingt-sept ETPT. Sur ce point, il convient de souligner que le nouveau directeur de l'observatoire, qui a pris ses fonctions au 1^{er} août 2017, est mis à disposition par le ministère de la justice et n'est donc pas pris en compte dans ce plafond. Néanmoins, ce sont bien les moyens humains de l'OFDT, en particulier ses chargés de mission, qui conditionnent sa capacité de recherche. Toute baisse supplémentaire viendrait compromettre celle-ci durablement.

Confronté à la diminution de sa SCSP, l'OFDT a cherché à **diversifier ses sources de financement** et à nouer des partenariats avec des organismes extérieurs. En répondant à des appels à projets et en fournissant des prestations rémunérées, la part de la SCSP dans les recettes totales du GIP est passée de **94 %** à **84 %** entre 2012 et 2016.

Ainsi, il a perçu à ce titre environ **578 000 euros** en 2016 et **642 000 euros** en 2017 (+ 11%), dans le cadre de **conventions annuelles ou pluriannuelles**. Vingt-quatre étaient en cours d'exécution en 2017, pour des montants compris entre **3 000** et **70 000 euros**.

Ce mouvement doit être amplifié, en particulier pour répondre aux demandes d'études locales formulées et financées par les agences régionales de santé (ARS). Il faut néanmoins s'assurer que ces financements extérieurs ne viennent pas **compromettre l'indépendance de l'OFDT** et que leur recherche ne se fasse pas au détriment de son activité au service de la Mildeca et du grand public.

Par ailleurs, d'importantes économies ont été réalisées sur les **dépenses de fonctionnement**, qui **ont diminué de 33 % en 10 ans**. Elles représentaient en 2017 **33 %** du budget de l'observatoire (1,2 million d'euros), contre **61 %** pour les dépenses de personnel et **6 %** pour les dépenses d'investissement.

¹ Rapport n° 143, T. II (2016-2017), p. 15.

L'activité de recherche de l'OFDT est bâtie autour de **quatre axes** : améliorer la compréhension des usages de drogues et des trajectoires de consommation ; développer et adapter les systèmes d'information ; mieux comprendre l'impact des réponses publiques ; développer l'observation et l'évaluation au sein des territoires. Ces dernières années, **la baisse de ses moyens l'a toutefois contraint à renoncer à renouveler certaines enquêtes périodiques**. C'est le cas d'EROPP¹, sur les représentations et opinions des Français en matière de drogues et d'addictions, à laquelle il n'a pas été possible de consacrer les **200 000 euros** requis en 2016 ou en 2017 et dont la dernière édition remonte maintenant à 2013. **D'autres dispositifs ont vu leur champ réduit**, comme Trend², chargé de détecter les phénomènes émergents en matière d'addictions, qui est passé de quatorze à huit sites en France, dont aucun situé outre-mer.

Il appartient maintenant au nouveau directeur général et à ses équipes de relever plusieurs **défis** pour garantir la pérennité de l'OFDT. **La gouvernance du GIP doit tout d'abord être modernisée**. Ainsi que la Cour des comptes le recommandait dans son rapport³ de mai 2016, il convient de substituer à la convention constitutive actuelle, à durée déterminée, une **convention à durée indéterminée**. De plus, la conclusion d'un **contrat d'objectifs et de moyens** (COM) avec l'État, représenté par la Mildeca, doit permettre de mieux formaliser les attentes de cette dernière ainsi que les moyens consentis à son opérateur pour les remplir. Par ailleurs, alors que la conception du **prochain plan gouvernemental** a débuté, l'OFDT devra jouer un rôle central dans son accompagnement et son évaluation.

Cette situation financière précaire pourrait trouver une solution prochaine avec le **déménagement** attendu de l'observatoire de locaux qu'il loue actuellement à Saint-Denis vers des locaux appartenant aux services du Premier ministre à Paris. Alors que son loyer actuel, charges comprises, est d'environ **500 000 euros** par an, la réaffectation d'une partie de cette somme à ses activités de recherche permettrait de relancer certains projets gelés et d'étendre l'observation des phénomènes addictifs en France.

b) Le Cifad, pilier de la coopération internationale en matière de lutte contre la drogue dans la Caraïbe et en Amérique latine

Situé à Fort-de-France (Martinique), le Cifad est chargé, depuis 1992, de la **diffusion du savoir-faire des administrations françaises en matière de lutte contre la drogue et les conduites addictives** auprès des pays de l'arc caribéen et d'Amérique latine.

¹ Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes.

² Tendances récentes et nouvelles drogues.

³ Cour des comptes, « Le groupement d'intérêt public Observatoire français des drogues et des toxicomanies, exercices 2009 à 2014 », relevé d'observations définitives S2016-2438-1, mai 2016.

Constitué en GIP en 2003, il organise des **actions de formation** portant sur la réduction de l'offre de stupéfiants et la lutte contre le blanchiment à destination de ces États. Il assure également des formations sur ces thèmes en faveur de stagiaires français (policiers, douaniers, gendarmes, magistrats, etc.) en poste dans les départements français d'Amérique, ainsi que des **actions de prévention** en direction des personnels de l'éducation nationale, des professionnels médico-sociaux et des élèves des établissements scolaires de Martinique, de Guadeloupe ou encore de Saint-Martin.

La SCSP de la Mildeca constitue sa ressource financière prépondérante. Elle s'élèvera en 2018 à **369 000 euros**, comme en 2017. Comme l'OFDT, le Cifad n'a toutefois pas été épargné, entre 2012 et 2017, par les restrictions budgétaires : **en cinq ans, sa dotation a diminué de 25 %**.

Évolution du montant de la subvention pour charges de service public du Cifad entre 2008 et 2018

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Montant (en milliers d'euros)	518	518	518	492	492	458	439	408	389	369	369
Variation n/n-1 (en %)	/	0	0	-5	0	-6,9	-4,1	-7,1	-4,7	-5,1	0
Evolution globale (en %)	- 28,8										

Source : Commission des affaires sociales à partir des projets annuels de performance annexés aux PLF pour 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017 et 2018

Par ailleurs, les **personnels** travaillant au Cifad sont **mis à disposition à titre gracieux** par les ministères de l'intérieur et de l'action et des comptes publics. Il est prévu en 2018, comme en 2017, que douze personnes lui soient affectées.

Selon les informations communiquées à votre rapporteur pour avis, l'année 2016 a été marquée par une **croissance de l'activité** du centre par rapport à 2015. Ainsi, **165 actions** ont été conduites (+ 18 %), réparties également entre celles réalisées à l'étranger (82) et celles qui ont eu lieu sur le territoire français (83 ; + 48 % en un an), ainsi qu'entre actions de prévention (80) et de formation (85). Au total, **7 508 personnes** ont bénéficié de l'activité du Cifad (+ 16 %), dont **plus de 2 000 élèves**, une centaine d'enseignants et de nombreux parents d'élèves de dix-huit établissements scolaires de Martinique. En matière de prévention, il est également intervenu au sein de plusieurs lycées français de la zone géographique, dont ceux de Mexico et de Port-au-Prince.

L'action du Cifad est dirigée vers les États producteurs de stupéfiants ainsi que ceux utilisés comme relais dans le trafic international. Ses formateurs sont tout particulièrement intervenus en Colombie, au Pérou dans le cadre du projet d'appui des États membres de l'Union européenne aux corps de sécurité dans la lutte contre le trafic de drogue (UE-ENLCD) ainsi qu'en République dominicaine, fournissant des conseils en matière de techniques d'enquête, d'analyse opérationnelle des réseaux ou encore de renseignement maritime. Il lui appartient maintenant, pour mieux répondre aux besoins des services français et de nos partenaires tout en surmontant les difficultés liées aux restrictions budgétaires qu'il a subies, de **diversifier ses ressources** et de rechercher, en réponse à des demandes précises d'organismes internationaux ou d'États étrangers, des sources de financement complémentaires. C'est à cette seule condition que le développement de son activité pourra se poursuivre et que son expertise pourra être mieux valorisée.

B. LA POURSUITE DE LA MODERNISATION DE LA POLITIQUE TERRITORIALE

La majeure partie du budget de la Mildeca – **8,4 millions d'euros**, soit **47,8 %**, ou **54,8 % hors titre 2** - est consacrée à la **mise en œuvre territoriale de la politique de prévention et de lutte contre les drogues et les conduites addictives**. En raison de son caractère interministériel, elle est confiée à des **chefs de projets**, fonction occupée par les **directeurs de cabinet des préfets** de département et de région. Grâce aux crédits qui leur sont délégués, ils participent au **cofinancement d'actions locales** de lutte contre les addictions, essentiellement en matière de prévention, au côté des collectivités territoriales, des ARS ou d'autres services déconcentrés de l'État.

Une importante **modernisation** de cet aspect de la politique pilotée par la Mildeca a été engagée ces dernières années, notamment dans le cadre de la modernisation de l'action publique (MAP)¹. Sur la base des constats alors formulés, notamment la nécessité d'apporter, au niveau central, un appui aux chefs de projets, et le besoin d'optimiser l'utilisation des ressources disponibles, **le pilotage du réseau territorial** de la Mildeca, qui reposait alors sur l'échelon départemental, a évolué.

A partir de 2014, la **régionalisation** des financements a été instituée. Désormais, ce sont les chefs de projets régionaux, c'est-à-dire les directeurs de cabinet des préfets de région, qui perçoivent une dotation de la Mildeca puis la répartissent ensuite entre les départements de leur ressort géographique. Ils sont également chargés de **coordonner les actions des chefs de projets départementaux** et sont les garants de la **cohérence**

¹ Marie Morel, Isabelle Yeni (Igas), Olivier Diederichs, Anne Tagand (IGA), Françoise Pieri-Gauthier, Catherine Mocko (IGSJ), « Evaluation du pilotage territorial de la politique de prévention et de lutte contre les drogues et la toxicomanie », mars 2014.

territoriale de la politique régionale de lutte contre les addictions, arrêtée par un comité de pilotage régional rassemblant l'ensemble des responsables des administrations de l'État et des collectivités territoriales concernées.

De **nouvelles orientations** ont également été définies par la Mildeca, dans le respect du cadre fixé par le plan gouvernemental 2013-2017. L'importance de **maximiser l'effet de levier** des financements apportés par les chefs de projets a été rappelée, alors que leurs subventions ne peuvent prendre en charge plus de **80 %** du coût d'une action ou couvrir des dépenses d'investissement. Selon la circulaire d'orientation 2017 adressée par la Mildeca aux chefs de projets, ceux-ci doivent avoir à l'esprit **quatre priorités** lorsqu'ils déterminent l'utilisation des fonds à leur disposition :

- **prévenir** les conduites addictives, y compris l'entrée dans le trafic ;
- **renforcer** la sécurité, la tranquillité publique et l'application de la loi ;
- **réduire** les risques et accompagner les populations les plus vulnérables ;
- **renforcer** les actions de formation des adultes encadrants et des professionnels au contact du public.

De plus, **trois publics prioritaires** ont été identifiés : les populations en errance, les consommatrices de drogues et les jeunes, en direction desquels une « *vigilance particulière* » est recommandée. Enfin, la nécessité d'établir, préalablement à l'élaboration d'appels à projets, un **diagnostic local** des conduites addictives a été soulignée.

Les critères de répartition des dotations régionales de la Mildeca

La modulation de la dotation annuelle attribuée par la Mildeca aux chefs de projets régionaux est réalisée selon **quatre critères** :

- une **enveloppe forfaitaire par région**, pour prendre en compte la dimension régionale ;
- le **nombre de départements couverts**, pour prendre en compte la dimension départementale ;
- l'**effectif de la population de moins de 20 ans**, principale cible 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.

Dans l'hexagone, le montant de cette dotation a varié en 2016 de **321 473 euros** en Centre-Val de Loire à **1 401 032 euros** en Ile-de-France.

Source : Mildeca

En 2016, les **8,98 millions d'euros** délégués par la Mildeca ont permis de financer **1 640 projets**, pour **60 %** d'entre eux consacrés à la prévention, **17 %** à l'accompagnement des populations les plus vulnérables, **15 %** à l'application de la loi et **4 %** à la formation. Ils ont entraîné la mobilisation de **18,58 millions d'euros de crédits supplémentaires** fournis par les partenaires locaux (+ 3,5 % par rapport à 2015), les deux principaux étant les **collectivités territoriales** (32 %) et les **ARS** (27 %). Les premiers bénéficiaires de ces fonds sont des **associations** (53 %) et des **établissements scolaires** (25 %).

Cette **modernisation** de l'action territoriale de la Mildeca reste **inachevée** et se heurte à plusieurs **obstacles** bien identifiés. Paradoxalement, la régionalisation a pu avoir des **effets contraires** à ceux recherchés.

Les chefs de projets disposent auprès d'eux de **moyens très limités** pour les assister dans le pilotage de cette politique. Ainsi, s'ils sont **77 %** à avoir un collaborateur direct, ce ne sont en général qu'entre 0,1 et 0,5 ETP que ce dernier consacre à la mise en œuvre et à l'animation du dispositif. Dans le même temps, le renforcement des compétences des chefs de projets régionaux s'est accompagné d'une **forte augmentation de leurs responsabilités et de la charge de travail** de leurs équipes. En conséquence, comme le souligne la Mildeca, le circuit décisionnel s'est parfois allongé, en contradiction avec les objectifs de simplification et d'appui aux départements poursuivis par cette nouvelle organisation¹.

De plus, une grande **hétérogénéité des pratiques entre régions** a été constatée, s'agissant tout particulièrement de l'articulation entre le niveau régional et celui des départements. Plusieurs modèles différents cohabitent, selon qu'un seul appel à projets régional soit ensuite décliné dans les départements ou que des appels à projets départementaux soient lancés au côté d'un appel à projets régional destiné à subventionner des actions de plus grande ampleur. Ainsi, plus de deux ans après la réforme, **la logique départementale l'emporte encore souvent** sur la logique régionale, alors qu'il n'a pas été possible à ce jour de faire émerger une « *culture régionale* », en raison notamment de l'absence d'acteurs véritablement régionaux impliqués dans la lutte contre les addictions et des grandes différences qui peuvent exister entre les territoires d'une même région en matière de conduites addictives.

Plusieurs des faiblesses des politiques territoriales identifiées ces dernières années n'ont par ailleurs pas encore été corrigées. Ainsi, **l'évaluation des projets financés doit être renforcée**. L'an passé, seulement une région sur deux avait engagé une telle démarche pour l'une des actions soutenues. Qui plus est, celles qui sont effectivement réalisées sont essentiellement **quantitatives** et portent sur les effets d'une mesure à court terme. De plus, le **taux de renouvellement** des subventions reste élevé : en 2016, il s'élevait à **56 %**, contre **52 %** en 2015.

¹ Source : Rapport d'activité des chefs de projets Mildeca en 2016, octobre 2017, p. 6.

Enfin, force est de constater l'**incapacité à réaliser une étude fine des spécificités et contraintes particulières de chaque territoire en matière d'addictions**. Malgré l'appui de l'OFDT et l'implication croissante des ARS, 30 % seulement des territoires ont bénéficié en 2016 d'un **diagnostic local** qui a permis de **bâtir des axes stratégiques adaptés**. Dans tous les autres, l'élaboration d'une politique régionale s'est heurtée à l'absence de données sur les pratiques locales de consommation de stupéfiants et leur évolution récente, dont l'utilisation aurait permis de mieux cibler les appels à projets et d'améliorer ainsi l'efficacité des financements de la Mildeca.

Dans ce contexte, votre rapporteur pour avis estime nécessaire de prolonger cette dynamique de modernisation de la politique territoriale de lutte contre les conduites addictives et d'en **corriger les lacunes**. Si l'échelle régionale est bien la plus pertinente pour son pilotage et la répartition des crédits, il faut prendre garde à **ne pas ignorer les disparités entre départements** et les contraintes particulières pesant sur les plus petits d'entre eux, surtout à l'échelle des douze grandes régions issues de la réforme territoriale de 2015. Enfin, **l'accent doit être mis sur l'observation locale des phénomènes addictifs**, avec l'appui de l'OFDT, ce qui plaide pour un renforcement des moyens de ce dernier ou, à tout le moins, une coopération renforcée de celui-ci avec les observatoires régionaux de santé des ARS.

C. 2018 : UNE ANNÉE DE TRANSITION POUR ÉLABORER LA NOUVELLE STRATÉGIE PLURIANNUELLE DE LUTTE CONTRE LES DROGUES ET LES CONDUITES ADDICTIVES

1. Poursuivre le renforcement de la prévention et le soutien à la recherche

Dans le cadre du plan 2013-2017, le **renforcement de la politique de prévention** et le **développement de la recherche** dans le domaine des addictions ont été mis en avant. Faisant le constat des limites des actions menées dans ce domaine jusqu'à présent, notamment pour identifier les déterminants et contenir le développement des conduites à risque, la Mildeca avait ainsi consacré la **valorisation de l'observation, de la recherche et de l'évaluation** comme première priorité de la nouvelle politique interministérielle.

Il était ainsi prévu de promouvoir les **stratégies de prévention fondées sur les preuves** et d'adopter en la matière de nouvelles approches, comme l'intervention précoce ou la prévention par les pairs. De même, le **soutien à la recherche et à l'observation** devait se traduire par une meilleure compréhension des conduites addictives, un renforcement de la recherche clinique et un recours accru aux études en appui des décisions politiques ainsi qu'à l'évaluation.

Dans le domaine de la prévention, la création en 2014 de la **commission interministérielle de prévention des conduites addictives** (Cipca) visait à instituer une **nouvelle culture d'expérimentation des programmes de prévention innovants**, afin de mesurer leur efficacité et d'étudier les conditions de leur éventuelle généralisation, et à organiser une meilleure diffusion des connaissances à tous les acteurs de ce domaine. Sur la base d'un appel à candidatures ayant reçu près de quatre-vingt-dix réponses, cinq projets ont été sélectionnés et sont actuellement en cours d'évaluation. La Cipca a également élaboré des outils à destination des financeurs afin qu'ils puissent choisir, grâce à une grille scientifique d'instruction des projets, ceux d'entre eux les plus adaptés à leurs besoins.

Un effort particulier a été entrepris pour **renforcer la prévention en direction de la jeunesse**, aussi bien en milieu scolaire et universitaire que dans le cadre festif ou professionnel. A titre d'exemple, le programme des étudiants relais-santé a fait l'objet d'une évaluation par le LIEPP (cf. *supra*), financée par la Mildeca, qui a mis en lumière l'importance de l'implication des équipes de direction des universités dans son succès. Chez les plus jeunes, le développement des compétences psychosociales, notamment la **résistance à la pression des pairs**, est au centre des nouvelles stratégies de prévention.

S'agissant de la **recherche**, la Mildeca a développé, conjointement avec le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, un programme ambitieux, décliné dans les plans d'actions 2013-2015 et 2016-2017. Il est bâti autour de **quatre axes** : 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 ; renforcer la médiation scientifique et l'ouverture internationale de la recherche française.

Après y avoir consacré **960 000 euros** en 2016, issus aussi bien de sa dotation budgétaire que du fonds de concours, la Mildeca a dédié **1,01 million d'euros** au soutien à la recherche en 2017 (+ 5 %), répartis entre **treize projets en 2016** et **quinze en 2017**, dont sept pluriannuels. Les montants versés varient de **3 000 euros** pour l'organisation d'un colloque à Rennes à une subvention annuelle de **280 000 euros** au projet Cosinus¹ de suivi épidémiologique d'une cohorte d'usagers de drogues conduit par plusieurs laboratoires de l'Inserm. Outre des projets de recherche clinique, la Mildeca a décidé de soutenir plusieurs initiatives de recherche en sciences sociales sur les addictions, en partenariat notamment avec l'EHESS². Elle a commandé à l'Inserm deux expertises collectives³ et finance l'évaluation de plusieurs des mesures de prévention et de réduction des risques mises en place dans le cadre du plan 2013-2017.

¹ Cohorte pour l'évaluation des salles d'injection/inhalation dédiées aux usagers de drogues.

² Douze thèses financées depuis 2011.

³ Sur les conduites addictives chez les adolescents (2014) et la réduction des dommages associés à l'alcool (en cours de réalisation).

Il faut par ailleurs noter que la majorité du financement public en faveur de la recherche dans le domaine de la lutte contre les addictions ne provient pas de la Mildeca mais d'autres organismes publics, tout particulièrement l'Institut national du cancer (Inca). Celui-ci apporte son soutien à des études de santé publique ainsi qu'à des projets de recherche scientifique examinant principalement les effets du tabagisme. Financées par le programme 172 « Recherches scientifiques et technologiques pluridisciplinaires », ces dépenses représentent 4,54 millions d'euros en 2017¹.

La prochaine stratégie gouvernementale pluriannuelle de lutte contre les drogues et les conduites addictives doit donc **amplifier la dynamique vertueuse** engagée entre 2013 et 2017 en matière de développement de la prévention et de soutien à la recherche. Il appartient à la Mildeca, avec l'appui de l'OFDT, de **mettre davantage encore l'accent sur l'expérimentation d'actions innovantes** et leur évaluation, sans que leur généralisation soit automatique. Il est par ailleurs indispensable, aux yeux de votre rapporteur pour avis, de combler une grande lacune dans la connaissance des phénomènes addictifs en France en réalisant une **étude exhaustive des conduites addictives et de leur déterminants dans les départements et collectivités d'outre-mer**.

2. Apprendre des erreurs du plan gouvernemental 2013-2017

Dans ses grandes orientations, le plan gouvernemental 2013-2017 a bien couvert l'ensemble des problématiques soulevées par les conduites addictives, et il n'a pas suscité d'opposition chez les professionnels de la prévention, du soin, de la réduction des risques ou de l'application de la loi. Toutefois, certaines des **insuffisances** constatées par votre commission ces dernières années dans sa mise en œuvre doivent être corrigées dans le prochain plan afin de **garantir une meilleure efficacité des politiques publiques de lutte contre les addictions**, et ce d'autant plus que leurs moyens sont limités.

Ainsi, votre commission, sous l'impulsion de votre ancien collègue Gilbert Barbier, avait à plusieurs reprises dénoncé ces dernières années le **saupoudrage** des ressources affectées au plan gouvernemental, dans un contexte de sévère diminution des moyens de la Mildeca (cf. *supra*). Les plans d'actions 2013-2015 et 2016-2017 s'apparentaient ainsi à des **catalogues hétéroclites et non-hiérarchisés d'actions à la portée très variable**. Avec un budget total de **62 millions d'euros**, le coût moyen de l'une des **131 actions** du premier plan s'est élevé à **473 282 euros**. Dans le second plan, beaucoup plus dense avec **254 actions** malgré une durée raccourcie d'un an et un budget de seulement **44 millions d'euros**, ce coût a

¹ Source : Document de politique transversale « Politique de lutte contre les drogues et les conduites addictives » annexé au projet de loi de finances pour 2018.

chuté à **173 228 euros** (- 63,4 %). De fait, la dépense liée à la réalisation d'une étude scientifique et celle suscitée par la mise en place d'un nouveau dispositif de réduction des risques ne sont pas comparables. Il en va de même lorsqu'il s'agit de l'organisation d'un séminaire ou bien de la promotion de la position française en matière de lutte contre les conduites addictives dans les organisations internationales.

Votre rapporteur pour avis est donc satisfait de constater qu'une **première prise de conscience a eu lieu sur ce point** à la Mildeca, **en réaction aux remarques de votre commission**. Depuis 2017, des **projets pluriannuels** ont été engagés afin de mobiliser sur chacun des sommes plus importantes et d'offrir un meilleur suivi des crédits affectés directement par la Mildeca à la prévention.

Il reste maintenant à **généraliser cette pratique** à partir de l'an prochain et à l'étendre aux ministères qui participeront au financement des actions du prochain plan. Dès son élaboration, la future stratégie gouvernementale devra prendre en compte cet **impératif de lisibilité et de focalisation accrue de ses orientations**. Aux yeux de votre rapporteur pour avis, **la multiplication des actions n'est pas synonyme d'une meilleure efficacité de la politique de lutte contre les conduites addictives** ou la garantie de sa pertinence. Au contraire, ce saupoudrage signale l'incapacité du Gouvernement à identifier les enjeux principaux en la matière et à leur apporter une solution rapide.

3. Placer l'effectivité de la sanction au cœur de la politique pénale de lutte contre la consommation de stupéfiants

Depuis la loi du 30 décembre 1970¹, l'usage illicite d'une substance classée comme stupéfiant² constitue un **délit, passible d'une peine d'un an d'emprisonnement et de 3 750 euros d'amende**. Le juge peut également contraindre les personnes reconnues coupables de ce délit, depuis la loi du 5 mars 2007³, à accomplir un **stage de sensibilisation aux dangers de l'usage des stupéfiants**.

Cette règle a été confortée dans le cadre du plan gouvernemental 2013-2017, dont l'une des cinq parties prônait une « *meilleure* » application de la loi, notamment en améliorant l'efficacité de l'action publique face aux infractions commises sous l'emprise de l'alcool ou de stupéfiants. Dans l'esprit du législateur, elle devait répondre à un **double objectif : réprimer l'usage et le trafic** et permettre d'**orienter les consommateurs vers des soins**. La peine d'emprisonnement encourue devait avoir un **caractère dissuasif** et inciter les Français à se détourner de l'usage de drogues, dont le

¹ Loi n° 70-1320 du 30 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.

² Dont la liste est fixée par un arrêté du 22 février 1990, régulièrement mis à jour depuis cette date, et comprend 108 substances.

³ Loi n° 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance.

développement faisait alors l'objet d'une intense couverture médiatique et de débats virulents. Près d'un demi-siècle plus tard, il est pourtant indéniable que **cette politique n'a pu empêcher ni la croissance de la consommation de stupéfiants, ni la diversification des produits disponibles, ni l'enracinement de conduites à risque chez certaines populations.**

Il n'est pas ici question de remettre en cause l'interdit qui doit peser sur l'usage de stupéfiants, justifié tout autant par ses conséquences sur la santé des consommateurs que par ses effets économiques, sociaux et sanitaires sur l'ensemble de la société. Au contraire, il est essentiel que la lutte contre les trafics et les opérations de réduction de l'offre de produits illicites restent une priorité de l'activité de la justice et des services de police, de gendarmerie et des douanes. Toutefois, une **nouvelle approche** doit être adoptée en matière de **réduction de la demande** et un **cadre juridique véritablement dissuasif** doit être élaboré afin que les personnes interpellées pour usage illicite de stupéfiants soient véritablement incitées à cesser cette consommation et, le cas échéant, puissent bénéficier d'un suivi médical ou social.

A l'heure actuelle, si cette peine d'emprisonnement figure bien toujours à l'article L. 3421-1 du code de la santé publique, elle reste dans les faits **purement virtuelle** car inappliquée. Ce sont principalement des **alternatives aux poursuites** qui sont retenues : rappels à la loi, stages de sensibilisation, composition pénale. Le recours à l'**injonction thérapeutique**, qui en fait partie et consiste en une obligation pour l'utilisateur de suivre des soins, est toutefois limité par le manque de médecins relais chargés d'en assurer le suivi. Enfin, les parquets réservent les poursuites aux usages de stupéfiants commis en état de récidive légale ou connexes à d'autres infractions, le plus souvent selon des **procédures simplifiées**, comme l'ordonnance pénale ou la comparution sur reconnaissance préalable de culpabilité. Ainsi, dans les affaires d'usage illicite de stupéfiants, les tribunaux correctionnels prononcent principalement des **peines alternatives à l'emprisonnement**, comme des travaux d'intérêt général.

D'après les informations communiquées à votre rapporteur pour avis, 55 % des **118 000** auteurs d'usage de stupéfiants ont bénéficié d'alternatives aux poursuites en 2016, qui dans **66 %** des cas consistent en un rappel à la loi. L'étude des condamnations fait apparaître que les procédures simplifiées sont prépondérantes, puisqu'elles représentaient **75 %** des cas en 2015. Elles aboutissent majoritairement à des amendes (68 % des cas), alors que **les peines de prison ferme ne constituent que 4 % de l'ensemble.**

Ce contentieux représente surtout une **part très importante de l'activité de la justice pénale**, en croissance ces dernières années. Alors que le nombre de peines prononcées par les tribunaux correctionnels a reculé de **6,9 %** entre 2008 et 2015, celles sanctionnant une infraction à la législation sur

les stupéfiants ont cru de **41 %**, passant de **46 446 à 65 548**. Elles représentent **12,3 %** du total de ces peines, contre **8,1 %** sept ans plus tôt. On constate ainsi une forte augmentation du nombre d'amendes (+ 73,9 %) et de mesures de substitution (+ 168,9 %)¹.

Cette diversification de la réponse pénale à l'usage de stupéfiants n'est pas parvenue à restaurer la crédibilité de la sanction et sa capacité à faire évoluer les comportements. Seule une transformation profonde de son cadre juridique et un changement de paradigme sont à même de garantir son effectivité.

C'est la raison pour laquelle le Sénat, conscient de cette situation, a à plusieurs reprises invité le Gouvernement à agir en ce sens, en prônant **l'évolution de la réponse au premier usage illicite de stupéfiants**. Sorti du champ délictuel, celui-ci aurait été **passible d'une contravention de troisième classe**, d'un montant forfaitaire de 68 euros. L'objectif était de mettre en place une sanction immédiate et systématique à la première infraction constatée, afin de **renforcer son caractère dissuasif** et de rompre avec la lente et aléatoire procédure actuelle.

Ainsi, votre assemblée avait adopté le 7 décembre 2011 la **proposition de loi**² de notre ancien collègue Gilbert Barbier en ce sens, qui n'a jamais été inscrite à l'ordre du jour de l'Assemblée nationale. A l'été 2015, lors de l'examen en première lecture de la loi de modernisation de notre système de santé, votre commission avait inséré dans le texte un article additionnel 8 *bis* A reprenant son contenu, malgré l'opposition du Gouvernement. L'Assemblée nationale l'avait finalement retiré du texte.

Depuis lors, plusieurs travaux sont venus conforter la position du Sénat. Ainsi, un **groupe de travail sur la réponse pénale à l'usage de stupéfiants**, piloté par la Mildeca et composé de représentants des ministères de la justice, de l'intérieur, des finances et de la santé ainsi que de l'OFDT, avait été réuni à l'été 2015. Ses membres avaient reconnu que le caractère dissuasif de la peine de prison encourue leur apparaissait « *inopérant* »³, tout en estimant que la suppression de la possibilité de placer les usagers en garde à vue, conséquence de la contraventionnalisation éventuelle de l'usage, ne constituait pas un obstacle au travail d'enquête sur les trafics. Ils recommandaient de **sanctionner l'usage de stupéfiants d'une contravention de cinquième classe**, ce qui permettrait à la fois de simplifier et d'**accélérer le traitement** de ce contentieux de masse tout en prévoyant une prise en charge spécifique des mineurs ou encore des situations de consommation récurrente.

¹ Source : ministère de la justice, *activité des tribunaux correctionnels en 2015*.

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

³ Mildeca, *Restitution des travaux du groupe de travail sur la réponse pénale à l'usage de stupéfiants*, 2016, p. 17.

Le précédent gouvernement s'était refusé à suivre les recommandations du groupe de travail qu'il avait lui-même institué. **Cette situation d'immobilisme n'est plus aujourd'hui acceptable.** C'est pourquoi votre rapporteur pour avis se réjouit de la volonté affichée par l'actuel gouvernement de procéder à cette réforme qui n'a que trop tardé. Dès le 24 mai dernier, Gérard Collomb, ministre d'État, ministre de l'intérieur, avait annoncé dans un entretien la mise en place prochaine de la contraventionnalisation de la consommation de cannabis. Il ne faut pas raisonner en distinguant entre les produits, mais bien **apporter une nouvelle réponse à toutes les formes d'usages de stupéfiants**, en faisant en sorte qu'une **sanction crédible et proportionnée** à la nature de l'infraction soit mise en place. C'est à cette seule condition que l'interdit pesant sur l'usage de stupéfiants sera compris et respecté, notamment par les plus jeunes.

*

* *

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 2018.

EXAMEN EN COMMISSION

Réunie le mercredi 22 novembre 2017, sous la présidence de M. Alain Milon, président, la commission procède à l'examen du rapport pour avis de Mme Chantal Deseyne 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 2018.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour avis. – Chaque année, à l'occasion de l'examen du projet de loi de finances, notre commission s'intéresse à l'activité de la mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca). À travers elle, c'est bien à l'évolution de la situation des addictions en France que notre commission est attentive, tant leurs conséquences sanitaires et sociales sont désastreuses.

En préambule, il faut souligner que nous nous trouvons actuellement dans une période de transition. En effet, le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 arrive à son terme. De plus, la présidence de la Mildeca a été renouvelée le 1^{er} mars dernier. Une nouvelle stratégie pluriannuelle est donc en cours d'élaboration, dans le cadre d'une concertation entre tous les ministères concernés.

Il convient tout d'abord de prendre conscience de l'ampleur du phénomène des addictions en France, et notamment de l'impact des produits en vente libre à toutes les personnes majeures, le tabac et l'alcool. Ce sont eux qui, sur les plans sanitaire, économique et social, font peser les conséquences les plus lourdes sur notre société.

Malgré les efforts entrepris, le niveau de consommation de tabac est resté inchangé : 29 % des 18-75 ans sont des fumeurs quotidiens, soit 14 millions de personnes. Ce taux est même en augmentation depuis 10 ans chez les adolescents de 17 ans, puisqu'il est passé de 29 % à 32 %. Le tabac est pourtant la première cause de mortalité évitable en France : plus de 73 000 décès lui sont imputables chaque année.

L'alcool est quant à lui la substance psychoactive la plus répandue dans la société française, avec 43 millions d'usagers dans l'année. Si les volumes globaux consommés diminuent, les comportements à risque augmentent, surtout chez les jeunes, avec le « binge drinking ».

Ces alcoolisations ponctuelles importantes concernent chaque mois un adolescent de 17 ans sur deux. De plus, les comportements de consommation des filles, jusqu'à présent plus mesurés, convergent désormais dans l'excès avec ceux des garçons.

Le tabac et l'alcool représentent un coût social qui a été récemment estimé à 120 milliards d'euros par an chacun.

Ce sont toutefois les stupéfiants qui viennent naturellement à l'esprit lorsqu'il est fait référence aux conduites addictives.

Le cannabis reste de très loin le plus communément consommé par les Français. Ils sont 17 millions à l'avoir expérimenté. De plus, l'expérimentation est de plus en plus précoce : 48 % des jeunes de 17 ans en ont déjà fumé, contre 42 % il y a dix ans.

Cette substance est encore perçue comme relativement inoffensive, alors que sa dangerosité a été démontrée, notamment les troubles psychiatriques engendrés par sa consommation régulière, et que sa teneur en THC, son principe actif, a triplé en 10 ans.

La cocaïne poursuit quant à elle sa pénétration de l'ensemble des couches de la société et n'est plus, comme par le passé, une drogue réservée à certaines catégories sociales privilégiées. Le nombre d'usagers dans l'année a été multiplié par quatre depuis 2000.

Enfin, la consommation d'héroïne n'est pas en recul, bien qu'elle concerne une population relativement réduite - 600 000 expérimentateurs. Elle est à l'origine de nombreuses comorbidités et, malgré les progrès réalisés en matière de réduction des risques, 64 % des injecteurs sont encore atteints de l'hépatite C et 13 % du VIH.

Placée auprès du Premier ministre, la Mildeca est chargée d'animer et de coordonner les initiatives de l'État en matière de lutte contre l'usage de stupéfiants et les addictions. Sa politique repose sur une approche intégrée, c'est-à-dire qu'elle met sur un pied d'égalité la prévention, la réduction des risques, le soin et l'application de la loi.

Elle dispose, pour jouer ce rôle de pilotage, de moyens très réduits et qui, en 2018, poursuivent leur baisse : - 1,4 % par rapport à 2017, soit 17,6 millions d'euros. Il faut surtout se rappeler que son budget a déjà diminué de 25 % depuis 2012. Dans ce contexte, la capacité d'action de la Mildeca est limitée.

Par ailleurs, elle bénéficie d'un fonds de concours, alimenté par le produit de la vente des biens saisis et confisqués aux trafiquants de drogues. Il rapporte environ 14 millions d'euros par an, dont 90 % sont redistribués aux services enquêteurs (police, gendarmerie, douanes, justice) afin de financer du matériel destiné à l'exercice de leurs missions ou la formation de leurs agents. La Mildeca n'en conserve que 10 % destinés à des actions de prévention.

En revanche, il faut saluer l'arrêt de l'hémorragie budgétaire subie par les deux opérateurs de la Mildeca, l'observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) et le centre interministériel de formation anti-drogue (Cifad). Ces deux organismes indispensables ont été grandement fragilisés ces dernières années, ce qui a par exemple conduit l'OFDT à renoncer à mener certaines études, faute de moyens. Il faudrait au contraire les renforcer, mais il leur appartient aussi de développer leurs ressources propres, notamment en valorisant mieux leur expertise.

La Mildeca assure le pilotage national d'une expérimentation qui a fait couler beaucoup d'encre : celle des salles de consommation à moindre risque (SCMR), à laquelle notre commission s'était montrée favorable lors de l'examen de la loi de modernisation de notre système de santé. Deux ont été ouvertes il y a un peu plus d'un an, à Paris puis à Strasbourg.

Ces SCMR donnent, selon les avis que j'ai pu recueillir, de premiers résultats encourageants, bien qu'il faille distinguer les situations parisiennes et strasbourgeoises, en raison notamment du lieu d'implantation de ces salles. Elles accueillent un public très marginalisé : 200 à 220 personnes par jour à Paris, dont 52 % sont sans logement, 43 % sans revenu et 26 % sans aucun suivi médical ou social. Ils sont 45 % à être atteints de l'hépatite C et 5,5 % du VIH. A Strasbourg, où 50 à 80 personnes fréquentent la salle quotidiennement, les profils sont similaires, quoique reflétant une situation sociale légèrement moins dégradée.

Dans cette dernière ville, la SCMR a été installée dans un quartier peu résidentiel, où elle ne suscite aucune opposition. A Paris en revanche, certains riverains des rues environnant l'hôpital Lariboisière, dans l'emprise duquel elle est installée, restent dans une position de rejet total. Ils lui imputent la dégradation de leur environnement de vie, alors que la SCMR a surtout agi comme un révélateur des difficultés sanitaires et sociales de ce quartier.

Il convient maintenant de laisser cette expérimentation se poursuivre jusqu'à son terme, c'est-à-dire l'automne 2022, puis de l'évaluer. Les SCMR ne permettent pas de résoudre à elles-seules l'ensemble des problèmes posés par la consommation de drogues par injection pour les usagers et pour la société. Elles constituent néanmoins une porte d'entrée potentielle vers un parcours de soin, un traitement de substitution ou un suivi médico-social pour un public particulièrement désocialisé. A ce titre, elles ont toute leur place dans la panoplie des outils de réduction des risques.

La prochaine stratégie gouvernementale devra tirer les leçons du plan 2013-2017. Notre commission l'avait souligné à plusieurs reprises ces dernières années : il constituait un catalogue de mesures assez hétéroclites, sur lesquelles étaient saupoudrées des ressources limitées. La multiplication des initiatives n'est pas synonyme d'efficacité mais souligne l'incapacité de la puissance publique à identifier les enjeux principaux et à trouver les moyens d'y répondre.

Par ailleurs, entre 2013 et 2017, l'État a échoué à améliorer la prise en charge des addictions en milieu carcéral. Une récente étude de l'OFDT y a mis en lumière une consommation de cannabis « massive, voire endémique ». Des travaux plus anciens démontrent qu'un tiers des nouveaux entrants en prison consommaient régulièrement une substance illicite, et que plus de 10 % des usagers de drogues ayant été incarcérés ont déclaré avoir eu recours à l'injection en prison.

La loi de modernisation de notre système de santé a prévu que la politique de réduction des risques s'applique aux détenus, selon des modalités adaptées au milieu carcéral. Près de deux ans après le vote de la loi, le décret d'application n'est toujours pas paru en raison de désaccords entre le ministère de la santé et l'administration pénitentiaire. C'est d'autant plus regrettable que la surpopulation carcérale actuelle peut contribuer à une dégradation globale de la situation sanitaire des détenus.

Enfin, il est un point sur lequel on ne peut plus se satisfaire du statu quo : la réponse pénale à l'usage de stupéfiants. Depuis 1970, celui-ci est puni d'une peine d'un an d'emprisonnement et de 3 750 euros d'amende. Jamais appliquée, elle a perdu tout caractère dissuasif.

A l'heure actuelle, ce sont majoritairement des alternatives aux poursuites qui sont retenues dans de tels cas. Même quand des poursuites sont engagées, le recours à des procédures simplifiées est privilégié. Le plus souvent, seul un rappel à la loi est effectué. Les poursuites s'achèvent généralement par une amende, des peines de prison ferme n'étant prononcées que dans 4 % des cas, alors qu'il s'agit d'un contentieux de masse, qui engorge les tribunaux correctionnels et mobilise les services de police.

Dans ce contexte, il faut réfléchir à la meilleure solution pour améliorer l'efficacité de l'action pénale contre l'usage de stupéfiants sans lever cet interdit, qui reste pleinement justifié par des considérations sanitaires, sociales et d'ordre public.

Une forme de consensus s'est établie autour de la contraventionnalisation de l'usage, que je partage. Le Sénat a ici été précurseur, ayant adopté par deux fois, en 2011 et en 2015, le principe de sa mise en œuvre au premier usage constaté par les forces de l'ordre. Il faut aller plus loin et le généraliser à tous les cas d'usage.

Le traitement de cette infraction serait grandement simplifié et accéléré, et la sanction pécuniaire immédiate marquerait une rupture avec le caractère virtuel de la sanction actuelle, garantissant son aspect dissuasif. Le Gouvernement devrait prochainement engager cette réforme.

Enfin, la prochaine stratégie pluriannuelle du Gouvernement ne devra pas ignorer les outre-mer. Il est indispensable qu'une grande étude sur les phénomènes addictifs dans les départements et collectivités d'outre-mer soit conduite. Sur la base de ses résultats, le dispositif de prise en charge des addictions devra être adapté aux spécificités de ces territoires.

Sur ces considérations, je vous propose, mes chers collègues, d'émettre un avis favorable à l'adoption des crédits de l'action « Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives » du programme « Coordination du travail gouvernemental » de la mission « Direction de l'action du Gouvernement » du projet de loi de finances pour 2018. Je regrette néanmoins qu'ils n'aient pas été confortés au vu de l'ampleur du phénomène des addictions en France.

Mme Catherine Deroche. – Lors de l'examen de la loi de modernisation de notre système de santé, notre commission avait souhaité que les SCMR soient rattachées à un établissement de santé, afin de les inscrire dans des parcours de soins. A Paris, elle est située dans l'enceinte de l'hôpital Lariboisière, mais qu'en est-il à Strasbourg ?

M. Michel Amiel. – L'adossement des SCMR aux hôpitaux avait effectivement été proposé par notre commission, ce qui me semble tout à fait logique. Je suis heureux que le rapporteur propose la poursuite de cette expérimentation jusqu'à son terme.

Il faut avoir le courage de dire tout haut ce que certains disent tout bas : dans certains quartiers, on a acheté la paix sociale en laissant le trafic de stupéfiants se développer. Pour paraphraser une formule célèbre, empêcher ce que l'on ne peut interdire n'est que faiblesse de l'autorité. Dès lors, la contraventionnalisation, si elle ne résoudra pas toutes les difficultés, est la moins mauvaise des solutions.

Je regrette toutefois qu'il ne soit jamais fait mention de l'addiction aux jeux. Je suis scandalisé qu'à l'heure où les publicités pour l'alcool et le tabac sont très strictement encadrées celles promouvant le jeu sont diffusées à la télévision, alors qu'il peut conduire au suicide.

M. Daniel Chasseing. – *Je remarque que l'augmentation du prix du tabac n'a pas entraîné une diminution de la consommation, en particulier chez les jeunes.*

Je pense par ailleurs que les rituels d'intégration à l'université reposent sur des comportements de consommation très dangereux, notamment du « binge drinking ». J'ai pu le constater dans ma région.

S'agissant de la réponse pénale à l'usage de stupéfiants, je partage l'avis du rapporteur, car force est de constater aujourd'hui qu'elle est inexistante, et je soutiens ses propositions.

Mme Patricia Schillinger. – *Quels sont les moyens consacrés à la prévention dans l'enseignement secondaire et le supérieur ? Des actions sont-elles menées aussi dans les entreprises, par exemple par l'inspection du travail ou la médecine du travail ?*

Mme Florence Lassarade. – *Le jeu en ligne chez les adolescents est un vrai problème de santé publique. Des moyens sont-ils consacrés par la Mildeca sur ce sujet, en particulier pour développer les thérapies comportementales ?*

Mme Laurence Cohen. – *Ayant moi-même été rapporteure des crédits de la Mildeca dans le passé, je tiens à saluer la qualité du travail de Chantal Deseyne. Certains constats n'ont pas évolué depuis lors : la Mildeca a un champ de compétence très vaste, mais elle a subi une forte diminution de ses moyens, qui a conduit à une réduction de ses effectifs. Il faudrait au contraire se montrer plus ambitieux et augmenter ses financements.*

Je me souviens avoir été frappée par le manque de moyens des services chargés de la lutte contre le trafic de stupéfiants. Les moyens issus du fonds de concours de la Mildeca leur sont indispensables pour financer leur matériel, et ils sont très attendus chaque année. Les 10 % conservés par la Mildeca sont insuffisants pour mener une véritable politique de prévention.

J'aimerais bien qu'au-delà de la contraventionnalisation de l'usage de stupéfiants, un débat sur sa dépénalisation ait lieu, notamment au regard des conséquences que le cadre juridique actuel fait peser sur nos quartiers. C'est une question très passionnelle, mais j'aimerais que des spécialistes et des élus locaux puissent s'exprimer devant nous sur ce sujet.

Notre groupe ne pourra toutefois pas se prononcer en faveur de l'adoption des crédits de la Mildeca en raison du refus du Gouvernement de consacrer à la lutte contre les addictions les ressources financières nécessaires.

M. Michel Forissier. – *Le rapporteur a fait une description sans concession de la réalité que nous connaissons en tant qu'élus locaux. Le manque de coordination des initiatives locales est indéniable et je pense qu'une meilleure organisation doit être mise en place.*

La lutte contre les conduites addictives doit débiter par une politique de prévention soutenue dès l'adolescence. Les collectivités locales disposent désormais d'un outil qu'elles n'utilisent pas suffisamment, alors que les moyens sont aujourd'hui trop dispersés : les plans locaux de santé publique. Faisons davantage avec les moyens actuels, sans entrer dans la démagogie.

Mme Victoire Jasmin. – *Je partage tout à fait le point de vue du rapporteur concernant les outre-mer. A ma connaissance, ils ne font à l'heure actuelle l'objet d'aucune prise en compte spécifique alors que nous sommes, dans les Antilles, des plaques tournantes du trafic de drogue en provenance d'Amérique du Sud.*

Cette situation a des conséquences en matière de violences carcérales ou encore de pathologies psychiatriques. Je souhaite qu'il y ait une meilleure coordination entre les différents acteurs.

M. Olivier Henno. – *La prévention reste le parent pauvre de la lutte contre les conduites addictives dans notre pays, pas seulement du point de vue des moyens mais aussi de celui de la mobilisation des acteurs. Il n'est pas étonnant que nos politiques dans ce domaine n'aient aucun impact sur la jeunesse. Les structures continuent à s'impliquer davantage dans la réduction des risques ou le soin et nous aurions beaucoup à apprendre en observant les pays du nord de l'Europe. Loin de s'arranger, la situation en matière de conduites addictives s'aggrave alors qu'on donne le sentiment de se mobiliser contre le tabac, mais en pure perte au vu des chiffres de consommation.*

M. Guillaume Arnell. – *Le rapporteur souligne très justement les carences des politiques françaises de lutte contre les addictions. Il est nécessaire de mener une vraie réflexion sur ces phénomènes dans les outre-mer, où notre jeunesse est quasiment à la dérive.*

Il faut des moyens pour mener ce combat, et on peut relever qu'il est avant tout de la responsabilité de l'État, et non de la Mildeca, de financer les équipements des services de police. Le produit des biens saisis aux trafiquants devrait surtout permettre d'accentuer la prévention.

Enfin, les outre-mer sont des territoires propices aux trafics, où il y a très peu de culture autochtone de stupéfiants ou d'ateliers de transformation. Une réflexion sur la surveillance des eaux territoriales dans les Antilles et la protection de nos frontières est donc nécessaire.

Je tiens à remercier l'ensemble des membres de la commission d'être sensibles aux difficultés des outre-mer, j'espère que vous serez tous à mes côtés lorsqu'il s'agira de porter cette voix devant notre assemblée et auprès du Gouvernement.

Mme Nadine Grelet-Certenais. – Je tiens à insister sur le développement de la prévention. Il faut renforcer les moyens qui y sont consacrés, en particulier en milieu rural.

Une meilleure coordination de l'ensemble des acteurs chargés de l'accompagnement des jeunes est effectivement nécessaire. Il faut aussi apporter de l'aide aux parents, qui sont souvent démunis face aux conduites addictives de leurs enfants.

Des outils existent déjà, comme les conseils intercommunaux de prévention de la délinquance (CISPD). Ils coordonnent les acteurs mais manquent de moyens. Ainsi, le fonds interministériel de prévention de la délinquance (FIPD) pourrait être davantage mis à contribution, mais il a été fortement réduit ces dernières années et doit répondre à des priorités définies au niveau national.

Enfin, trop de jeunes parents laissent leurs enfants plusieurs heures par jour devant des écrans, qui dès le plus jeune âge deviennent une source d'addiction. Il est regrettable qu'elle ne soit davantage étudiée et combattue.

M. Yves Daudigny. – Nous connaissons un problème culturel en matière de prévention : voilà une des nombreuses spécificités françaises. L'OCDE a identifié quatre points négatifs en matière de santé publique en France, parmi lesquels figurent la consommation d'alcool et l'usage de tabac.

L'alcool est un sujet quasiment tabou dans notre pays couvert de vignes. Toutefois, un réel progrès aura été réalisé le jour où nos concitoyens admettront, comme c'est le cas dans de nombreux autres pays, que la conduite n'est pas compatible avec la consommation d'alcool.

S'agissant du tabac, les augmentations de prix modérées n'ont aucun effet sur la consommation. Seules les augmentations très fortes peuvent faire évoluer les comportements, ainsi que nous l'avions souligné avec Catherine Deroche dans notre rapport sur les taxes comportementales.

Le paquet neutre a été peu évoqué jusqu'à présent. Un semestre après sa mise en place, une première baisse de consommation a été constatée. L'évaluation de ses effets ne peut donc pas être immédiate. Néanmoins, la diminution des ventes chez les buralistes ne correspond pas forcément à une réduction de la consommation de tabac.

Surtout, les Français, en particulier les adolescents, sont absolument insensibles aux campagnes de prévention et à l'argument scientifique clairement démontré du danger du tabac pour leur santé.

Enfin, je tiens à mentionner un phénomène que l'on peut aisément constater dans chaque bureau de tabac ou marchand de journaux : l'addiction aux jeux à gratter, qui connaît un développement absolument invraisemblable.

Mme Michelle Meunier. – Il y a de nombreux efforts à réaliser en matière de prévention, mais on parle encore moins de son corollaire, la recherche, à laquelle nous ne portons pas suffisamment attention malgré sa vitalité.

À titre d'exemple, Nantes accueille depuis 2010 un institut fédératif des addictions comportementales au sein du centre hospitalier universitaire (CHU), initié par le professeur Jean-Luc Vénisse et qui constitue un centre de référence sur le jeu excessif. Il serait intéressant que notre commission se penche sur la problématique de ces addictions sans produit.

Mme Pascale Gruny. – La question des addictions renvoie à de nombreuses problématiques à toutes lesquelles nous ne pouvons pas apporter une solution. Ainsi, une partie de l'économie de plusieurs pays repose sur le trafic de stupéfiants. La drogue n'est pas un sujet évoqué dans les cercles familiaux. Le mal-être grandissant des jeunes favorise aussi la toxicomanie, alors que nous n'y répondons manifestement pas de manière appropriée. Le débat sur la dépénalisation est handicapé par le message brouillé véhiculé par les médias, qui n'expliquent pas les raisons pour lesquelles elle est envisagée par certains.

Je suis inquiète quant au suivi des personnes souffrant d'une addiction après qu'elles ont bénéficié de soins. Il est essentiel de favoriser leur réinsertion dans l'emploi, en s'inspirant notamment des exemples suisses et italiens.

Enfin, la problématique de l'addiction au jeu n'est pas aussi nouvelle qu'on pourrait le croire : je vous rappelle que *Le Joueur*, de Dostoïevski, est paru en 1866 et je vous invite à le relire tant il a conservé son actualité.

Mme Laurence Rossignol. – Je tiens à saluer ce rapport qui n'a pas froid aux yeux et n'est pas enfermé dans des présupposés idéologiques ou politiques. Au contraire, il n'a pas peur de présenter les faits.

Je regrette que la question des addictions aux médicaments psychotropes ne soit jamais abordée en France, alors que leur consommation est très répandue et s'inscrit souvent dans des polyconsommations avec le tabac ou le cannabis. Dans mon expérience d'élue, les femmes en sont particulièrement victimes.

Lorsqu'on évoque la dépénalisation de l'usage du cannabis, des injonctions contradictoires et des simplifications caricaturales apparaissent. On est soit laxiste si on souhaite que le débat ait lieu, soit un fervent protecteur des enfants si on le refuse. L'échec de la politique pénale dans ce domaine est patent, mais presque personne n'en parle. Si la situation était comparable en matière de sécurité routière, la réaction serait immédiate. Le Sénat s'honorerait à être le lieu d'un débat apaisé sur ce sujet, qui permettrait de faire un état des lieux sur l'usage de stupéfiants.

Mme Corinne Imbert. – La Mildeca, comme son nom l'indique, est une structure interministérielle, rattachée au Premier ministre, mais comment collabore-t-elle avec les autres ministères ? La prévention est indispensable, en particulier au collège, pour éviter les dérives à l'adolescence. Quel est le travail réalisé avec l'éducation nationale ? Pourrait-il être amélioré ? En aval, quelles sont les relations de la Mildeca avec l'assurance maladie ? Quelles sont les actions visant à lutter contre le détournement des traitements de substitution aux opiacés ?

Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour avis. – Concernant le lien entre les SCMR et l'hôpital, celle de Paris est bien adossée à Lariboisière, mais celle de Strasbourg est indépendante de tout établissement de santé. Dans les deux cas, elles offrent un accompagnement social et médical à leurs usagers, ce qui permet de les amener éventuellement vers une prise en charge.

Le prix du tabac, tout comme le paquet neutre, sont des leviers pour réduire la consommation. Les Français n'ont toutefois pas pris conscience des dangers sanitaires qu'il représente, pas plus que pour l'alcool d'ailleurs.

J'ai reçu en audition le professeur Bellivier, chef du service de médecine addictologique de l'hôpital Fernand-Widal. Lorsque je l'ai interrogé sur les addictions comportementales, comme le jeu, il a précisé que leurs incidences sanitaires et sociales restent bien moindres que celles de l'alcool, du tabac ou des stupéfiants.

Des actions de prévention sont menées dans l'enseignement secondaire et dans le supérieur, dont certaines sont financées par les crédits de la Mildeca. En effet, elle délègue une dotation au niveau territorial à des chefs de projets, les directeurs de cabinet des préfets, qui cofinancent ensuite des initiatives locales de prévention. Il serait toutefois nécessaire de réaliser des diagnostics territoriaux précis afin de bien identifier les besoins de chacun d'entre eux et les bonnes pratiques. Qui plus est, ces chefs de projets ne disposent pas forcément du temps ou des ressources nécessaires pour se consacrer pleinement à cette mission.

Il serait tout à fait souhaitable de débattre posément de la question de la dépénalisation de l'usage des stupéfiants. Je suis très réservée sur cette question, compte tenu notamment de ses enjeux sanitaires.

S'agissant de la situation des outre-mer, il faut saluer le travail qui y est fait, notamment par les douanes. Le Cifad coopère quant à lui avec de nombreux pays d'Amérique latine producteurs et exportateurs de stupéfiants, comme la Colombie et le Pérou, pour aider les forces de l'ordre locales dans leur lutte contre les trafics.

A La Réunion, le syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) est un véritable enjeu de santé publique. L'an dernier, la délégation de notre commission qui s'y est rendue a pu en mesurer les ravages. Le logo alertant les femmes enceintes sur le danger de la consommation d'alcool, qui figure sur toutes les bouteilles, est bien trop petit et pas assez lisible.

Enfin, la Mildeca consacre environ un million d'euros par an au soutien à la recherche dans le domaine des addictions.

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 » du programme « Coordination du travail gouvernemental » de la mission « Direction de l'action du Gouvernement » du projet de loi de finances pour 2018.

LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES

- **Pr Frank Bellivier**, chef du service de médecine addictologique de l'hôpital Fernand-Widal
- **Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)**
Julien Morel d'Arleux, directeur
Lucie Bayer, responsable des affaires générales
- **Direction générale des douanes et des droits indirects (DGDDI)**
Gisèle Clément, chef du bureau de la lutte contre la fraude
- **Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca)**
Nicolas Prisse, président
Valérie Saintoyant, déléguée
Jean-François Pons, secrétaire général