N° 150

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2018-2019

Enregistré à la Présidence du Sénat le 22 novembre 2018

AVIS

PRÉSENTÉ

au nom de la commission des affaires sociales (1) sur le projet de **loi de finances**, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE, *pour* **2019**,

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, Élisabeth 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 ;* Mme Cathy Apourceau-Poly, 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 Morisset, Philippe Mouiller, Mmes Frédérique Puissat, Laurence Rossignol, Patricia Schillinger, MM. Jean Sol, Dominique Théophile, Mme Claudine Thomas, M. Jean-Louis Tourenne, Mme Sabine Van Heghe.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (**15**ème législ.) : **1255**, **1285**, **1288**, **1302** à **1307**, **1357** et T.A. **189**

Sénat : **146** et **147** à **153** (2018-2019)

SOMMAIRE

Pages

LES OBSERVATIONS DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES 5

EXPOSÉ GÉNÉRAL 11

I. APRÈS DEUX PLANS PLURIANNUELS, LA POLITIQUE DE LUTTE CONTRE LES ADDICTIONS DOIT ÊTRE CONSOLIDÉE 11

A. LA RELATIVE DIMINUTION DE L'USAGE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES NE DOIT PAS MASQUER DES NIVEAUX DE CONSOMMATION ENCORE ÉLEVÉS 11

1. Une tendance à la baisse pour la consommation d'alcool et de tabac, malgré des niveaux de consommation encore très élevés 11

a) La baisse inédite du nombre de consommateurs de tabac est le résultat encourageant d'une politique volontariste de « guerre au tabac » 11

b) L'alcool demeure une substance banalisée et massivement consommée, en dépit de risques sanitaires majeurs 13

2. Le dispositif juridique encadrant la consommation de cannabis ne permet pas d'endiguer sa diffusion, notamment chez les jeunes 14

3. La consommation d'héroïne, de cocaïne et de nouveaux produits de synthèse 15

a) Une vigilance marquée est nécessaire pour se prémunir de la crise des opioïdes qui sévit en Amérique du Nord 15

b) L'augmentation de l'offre de cocaïne engendre l'explosion du nombre de ses expérimentateurs 18

c) La diffusion des nouveaux produits de synthèse 19

d) Les salles de consommation à moindre risque (SCMR), un dispositif expérimental adapté à des situations sanitaires préoccupantes 19

4. Les addictions sans substances, le nouveau visage de la dépendance ? 22

B. LE PLAN NATIONAL DE MOBILISATION CONTRE LES ADDICTIONS 2018-2022 DEVRA COMBLER LES LACUNES DES DEUX PLANS PRÉCÉDENTS 24

1. Les remarques formulées par le Sénat sur les plans précédents 25

2. L'âge d'entrée dans la consommation et la facilité d'accès aux substances et comportements addictifs, deux facteurs déterminants à mieux prendre en compte 28

II. LE PLAN NATIONAL DE MOBILISATION CONTRE LES ADDICTIONS 2018-2022 : UNE MISE EN ŒUVRE DANS UN CADRE BUDGÉTAIRE CONTRAINT 30

A. APRÈS PLUSIEURS ANNÉES DE DIMINUTION, DES RESSOURCES ENCORE EN LÉGER REPLI POUR LA MILDECA 30

1. Une dotation budgétaire en légère baisse 30

2. Le montant stabilisé du fonds de concours « drogues » 35

B. LES OPÉRATEURS DE LA MILDECA BÉNÉFICIENT DE RESSOURCES STABLES 36

1. L'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), une structure destinée à la connaissance des conduites addictives en France 36

2. Le Cifad, fer de lance de la lutte contre la drogue dans les Antilles, en Guyane et dans la Caraïbe 39

EXAMEN EN COMMISSION 41

LISTE DES PERSONNES ENTENDUES ET DÉPLACEMENT 47

LES OBSERVATIONS DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

Réunie le **mercredi 21 novembre 2018** 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 » (Mildeca) du programme « Coordination du travail gouvernemental » de la mission « Direction de l'action du gouvernement » du projet de loi de finances pour 2019**.

La Mildeca impulse et coordonne la politique gouvernementale en matière de drogues et d'addictions, avec ou sans substance. L'année 2018 a été marquée par la genèse du **nouveau plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022,** dont l'annonce a été malheureusement maintes fois reportée depuis le mois de mars.

Le rapporteur pour avis s'est réjoui de la **diminution marquée du nombre de fumeurs de tabac** en France – moins un million en l'espace d'un an. Cette baisse et les **données encourageantes relatives à la consommation de substances psychoactives chez les jeunes** ne doivent cependant pas occulter le niveau préoccupant de l'usage de drogues en France. Dans un contexte international marqué par la **crise des opioïdes** aux États-Unis, la hausse de la consommation de médicaments opioïdes impose la plus grande vigilance aux autorités françaises.

Le rapporteur pour avis a également évoqué l'**inflexion de la sanction pénale infligée aux usagers de stupéfiants**, *via* la mise en place d'une amende forfaitaire délictuelle prévue par le projet de loi de programmation de la justice. Ce nouveau dispositif dans l'arsenal juridique réprimant l'usage de stupéfiant devrait permettre de désengorger les tribunaux. Le rapporteur pour avis a souhaité rappeler les bénéfices des stages de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants.

Enfin, l'expérimentation des **salles de consommation à moindre risque entame sa troisième année** à Paris et à Strasbourg. Les bénéfices sanitaires de tels dispositifs étant indéniables, on ne peut qu'encourager l'ouverture de nouvelles structures, notamment en Ile-de-France, afin de répondre aux besoins des usagers et de satisfaire aux impératifs de sécurité et de tranquillité publique.

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 2019.

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 2019

		Crédits de paiement *(en euros)*	**Variation 2019/2018** *(en %)*
Action 15 « Mildeca »		**17 496 968**	**- 1,9 %**
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)	365 000	- 1,1 %

***Source** : Projet annuel de performance de la mission annexé au projet de loi de finances pour 2019*

Mesdames, Messieurs,

Chaque année, à l'occasion du projet de loi de finances, votre commission des affaires sociales accorde une attention particulière aux crédits affectés à la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives, en raison de l'importance de la mission qui lui est conférée : animer et coordonner les initiatives de l'État en matière de lutte contre l'usage de stupéfiants et les addictions.

2018 a été une année importante pour cette structure interministérielle, marquée par l'élaboration du nouveau plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022. Le plan doit définir la stratégie des pouvoirs publics en matière de prévention, de soins et de réduction des risques et des dommages liés aux addictions. La Mildeca a été le fer de lance de ce nouveau plan, qui vise à prendre en considération les critiques et lacunes du précédent plan de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017. **Malheureusement, son annonce a été maintes fois reportée**, depuis le mois de mars dernier, **et il n'a toujours pas été présenté par le Premier ministre.** On peut s'interroger sur la raison de ces reports : l'annonce de ce plan n'est-elle pas considérée comme une priorité par les pouvoirs publics, ou la Mildeca a-t-elle éprouvé des difficultés à finaliser le plan ?

Les crédits alloués en LFI 2019 devront permettre d'amorcer la mise en place du nouveau plan. Ces orientations tant attendues de politiques publiques ne s'accompagneront pourtant pas de moyens renforcés pour la Mildeca, dont le **budget est en léger recul en 2019** par rapport à 2018 (- 1,9 %). **Pour la septième année consécutive**, les moyens alloués à la Mildeca sont en baisse. Ses deux opérateurs, l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) et le Centre interministériel de formation anti-drogue (Cifad) voient leurs subventions pour charge de service public maintenues. Parallèlement, le fonds de concours « drogues », dont un dixième est versé à la Mildeca, voit son montant stabilisé à hauteur de 14 millions d'euros.

La mise en œuvre du plan 2018-2022 s'accompagnera de **modifications législatives** relatives à la **répression de l'usage de stupéfiants**, qui devrait désormais être puni d'une **amende forfaitaire délictuelle**, au même titre que la vente d'alcool aux mineurs. Cette mesure devra permettre de désengorger les tribunaux.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 substitue au fonds actuel de lutte contre le tabac un **fonds dédié plus largement à la lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives**. Le fonds sera doté de la contribution spécifique sur les fournisseurs agréés de produits du tabac, mais également d'un montant correspondant au produit des amendes forfaitaires sanctionnant la consommation de cannabis, estimé à 12 millions d'euros. Cette dilution affaiblit dangereusement les actions de prévention du plan national de lutte contre le tabagisme 2018-2022 et supprime son caractère prioritaire, entrainant un effondrement du financement des actions de lutte contre le tabac par dilution des ressources. Pour votre rapporteur pour avis, les réponses apportées aux comportements à risque doivent être propres à chaque substance. Seuls des fonds dédiés, dotés d'un financement en provenance des produits incriminés, peuvent limiter les conséquences de ces consommations sur la santé et la société.

L'expérimentation des **salles de consommation à moindre risque** (SCMR), à Paris et à Strasbourg, entame sa **troisième année**. Ces lieux semblent **contribuer de manière inédite à la politique de réduction des risques et des dommages** pour les usagers de drogues, en permettant d'orienter certains **consommateurs particulièrement désinsérés** vers des prises en charge sanitaires et sociales. La capacité d'accueil de la structure parisienne semble néanmoins insuffisante face à l'ampleur des usages de drogues dans la capitale et son agglomération.

Enfin, et même si la situation française est sans commune mesure avec la crise sanitaire des opioïdes nord-américaine, à l'origine de plusieurs dizaines de milliers de décès, **le contexte international et le développement de la prescription de médicaments opioïdes forts invitent à une vigilance extrême**. L'objectif des autorités sanitaires doit être de garantir l'accessibilité des opioïdes aux patients qui en ont besoin, tout en sécurisant au mieux leur utilisation et leur éventuel détournement. La consommation hexagonale de médicaments opioïdes augmente fortement, ainsi que le nombre de décès par surdose et le nombre d'hospitalisations dues à ces médicaments. Ces données préoccupantes ont amené à la mise en place d'une structure de veille sur la consommation de médicaments antalgiques, opioïdes ou non : **l'Observatoire français des médicaments antalgiques**.

L'an passé, des données encourageantes ont été publiées relatives à la **baisse des consommations de substances psychoactives**. D'une part, **le nombre de fumeurs quotidiens de tabac a baissé d'un million entre 2016 et 2017**, une baisse considérable qu'on ne peut qu'accueillir avec soulagement. D'autre part, **les tendances à la consommation de tabac, d'alcool et de cannabis sont à la baisse chez les jeunes de 17 ans**, leurs niveaux de consommations respectifs étant les plus bas enregistrés depuis l'an 2000. Néanmoins, cette évolution favorable ne doit pas masquer l'ampleur des phénomènes addictifs en France. Les attentes envers la Mildeca demeurent donc particulièrement élevées de la part de tous les acteurs confrontés aux addictions.

I. APRÈS DEUX PLANS PLURIANNUELS, LA POLITIQUE DE LUTTE CONTRE LES ADDICTIONS DOIT ÊTRE CONSOLIDÉE

A. LA RELATIVE DIMINUTION DE L'USAGE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES NE DOIT PAS MASQUER DES NIVEAUX DE CONSOMMATION ENCORE ÉLEVÉS

1. Une tendance à la baisse pour la consommation d'alcool et de tabac, malgré des niveaux de consommation encore très élevés

Les dernières données en matière d'évolution de la consommation de substances psychoactives en France montrent une **inflexion des usages réguliers d'alcool et une baisse du nombre de fumeurs de tabac**.

a) La baisse inédite du nombre de consommateurs de tabac est le résultat encourageant d'une politique volontariste de « guerre au tabac ».

Les plans de réduction du tabagisme et les différentes mesures prises au cours des dernières années commencent à porter leurs fruits. Le bannissement du tabac de l'espace public et les messages récurrents des autorités publiques et sanitaires sur les dangers du tabac ont engendré une **dé-normalisation de l'image du tabac**. En outre, la **hausse des prix a conduit à un net effet d'éviction**. En vertu du programme national de réduction du tabagisme (2014), le paquet neutre standardisé (PNS) a été mis en place le 1er janvier 2017, ainsi que le doublement de la taille des avertissements sanitaires sur les paquets et l'interdiction des arômes.

Le directeur général de Santé publique France, François Bourdillon, s'est félicité de la **récente baisse « considérable »**[1] du nombre d'usagers de tabac : en 2017, 26,9 % des Français fumaient quotidiennement, contre 29,4 % en 2016. Cela correspond, en chiffres bruts, à une **diminution d'un million de fumeurs quotidiens**, leur nombre passant de 13,2 à 12,2 millions. Les données relatives à la diminution de la consommation de tabac en France sont d'autant plus encourageantes que le tabac est une substance extrêmement addictive : 82 % des personnes ayant fumé au moins une fois dans l'année fument plus de dix fois par mois.

[1] *Le baromètre santé publié le 28 mai 2018 par Santé publique France résulte d'une enquête réalisée entre janvier et juillet 2017 sur un échantillon de 25 000 personnes âgées de 18 à 75 ans.*

Part de fumeurs quotidiens dans la population

2000	30 %
2005	27,5 %
2010	29,7 %
2014	28,5 %
2015	29,4 %
2016	29,4 %
2017	26,9 %

***Source** : Santé publique France*

La baisse est plus marquée pour les **hommes** (- 3,2 points) que pour les femmes (- 1,8 point). Elle est aussi particulièrement nette pour la **jeune génération** ; chez les hommes entre 18 et 24 ans, la consommation de tabac a diminué de quasiment 9 points en trois ans (de 44,2 % à 35,3 %), soit environ 240 000 fumeurs de moins. Il s'agit du **plus bas niveau atteint depuis 2000** pour cette tranche d'âge. Chez les adolescents de 17 ans[1], la consommation a diminué de 7 points entre 2014 et 2017. Seul un quart d'entre eux fumait quotidiennement en 2017 contre près d'un tiers en 2014. Les niveaux d'usage mesurés en 2017 sont parmi les plus bas observés depuis 2000 : la part des abstinents a plus que doublé, passant de 5,1 % en 2008 à 11,7 % en 2017.

Un autre élément de satisfaction réside dans le fait que la baisse de la consommation de tabac concerne pour la première fois **toutes les catégories sociales, y compris les plus défavorisées** : 43 % des chômeurs fument (baisse de 6,2 points), et 36,3 % des personnes sans diplôme (baisse de 4,7 points).

Entre 2016 et 2017, les ventes de cigarettes ont chuté de 0,7 % et celles du tabac à rouler de 5,1 %[2]. Parallèlement, les ventes de traitements d'aide à l'arrêt ont progressé de 28 % en 2017. Elles semblent avoir profité de la mesure qui a porté à 150 euros la prise en charge annuelle de l'assurance maladie. Plus de deux millions et demi de patients bénéficient d'un tel traitement.

Le programme national de lutte contre le tabac

Initié en 2018, le programme national de lutte contre le tabac a pour objectif de faire chuter le taux de fumeurs quotidiens en dessous de 17 % en 2027, soit 5 millions de fumeurs de moins, avec une étape à moins de 22 % en 2022 et une étape à moins de 20 % en 2024. Cette baisse du nombre de fumeurs résulterait notamment de la hausse progressive du prix du tabac : d'ici à novembre 2020, l'objectif affiché par le Gouvernement est de faire passer le prix du paquet de cigarettes à 10 euros. Des hausses de 50 centimes d'euro devraient intervenir en avril 2019, en novembre 2019, puis en avril 2020. Une hausse de 40 centimes couronnera cette augmentation en novembre 2020.

[1] *Enquête Escapad de 2017, OFDT.*
[2] *Tableau de bord tabac de l'OFDT, 15 mars 2018.*

b) L'alcool demeure une substance banalisée et massivement consommée, en dépit de risques sanitaires majeurs

Les niveaux de consommation d'alcool en France demeurent très élevés même si la consommation d'alcool a diminué de 50 % en un demi-siècle. La **consommation en France est la troisième la plus élevée des pays de l'OCDE**, derrière la Lituanie et l'Estonie, avec une moyenne de 11,1 litres d'alcool pur par habitant contre 8,8 litres dans les pays de l'OCDE (25 % supérieure). Cette quantité équivaut à une moyenne d'environ deux verres et demi d'alcool par jour et par habitant. **L'alcool le plus consommé en France est le vin, à hauteur de 60 % des consommations.**

Parmi les 18-75 ans, on recense 10 % de consommateurs quotidiens ; près de 9 personnes sur 10 (87 %) déclarent avoir bu de l'alcool au moins une fois dans l'année ; 38 % déclarent boire de l'alcool moins d'une fois par semaine, 39 % au moins une fois par semaine et 10 % boire quotidiennement de l'alcool - ce type de consommation se rencontrant presque exclusivement chez les personnes de plus de 50 ans.

8 % des 18-75 ans sont des consommateurs d'alcool « à risques », soit 3,4 millions de personnes. On estime que 1,2 à 1,5 million de Français sont dépendants à l'alcool et que 49 000 décès sont attribuables à l'alcool chaque année. L'alcool est la première cause d'hospitalisation en France (580 000 patients pour un coût de à 2,6 milliards d'euros). Le coût social de l'alcool est estimé, par l'économiste Pierre Kopp, à 118 milliards d'euros. L'alcool est impliqué dans plus de la moitié des violences faites aux femmes et aux enfants.

Il demeure la substance psychoactive la plus largement expérimentée par les **adolescents** : on recense 12 % de consommateurs réguliers parmi les jeunes de 17 ans. Il jouit auprès d'eux d'une excellente réputation ; il **est associé à la fête, à la convivialité** ; ses risques sont peu évoqués voire minimisés. Néanmoins, la dernière enquête Escapad (2017) indique une **baisse du pourcentage de jeunes ayant expérimenté l'alcool à 17 ans** ainsi qu'une **baisse de la consommation régulière d'alcool** chez ce public : 8,4 % des jeunes, en net recul par rapport à 2014 (12,3 %).

Les chiffres relatifs aux **alcoolisations paroxystiques intermittentes** (API) ou « *binge drinking* » demeurent inquiétants même si en diminution : définie par la consommation d'au moins cinq verres d'alcool en une seule occasion, **44 % des jeunes** disent avoir connu un tel épisode dans le mois précédent l'enquête, contre 48,8 % en 2014. En comparaison, seulement 17 % des 18-75 ans déclarent une API au cours du mois écoulé. On observe donc un passage d'un mode de consommation dite « humide », c'est-à-dire très régulière mais sans recherche d'ivresse, à un mode de consommation à l'anglo-saxonne, « sèche », consistant à boire épisodiquement mais en recherchant l'ivresse.

Les producteurs d'alcool peuvent-il mener des campagnes de prévention efficaces ?

La contribution des filières de boissons alcoolisées au plan national de santé publique, publiée en juin 2018, était destinée à renforcer la lutte contre les comportements et les situations à risques en lien avec la consommation de boissons alcoolisées et à favoriser la responsabilité dans la consommation.

Ses contributeurs - Avec modération !, brasseurs de France, vin & société, fédération française des spiritueux et fédération française des vins d'apéritif - proposent de financer trente mesures sur quatre ans afin de lutter contre les situations à risques et d'encourager la consommation responsable. La filière viticole prévoit d'investir deux millions d'euros dans ce plan, quand les brasseurs et le secteur des spiritueux y injecteraient près de trois millions d'euros.

Dans le cadre de l'élaboration du plan addictions 2018-2022, ce document a fait grand bruit. De nombreux acteurs du champ de l'addiction l'ont dénoncé et ont pointé du doigt la contradiction qu'il y avait à présenter de telles mesures de la part des producteurs d'alcool. Ainsi, la Société française d'alcoologie a dénoncé des « mesurettes », et la Fédération française d'addictologie (FFA) l'inefficacité des dispositifs envisagés. Rappelons que le budget de publicité et de marketing du secteur de l'alcool, estimé à plus de 500 millions d'euros annuels, est 500 fois plus élevé que le montant de cinq millions d'euros sur cinq ans que les producteurs prévoient d'allouer à leur campagne de prévention.

2. Le dispositif juridique encadrant la consommation de cannabis ne permet pas d'endiguer sa diffusion, notamment chez les jeunes

On estime qu'environ 1 % des adultes entre 15 et 64 ans dans l'UE à 28 consomment quotidiennement du cannabis. 28 % des personnes qui en ont fumé dans l'année sont des usagers réguliers, c'est-à-dire qu'ils en consomment au moins dix fois par mois. **En Europe, la France se situe dans la fourchette haute des pays consommateurs de cannabis.** Un quart des français de 11 à 75 ans déclare en avoir déjà fait usage - un niveau d'expérimentation qui reste stable - et 11 % des 15-64 ans en ont consommé au cours de la dernière année.

Son usage est beaucoup plus important chez les jeunes, puisque **le taux de consommation des 18-25 ans est trois fois supérieur à la moyenne nationale.** 39 % des jeunes de 17 ans ont déjà fumé du cannabis au cours de leur vie. Ce chiffre impressionnant ne doit pas faire oublier que **cette prévalence est la plus basse jamais enregistrée depuis 2000, inférieure de 9 points à celle de 2014**. En revanche, **les pratiques problématiques semblent augmenter**, puisque 7,4 % des adolescents de 17 ans seraient susceptibles de présenter un risque élevé d'usage problématique de cannabis, soit environ **60 000 jeunes**. Parallèlement à cette consommation massive, les risques du cannabis ne sont jamais évoqués dans les discours des jeunes.

La substance suscite une première impression souvent positive, et est perçue comme un produit naturel et sain. Sa large diffusion en fait un **produit extrêmement normalisé, convivial et dédramatisé**. En pratique, tout se passe comme si les représentations négatives du tabac contribuaient à la **normalisation du cannabis**, qui semble bénéficier de ce discrédit.

En revanche, un **consensus scientifique existe pour juger que l'usage de cannabis à l'adolescence,** une période majeure de neuroplasticité, **présente des risques importants** : chute du quotient intellectuel, troubles de la mémoire, risque de schizophrénie. Le fait d'être consommateur de cannabis accroît le risque de présenter des manifestations psychotiques, d'autant plus si l'on est consommateur avant 15 ans. Dans cette perspective, l'augmentation par dix de sa teneur en tetrahydrocannabinol (THC), qui atteint souvent désormais un quart du produit, est une source d'inquiétude pour les autorités sanitaires.

La légalisation du cannabis dans certains États aiguise des appétits financiers féroces. Par exemple, au Canada, 20 à 25 milliards de dollars de profit sont espérés d'ici 25 ans suite à la légalisation intervenue en octobre 2018.

3. La consommation d'héroïne, de cocaïne et de nouveaux produits de synthèse

a) Une vigilance marquée est nécessaire pour se prémunir de la crise des opioïdes qui sévit en Amérique du Nord

Depuis le début de la décennie, l'Amérique du Nord est touchée par une surconsommation de substances opioïdes ayant entrainé des **dizaines de milliers de morts** et des **comorbidités massives**. Le nombre d'overdoses mortelles aux États-Unis ne cesse de croître : 54 000 en 2015, 67 000 en 2016 et 72 000 personnes en 2017, dont deux tiers causées par des opioïdes. **L'overdose** par opioïdes est d'ailleurs devenue la **première cause de mortalité accidentelle**. Cette épidémie a fait chuter l'espérance de vie et a des conséquences économiques néfastes.

La mortalité est socialement distribuée, les régions désindustrialisées étant les plus touchées. Sur près de 92 millions de personnes ayant utilisé un antidouleur opioïde en 2016, plus de 11 millions en ont fait un usage excessif. Les médecins ont prescrit excessivement et massivement, y compris pour des douleurs chroniques de faible intensité, des opioïdes forts, dont le fentanyl et l'oxycodone. Des millions de patients sont ainsi devenu dépendants aux substances opioïdes (héroïne ou fentanyloïdes). À l'automne 2017, le Président Trump a déploré que cette situation sanitaire soit « **la pire crise liée à la drogue » de l'histoire des États-Unis** et a déclaré que ce fléau était devenu une « urgence sanitaire nationale ».

Doit-on craindre une contagion de la crise en Europe et en France ? La **vigilance est forte à l'échelle européenne**. Le nombre officiel de morts par surdose frôlait 8 500 en 2015, dont près de 3 500 issus du Royaume-Uni.

Les opioïdes sont impliqués en moyenne dans 80 % des décès liés à une consommation de drogue. L'Office européen des drogues et des toxicomanies (OEDT), dans son rapport européen sur les drogues publié le 7 juin 2018, note que : « 38 nouveaux opioïdes de synthèse ont été détectés sur le marché européen des drogues depuis 2009, dont 13 en 2017. Les dérivés du fentanyl nécessitent une préoccupation et une vigilance constante en Europe. Ces substances, parfois beaucoup plus puissantes que la morphine, représentaient plus de 70 % des 1 600 saisies estimées de nouveaux opioïdes de synthèse signalées en 2016. Dix nouveaux dérivés du fentanyl ont été signalés en 2017. »

En France, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) estime que la surdose de médicaments opioïdes constitue désormais **la première cause de morts par overdose en France**.

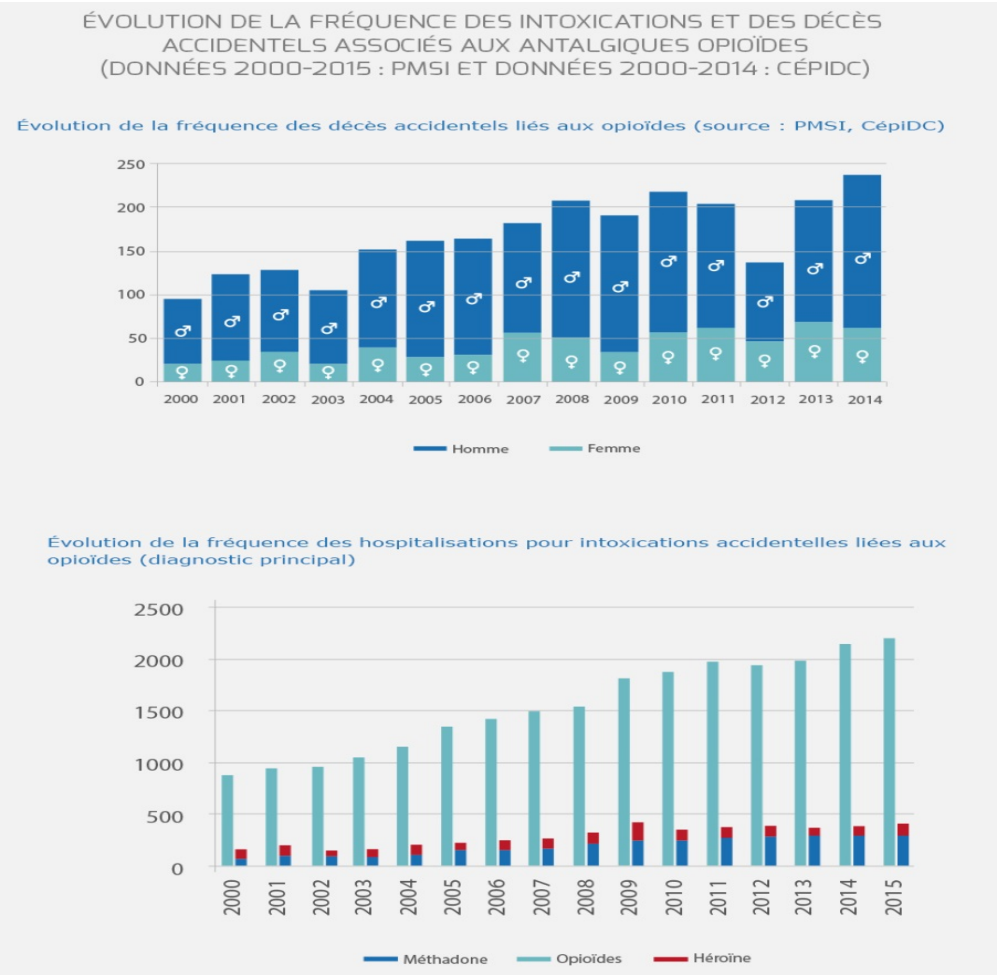
La ministre des Solidarités et de la Santé a signé, en **juillet 2017**, un arrêté inscrivant tous les médicaments contenant de la codéine sur la liste des médicaments disponibles uniquement sur ordonnance. Cela visait notamment à endiguer le développement de la consommation de *purple drank*, un cocktail mélangeant des médicaments codéinés avec des sodas ou de l'alcool, que 8,5 % des jeunes de 17 ans déclaraient avoir déjà expérimenté. Suite à cette décision, les usagers de ces antalgiques ont arrêté une consommation parfois ancienne de plusieurs années. Certains ont alors **découvert leur dépendance** et les risques associés à la consommation de ces médicaments. Toutes les personnes qui se sont manifestées ont pu bénéficier d'une orientation et d'un suivi adapté. Une **baisse des ventes** des médicaments associant paracétamol et codéine a été observée dès 2017.

En lien avec une amélioration de la prise en charge de la douleur, la **consommation** des **antalgiques opioïdes a progressé** en France ces dernières années. Si les opioïdes dits faibles ont été moins consommés, le nombre d'antalgiques de palier 2 est passé de 58 millions de boîtes vendues en 2008 à plus de 84 millions en 2017. Ceux de palier 3 (Skenan, Fentanyl, Oxycontin) de 10 à 12 millions.

La consommation de ces derniers a bondi de 88 % entre 2004 et 2017. La consommation d'oxycodone, l'une des principales molécules impliquée dans la crise sanitaire aux États-Unis, a augmenté de 1 500 % entre 2004 et 2017, concomitamment à l'élargissement de ses indications. Logiquement, **le nombre d'abus, de mésusage et d'usage détourné impliquant des antalgiques opioïdes s'est accru**. Les **hospitalisations** pour intoxication aux opioïdes ont été multipliées par 2,3 entre 2000 et 2015. L'enquête Décès Toxiques par Antalgiques (DTA) mise en place depuis 2013, recense uniquement 84 décès impliquant des antalgiques en 2016. Les médicaments en cause sont le tramadol (44 % des décès), la morphine (26 %), l'oxycodone (10 %) et le fentanyl (5 %). Cette enquête est jugée très parcellaire : le Pr Jean-Michel Delile, addictologue et président de la Fédération addictions, que nous avons auditionné, estime que 500 à 800 personnes décèdent annuellement du fait d'une surconsommation de médicaments opioïdes. 1 à 2 % des patients souffrant de douleurs chroniques non cancéreuses et à qui l'on prescrit des opiacés seraient à risque de développer une addiction.

Le contexte international et l'augmentation de la disponibilité de l'héroïne dans plusieurs régions françaises invitent à une **vigilance extrême**. La Direction générale de la santé a mis en place un groupe de travail pour contribuer à l'élaboration d'une **feuille de route commune** visant à anticiper la survenue d'une crise opioïde en France, avec l'objectif de garantir l'accessibilité des opioïdes aux patients qui en ont besoin, tout en sécurisant au mieux leur utilisation.

Parallèlement, en novembre 2017 a été créé **l'Observatoire français des médicaments antalgiques** (Ofma) à Clermont-Ferrand. Si l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) assure la surveillance des médicaments opioïdes *via* son réseau d'addictovigilance, la mission de l'Ofma est d'**optimiser la pharmaco-surveillance** de l'ensemble des médicaments antalgiques - opioïdes ou pas - et de **promouvoir leur bon usage** L'ANSM et la Mildeca sont représentées au sein du conseil scientifique de ce nouvel observatoire. Il s'agira surtout de **veiller à ne pas trop élargir les indications thérapeutiques** des médicaments opioïdes, eu égard au fort potentiel addictif qu'ils présentent.



***Source** : Observatoire français des médicaments antalgiques*

Enfin, pour prévenir les cas de surdoses, les pouvoirs publics favorisent le **développement de l'utilisation de médicaments à base de Naloxone**, un antidote aux effets antagonistes de ceux des opiacés. L'autorisation de mise sur le marché d'un spray nasal à base de Naloxone est intervenue en janvier 2018. Ce traitement est disponible gratuitement dans les établissements de santé, les CSAPA et les CAARUD. Néanmoins, en l'absence d'accord tarifaire entre le laboratoire produisant ce médicament et les autorités de santé, il ne peut toujours pas être délivré en pharmacie d'officine actuellement. Il serait pourtant particulièrement utile que les Français usagers d'opioïdes forts en disposent à leur domicile. Cet antidote est un outil de prévention fondamental et permettrait d'éviter de nombreux décès ainsi que des séquelles liés à des comas. Son coût, avoisinant les 100 euros, est jugé trop élevé par les professionnels du secteur de l'addiction. La Mildeca, en lien avec la DGS, finance via le fonds de concours, à hauteur de 55 000 euros, un projet d'accompagnement à l'accessibilité et à l'appropriation des outils de prévention des risques mortels liés à la consommation d'opiacés, dont les médicaments à base de Naloxone.

En France, **230 000 personnes** sont injecteurs de drogues. Les **traitements de substitution aux opiacés** (TSO) sont, depuis le milieu des années 1990, l'un des **principaux instruments de la réduction des risques**. Leur impact positif en matière de santé publique est indéniable : faire régresser les dommages sanitaires et sociaux notamment liés à l'injection, tout en permettant aux personnes souffrant d'une addiction aux opiacés de stabiliser leur consommation, de se réinsérer et éventuellement de se sevrer. **180 000 personnes suivent un traitement** de substitution aux opiacés (TSO). Le sevrage est particulièrement ardu puisque 45 % des consommateurs sont encore sous TSO quatre ans après leur premier remboursement.

b) L'augmentation de l'offre de cocaïne engendre l'explosion du nombre de ses expérimentateurs

La cocaïne est le **stimulant illicite le plus consommé en Europe**. Si son prix reste stable, autour de 65 euros le gramme, la pureté du produit a atteint son degré le plus élevé. Cet essor est à mettre en perspective avec le doublement de la production mondiale de cocaïne ces dernières années.

En France, on estime que **6 % de la population a déjà expérimenté cette substance**, soit une **multiplication par 6 en 20 ans**. Cette augmentation atteste d'une **diffusion** importante ainsi que d'une certaine **banalisation** des modes d'usage de la cocaïne. On recense 6 à 700 000 usagers de cocaïne dans l'année, un chiffre multiplié par quatre en deux décennies. 20 % des usagers de cocaïne en deviennent dépendants, dont 5 % dès la première année d'usage. Les comorbidités relèvent principalement de troubles psychiatriques.

La cocaïne peut se présenter sous deux formes : soit une poudre blanche floconneuse et cristalline, peu soluble dans l'eau et consommée par sniff ou voie intraveineuse ; soit sous forme de mélange avec du bicarbonate de soude ou avec de l'ammoniaque (crack ou free base) ; elle est alors inhalée, ou ses résidus sont injectés. On observe en France une **extension progressive mais régulière de la consommation de cocaïne sous forme basée**. Cette pratique initialement circonscrite à l'espace festif alternatif s'est étendue à des populations plus larges d'usagers de cocaïne. Depuis le milieu des années 2010, **les consommations de crack se sont accélérées dans toute l'Ile-de-France -** son usage était jusqu'alors circonscrit à Paris intramuros. Les usagers de crack intensifient leurs consommations tandis que les autres profils d'usagers de drogues reçus dans les structures de réduction des risques se tournent également vers le crack. Ce dernier est désormais consommé par son **« traditionnel » public de rue**, mais aussi par une **population mieux insérée socialement**. Révélateur de ce phénomène, les quantités de matériel distribué pour fumer le crack sont déclarées en très forte hausse par les structures qui les mettent à disposition des usagers.

c) La diffusion des nouveaux produits de synthèse

Les nouveaux produits de synthèse recoupent plus de 600 molécules (cannabinoïdes, psychostimulants, MDMA, GHB et GBL…) synthétisées par des chimistes en laboratoires. Leur percée est préoccupante depuis 2008, mais **les niveaux de consommation en France sont très faibles par rapport à ceux des autres pays européens**. Les NPS sont souvent vendus sur Internet, de 8 à 20 euros le gramme avec des prix dégressifs. Leurs consommateurs sont pour la plupart âgés de plus de 25 ans. Leur diffusion tend à s'élargir d'un groupe vers un autre ; par exemple, le « *chem-sex* » c'est-à-dire l'utilisation de produits psychoactifs dans un contexte sexuel, fut cantonné jusqu'à récemment au milieu homosexuel mais se diffuse actuellement dans la population générale.

d) Les salles de consommation à moindre risque (SCMR), un dispositif expérimental adapté à des situations sanitaires préoccupantes

Les salles de consommation à moindre risque (SCMR), dont l'expérimentation est prévue par l'article 43 de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, constituent une nouveauté dans l'arsenal français de la politique de réduction des risques et des dommages. Les SCMR ne visent pas nécessairement l'arrêt de la consommation mais la réduction des risques sanitaires liés à la consommation de substances illicites. Le modèle français de réduction des risques se caractérise par une **bonne accessibilité des TSO**, mais des efforts restent à faire concernant l'**accès aux seringues** (12 millions de seringues sont distribuées chaque année). La politique de réduction des risques et des dommages en France a eu **un impact important sur la réduction de la transmission du VIH mais cet effet est plus limité pour le VHC**.

Dans les deux pays précurseurs dans l'ouverture de salle d'injection médicalement supervisée, les Pays-Bas et la Suisse, la politique de réduction des risques a permis de lutter contre **le VHC, dix fois plus transmissible que le VIH.**

Deux salles de consommation à moindre risque sont actuellement en activité en France, à **Paris** et **Strasbourg**, pour des **expérimentations de six ans** à compter de la date d'ouverture du premier espace en octobre 2016. Le financement de ces structures repose sur une convention entre l'assurance maladie, l'association qui gère la salle et l'agence régionale de santé. Un **comité de pilotage national**, **présidé par la Mildeca** permet de suivre l'état d'avancement du dispositif et de son évaluation. L'expérimentation des SCMR bénéficie d'une évaluation confiée par l'Inserm à un consortium de recherche. Elle portera sur la santé publique et sur l'ordre public.

À l'initiative de la Mildeca, ces deux volets d'évaluation seront complétés par un volet économique. Les premiers résultats de ces recherches sont attendus fin 2019. Dans un délai de six mois avant le terme de l'expérimentation, le Gouvernement adressera au Parlement un rapport d'évaluation portant notamment sur son impact sur la santé publique et sur la réduction des nuisances dans l'espace public.

Dans l'attente de ces différents éléments d'évaluation, un **bilan sanitaire positif** de ces deux structures peut d'ores et déjà être établi, au regard de la **situation sociale et médicale dégradée des usagers**. À Paris, 40 % n'ont pas de revenus et 60 % sont sans domicile fixe. À Strasbourg, 49 % des usagers vivent en situation précaire et 18 % sont sans ressources.

Outre la consommation à moindre risque, l'activité au sein des salles intègre des **consultations médicales et infirmières**, des **tests de dépistages** des maladies infectieuses liées à la consommation de drogues, des **entretiens de prévention** des risques et des dommages, un **suivi psychologique et psychiatrique** ainsi que des entretiens avec des **travailleurs sociaux**. Les salariés des associations accompagnent les usagers de la salle dans leurs démarches administratives, médicales et sociales.

Votre rapporteur pour avis a visité l'espace Gaïa, qui est la première salle de consommation à moindre risque à avoir ouvert en France, en octobre 2016 dans le 10ème arrondissement de Paris. Deux produits y sont principalement consommés : le **skenan** (sulfate de morphine à libération prolongée), représentant 42 % des passages et le **crack**, 43 % (dont un tiers injecté). L'héroïne représente seulement 1,2 % des consommations – le skenan est moins cher, et son dosage standardisé permet de limiter les risques d'overdose. L'âge moyen des usagers est de 37 ans, et 87 % sont des hommes.

L'espace Gaïa, du nom de l'association qui gère la SCMR, est divisé en trois parties :

• Un **espace d'accueil**, qui permet de filtrer les usagers (ceux qui sont trop violents peuvent être exclus temporairement, ou, exceptionnellement, de manière définitive de la SCMR) et de contrôler les produits que les usagers souhaitent consommer. Tout usager de la SCMR doit être inscrit et répond donc, lors de la sa première venue et de manière anonyme, à un questionnaire exhaustif sur ses consommations, son mode de vie et sa santé.

• Une **salle de consommation**, scindée en deux parties : douze places pour l'injection, et quatre à six places disposées dans un fumoir et destiné à l'inhalation. Un cabinet infirmier est annexé à la salle de consommation.

• Une **salle de repos** et d'échange avec les personnels de la SCMR.

La phase expérimentale d'implantation des SCMR permet aux acteurs de s'adapter aux difficultés rencontrées. Ainsi, à Paris, face à l'afflux de la demande, l'espace Gaïa avait cessé de distribuer dès 2017 des « kits crack » et des ajustements de moyens ont eu lieu au cours de l'année 2018 :

• Le **temps infirmier** a été augmenté afin d'améliorer la réponse sanitaire les week-ends ;

• L'augmentation du **temps d'intervention en maraude** a également été jugé nécessaire avec un triple objectif : ramasser le matériel usager, rencontrer les riverains et orienter les usagers de drogues vers la salle de consommation ;

• Afin d'augmenter le nombre de dépistages réalisés dans la salle, des « ***testings weeks*** » (semaines de tests) ont été mises en place : elles consistent en des campagnes de dépistage qui ont lieu une semaine par trimestre.

Ces ajustements de moyens confirment la nécessité d'un **suivi serré et réactif** de l'expérimentation. Un **comité de voisinage** se réunit tous les trois à quatre mois pour évoquer les problèmes liés à la l'ouverture de la SCMR. Depuis l'ouverture de la salle, on estime que le nombre de déchets infectieux retrouvés sur la voie publique est en diminution (de 60 % pour les seringues). Il demeure toutefois impossible de garantir l'invisibilité des consommateurs de drogues autour de la salle.

À Paris, la salle paraît être **victime de son succès**. Sa file active est composée de pas moins de **1 100 personnes**, en relative augmentation depuis son ouverture. Le nombre moyen de passages par jour est de 180 à 220, avec des pics à 250 passages. Il s'agit d'une structure de taille conséquente. À titre de comparaison, la salle de Strasbourg accueille 60 à 80 passages quotidiens.

L'implantation de nouvelles SCMR relève d'une initiative locale concertée du maire de la commune, du directeur général de l'ARS et du chef de projet régional de la Mildeca. En vertu du point 5 du cahier des charges national de l'expérimentation, aucune nouvelle expérimentation ne pourra être menée après octobre 2019 puisque « chaque projet de SCMR doit être opérationnel pour une **durée minimale de trois ans** ». La Mildeca plaide pour que ce point du **cahier des charges** soit **assoupli** par la ministre des solidarités et de la santé, au même titre que le fait que **seuls les usagers injecteurs** puissent être pris en charge par les SCMR – car cela **exclut de fait les fumeurs de crack.**

Une **adaptation conséquente du nombre de SCMR** parait souhaitable en **Ile-de-France**, eu égard au nombre d'habitants dans l'agglomération parisienne (12 millions) et aux besoins des usagers de crack, qui seraient 8 500 dans Paris intramuros et 15 000 en Ile-de-France.

À Amsterdam, on dénombre 9 salles pour une agglomération d'1,3 million d'habitants ; 8 à Hambourg pour 3,5 millions d'habitants ; 4 à Francfort pour 5,5 millions d'habitants dans l'agglomération ; 3 à Barcelone pour 5 millions d'habitants. L'ouverture de nouvelles structures franciliennes permettrait de décharger celle du 10ème arrondissement et de favoriser de meilleures conditions de vie pour ses riverains. L'attention du rapporteur pour avis a en outre été attirée sur les difficultés, pour les usagers de drogues de **Seine-St-Denis**, d'avoir accès à du matériel d'injection ou d'inhalation dans des conditions satisfaisantes.

4. Les addictions sans substances, le nouveau visage de la dépendance ?

Les usages d'écrans, de jeux vidéo et de jeux de hasard et d'argent sont à risque d'addiction. Mais à la différence de certaines addictions avec substances, qui concernent peu de personnes très majoritairement dépendantes, ces phénomènes sont **massifs** et nécessitent de repérer la toute petite **minorité** qui, du fait de **vulnérabilités particulières**, est exposée à une **perte de contrôle**. Il faut en outre **distinguer les conduites excessives**, certes nuisibles, **de conduites réellement addictives**.

Utiliser des **écrans** apparait aujourd'hui comme la **première pratique de loisirs journalière**. Les 13-19 ans sont connectés en moyenne 15 h 11 par semaine (soit une progression de 1 h 30 sur trois ans). L'âge moyen d'obtention du premier smartphone est de 11 ans et demi. Un quart des 18-22 ans passe plus de cinq heures par jour sur les réseaux sociaux, et 10 % plus de huit heures. Si les données scientifiques sont encore insuffisantes pour estimer avec précision les usages problématiques voire les conduites addictives qu'induisent les usages d'écrans, il convient de rester vigilant pour qu'une pratique excessive de l'enfant et de l'adolescent ne nuise pas à sa santé ni à son développement et ne devienne pas pathologique à l'âge adulte.

Les recommandations actuelles des autorités françaises (règle des 3-6-9-12) s'accompagnent d'un **message généraliste sur l'intérêt de limiter l'usage des écrans**, chez les enfants comme chez les adultes. La proposition de loi de Mme Catherine Morin-Desailly, déposée au Sénat le 5 septembre dernier, vise à lutter contre l'exposition précoce des enfants aux écrans : d'une part en obligeant les fabricants d'ordinateurs, de tablette et de jeu disposant d'un écran à indiquer que leur utilisation peut nuire au développement psychomoteur des enfants de moins de trois ans ; d'autre part en imposant une campagne nationale annuelle de sensibilisation aux bonnes pratiques en matière d'exposition des enfants aux écrans.

La **dépendance aux images pornographiques** est caractérisée par un **besoin irrésistible** d'aller sur les sites à contenu pornographique, un **sentiment de dépendance**, un rythme décalé entre le jour et la nuit, une tendance à regarder des scènes de plus en plus dures pour maintenir un niveau d'excitation et l'expression d'un symptôme de manque (psychologique ou physique : douleurs musculaires, palpitations, état de tension, idées obsédantes…). Au-delà de la pure dépendance, le **visionnage excessif** de contenu pornographique peut engendrer un **isolement**, perturber les relations aux autres, dégrader l'image des femmes et impliquer une perte de contrôle plus générale sur l'utilisation d'écrans. Les usagers sont de plus en plus jeunes : 52 % des jeunes de 15 à 17 ans ont déjà regardé une vidéo pornographique, dont 18 % au cours des trois derniers mois[1]. 20 % des jeunes de 14 à 24 ans regardent de la pornographie au moins une fois par semaine, 9 % une fois par jour et 5 % plusieurs fois par jour[2].

La pratique des **jeux vidéo** peut également devenir source de dépendance. L'organisation mondiale de la santé (OMS) a intégré, en janvier 2018, l'addiction aux jeux vidéo dans sa **classification internationale des maladies** (CIM). Elle y est définie comme « un comportement lié à la pratique des jeux vidéo ou des jeux numériques, qui se caractérise par une perte de contrôle sur le jeu, une priorité accrue accordée au jeu, au point que celui-ci prend le pas sur d'autres centres d'intérêt et activités quotidiennes, et par la poursuite ou la pratique croissante du jeu en dépit de répercussions dommageables ». Des études internationales indiquent que **1 à 5 % des adolescents seraient dépendants aux jeux vidéo**.

Enfin, le développement d'Internet a contribué au développement des **jeux d'argent et de hasard**. Les conditions pour qualifier un jeu d'argent sont la disponibilité au public, un sacrifice financier et une espérance de gain. Le marché des jeux en ligne a été ouvert à la concurrence en 2010 pour le poker et les paris sportifs et hippiques.

---

[1] *Enquête Ifop du 20 mars 2017.*

[2] *Enquête Ipsos du 8 juin 2018, réalisée pour la Fondation Gabriel Péri, le Fonds actions addiction et la Fondation pour l'innovation.*

Selon l'observatoire des jeux, **les dépenses de jeux des Français ont augmenté de 44 % entre 2000 et 2016**, passant de 134 à 193 euros par an et par habitant majeur. Le développement de la demande a engendré une **augmentation des joueurs à risque modéré** (de 0,9 % à 2,2 % entre 2010 et 2016) ; le pourcentage de joueurs excessif est stable, autour de 0,5 %. Alors même que ces jeux sont censés être interdits à la vente pour les mineurs, 39 % des jeunes de 17 ans ont joué à au moins un jeu d'argent et de hasard dans l'année et 27 % dans la semaine écoulée (contre 10 % en 2016). 13 % des 14-24 ans joue au moins une fois par semaine à un jeu d'argent.

B. LE PLAN NATIONAL DE MOBILISATION CONTRE LES ADDICTIONS 2018-2022 DEVRA COMBLER LES LACUNES DES DEUX PLANS PRÉCÉDENTS

Les crédits octroyés à la Mildeca par la loi de finances pour 2019 et au titre du fonds de concours « drogues » seront consacrés à la **mise en œuvre du plan national de mobilisation contre les addictions**, dont elle a coordonné le travail interministériel de préparation. La **concertation**, associant les onze ministères concernés, leurs opérateurs (agences sanitaires et agences régionales de santé), la Cnam, la Cnaf, les associations représentant les communes et les départements, les associations et spécialistes de l'addictologie et de la réduction des risques et des dommages (RDRD), a été menée à partir d'octobre 2017. Plus de soixante-dix contributions ont été recueillies au cours de cette phase.

D'abord annoncé pour mars, **la présentation du plan a été repoussée** au mois de juin, puis au mois de juillet, puis au mois de septembre, puis au 22 octobre, sans que les raisons d'un tel allongement des délais ne soient clairement exposées, sinon des « problèmes d'agenda ». L'effet de ce **report** est **délétère** pour les professionnels du champ de l'addiction qui se sentent peu soutenus dans leur action.

D'après des éléments fournis par la Mildeca, le plan 2018-2022 s'inscrit dans la **continuité** des actions initiées dans le précédent plan gouvernemental, tout en les approfondissant. Il met l'accent sur la **prévention** et porte une attention particulière aux **publics les plus vulnérables**, du fait de l'âge ou de fragilités. Son objectif est de créer un élan et d'accompagner une prise de conscience dans l'ensemble de la société, pour diminuer les consommations de produits psychoactifs licites ou illicites et les conduites addictives avec ou sans substances. Le **changement** par rapport au précédent plan est aussi **sémantique** : on parle désormais de **mobilisation** plutôt que de **lutte**, pour pointer le caractère transversal des mesures. Et il s'agit d'un plan **national** plutôt que **gouvernemental** : c'est la Nation toute entière qui est incitée à se mobiliser contre les addictions.

Le plan sera organisé autour de 6 axes, 20 priorités et plus de 200 mesures.

Le plan 2018-2022

6 axes	6 défis
Axe 1 : une prévention pour tous et tout au long de la vie	protéger dès le plus jeune âge
Axe 2 : une meilleure réponse pour les citoyens et la société aux conséquences des addictions	mieux répondre aux conséquences des addictions pour les citoyens et la société
Axe 3 : un engagement fort contre les trafics	améliorer l'efficacité de la lutte contre le trafic
Axe 4 : la recherche et l'observation au service de l'action	renforcer les connaissances et favoriser leur diffusion
Axe 5 : un impératif : observer et agir aussi au-delà de nos frontières	renforcer la coopération internationale
Axe 6 : mobiliser dans les outre-mer	créer les conditions de l'efficacité de l'action publique sur l'ensemble du territoire

1. Les remarques formulées par le Sénat sur les plans précédents

En premier lieu, ces dernières années, votre commission des affaires sociales a condamné le **saupoudrage** auquel le précédent plan de lutte contre les drogues avait abouti. Elle déplorait, au sein des deux plans d'actions 2013-2015 et 2016-2017, des inventaires d'actions d'inégale importance agrégeant des mesures hétéroclites, ainsi que l'absence de hiérarchisation entre les différentes actions. Elle se prononçait par conséquent en faveur d'un nombre réduit d'actions. Depuis 2017, pour tenir compte de cette critique, des projets pluriannuels ont été engagés afin de mobiliser des sommes plus importantes et d'offrir un meilleur suivi des crédits affectés par la Mildeca aux actions de prévention. Ce mouvement a été poursuivi en 2018. Force est cependant de constater que le nouveau plan prévoit encore plus de deux cents mesures, ce qui tend à brouiller la lisibilité de la politique de lutte contre les addictions.

En second lieu, votre commission s'est montrée attentive, ces dernières années, à ce que le **principe d'équivalence des soins dans le traitement et la prise en charge des addictions soit respecté entre milieu ouvert et milieu carcéral**. Les personnes incarcérées constituent un public particulièrement fragile en matière addictive. De **fortes prévalences d'addictions** sont constatées en **milieu carcéral**, au sein duquel on dénombre d'importantes consommations de cannabis mais aussi de cocaïne, de MDMA, de morphine : près de 40 % des détenus consommeraient du cannabis, entre 7 et 10 % de la cocaïne et 8 % de l'héroïne. Un entrant sur deux consommerait quotidiennement de l'alcool, des drogues illicites et/ou des médicaments sans détenir la prescription requise. Huit personnes incarcérées sur dix fumeraient au sein de leur établissement pénitentiaire,

qu'il s'agisse de tabac et/ou de cannabis. 9 % des détenus bénéficient d'un traitement de substitution aux opiacés (TSO). La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a prévu que la politique de réduction des risques et des dommages s'applique aux personnes détenues, selon des modalités adaptées au milieu carcéral. Le plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 devra prévoir la finalisation du décret sur les adaptations des modalités d'intervention de la réduction des risques et des dommages au bénéfice des personnes détenues. On ne peut que déplorer que ce décret ne soit pas encore publié malgré la situation dégradée de la prise en charge des pathologies addictives au sein des établissements pénitentiaires et alors que le **législateur s'est exprimé depuis maintenant près de trois ans en faveur de l'extension et de l'application effective de la réduction des risques et des dommages en prison**.

Troisièmement, le Sénat s'est prononcé, en 2011 puis en 2015, en faveur d'une **inflexion de la réponse pénale pour l'usage de stupéfiants**. Le souhait de punir par une amende l'usage de stupéfiants semble en voie d'être exaucé.

Un rapport d'information[1] de l'Assemblée nationale publié en janvier 2018 posait le constat que la répression de l'usage de stupéfiants faisait l'objet d'une réponse pénale insatisfaisante, et que cette infraction n'était plus réellement sanctionnée pour les primo-délinquants, majoritairement condamnés à de simples rappels à la loi. Le nombre de décisions prononcées pour le seul chef d'usage de stupéfiant a été multiplié par dix en quinze ans : 37 000 décisions en 2015 contre moins de 3 500 en 2000. Et la part des interpellations liées aux stupéfiants visant le cannabis atteint près de 90 % de l'ensemble, contre moins de 60 % à l'échelle européenne. Mais si les interpellations d'usagers de stupéfiants font l'objet d'une réponse pénale systématique - puisque seules 1,8 % des interpellations sont classées sans suite – 54 % **des mesures alternatives aux poursuites prononcées en 2017 étaient de simples rappels à la loi**.

La situation est donc celle d'une dépénalisation de fait. Le rapport précité concluait à la nécessité de punir systématiquement l'usage de stupéfiants d'une amende forfaitaire délictuelle, nouvelle catégorie de peine créée par la loi de modernisation de la justice en 2016[2].

L'article 37 du projet de loi de programmation pour la justice 2018-2022[3] **étend la procédure de l'amende forfaitaire aux délits de vente d'alcool à des mineurs et d'usage de stupéfiants pour les seuls majeurs**. Cette amende, d'un montant de **300** euros (250 euros pour le montant minoré et 600 euros pour le montant majoré) constitue une **réponse supplémentaire** au délit d'usage de stupéfiants, tout en préservant les autres peines et les

[1] *Rapport d'information de l'Assemblée nationale n° 595 XVe législature.*
[2] *Loi n° 2016-1547 du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXIe siècle.*
[3] *Texte n° 463 (2017-2018) de Mme Nicole Belloubet, Garde des Sceaux, ministre de la justice, déposé au Sénat le 20 avril 2018.*

possibilités d'orientation vers le soin. Ce changement législatif ne change rien au maintien de la possibilité de prononcer un stage de sensibilisation (à la place ou en sus) de toute peine d'emprisonnement, ni à la possibilité de prononcer un stage dans le cadre d'une mesure alternative aux poursuites, ni aux possibilités actuelles de prononcer des peines de travail d'intérêt général ou des peines d'amendes.

Ce nouveau dispositif répressif permet de **favoriser une réponse pénale plus systématique, plus rapide, plus effective et dissuasive à l'infraction d'usage de stupéfiants**. Il maintient la pénalisation de l'usage de stupéfiants mais ouvre la possibilité d'éteindre l'action publique, y compris en cas de récidive, par le versement de l'amende forfaitaire. Il pourra également permettre de **réduire les moyens nécessaires au traitement de cette délinquance**, aussi bien pour les magistrats qu'au sein des forces de l'ordre ; ce contentieux représente en effet une part significative et chronophage de l'activité des juridictions. Conformément au souhait du Sénat, une telle réforme permettra de placer l'effectivité de la sanction au cœur de la politique pénale de lutte contre la consommation de stupéfiants. Néanmoins, votre rapporteur demeure particulièrement attaché aux dispositifs de **stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants**. Elle souhaite ainsi que les personnes interpellées pour la première fois pour usage de stupéfiants soient dirigées vers de tels stages. Dans le même ordre d'idées, les mineurs interpellés pour usage de stupéfiants pourraient se voir ordonner d'effectuer un tel stage. Inspirée des stages de sensibilisation à la sécurité routière, cette sanction à visée pédagogique s'adresse aux usagers occasionnels de stupéfiants, non dépendants. Le principal acquis du stage concerne les progrès de connaissances ressentis, en particulier sur la législation et les risques sanitaires de la consommation de drogues. Le montant de ces stages demeure à la charge des personnes qui y sont condamnées, ce qui s'avère problématique lorsque les usagers ne disposant d'aucune ressource.

Par ailleurs, le Sénat regrettait que les **phénomènes addictifs outre-mer** ne soient pas assez documentés et demandait une étude exhaustive relative aux conduites addictives dans les outre-mer. Cette réclamation semble avoir été prise en compte dans la mesure où **les outre-mer font l'objet d'un axe spécifique du plan** 2018-2022 (axe 6). D'autre part, sans être exhaustifs, des études publiées par l'OFDT à l'été 2018 portant sur les usages de drogues chez les lycéens de la Martinique, de Guyane, de Guadeloupe, de La Réunion et une étude qualitative de l'offre de l'usage et de l'impact des consommations de « chimique » à Mayotte, apportent des éléments d'analyse bienvenus.

La politique de soutien à la recherche de la Mildeca

La Mildeca contribue à la diffusion et au partage des connaissances. Elle soutient prioritairement des évaluations, expertises, recherches utiles à l'amélioration des politiques publiques et des pratiques professionnels dans les domaines de la prévention (appel à projet IRESP prévention), du soin (évaluation des salles de consommation à moindre risque), de l'application de la loi (évaluation de la lutte contre le trafic, études sur l'argent de la drogue).

La Mildeca soutient le développement de l'offre de culture scientifique sur les addictions pour rendre la science des addictions accessible au grand public et favoriser le dialogue entre la science et les citoyens.

En 2018, la Mildeca a élaboré, conjointement avec la direction de la recherche et de l'innovation du ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation, un programme pluriannuel. Elle a également participé aux journées nationales d'innovations en santé et à l'organisation d'un prix scientifique.

Enfin, **l'information** sur les risques de certaines substances semble **déficiente** dans notre pays. Par exemple, au cours des trente dernières années, une **seule campagne sanitaire nationale de prévention sur les dangers du cannabis a été menée** (en 2005). Au regard du nombre de jeunes consommateurs dans notre pays, cela semble particulièrement peu et il semble urgent qu'une nouvelle campagne soit menée. Concernant l'alcool, les études scientifiques indiquent une augmentation du risque de cancer dès la consommation moyenne d'un verre par jour, alors que les Français situent ce niveau à presque trois verres et demi par jour. Et **très peu de nos concitoyens connaissent les recommandations** de l'Institut national du cancer : ne pas consommer plus de 10 verres standards par semaine, et pas plus de 2 verres par jour, hommes comme femme.

2. L'âge d'entrée dans la consommation et la facilité d'accès aux substances et comportements addictifs, deux facteurs déterminants à mieux prendre en compte

L'âge d'entrée dans la consommation constitue un facteur déterminant de la consommation future d'une substance. Une entrée précoce dans la consommation augmente le risque de conduites addictives par la suite. Dans cette perspective, il importe aux pouvoirs publics de retarder l'âge d'entrer dans la consommation. Si **l'âge moyen d'expérimentation du tabac est en recul** (14,4 ans en 2017 contre 14 ans en 2014 et 13,7 ans en 2000), **l'âge moyen d'expérimentation pour le cannabis reste stable**, à 15,3 ans depuis 2000. Concernant l'alcool, on estime qu'un jeune scolarisé en sixième sur deux en a déjà consommé, la plupart du temps à l'occasion d'une fête familiale. L'âge d'expérimentation est donc particulièrement précoce, notamment pour des raisons culturelles.

La **facilité d'accès aux substances et usages addictifs** est un autre facteur pouvant favoriser les conduites addictives. Or le sentiment qui domine, est celui de la facilité d'accès aux substances et aux écrans[1], y compris pour les mineurs. Ainsi, 92 % des jeunes de 14 à 24 ans pensent qu'il est facile d'acheter des cigarettes lorsque l'on n'a pas 18 ans ; 72 % qu'il est aisé d'acheter de l'alcool dans un commerce pour un mineur. 92 % des 14-24 ans estiment qu'il est facile pour un mineur de regarder des vidéos à caractère pornographique. Pour les substances illicites, 69 % des jeunes de 14 à 24 ans pensent qu'il leur est facile de se procurer du cannabis ; ce pourcentage tombe à 46 % pour les substances telles que cocaïne, ecstasy, MDMA et GHB.

L'i**nformation des jeunes ne suffit pas à lutter efficacement contre les dépendances**. Le **développement de leurs compétences psychosociales** semblent plus adapté et efficace. Pour ce qui concerne leurs parents, s'ils ont pour la plupart conscience que leurs enfants ont déjà testé des produits addictifs, ils sous-évaluent en revanche la fréquence de leurs consommations.

[1] *Enquête Ipsos du 8 juin 2018, réalisée pour la Fondation Gabriel Péri, le Fonds actions addiction et la Fondation pour l'innovation.*

II. LE PLAN NATIONAL DE MOBILISATION CONTRE LES ADDICTIONS 2018-2022 : UNE MISE EN ŒUVRE DANS UN CADRE BUDGÉTAIRE CONTRAINT

A. APRÈS PLUSIEURS ANNÉES DE DIMINUTION, DES RESSOURCES ENCORE EN LÉGER REPLI POUR LA MILDECA

Sur le plan financier, la Mildeca dispose de deux ressources :

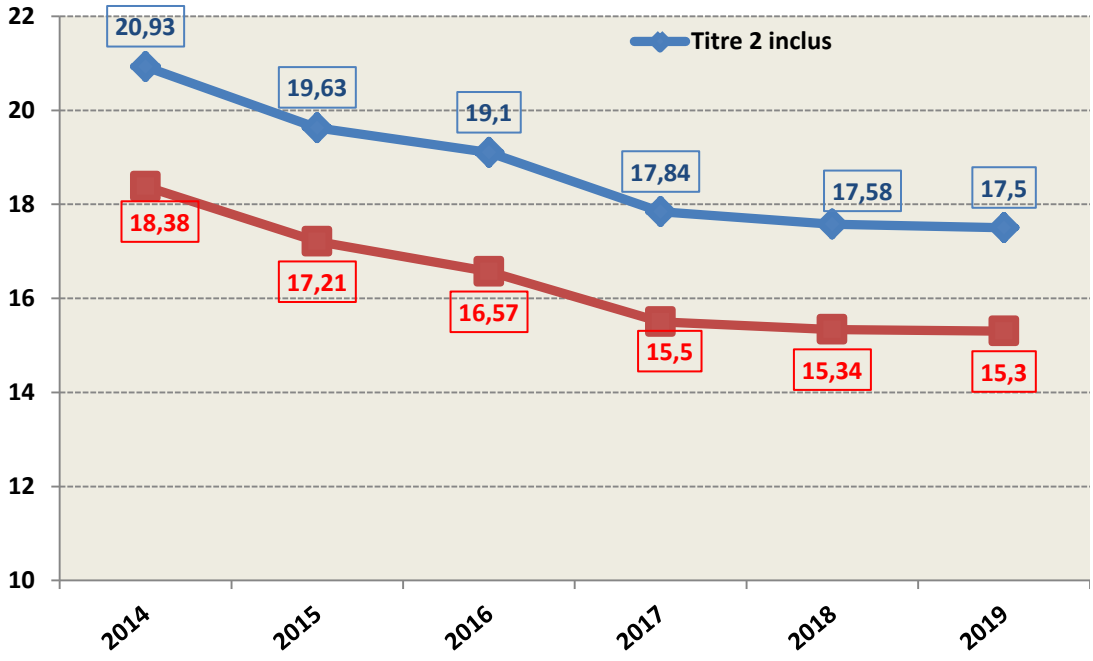
• d'une part, des ressources propres accordées par la loi de finances chaque année ;

• d'autre part, du dixième du montant du fonds de concours « drogues », créé par la loi du 9 juillet 2010.

1. Une dotation budgétaire en légère baisse

La dotation budgétaire de la Mildeca pour l'année 2019 est en léger repli, de 17,58 à 17 millions d'euros, soit **une baisse de 1,9 %.** 2019 est la **septième année consécutive de baisse** du budget de la Mildeca, même si cette baisse est moindre que celle des années précédentes.

Évolution de la dotation budgétaire de la Mildeca entre 2014 et 2019



***Source** : Mildeca*

Le montant prévisionnel des engagements non couverts par des paiements au 31 décembre 2018 est estimé à **9,2 millions d'euros**. Il correspond à des conventions de recherche pluriannuelles ainsi qu'au décalage d'activité induit par les modalités spécifiques d'utilisation du fonds de concours.

Pour 2018, le montant des reports d'autorisations d'engagement sur 2019 est estimé nul et celui de crédits de paiements de l'ordre de **5 millions d'euros**.

Les dépenses sont ainsi réparties :

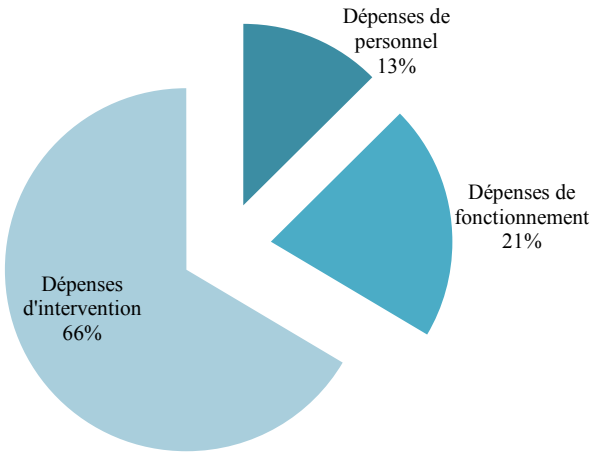
• Les **dépenses de personnels** (titre II) s'élèvent à 2 195 671 euros, soit 13 % du total ;

• Les **dépenses de fonctionnement** (titre III) de 3 670 348 euros (21 %), comprenant les subventions pour charge de service public destinées aux deux opérateurs de la Mildeca ;

• les **dépenses d'interventions** (titre VI) se chiffrent à 11 630 949 euros, soit 66 % des dépenses totales.

Le budget opérationnel de programme « Mildeca » regroupe le titre III et le titre VI. L'ensemble des dépenses de personnel de la Mildeca sont mutualisées dans le budget opérationnel de programme « soutien », géré par la Direction des services administratifs et financiers des services du Premier ministre.

Répartition des dépenses de la Mildeca



***Source** : Mildeca*

Concernant les dépenses de personnel, le plafond d'emploi pour l'année 2019 s'élève à 21 ETPT, contre 22 pour 2018. Cet effort, au titre de la participation à l'effort de maîtrise des dépenses publiques, semble particulièrement lourd eu égard à l'effectif total de la Mildeca.

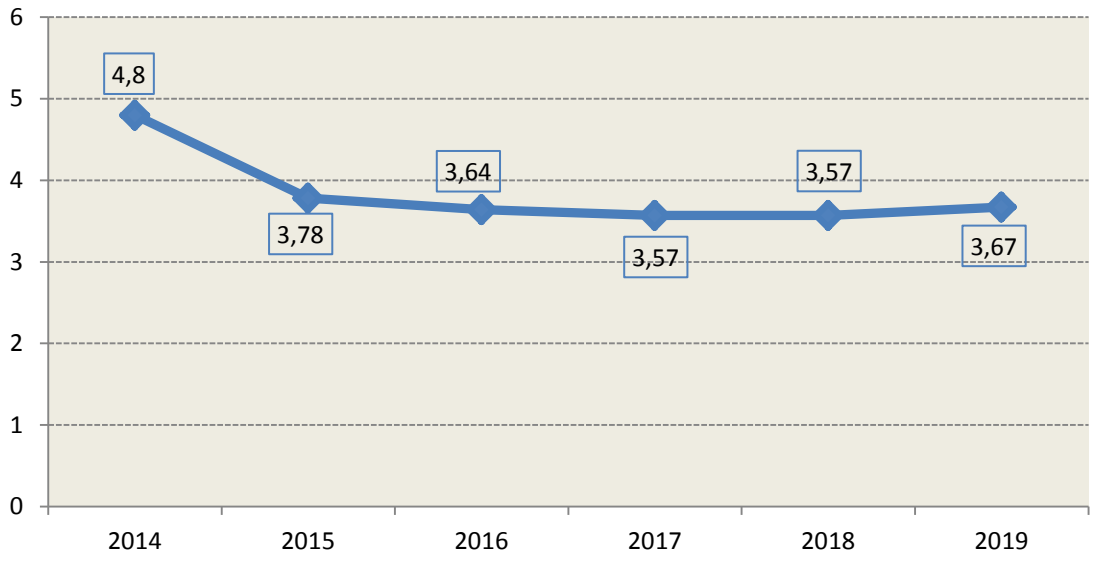
Le personnel appartient majoritairement aux catégories A+ et A. Seize agents de la Mildeca sont titulaires (76 %) et cinq ont été recrutés par la voie contractuelle (24 %).

Par ailleurs, la Mildeca dispose de quatre agents mis à disposition par leur administration d'origine contre remboursement (de la part des ministères de l'Intérieur, des Finances et de la Justice) et deux mis à disposition gratuitement par le ministère de l'Intérieur, ce qui porte l'effectif total actuel de la Mildeca à 28 agents.

Au 1er décembre prochain, un chargé de mission sera recruté pour travailler particulièrement sur les addictions numériques (aux écrans, aux jeux vidéo). Il sera chargé de coordonner le travail pour comprendre quelles sont les vulnérabilités, la nature des risques et les âges critiques au cours desquels l'addiction peut se mettre en place.

Les **dépenses de fonctionnement** comprennent les crédits de fonctionnement courant de la structure (dépenses remboursées au BOP « Soutien » géré par la DSAF, fournitures courantes, actions de communication) et les subventions pour charges de service public allouées à ses deux opérateurs. Les subventions pour charges de service public sont détaillées infra.

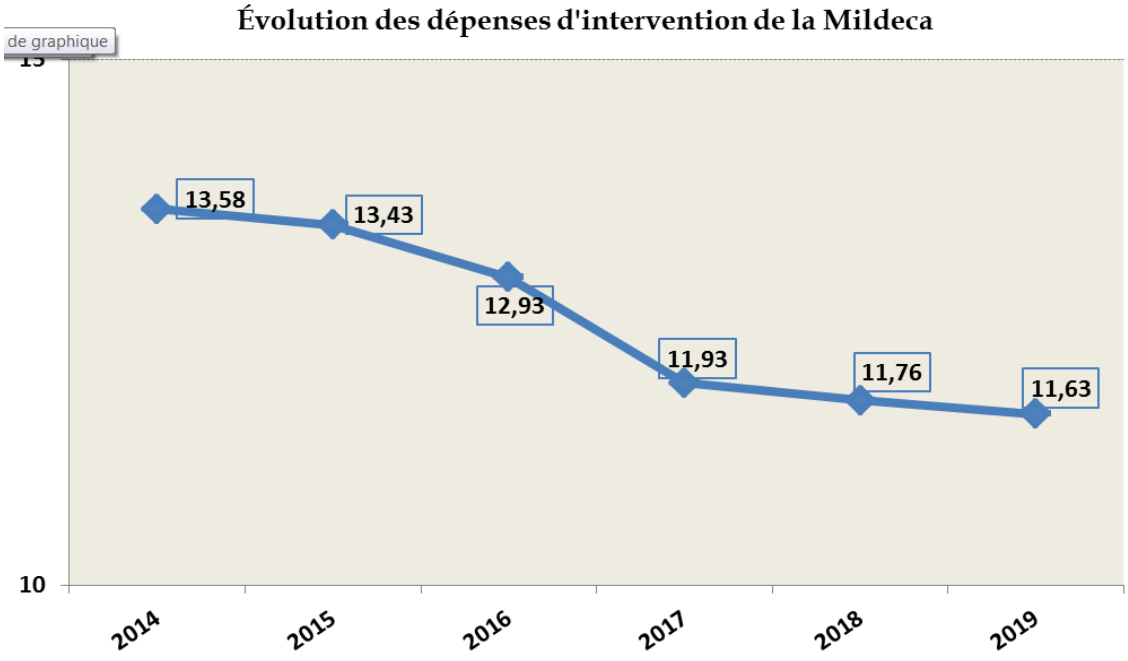
Évolution des dépenses de fonctionnement de la Mildeca



***Source** : Mildeca*

Ces dépenses de fonctionnement sont en **légère augmentation** (+ 2,8 %), passant de 3,57 à 3,67 millions entre 2018 et 2019. L'abondement de 0,1 million d'euros de l'enveloppe des crédits de fonctionnement, par rapport à la précédente loi de finances, est lié aux **coûts inhérents au déploiement d'une plateforme d'instruction dématérialisée des projets soumis par les opérateurs locaux à la Mildeca.**

Les **dépenses d'intervention** concourent à l'application de la politique de lutte contre les drogues et conduites addictives. Elles s'élèvent à 11,6 millions d'euros, **en diminution de 1,1** %, et sont ainsi réparties :



***Source** : Mildeca*

• Un quart (3,1 M€) est affecté au niveau central à des projets de prévention innovants, à des projets de recherche scientifique, à des évaluations de dispositifs mais aussi au financement de l'action internationale de la Mildeca, notamment au sein des Nations unies et du groupe Pompidou, un groupe de coopération européenne de lutte contre l'abus et le trafic illicite des stupéfiants.

• Les **trois quarts restant** (8,5 M€) sont destinés à **l'échelon territorial**. Cette dotation est en **légère augmentation** (+ 1,8 %, soit 0,2 M€) par rapport à l'année précédente. Ces crédits sont utilisés pour animer la politique locale en matière de drogues et de lutte contre les addictions.

Les **chefs de projet Mildeca**, en la personne des **directeurs de cabinet des préfets de région**, disposent de cette dotation afin d'appuyer les priorités définies nationalement par la Mildeca. Il s'agit notamment de prévenir les conduites addictives dès le plus jeune âge, de favoriser le repérage, l'accompagnement et l'orientation des personnes ayant des consommations à risque, de mieux accompagner la vie nocturne festive, de faire respecter l'interdiction de vente d'alcool, de tabac et de jeux d'argent aux mineurs et d'assurer la sécurité au quotidien dans tous les quartiers. La Mildeca fixe de grandes orientations stratégiques sur l'utilisation des crédits, puis l'animation territoriale s'effectue via des **appels à projets locaux**. Les crédits de la Mildeca viennent ainsi conforter la mise en œuvre annuelle d'environ 1 500 projets. **60** % de ces projets portent sur des actions de **prévention**, **15** % sur des enjeux de **sécurité** et de **tranquillité publique**.

La **régionalisation du pilotage et du suivi administratif de la Mildeca**, amorcée depuis 2014 dans le cadre de la refonte de la carte des régions, a parfois fragilisé l'animation territoriale, en particulier dans les grandes régions. La logique départementale l'emporte encore souvent sur la logique régionale, notamment du fait du manque de visibilité sur les projets des autres départements de la région. Le plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 cherche à résoudre ces difficultés en prévoyant, dans sa déclinaison territoriale, la construction de **feuilles de route régionales** pluriannuelles et interministérielles qui structureront l'action de la Mildeca autour de partenariats pérennes, sur la base d'un diagnostic partagé, et en accord avec les principaux services de l'État concernés (préfets, ARS, rectorats, procureurs…). La possibilité sera offerte aux territoires de conclure des **conventions pluriannuelles d'objectifs** (CPO). La **nouvelle plateforme d'instruction dématérialisée des demandes de subventions** permettra d'évaluer les actions menées.

En outre, depuis le début de l'année 2018, les chargés de mission de la Mildeca sont également **référents régionaux** d'une ou plusieurs régions afin d'effectuer un meilleur suivi de la politique territoriale de lutte contre les addictions.

Enfin, la Mildeca a lancé au premier trimestre 2018, en y associant l'Association des maires de France (AMF), un **appel à projets national** auprès des collectivités locales pour la conduite, à l'échelle d'un territoire, d'une action globale en direction des jeunes contre les consommations à risque d'alcool, de cannabis et de tabac. Les collectivités territoriales sont donc incitées à s'engager aux côtés de l'État. Soixante-douze municipalités et intercommunalités se sont portées candidates ; **onze collectivités** ont été retenues pour un montant total de près d'**un million d'euros**. Des conventions bilatérales pluriannuelles avec la Mildeca sont en cours de finalisation avec chaque collectivité pour une mise en œuvre à compter de la fin de l'année 2018. Ainsi, dès 2019, la Mildeca vise à renforcer l'effet levier des crédits délégués aux chefs de projets et mobiliser des crédits tiers sur des actions de prévention.

Sur le **plan international**, la Mildeca joue un rôle de représentation de la France dans les instances onusiennes et européennes. Au niveau des Nations Unies, la Mildeca participe activement aux réunions annuelles de la **commission des stupéfiants** (ECOSOC) et alimente la position française lors des débats tant au Conseil de sécurité qu'à l'Assemblée générale. En concertation avec le ministère des affaires étrangères, elle prépare le segment ministériel de la commission des stupéfiants qui aura lieu en mars 2019. En **juin 2018**, la Mildeca a coordonné **la visite en France de l'organe international de contrôle des stupéfiants** (OICS), qui a consisté en des visites de terrain et en des rencontres institutionnelles.

À l'échelle européenne, la conseillère diplomatique de la Mildeca assure depuis 2016 la présidence du conseil d'administration de l'Observatoire européen des drogues et toxicomanies (OEDT). La Mildeca assure également la représentation de la France au sein du **groupe Pompidou**, instance du conseil de l'Europe qui assure un dialogue entre les pays de l'UE, ceux des Balkans, la fédération de Russie et la Turquie.

2. Le montant stabilisé du fonds de concours « drogues »

Le fonds de concours "drogues" a une **double vocation** : priver les trafiquants des bénéfices de leurs trafics et de leur patrimoine et renforcer l'action des services engagés dans la lutte contre les trafics de drogues par le biais d'un soutien financier spécifique (les sommes issues du fonds de concours ne peuvent servir qu'à l'équipement matériel ou le renforcement de moyens), mais aussi financer la prévention des addictions. La Mildeca est gestionnaire de ce fonds de concours.

Le fonds de concours est alimenté par les **produits des confiscations prononcées définitivement** en matière d'infractions à la législation sur les stupéfiants. En vertu d'une décision interministérielle du 15 février 2007, les crédits du fonds de concours sont répartis entre les ministères participant à la lutte contre le trafic de stupéfiants et la Mildeca à hauteur de 35 % pour la police, 25 % pour la gendarmerie, 20 % pour la justice, 10 % pour les douanes et 10 % pour la Mildeca. Ce dixième est exclusivement consacré au financement d'actions de prévention.

Pour que le fonds de concours soit abondé, la **confiscation définitive** doit être prononcée sous un **délai de six mois**. Depuis la loi du 9 juillet 2010 visant à faciliter la saisie et la confiscation en matière pénale, une politique volontariste est menée afin de saisir les avoirs criminels. L'Agence de gestion et de recouvrement des avoirs saisis et confisqués (AGRASC), créée par la loi précitée, assure 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 confisquées définitivement en application d'une décision de justice. Mais la justice omet encore trop souvent de prononcer la confiscation dans le temps imparti, se privant ainsi de ressources. Par ailleurs, la Mildeca ayant constaté qu'une proportion encore importante de versements était opérée en direct par les tribunaux, sans passage par l'Agrasc, il a été décidé début 2018 d'initier un **plan de travail commun Mildeca / Agrasc** visant à optimiser le processus de confiscation et de versement des produits des confiscations par les juridictions.

Le fonds de concours « drogues » constitue une précieuse ressource dans une situation budgétaire très contrainte. Son montant s'est stabilisé autour de 14 millions d'euros par an.

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

	2014	2015	2016	2017	2018
Sommes déléguées *(en millions d'euros)*	11,12	13,26	14,07	16,1	13

Source *: Mildeca*

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

Par ailleurs, l'article 38 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 prévoit une **affectation d'un produit de 12 millions d'euros correspondant au montant des amendes délictuelles forfaitaires à l'ancien « fonds tabac »** de la Caisse nationale d'assurance maladie, qui sera remplacé par un **fonds dédié plus largement à la lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives**. Il contribuera notamment au renforcement des Consultations jeunes consommateurs (CJC) annoncé dans le plan Priorité prévention, présenté en mars 2018.

B. LES OPÉRATEURS DE LA MILDECA BÉNÉFICIENT DE RESSOURCES STABLES

La Mildeca assure la **tutelle** de deux **opérateurs** dotés du statut du groupement d'intérêt public : l'OFDT et le Cifad. En 2019 comme en 2018, leurs subventions pour charges de service public sont maintenues ; elles représenteront **3,1 millions d'euros**.

1. L'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), une structure destinée à la connaissance des conduites addictives en France

Créé en 1993, l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies est un groupement d'intérêt public (GIP) constitué entre douze ministères, la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (FNORS) et la Mildeca, représentant l'État. L'OFDT tient de sa convention constitutive une mission générale consistant à éclairer ses membres fondateurs, les pouvoirs publics, les professionnels du champ et le grand public sur les drogues et les addictions. L'ODFT **fournit l'essentiel des données sur l'état de la consommation des drogues et des produits addictifs**. Il jouit d'une **indépendance scientifique** : sa production scientifique se fait sous le contrôle de vingt chercheurs et professionnels du champ.

Pour 2019, la subvention pour charges de service public allouée à l'OFDT est parfaitement stable par rapport à l'année 2018. Le rapporteur pour avis regrette néanmoins qu'elle ait baissé de plus de 10 % entre 2014 et 2018.

Évolution du montant de la subvention pour charges de service public de l'OFDT

	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Montant *(en millions d'euros)*	3,13	3,05	2,85	2,8	2,8	2,8
Variation n/n-1 *(en %)*	/	-2,6	-6,4	-1,7	0	0
Évolution globale *(en %)*	-10,6 %					

Source : *Commission des affaires sociales à partir des projets annuels de performance annexés aux PLF pour 2014, 2015, 2016, 2017, 2018 et 2019*

En 2018, le directeur de l'OFDT a proposé un **plan d'action stratégique** sur trois ans visant à renforcer l'action du GIP en **stabilisant sa gouvernance**. Par un arrêté interministériel du 19 septembre 2018, l'OFDT est ainsi devenu, conformément au vœu émis par la Cour des comptes, un groupement d'intérêt public à **durée indéterminée**. La convention a aussi été modifiée afin d'établir que les membres du GIP y contribuent effectivement (ce qui était auparavant une simple faculté). Une **annexe budgétaire** à la convention stabilise pour une **durée de trois ans** les ressources du GIP en retraçant les **modalités de la contribution de chacun de ses membres**. La contribution annuelle minimum est de **10 000** euros pour chacun des membres, qui est versée soit directement, soit sous la forme de subvention, soit via une contribution matérielle.

Pour l'année 2019, **les ressources complémentaires à la subvention pour charges de service public** sont évaluées à 100 000 euros au titre des contributions directes des membres et 250 000 euros au titre des subventions, appels à projets et conventions en cours.

Le programme de travail 2018-2021 a été consolidé. Il comprend trois blocs d'activité :

- des études pérennes ;
- une **action institutionnelle** à destination des membres du GIP et de l'OEDT;
- des **recherches subventionnées** dans le cadre d'appel à projet public ou par le biais de conventions avec des organismes de recherche publique.

Les emplois rémunérés par l'opérateur sont de **27 ETPT sous plafond** et d'un ETPT hors plafond en PLF 2019, soit le même nombre qu'en LFI 2018. Le recrutement d'un nouveau directeur en août 2017, mis à disposition à titre gracieux par le ministère de la justice, a eu un impact positif sur le schéma d'emplois. À terme néanmoins, le **plafond d'emplois devrait pouvoir être abondé d'un voire deux ETPT** afin de mener à bien l'ensemble des projets d'études prévus à son programme de travail. En particulier, le volet d'expertise territoriale mériterait un renforcement d'un poste dans un premier temps et d'un second si les projets d'extension des dispositifs d'observatoire outre-mer devaient se confirmer.

L'année 2018 a été marquée par la publication de la **neuvième édition de l'enquête ESCAPAD** sur la santé et les consommations des jeunes âgés de 17 ans. 40 000 jeunes avaient été interrogés sur leur consommation lors de leur journée défense et citoyenneté en 2017. Cette enquête est menée **tous les trois ans**, pour un coût de 120 000 euros. Ses résultats nationaux ont été présentés à l'hiver 2018 et ses déclinaisons régionales en septembre dernier. L'OFDT a également publié une **enquête sur le tabac en Europe** en juillet 2018 et le **point Sintes** (système d'identification national des toxiques et des substances) qui collecte et analyse des produits ayant provoqué des effets inattendus et/ou indésirables en juin 2018.

En 2019, l'OFDT publiera deux analyses d'enquêtes réalisées en 2018. D'une part, la septième édition de l'état des lieux « **drogues et addictions, données essentielles** ». D'autre part, la **cinquième édition de l'enquête EROPP sur les représentations et opinions des Français en matière de drogues et d'addictions**. Cette étude n'avait pas été rééditée depuis 2012 faute de moyens. Parallèlement, l'OFDT continue de développer ses enquêtes qualitatives à travers le dispositif **TREND** déployé dans huit villes métropolitaines. Les résultats de l'enquête Enclass (enquête nationale en collège et lycée chez les adolescents sur la santé et les substances) seront également présentés. Cette étude porte sur 30 000 élèves issus de 650 collèges et lycées.

L'OFDT entend poursuivre l'accompagnement de la Mildeca à travers le suivi **des trente-huit indicateurs quantitatifs retenus pour évaluer la progression de l'action gouvernementale vers les cibles à atteindre à échéance du plan national 2018-2022**. Le **tableau de bord** comporte une série d'objectifs quantifiés et vérifiables. L'OFDT apportera son concours à la Mildeca en fournissant les données de suivi disponibles sur la mise en œuvre des orientations gouvernementales. Un **bilan annuel** sera rendu à la Mildeca afin de faire un point d'étape régulier.

2. Le Cifad, fer de lance de la lutte contre la drogue dans les Antilles, en Guyane et dans la Caraïbe

Le Cifad, situé à Fort-de-France, assure la coopération relative à la lutte contre le trafic de drogues dans les Antilles, la Guyane et dans la Caraïbe.

Il intervient auprès des services de douanes, de police, de gendarmerie et des autorités judiciaires en Guyane, Guadeloupe, Martinique et en Amérique latine. Il est chargé de conduire des actions de formation et de coopération pour renforcer les capacités des administrations des États situés le long de la route de la cocaïne. Pour 2018, la volumétrie des actions programmées est sensiblement identique à celles effectuées en 2017 : 129 actions ont été menées - 57 actions de prévention et de sensibilisation, 59 actions de formation et 13 séminaires - dont 69 réalisées à l'étranger et 60 dans les départements français. 10 745 personnes y ont participé. 80 % du nombre total des actions à l'étranger se sont déroulées dans un pays « cible » (Colombie, Bolivie, Pérou, Mexique). Un groupe de travail entre la Mildeca et ses ministères partenaires élabore la stratégie pluriannuelle à mettre en œuvre par le Cifad en termes de formations délivrées.

Le fonctionnement du Cifad est financé intégralement par sa subvention pour charges de service public, d'un montant de 365 000 euros. Cette somme finance les dépenses de fonctionnement courant et les dépenses métier de l'opérateur. Le projet de loi de finances pour 2019 prévoit 12 ETPT, à l'identique de la prévision pour 2018.

Évolution du montant de la subvention pour charges de service public du Cifad

	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Montant *(en milliers d'euros)*	439	408	389	369	369	365
Variation n/n-1 *(en %)*	/	-2,6	-6,4	-1,7	0	-1,1
Évolution globale *(en %)*	-16,9 %					

***Source** : Commission des affaires sociales à partir des projets annuels de performance annexés aux PLF pour 2014, 2015, 2016, 2017, 2018 et 2019*

*

* *

Suivant la proposition de son rapporteur pour avis, la commission a donné 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 2019.

EXAMEN EN COMMISSION

M. Alain Milon, président. – *Notre ordre du jour de ce matin est particulièrement chargé puisqu'après le PLFSS, nous examinons ce matin cinq avis budgétaires sur des sujets très différents qui marquent l'étendue du champ couvert par notre commission.*

Afin que chacun de nos rapporteurs puisse présenter son avis et répondre aux questions devant une salle aussi remplie qu'attentive, j'appelle chacune et chacun à la concision dans les interventions.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour avis de l'action « Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives ». – *Chaque année, dans le cadre de l'examen du projet de loi de finances, notre commission examine les crédits de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca). Placée auprès du Premier ministre, cette structure anime et coordonne les initiatives de l'État en matière de lutte contre les addictions, avec ou sans substances. 2018 doit être l'année du nouveau plan national de mobilisation contre les addictions. Je regrette que la présentation de ce plan par le Premier ministre ait été repoussée à maintes reprises depuis le mois de mars. Cependant, des tendances encourageantes ont émergé cette année. D'une part, l'enquête Escapad, réalisée tous les trois ans qui porte sur les usages de substances psychoactives chez les jeunes de 17 ans, indique des niveaux de consommation de tabac, d'alcool et de cannabis les plus bas enregistrés depuis l'an 2000. D'autre part, la baisse de la consommation de tabac entre 2016 et 2017 a été remarquable, puisqu'un million de consommateurs quotidiens a cessé de fumer. Il faut voir dans cette baisse considérable les résultats de la « guerre au tabac » que mènent les pouvoirs publics à travers le bannissement du tabac de l'espace public, des hausses de prix, le paquet neutre standardisé et des messages sanitaires récurrents sur les dangers du tabac. Cette diminution ne doit néanmoins pas nous faire oublier que le tabac demeure la première cause de mortalité évitable en France : plus de 73 000 décès lui sont imputables chaque année.*

L'alcool, qui demeure la substance psychoactive la plus répandue dans la société française, est quant à lui à l'origine de 49 000 décès par an. Des raisons culturelles expliquent que la consommation française d'alcool soit la troisième la plus élevée des pays de l'OCDE. 3,4 millions de personnes sont des consommateurs à risque et l'on estime que 1,2 à 1,5 million de Français sont dépendants à l'alcool.

La France se maintient également dans la fourchette haute des pays consommateurs de cannabis en Europe. Un quart des Français déclare l'avoir expérimenté. Le taux de consommation des 18-25 ans est trois fois supérieur à la moyenne nationale et environ 60 000 jeunes présentent un risque élevé d'usage problématique. Un consensus scientifique existe désormais pour juger que l'usage de cannabis à l'adolescence, et plus particulièrement avant 15 ans, présente des risques importants : chute du quotient intellectuel, troubles de la mémoire, schizophrénie. Pour répondre à cet enjeu de santé publique, le projet de loi de programmation pour

la justice 2018-2022 étend la procédure de l'amende forfaitaire au délit d'usage de stupéfiants pour les personnes majeures. Cette amende, d'un montant de 300 euros, constitue une réponse supplémentaire dans l'arsenal juridique réprimant le simple usage de stupéfiants, tout en préservant les autres peines et les possibilités d'orientation vers le soin. Les 10 à 12 millions de recettes escomptées seront allouées à l'ancien « fonds tabac », désormais élargi à la lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives. Je reste pour ma part fortement attachée à la possibilité pour le juge d'appliquer une sanction à visée pédagogique : le « stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits de stupéfiants ». S'adressant aux usagers occasionnels, il permet une information relative à la législation et aux risques sanitaires liés à la consommation de drogues. Toutefois, le montant de ces stages demeure à la charge des personnes qui y sont condamnées, ce qui pose des difficultés lorsque les usagers disposent de ressources limitées. Enfin, il semble urgent d'initier une nouvelle campagne sanitaire nationale de prévention sur les dangers du cannabis, la dernière remontant à 2005.

Si la consommation d'héroïne est stable, l'usage de cocaïne quant à lui est en plein essor, ce qui est à mettre en relation avec l'augmentation considérable de sa production à travers le monde, et donc de sa disponibilité. 6 % de la population française l'aurait déjà expérimenté, soit une multiplication par six en 20 ans. Son usage se banalise en même temps qu'il s'élargit. Les consommations de crack sont à la hausse, principalement en Ile-de-France. La cocaïne basée est désormais consommée à la fois par son traditionnel public de rue mais également par une population mieux insérée socialement.

Pour réduire les risques liés à l'usage de ces drogues illicites, les salles de consommations à moindre risques entament leur troisième année d'expérimentation, puisque celle de Strasbourg comme celle de Paris ont ouvert à l'automne 2016. Un comité de pilotage national, présidé par la Mildeca, permet de suivre l'avancement des dispositifs et supervisera leur évaluation. Les exemples internationaux (Suisse, Pays-Bas, Espagne) prouvent que de telles salles permettent de diminuer le nombre de contamination des usagers par le VHC, dix fois plus transmissible que le VIH. J'ai pour ma part eu l'occasion d'aller visiter la salle accolée à l'hôpital parisien Lariboisière. Son bilan sanitaire est sans conteste positif. La salle a fait la preuve de son utilité, puisque sa file active est constituée de 1 100 usagers, avec environ 200 passages par jour. Deux produits y sont principalement consommés : le skenan, du sulfate de morphine à libération prolongée (42 % des passages) et le crack (43 % des passages). L'âge moyen des usagers est de 37 ans et 87 % sont des hommes. Outre la consommation à moindre risque, l'activité de la structure intègre des consultations médicales et infirmières, un suivi psychologique, des entretiens avec des travailleurs sociaux qui épaulent les usagers dans leurs démarches sanitaires et administratives. Une adaptation du nombre de salles de consommation à moindre risque semble nécessaire en Ile-de-France pour mieux répondre aux besoins des usagers et pour ne pas concentrer toutes les difficultés liées à la consommation de drogues autour d'une structure de taille conséquente.

Sur le front de la réduction des risques, les autorités françaises doivent en outre faire face à l'augmentation de la consommation de médicaments opioïdes et des risques de dépendance afférents. Même si la situation française est sans commune mesure avec la crise sanitaire des opioïdes nord-américaine, à l'origine de plusieurs dizaines de milliers de décès et d'une baisse de l'espérance de vie, le contexte international et le développement de la prescription de médicaments opioïdes forts invitent à une vigilance extrême. Les hospitalisations pour intoxication aux opioïdes ont été multipliées par 2,3 entre 2000 et 2015. Selon le Pr Jean-Michel Delile, psychiatre-addictologue et président de la Fédération addiction, que j'auditionné, le nombre annuel de décès par overdose de médicaments opioïdes atteindrait 500 à 800 personnes. Ces données préoccupantes ont conduit à la mise en place d'une structure de veille : l'Observatoire français des médicaments antalgiques. L'objectif des autorités sanitaires vise à garantir l'accessibilité des opioïdes pour lutter contre la douleur tout en sécurisant au mieux leur utilisation.

Les contours des addictions sans substance demeurant flous, l'enjeu consiste à repérer la toute petite minorité qui, du fait de vulnérabilités particulières, sociales ou psychologiques, sera exposée à une perte de contrôle. L'addiction aux jeux de hasard et d'argent a évolué concomitamment au développement des jeux sur Internet. Les dépenses de jeux des Français sont passées, entre 2000 et 2016, de 134 à 193 euros, soit une augmentation de 44 % ; le pourcentage de joueurs à risque modéré d'addiction a augmenté de 0,9 à 2,2 % entre 2010 et 2016. Si les données scientifiques sont encore insuffisantes pour estimer avec précisions les conduites addictives induites par les écrans, les recommandations actuelles des autorités françaises (notamment la règle des 3-6-9-12) doivent s'accompagner d'un message généraliste sur l'intérêt de limiter leur usage, chez les enfants comme chez les adultes. L'addiction aux jeux vidéo a été intégrée, en janvier dernier, à la classification internationale des maladies de l'OMS. Enfin, la dépendance aux images pornographiques, ou même un visionnage excessif de ces dernières, engendrent isolement, perturbation des relations aux autres et dégradation de l'image des femmes.

Pour faire face à ces multiples défis, la Mildeca dispose de moyens très réduits (17,8 millions) qui poursuivent leur baisse en 2019, de 1,9 % par rapport à 2018. Il faut surtout se rappeler que son budget a diminué de plus de 25 % depuis 2012. La Mildeca bénéficie également d'un dixième du montant fonds de concours « drogues », alimenté par le produit de la vente des biens saisis et confisqués aux trafiquants de drogues et dont le montant s'est stabilisé autour de 14 millions. La Mission consacre cette somme à des actions de prévention.

Les deux opérateurs de la Mildeca, l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) et le Centre interministériel de formation anti-drogue (Cifad), voient leur subvention pour charges de services publics maintenue. Le nouveau directeur de l'OFDT a établi un plan d'action stratégique sur trois ans assorti d'une annexe fixant la contribution de chacun des membres de l'Observatoire. Cette structure d'études occupe une place fondamentale dans l'observation des phénomènes addictifs en produisant des données précises et fiables. L'OFDT a par ailleurs établi trente-huit indicateurs quantitatifs afin d'évaluer concrètement la mise en place du plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022.

Je vous propose 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 2019.

***Mme Frédérique Puissat**. – Comment sont financées les salles de consommations à moindre risques ? Ces salles ne deviennent-elles pas des salles d'accueil ?*

***Mme Michelle Meunier**. – Les comportements expliquent les addictions, quelles qu'elles soient. L'Éducation nationale ne pourrait-elle pas agir plus, dès le primaire ? Nos amis québécois ont lancé des campagnes d'information et de formation en direction des enseignants et des éducateurs qui ont donné de bons résultats.*

***Mme Laurence Cohen**. – Les crédits alloués à la Mildeca diminuent alors que la lutte contre les addictions n'a jamais été aussi nécessaire. Compte tenu de la baisse des moyens, comment mener une lutte efficace, notamment à l'égard de l'alcool ? Comme Mme Meunier, je pense que l'Éducation nationale a un rôle primordial à jouer : comment l'inciter à s'engager dans cette voie alors que les moyens diminuent ? C'est d'ailleurs pour cette raison que nous voterons contre les crédits de cette action.*

***M. Bernard Jomier**. – Les crédits alloués à la Mildeca sont difficiles à lire, car on ne connait pas encore le plan de lutte contre les addictions que le Gouvernement doit nous dévoiler. Quelle est l'articulation de la Mildeca avec le fonds de lutte contre les addictions, que le PLFSS pour 2019 vient de créer et qui sera doté de moyens sept à huit fois plus importants ? Je ne ferai donc pas le procès de la diminution des crédits qui nous sont présentés car il ne s'agit que de quelques centaines de milliers d'euros alors que le fonds sera doté de plus de 100 millions.*

En matière de lutte contre les addictions, les dispositifs territoriaux sont importants. Or, le Gouvernement n'aide pas les collectivités territoriales qui investissent dans ce domaine. J'étais conseiller municipal lorsque la salle de consommation à moindre risque a été créée à Paris : c'est la ville qui a financé l'intégralité des investissements. En revanche, l'ARS assure les dépenses de fonctionnement. Il en va de même à Strasbourg et pour le projet de Bordeaux. Même absence de l'État lorsque des territoires essayent de monter des projets en commun pour lutter contre les addictions. Je pense notamment à ce qui se passe à l'heure actuelle entre Paris et la Seine-Saint-Denis. J'espère beaucoup du plan de lutte contre les addictions : il faudra que la Mildeca puisse travailler avec les dispositifs locaux. Bref, nous manquons d'éléments d'information.

***M. Michel Forissier**. – Des plans de santé publics locaux sont mis en place au niveau territorial mais sans grande coordination au niveau national, surtout dès que l'on sort des grands centres urbains.*

Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour avis. – *Les dépenses de fonctionnement des salles de consommation à moindre risque sont financées grâce à une convention signée avec l'assurance maladie. À Paris, les crédits s'élèvent à 1,2 million par an et ils sont gérés par l'association Gaïa.*

Paris dispose d'une salle qui voit passer 200 à 250 consommateurs par jour, pour une population francilienne de 12 millions. La fréquentation à Strasbourg est un peu moins importante. À Amsterdam et à Barcelone, ces salles sont beaucoup plus nombreuses. Ce dispositif est essentiel pour les usagers mais aussi pour les riverains. En 2016, l'ouverture de la salle à Paris a suscité beaucoup de réticences. Un comité de voisinage a été mis en place par la Mildeca et les tensions se sont apaisées car les consommations dans les rues ont diminué et le nombre de seringues abandonnées dans les espaces publics s'est réduit. Je regrette qu'il n'y ait qu'une seule salle à Paris car les usagers se retrouvent tous autour de l'hôpital Lariboisière. En outre, la Seine-Saint-Denis compte beaucoup de consommateurs mais sans salle de consommation à moindre risque.

Madame Meunier, l'Éducation nationale propose des formations psycho-comportementales afin de « ringardiser » la consommation de toutes les substances addictives auprès des jeunes.

Certes, la Mildeca a vu ses crédits diminuer de 25 % en six ans, madame Cohen. La lutte contre les addictions est ainsi difficile à mener efficacement. C'est pour cette raison que j'avais déposé un amendement défendu par M. Mouiller pour abonder les crédits en taxant les boissons aromatisées à base de vin, mais la commission ne m'a pas suivie. Les amendes forfaitaires devraient fournir un complément de financement, mais nous n'avons aucune assurance sur la réalité de cet abondement. Or, l'alcool reste un problème majeur, y compris auprès des jeunes.

M. Forissier m'a interrogé sur les plans de santé locaux : j'en profite pour préciser que les collectivités locales peuvent répondre aux appels à projets lancés au niveau national par la Mildeca.

Enfin, monsieur Jomier, le plan addiction devait être présenté en mars, puis il a été repoussé à plusieurs reprises. On nous avait annoncé ce plan pour fin octobre : pour l'instant, rien. Ce plan 2018-2022 devrait reprendre les mesures essentielles du précédent plan en les renforçant. Nous avions dénoncé la multitude de dispositifs qui n'étaient pas tous efficaces. Plutôt que de présenter plus de 200 actions, mieux vaudrait se focaliser sur les problèmes majeurs.

Mme Nassimah Dindar. – *Peut-on disposer de la répartition par département des fonds alloués par la Mildeca, notamment pour les outre-mer ?*

Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour avis. – *Nous disposons de ces données, par région et par département. Depuis plusieurs années, nous avons dénoncé l'absence de dispositif spécifique pour les outre-mer. D'après nos informations, le plan à venir devrait y remédier.*

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 2019.

LISTE DES PERSONNES ENTENDUES

- **Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives** (Mildeca)
  M. Nicolas Prisse, Président

- **Observatoire français des drogues et toxicomanies** (OFDT)
  M. Julien Morel-D'Arleux, directeur

- **Préfecture d'Ile-de-France**
  M. Olivier André, chef de projet régional à la préfecture d'Ile-de-France

- **Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie** (ANPAA)
  Pr Nicolas Simon, président, professeur de médecine spécialisé en addictologie
  Mme Myriam Savy, responsable du pôle Communication, Animation Associative & Plaidoyer

- **Fondation Addictions**
  Dr Jean-Michel Delile, président, psychiatre addictologue

DÉPLACEMENT

- **Visite de la salle de consommation à moindre risque de Paris le jeudi 11 octobre 2018**
  Rencontre avec le **Dr Élisabeth Avril**, présidente de l'association Gaïa