

N° 109

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2011-2012

Enregistré à la Présidence du Sénat le 17 novembre 2011

AVIS

PRÉSENTÉ

au nom de la commission des affaires sociales (1) sur le projet de loi de finances pour 2012, ADOPTE PAR L'ASSEMBLEE NATIONALE,

TOME II

**DIRECTION DE L'ACTION DU GOUVERNEMENT :
MISSION INTERMINISTÉRIELLE DE LUTTE
CONTRE LA DROGUE ET LA TOXICOMANIE (MILDT)**

Par Mme Laurence COHEN,

Sénatrice.

(1) Cette commission est composée de : Mme Annie David, présidente ; M. Jacky Le Menn, Mme Catherine Génisson, MM. Jean-Pierre Godefroy, Claude Jeannerot, Alain Milon, Mme Isabelle Debré, MM. Jean-Louis Lorrain, Jean-Marie Vanlerenberghe, Gilbert Barbier, vice-présidents ; Mmes Claire-Lise Campion, Aline Archimbaud, Catherine Deroche, M. Marc Laménié, secrétaires ; M. Yves Daudigny, rapporteur général ; Mmes Jacqueline Alquier, Natacha Bouchart, Marie-Thérèse Bruguière, MM. Jean-Noël Cardoux, Luc Carvounas, Mme Caroline Cayeux, M. Bernard Cazeau, Mmes Karine Claireaux, Laurence Cohen, Christiane Demontès, MM. Gérard Dériot, Jean Desessard, Mme Muguette Dini, M. Jean-Léonce Dupont, Mmes Odette Duriez, Anne-Marie Escoffier, MM. Guy Fischer, Michel Fontaine, Mme Samia Ghali, M. Bruno Gilles, Mmes Colette Giudicelli, Christiane Hummel, M. Jean-François Husson, Mmes Chantal Jouanno, Christiane Kammermann, MM. Ronan Kerdraon, Georges Labazée, Claude Léonard, Jean-Claude Leroy, Hervé Marseille, Mmes Michelle Meunier, Isabelle Pasquet, M. Louis Pinton, Mmes Gisèle Printz, Catherine Procaccia, MM. Gérard Roche, René-Paul Savary, Mme Patricia Schillinger, MM. René Teulade, Michel Vergoz, André Villiers, Dominique Watrin.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (13^{ème} législ.) : 3775, 3805 à 3812 et T.A. 754

Sénat : 106 et 107 (annexe n° 9) (2011-2012)

SOMMAIRE

| | <u>Pages</u> |
|---|--------------|
| AVANT-PROPOS | 5 |
| I. ALORS QUE LE PLAN GOUVERNEMENTAL DE LUTTE CONTRE LES DROGUES ET LES TOXICOMANIES 2008-2011 TOUCHE À SA FIN, LA SITUATION DE LA TOXICOMANIE EN FRANCE RESTE PRÉOCCUPANTE | 7 |
| A. LES PRINCIPALES ORIENTATIONS DU PLAN GOUVERNEMENTAL..... | 7 |
| B. LA CONSOMMATION DE DROGUES ÉVOLUE AVEC SON PUBLIC..... | 9 |
| C. UNE SITUATION SANITAIRE CRITIQUE..... | 10 |
| D. LE CAS DES DROGUES LÉGALES..... | 12 |
| II. UNE POLITIQUE TRANSVERSALE QUI NE MET PAS SUFFISAMMENT L'ACCENT SUR LA PRÉVENTION ET LA RÉDUCTION DES RISQUES FACE AUX NOUVELLES ADDICTIONS ET AUX MENACES TRADITIONNELLES | 14 |
| A. UNE FOCALISATION SUR L'APPLICATION DE LA LOI QUI, TROP RIGIDE, SE RÉVÈLE NÉFASTE..... | 14 |
| B. LE RÔLE INDISPENSABLE DES ACTEURS ASSOCIATIFS ENCORE TROP SOUVENT NÉGLIGÉ | 16 |
| C. S'INSPIRER DES CONCLUSIONS DE L'EXPERTISE COLLECTIVE DE L'INSERM..... | 17 |
| D. INSCRIRE LA RÉDUCTION DES RISQUES DANS LE CADRE PLUS LARGE DU TRAITEMENT DES NOUVELLES TOXICOMANIES..... | 18 |
| TRAVAUX DE LA COMMISSION | 21 |
| LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LA RAPPORTEURE POUR AVIS | 29 |

Mission « Direction de l'action du gouvernement »
Programme 129 « Coordination du travail gouvernemental »
Crédits de l'action « **Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie** » pour 2012

| | | Crédits de paiement <i>(en euros)</i> | Variation 2012/2011 <i>(en %)</i> |
|--|--|---|---|
| Action 15 « Mildt » | | 23 888 560 | + 0,2 % |
| dont subventions pour charges de service public | Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) | 3 508 000 | + 4,6 % |
| | Centre interministériel de formation antidrogue (Cifad) | 492 000 | 0 % |

Liste des opérateurs

Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt) : créée en 1982, son nom et sa forme actuelle découlent du décret n° 96-350 du 24 avril 1996 et ses compétences du décret n° 99-808 du 15 septembre 1999, aujourd'hui codifiés aux articles R. 3411-11 à R. 3411-16 du code de la santé publique.

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) : créé en 1993 sous la forme d'un groupement d'intérêt public (Gip), son objet, défini par sa convention constitutive modifiée en mai 2007, est le recueil, l'analyse, la synthèse et la diffusion des données, ainsi que leur amélioration quantitative et qualitative ; le recueil, la diffusion et la valorisation des connaissances et analyses dans tous les champs disciplinaires intéressés par les drogues et les toxicomanies ; l'expertise et l'animation de la recherche dans ces domaines.

Centre interministériel de formation antidrogue (Cifad) : Gip créé en 2003, placé sous l'autorité de la Mildt et rassemblant les ministères concernés par la lutte contre le trafic ainsi que le ministère de la santé. Basé à Fort-de-France, il offre des formations de pointe concernant notamment la surveillance du fret, des passagers, la lutte contre le blanchiment des capitaux et l'application des conventions internationales destinées aux agents des services répressifs français en poste dans les départements français d'Amérique et aux personnels des services répressifs des pays de la zone d'Amérique centrale et d'Amérique du Sud.

Mesdames, Messieurs,

La mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt), placée sous l'autorité directe du Premier ministre, a pour rôle de coordonner la politique gouvernementale dans ce domaine et d'en définir les orientations générales.

Son budget de 23,9 millions d'euros pour 2012 est stable par rapport à 2011, soit une évolution moins défavorable que pour la période précédente où il avait baissé de près de 20 %. Il faut toutefois signaler que la Mildt dispose d'une autre source de financement : un fonds de concours alimenté par le produit de la vente des biens saisis aux personnes condamnées pour infraction à la législation sur les stupéfiants. Plusieurs réformes récentes, notamment la loi « Warsmann » du 9 juillet 2010¹ et la création de l'agence de gestion et de recouvrement des avoirs saisis et confisqués (Agrasc), ont permis d'augmenter considérablement le produit qui en est tiré, lequel est passé de 7,8 millions en 2008 à 21 millions en 2010.

Il ne faudrait toutefois pas que cette ressource annexe en hausse ait pour conséquence le désengagement de l'Etat, *via* le financement qu'il apporte à la Mildt par le budget général. En effet, le manque de visibilité inhérent à un tel fonds de concours ne le rend pas adapté à l'élaboration d'une politique pluriannuelle dotée d'un financement échelonné dans le temps. De plus, les critères de répartition des sommes qui en proviennent devraient davantage mettre l'accent sur la prévention, trop souvent négligée dans les arbitrages budgétaires.

L'activité de la Mildt en 2011 a été marquée par l'arrivée à son terme de la mise en œuvre du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011. Elle mobilise acteurs nationaux et locaux, avec des correspondants au sein de chaque préfecture de département, dans la lutte contre les usages de drogues illicites. On mesure notamment l'efficacité de cette politique en fonction du niveau de connaissance des citoyens sur le

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

danger des drogues. Le choix de cet indicateur de performance peut sembler peu convaincant, surtout au vu de la progression retenue : de 70 % des citoyens interrogés ayant répondu connaître la dangerosité des drogues en 2011, l'objectif est de passer à 80 % en 2012 avec une cible de 90 % en 2013. Le fait est qu'il reflète mal la complexité du problème des addictions.

Cette politique implique également deux opérateurs rattachés à la Mildt : l'observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) et le centre interministériel de formation antidrogue (Cifad). La controverse suscitée par les conditions du départ du directeur de l'OFDT en avril 2011, qui résulterait de désaccords avec le président de la Mildt, et qui a beaucoup choqué dans le milieu de la lutte contre la toxicomanie incite votre rapporteure à rappeler ici un principe fondamental. Cet observatoire, dont les travaux font autorité à l'échelle européenne et qui joue un rôle indispensable dans l'analyse des données relatives à l'évolution des comportements et des consommations de drogues, doit conserver son autonomie la plus totale. Néanmoins, son conseil scientifique ne s'est pas réuni depuis 2009 et ne devrait être renouvelé qu'en avril prochain. Peut-être faudrait-il, à l'avenir, séparer complètement l'OFDT de la Mildt, notamment sur le plan financier, afin qu'il bénéficie d'une véritable indépendance et que son impartialité soit formellement consacrée.

La réflexion sur un nouveau plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies pour la période 2012-2015 a débuté. Ne serait-il pas utile que la Mildt s'attache à mieux concilier, dans l'intérêt de nos concitoyens, l'approche marquée par une stricte application de la loi et une pénalisation active des comportements liés aux toxicomanies qu'elle a adoptée sous l'égide d'Etienne Apaire, son président depuis 2007, avec une stratégie de santé publique fondée sur la réduction des risques et les soins ? Cette démarche constituerait le prélude à une réforme de la loi du 31 décembre 1970, qui reste aujourd'hui le cadre légal de la politique française de lutte contre les drogues et qu'il faudrait adapter aux réalités actuelles, non plus seulement de la toxicomanie mais, plus largement, des addictions.

I. ALORS QUE LE PLAN GOUVERNEMENTAL DE LUTTE CONTRE LES DROGUES ET LES TOXICOMANIES 2008-2011 TOUCHE À SA FIN, LA SITUATION DE LA TOXICOMANIE EN FRANCE RESTE PRÉOCCUPANTE

Le débat public sur la question des toxicomanies semble se réduire à la controverse qui oppose partisans et adversaires de l'expérimentation de centres de consommation supervisés mais la problématique de l'usage des drogues en France et du traitement des addictions dépasse largement cette question. La politique publique en la matière est élaborée par la Milt puis fait l'objet d'une mise en œuvre par tous les services des ministères concernés, au premier rang desquels l'intérieur, la santé, la justice et le budget.

Un bilan de l'action de ces dernières années permet de faire le constat d'une modification de la consommation, qui se traduit par le recul de certaines substances et la percée de plusieurs autres, mais également d'une dégradation du suivi sanitaire de populations fragilisées et de l'insuffisance des mesures de prévention contre les risques épidémiques liés aux hépatites.

A. LES PRINCIPALES ORIENTATIONS DU PLAN GOUVERNEMENTAL

Adopté lors du comité interministériel de lutte contre la drogue et la toxicomanie et de prévention des dépendances du 8 juillet 2008, le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies promeut **une approche intégrée du problème de la consommation des substances addictives et de leurs effets**. Ses cent quatre-vingt-treize mesures se répartissent dans cinq domaines qui concourent à cette même politique publique :

- prévention, communication, information ;
- application de la loi ;
- soins, insertion sociale, réduction des risques ;
- formation, observation, recherche ;
- coopération internationale.

En ce qui concerne la prévention, le plan a concrétisé des actions à destination des adolescents, avec des campagnes d'information sur les conséquences de la consommation de drogues, et ce afin d'éviter les primoconsommations. Mais le vecteur choisi, à savoir des flashes d'information, n'a pas eu l'effet escompté sur le jeune public. Les interventions en milieu scolaire ont été parcimonieuses et l'accent qui aurait dû être mis sur la formation des enseignants et des personnels d'encadrement de l'éducation nationale s'est transformé en l'intervention de gendarmes. Le plan a également abordé la question de l'impact des addictions dans le monde du travail avec des actions ciblant des secteurs d'activité particuliers afin d'améliorer le repérage de conduites dangereuses.

Enfin, la prévention passe aussi, dans le cadre de ce plan, par la limitation de l'accès des plus jeunes à l'alcool et à la sensibilisation à ses dangers, en particulier dans un contexte festif, en lien avec la politique de sécurité routière.

Toutefois, ce plan repose surtout, selon ses termes, sur la « *systématisation de la réponse judiciaire à l'usage illicite de drogues* ». Les stages de sensibilisation, dits « stages cannabis », n'en sont qu'un volet. L'objet principal en est la réduction de l'offre de drogues illicites par une action résolue et coordonnée de tous les ministères régaliens face aux trafics internationaux, qui passe également par une mutualisation internationale des moyens, notamment en matière de renseignement. Il donne une importance particulière à la lutte contre le trafic de cannabis, produit illégal le plus consommé de France, et en particulier contre la culture réalisée sur le sol français. Enfin, c'est une stratégie tournée vers une approche patrimoniale de la lutte contre les trafiquants qui a été mise en place avec la création de nouveaux outils juridiques permettant de faciliter la saisie de biens leur appartenant et leur revente.

Dans le domaine des soins et de la réduction des risques, la politique menée vise avant tout à s'adapter aux nouvelles consommations et à l'évolution des besoins des usagers. Le plan affiche ici comme mesures le renforcement des capacités d'hébergement des personnes dépendantes, des actions en faveur de l'insertion des usagers, la préservation de la continuité des soins pour les personnes détenues, l'information sur la consommation de drogues à destination des femmes enceintes et leur prise en charge ainsi qu'un développement des diagnostics et de l'accès au traitement de l'hépatite C.

Dans le cadre du plan, la recherche est perçue comme un levier d'amélioration de l'action publique et d'approfondissement de la connaissance des phénomènes liés à la toxicomanie. Un soutien doit donc être apporté aux travaux sur de nouveaux outils thérapeutiques permettant de lutter contre les formes d'addiction pour lesquelles les traitements actuels sont inefficaces. Il s'agit aussi de financer des études sur les formes émergentes de toxicomanie et les addictions sans produits ainsi que des études portant sur les caractéristiques économiques, sociales et culturelles à l'origine de la consommation et du développement de l'offre de drogues.

Le dernier volet de ce plan porte sur la coopération internationale, dans un cadre bilatéral ou multilatéral, tout particulièrement autour du bassin méditerranéen. Celle-ci vise à perturber les circuits d'acheminement de la drogue vers l'Europe et à limiter les possibilités de culture et de transformation dans des pays producteurs comme l'Afghanistan.

A l'heure actuelle, selon les chiffres communiqués par la Mildt à votre rapporteure, **96 % des mesures contenues dans le plan auraient été mises en œuvre, sachant que celles-ci sont essentiellement répressives, éloignent certains publics des dispositifs de réduction des risques et de soin et n'ont pas empêché la résurgence de la consommation de certaines drogues.**

B. LA CONSOMMATION DE DROGUES ÉVOLUE AVEC SON PUBLIC

- Avec 1,2 million d'usagers réguliers, dont 550 000 usagers quotidiens, **le cannabis est la substance psychoactive illicite la plus consommée en France**. Ce chiffre est bien inférieur à celui des consommateurs des produits licites que sont l'alcool et le tabac, qui sont respectivement 41,3 millions et 15,8 millions dans l'année, mais il reste trois fois supérieur aux 400 000 personnes qui consomment de la cocaïne dans une année.

On observe toutefois, depuis 2002, une inversion de tendance en matière de consommation de cannabis chez les jeunes. Celle-ci connaît une légère baisse, après une croissance soutenue jusqu'alors. En 2010, parmi les adultes âgés de dix-huit à soixante-quatre ans, un tiers déclare en avoir déjà consommé au cours de sa vie.

- La situation est plus inquiétante en ce qui concerne la **cocaïne**, second produit illicite le plus consommé en France. Si notre pays n'a pas à faire face à une consommation aussi répandue que chez certains de ses voisins, comme le Royaume-Uni, il est confronté à sa banalisation. Expérimentée par 3,8 % des dix-huit/soixante-quatre ans, contre seulement 1,2 % en 1992, la cocaïne s'est démocratisée. C'est ce que montrent les statistiques concernant l'usage dans l'année, passé en dix ans de 0,2 % à 0,9 % sur cette tranche d'âge. Ce sont les jeunes adultes de dix-huit à vingt-cinq ans qui y ont le plus recours : 2,5 % d'entre eux en ayant consommé au cours de l'année dernière. Au contraire, les générations plus âgées, une fois l'âge de trente-cinq ans passé, sont bien moins touchées : l'évolution des pratiques entre les générations est clairement marquée, en lien avec une plus grande disponibilité du produit.

- Après une décrue à la fin des années 1990, la consommation d'**héroïne** redevient préoccupante. Malgré un nombre de consommateurs qui, en valeur absolue, peut apparaître faible (500 000 expérimentateurs pour 0,2 % des dix-huit/soixante-quatre ans en ayant consommé dans l'année), certains publics fragiles y sont particulièrement exposés, comme les dix-huit/vingt-cinq ans dont 0,6 % d'entre eux en ont fait usage dans l'année écoulée. De nouveaux profils de consommateurs sont apparus, notamment les jeunes des quartiers défavorisés ou certains usagers issus du milieu festif. Les populations précaires, les jeunes en errance sont les plus vulnérables aux dangers sanitaires liés à la pratique des injections. La consommation comme la disponibilité de l'héroïne augmentent alors que les représentations négatives qui y étaient attachées (surdose, sida) s'estompent.

Les seuls véritables progrès constatés sont le recul de l'usage quotidien d'alcool et de l'expérimentation des drogues de synthèse comme l'ecstasy. Néanmoins, c'est aussi la traduction, au moins pour l'alcool, de l'apparition de nouveaux comportements à risques, comme l'alcoolisation massive dans les milieux étudiants (« *binge drinking* »).

L'usage problématique de drogues, défini sur le plan européen par l'office européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) comme étant celui de drogues par voie intraveineuse ou d'opiacés, cocaïne ou amphétamines de manière régulière au cours de l'année passée, concerne 230 000 personnes, dont 74 000 usagers mensuels d'héroïne et 81 000 usagers mensuels par voie intraveineuse. Souvent associée à des phénomènes de polytoxicomanie et à des troubles psychiatriques, cette situation place dans une difficulté sociale accrue des populations jeunes déjà marginalisées. Ce n'est donc pas par la répression d'usagers en grande précarité que leur situation s'améliorera mais, au contraire, par des efforts supplémentaires en matière d'accueil, de suivi et de réduction des risques.

C. UNE SITUATION SANITAIRE CRITIQUE

- Les risques sanitaires associés à la consommation de drogues sont nombreux et bien identifiés. C'est la raison pour laquelle la lutte contre les toxicomanies n'est pas seulement une politique répressive **mais bien une politique de santé publique**. Or force est de constater que certains publics sont toujours exposés, malgré les mesures prises en matière de réduction des risques, à d'importants dangers sanitaires que les initiatives menées ces dernières années n'ont pas réussi à diminuer.

Entre 1994 et 1999, la France avait pourtant obtenu une diminution de 80 % des surdoses mortelles et de deux tiers de la mortalité liée au sida chez les toxicomanes. Depuis le milieu des années 2000, on assiste toutefois à une **remontée du nombre de décès** liés aux usages de drogues, qui selon l'OFDT, serait supérieur à trois cents par an. Qui plus est, ce chiffre pourrait, en réalité, être sous-estimé de 25 % à 30 % du fait de la difficulté de recenser précisément ce type de décès.

- De plus, les dangers liés à la consommation par voie intraveineuse ne font pas tous aujourd'hui l'objet de mesures de prévention et de réduction des risques suffisantes. **Le VIH**, qui a fortement touché ces usagers durant les années 1990, est désormais mieux dépisté et mieux traité. Sa prévalence chez les usagers de drogues fréquentant les établissements spécialisés que sont les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa) et les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (Caarud) a été divisée par deux en dix ans, passant de 18 % à moins de 9 % en 2008. Ce bon résultat a été obtenu grâce à des mesures de réduction des risques comme l'échange de seringues, consistant en la récupération de seringues usagées et leur remplacement par des seringues stériles. Néanmoins, ce problème est loin d'être résolu : d'après l'Inserm, le taux de nouvelles contaminations par le VIH chez les usagers de drogues par

voie intraveineuse de dix-huit à soixante-neuf ans reste dix-huit fois supérieur à celui de la population hétérosexuelle du même âge¹.

La situation est autrement plus grave en ce qui concerne l'**hépatite C**. La prévalence de ce virus chez ces mêmes usagers de drogues est d'environ 60 %. Cette épidémie, liée au partage des accessoires de consommation et du matériel de préparation, n'a pas été endiguée par le développement des traitements de substitution, la politique de réduction des risques ou la plus grande accessibilité des traitements. Les usagers d'héroïne, de cocaïne et de leurs dérivés y sont particulièrement exposés du fait du caractère extrêmement contagieux de cette maladie. **Celle-ci reste un problème de santé publique majeur**, et votre rapporteure invite les autorités à faire des efforts supplémentaires en la matière. Il n'est pas acceptable qu'elle soit la cause de plusieurs milliers de décès, entre deux mille et quatre mille selon différentes estimations, chaque année.

Enfin, votre rapporteure aimerait attirer l'attention des pouvoirs publics sur la situation sanitaire critique, en matière d'usage de drogues et de traitement des addictions, qui existe actuellement **au sein des prisons françaises**. Le constat n'est pas nouveau : cet état de fait est régulièrement dénoncé par les associations spécialisées dans la réduction des risques mais a aussi été souligné par l'expertise collective de l'Inserm et la mission d'information commune à l'Assemblée nationale et au Sénat sur les toxicomanies, dont le rapport, rendu public en juin 2011, révèle qu'il y aurait 3 300 détenus atteints de l'hépatite C, soit une prévalence d'environ 7 %, 1 700 de l'hépatite B et 800 du VIH. La prison multiplie par dix le facteur de risques relatif à l'hépatite C et par quatre celui de l'hépatite B².

La réduction des risques y est peu développée alors qu'il serait indispensable d'assurer la continuité du traitement des toxicomanes en prison. On peut regretter l'absence de données récentes sur l'usage de drogues à l'intérieur des prisons, due au manque d'études sur le sujet. Comme le recommande l'Inserm, il est indispensable qu'un travail épidémiologique soit conduit dans ce milieu aux caractéristiques spécifiques. Il est néanmoins indéniable que la consommation s'y poursuit dans des conditions sanitaires déplorables, l'enquête Coquelicot de 2006 révélant des pratiques d'injection chez 12 % des sujets interrogés ayant été incarcérés. Les conditions sanitaires y sont dramatiques, cette même enquête mettant en lumière chez ces personnes le partage du matériel d'injection dans un cas sur trois.

Les détenus, du fait du cumul des facteurs de risques auxquels ils sont exposés, devraient bénéficier d'un suivi sanitaire renforcé afin qu'ensuite leur réinsertion dans la société puisse être complète. C'est pourquoi il est nécessaire de mettre en place, comme l'a déjà recommandé la mission

¹ *Expertise collective de l'Inserm, Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues, p. 72, 2010.*

² *Toxicomanies : rejeter la fatalité, renouveler les stratégies, rapport de la mission d'information sur les toxicomanies, tome I, p. 43.*

d'information sur les toxicomanies, des programmes d'échange de seringues en prison. La France est, sur ce point, en retard par rapport à plusieurs de ses voisins européens. Il s'agit d'une proposition de bon sens car il est impossible de nier la réalité des phénomènes de consommation de drogues en milieu carcéral. Il est temps de mettre fin à cette hypocrisie alors que des mesures existent déjà, comme la délivrance d'eau de Javel comme outil de décontamination par l'administration pénitentiaire. Il ne faut ignorer ces pratiques d'usage de drogues pour la seule raison qu'elles sont dissimulées. C'est plutôt parce que les risques qu'elles comportent sont plus élevés qu'à l'extérieur qu'il faut agir.

D. LE CAS DES DROGUES LÉGALES

- Le problème des addictions dépasse le périmètre de l'usage des substances illicites. La consommation abusive d'alcool et de tabac est un problème de santé publique bien plus grave, et ce d'autant plus qu'elle s'inscrit souvent dans le cadre d'une polytoxicomanie. En ce qui concerne l'**alcool**, la consommation générale baisse mais les comportements à risques augmentent : selon les résultats du dernier baromètre santé de l'Inserm, 9 % des adultes sont des buveurs à risque chronique ; cette proportion atteint 14 % chez les dix-huit/vingt-cinq ans. La mortalité liée à l'alcool est évaluée à trente mille décès par an.

- Après une baisse jusqu'en 2005, la proportion des **fumeurs** quotidiens est en hausse et représente aujourd'hui 30 % des adultes, en raison notamment d'une augmentation de la consommation chez les femmes. La dépendance au tabac reste élevée : 35 % des fumeurs quotidiens présentent des signes de dépendance moyenne et 18 % des signes de forte dépendance. Près de soixante mille décès sont attribuables chaque année au tabac, à la suite de cancers ou de maladies cardio-vasculaires.

- De par leur usage, leurs effets et l'accoutumance qu'ils peuvent entraîner, les **médicaments** se transforment parfois en drogues. Les psychotropes prescrits dans le cadre du traitement des troubles psychiques font l'objet de détournements et alimentent des trafics. La surconsommation française en la matière est d'ailleurs parfois avancée pour expliquer la relative faiblesse de la consommation de produits illicites dans notre pays, en comparaison avec la situation de nos voisins. Cette forme d'addiction doit faire l'objet d'une attention accrue, en particulier en matière de prévention car elle est moins visible et plus diffuse que la consommation de produits illicites.

Le mésusage des **traitements de substitution aux opiacés** que sont la méthadone ou la buprénorphine haut dosage (BHD) est également un phénomène qui concernait, selon l'OFDT, 5 % de leurs utilisateurs en 2004. Il y a, en France, environ cent trente mille usagers de drogues qui suivent actuellement un tel traitement qui est, pour 80 % d'entre eux, à base de BHD (Subutex et médicaments génériques), dont la prescription peut se faire en

médecine de ville. Sans remettre en question le caractère absolument indispensable de ces outils de soin dans le cadre de la politique de santé publique venant en aide aux usagers de drogues, il conviendrait d'assurer un meilleur accompagnement des personnes sous traitement afin de détecter rapidement ce genre de comportements et d'y apporter une réponse appropriée.

Enfin, aux marges de la légalité se situent les travaux des « *drug designers* » qui ont pour but de contourner les interdits en proposant des **drogues de synthèse nouvelles** qui, faute d'une classification adaptée, ne sont pas illégales lors de leur mise en vente. Ces chimistes mettent au point des molécules très proches de celles qui sont à l'origine des principaux stupéfiants, sans pour autant faire l'objet d'une interdiction. Le droit ayant toujours un temps de retard sur la mise en vente de ces produits, plusieurs mois s'écoulent entre leur apparition et leur classement parmi les drogues illicites. La vigilance s'impose face à ces tentatives malhonnêtes d'exploitation de failles juridiques qui exposent les utilisateurs à un risque sanitaire important car les effets secondaires de ces produits ne sont jamais connus à l'avance.

II. UNE POLITIQUE TRANSVERSALE QUI NE MET PAS SUFFISAMMENT L'ACCENT SUR LA PRÉVENTION ET LA RÉDUCTION DES RISQUES FACE AUX NOUVELLES ADDICTIONS ET AUX MENACES TRADITIONNELLES

Selon le document de politique transversale annexé au projet de loi de finances pour 2012, la politique de lutte contre les drogues et les toxicomanies mobilise 1,05 milliard d'euros provenant de vingt-deux programmes budgétaires. Le financement par l'assurance maladie des centres de soins, d'accompagnements et de prévention en addictologie (Csapa) et des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (Caarud) s'élève à 315 millions d'euros. Néanmoins, malgré cette volonté d'affichage et le regroupement de crédits qui peuvent apparaître disparates dans un ensemble plus cohérent, votre rapporteure considère que les orientations de cette politique ne semblent pas de nature à apporter une réponse appropriée au problème des toxicomanies en France. C'est d'ailleurs, on l'a vu, plus la lutte contre les addictions en général que celle contre les drogues et les toxicomanies qui devrait être privilégiée.

A. UNE FOCALISATION SUR L'APPLICATION DE LA LOI QUI, TROP RIGIDE, SE RÉVÈLE NÉFASTE

Depuis 2007, la Miltt a placé comme priorité première de la politique intergouvernementale de lutte contre la drogue la stricte application de la loi, c'est-à-dire **la répression du trafic et de la consommation de stupéfiants**. Il est incontestable qu'il faut agir avec tous les moyens de l'Etat, et en coopération avec nos partenaires internationaux si nécessaire, contre les réseaux qui organisent l'acheminement et la revente de drogues illicites en France. Il n'est pas acceptable non plus que certains lieux, certains quartiers deviennent des zones de non-droit sous le contrôle de trafiquants cherchant à faire prospérer leur commerce. La stratégie adoptée, qui vise à confisquer le patrimoine des personnes condamnées afin de limiter leur capacité à poursuivre ensuite leur activité semble montrer des résultats satisfaisants.

En vertu de l'article L. 3421-1 du code de la santé publique, l'usage illicite de l'une des substances ou plantes classées comme stupéfiants est puni d'un an d'emprisonnement et de 3 750 euros d'amende. Le simple usage de drogue constitue un délit, sans différenciation du produit consommé. Toutefois, le comportement des forces de l'ordre à l'égard de ce délit a évolué à partir de 2007. Comme l'a montré la Cour des comptes dans son rapport de juillet 2011 consacré à l'organisation et à la gestion des forces de sécurité publique, la lutte contre le trafic de stupéfiants a fait l'objet ces dernières années d'un pilotage statistique, axé sur la répression de la consommation, avec comme indicateurs de résultats le nombre de faits constatés et de gardes à vue prononcées.

Une véritable dérive en la matière a été observée par la Cour selon laquelle, « *pour améliorer leurs résultats quantitatifs notamment en matière d'élucidation, les services ont accordé une priorité croissante à la constatation de l'infraction la moins lourde, l'usage simple de produits stupéfiants sans revente, au détriment de la recherche et de l'interpellation des auteurs d'usage-revente et indirectement du démantèlement des réseaux de trafiquants¹* ». Ne s'attaquant pas directement aux véritables racines de la toxicomanie, qui sont les fournisseurs de produits illicites et les organisations dont ils dépendent, la politique de lutte contre la drogue semble donc se concentrer, sur le terrain, **sur les plus vulnérables, c'est-à-dire les consommateurs.**

Cette politique du chiffre a des conséquences néfastes pour le suivi sanitaire des toxicomanes. En effet, l'incarcération des usagers de drogues est repartie à la hausse à partir de 2008, en rupture avec la politique conduite jusqu'au milieu des années 2000. Les infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS) représentaient 14 % des condamnations prononcées en 2009, soit 127 582 infractions sanctionnées par 46 603 condamnations. Elles ont surtout donné lieu à 9 351 peines de prison ferme, dont 2 625 simplement pour usage illicite².

Il en découle une vision archaïque du toxicomane, celle d'un criminel en puissance qu'il convient d'éloigner de la société. Surtout, cela a pour conséquence, en plus de stigmatiser une population déjà précarisée, soit de la conduire en un lieu, la prison, dont on a vu qu'il n'était pas adapté au suivi des personnes souffrant d'une addiction et qu'il augmentait même les comportements à risques, soit de l'éloigner des centres de suivi et de traitement, ce qui rend moins efficace la politique menée en matière de réduction des risques.

Alors qu'il convient de rendre plus efficaces les actions de prévention afin de toucher un public plus large, la politique actuellement menée marginalise les usagers. La plupart des ILS concernent la consommation de cannabis : il est proposé aux personnes arrêtées dans ce cadre de suivre des stages payants de sensibilisation aux dangers de l'usage de stupéfiants. Ceux-ci ne constituent pas l'outil de prévention approprié car ils n'offrent pas une prise en charge individualisée et approfondie comme pouvaient le faire les consultations jeunes consommateurs proposées auparavant. La solution au problème de la toxicomanie ne passe pas par l'incarcération des usagers mais, au contraire, par un meilleur accompagnement et leur réinsertion progressive dans la société.

C'est pour ces raisons qu'il conviendrait de modifier la répartition des critères de distribution des crédits provenant du fonds de concours de la Mildt. Actuellement, 35 % vont à la police, 25 % à la gendarmerie, 20 % à la justice, 10 % aux douanes et 10 % aux actions de prévention. Cette dernière fraction est bien sûr trop faible et mériterait de bénéficier d'un rééquilibrage à son profit.

¹ *Cour des comptes, Organisation et gestion des forces de sécurité publique, juillet 2011, p. 36.*

² *Ministère de la justice et des libertés, Les condamnations de l'année 2009, p. 57.*

B. LE RÔLE INDISPENSABLE DES ACTEURS ASSOCIATIFS ENCORE TROP SOUVENT NÉGLIGÉ

L'importance des associations dans la prévention, la réduction des risques et le suivi de l'évolution des toxicomanies en France ne saurait être sous-estimée. Dans ce contexte, la coupure qui semble exister entre la Mildt et le tissu associatif, regrettée et dénoncée lors de plusieurs des auditions menées par votre rapporteure, ne peut que nuire à l'efficacité des politiques de lutte contre les addictions.

Relais de première importance des réalités de terrain, les associations ont joué un rôle central dans la lutte contre les urgences sanitaires des années 1980 et 1990, notamment l'apparition et la propagation rapide du sida parmi les usagers de drogues. Elles ont été en pointe lorsqu'il s'est agi de bâtir en France une véritable politique de réduction des risques et ont poussé à un changement des politiques en matière de dépistage, d'échange de seringues et de mise en œuvre de traitements de substitution.

Leur engagement a contribué à relancer le débat public sur la question du traitement des addictions et à susciter des mobilisations collectives face aux crises de santé publique de ces vingt dernières années. Elles sont à l'origine de propositions novatrices qui ont modifié la perception et le traitement du problème de la toxicomanie. Par leur action, elles contribuent à sensibiliser les populations les plus à risques et les nouvelles générations d'usagers de drogues, souvent peu touchées par les campagnes officielles.

C'est pourquoi, pour lutter efficacement contre l'épidémie d'hépatite C qui a pris des proportions très importantes ces dernières années, de nombreuses associations prônent l'**ouverture de salles de consommation supervisées**, sur le modèle de ce qui a déjà été expérimenté chez certains de nos voisins (Suisse, Espagne, Allemagne). Les élus locaux de plusieurs grandes villes de tous bords politiques, comme Paris, Marseille et Bordeaux, se sont déjà portés volontaires pour participer à une telle expérimentation. Ces salles sont un outil de prévention, mais également un moyen d'entrer en relation avec les usagers, de mieux connaître leurs habitudes et leurs besoins et de les orienter, s'ils le souhaitent, vers des structures de soin.

Cette formule, qui a causé de vifs débats l'an dernier avant d'être rejetée par la mission d'information sur les toxicomanies¹, **mérite d'être traitée non d'un point de vue moral mais d'un point de vue pragmatique**, celui de la réduction du risque pour les usagers et des nuisances pour la société. Alors que dans de nombreuses villes, les toxicomanes les plus précaires consomment des produits illicites dans l'espace public, il est nécessaire de diminuer les troubles à l'ordre public que cela occasionne, tout en sachant que l'emprisonnement de ces personnes ne constitue pas la solution appropriée. La recrudescence de conduites à risques en matière d'usage

¹ *Toxicomanies : rejeter la fatalité, renouveler les stratégies, rapport de la mission d'information sur les toxicomanies, tome I, p. 179.*

intraveineux montre les limites des politiques actuelles de réduction des risques. **Votre rapporteure invite donc à la création, dans un cadre expérimental, d'un nombre limité de ces structures** afin d'évaluer l'aide qu'elles apporteraient à un public très précaire.

Le monde associatif est un acteur de premier plan de la prévention contre les dangers et les dérives de la toxicomanie. Il n'est toutefois pas suffisamment associé à la définition de la politique publique en la matière. Votre rapporteure le regrette et suggère au Gouvernement de le consulter dans le cadre de la préparation du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2012-2015 mais également de manière plus régulière, dès lors qu'une évolution des modalités de l'action publique dans ce domaine est envisagée.

C. S'INSPIRER DES CONCLUSIONS DE L'EXPERTISE COLLECTIVE DE L'INSERM

A la demande de Roselyne Bachelot-Narquin, alors ministre de la santé, l'institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) a conduit en 2010 une expertise collective, c'est-à-dire un travail d'analyse critique et de synthèse de la littérature scientifique internationale, sur la réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues.

Cette étude dresse un état des lieux des connaissances en la matière et recense les bonnes pratiques et les expériences étrangères qui ont permis de réduire les conséquences sanitaires négatives de la toxicomanie afin d'offrir des pistes d'action au pouvoir politique. Contrairement à l'exploitation médiatique qui en a été faite et qui s'est focalisée sur la question des centres d'injection supervisés (CIS), elle présente un panorama très large de la réduction des risques et contient de nombreuses propositions qui, si elles étaient mises en œuvre, constitueraient des avancées majeures.

Alors qu'il est indispensable que la politique de prévention soit fondée sur la réalité des risques constatés, le travail de l'Inserm met en lumière les insuffisances de cette politique en France, notamment dans le milieu pénitentiaire. Il souligne également les inégalités territoriales qui existent en matière de répartition des structures d'accueil et de traitement des toxicomanes, les Caarud, établissements médico-sociaux financés par la sécurité sociale dits « à bas seuil d'exigence », et les Csapa. En 2010, il n'y avait pas de Caarud dans vingt-cinq départements, et deux départements n'avaient ni Caarud ni Csapa. De même, il convient de mettre en adéquation les dispositifs existants et les besoins des usagers de drogues et d'offrir une couverture plus large à des publics qui, tels les plus précaires ou les immigrés clandestins, en sont aujourd'hui exclus.

Selon l'Inserm, les améliorations à apporter sont de deux natures : il faut tout d'abord définir un cadre pour faire évoluer les actions de réduction des risques puis, ce qui en est complémentaire, développer la recherche, les

études de terrain et l'évaluation des nouveaux outils qui participent à cette réduction des risques. Cette politique rénovée, reposant sur une égalité d'accès aux outils de prévention et aux traitements de substitution, doit être adaptée à l'évolution des substances et aux nouveaux modes de consommation. Elle doit s'accompagner d'expérimentations strictement encadrées de mesures qui, comme les programmes d'échange de seringues en leur temps, ont pu susciter, dans un premier temps, des réticences. C'est le cas des CIS qui, s'ils ont permis, là où ils ont été expérimentés, une réduction des risques liés à l'injection et amélioré l'accès aux soins, doivent s'inscrire dans un dispositif plus large de suivi des toxicomanes et être le résultat d'une concertation entre tous les acteurs concernés.

L'Inserm propose également d'améliorer le suivi médical et social des usagers de drogues et d'individualiser les traitements de substitution qui leur sont proposés. Il est par ailleurs urgent de mettre au point une **politique de réduction des risques spécifique aux femmes**, du fait des conséquences particulières auxquelles elles sont exposées, notamment en cas de grossesse. Enfin, la prévention devrait être recentrée, envers les jeunes usagers, sur des actions visant à prévenir le passage à l'injection : on estime en effet que les contaminations par le VIH ou l'hépatite C surviennent majoritairement au cours des deux premières années de consommation de drogues par cette voie.

Votre rapporteure déplore donc que les conclusions de ce travail scientifique de référence n'aient pas, pour l'instant, été reprises par ceux qui l'ont commandé. Elles pourraient pourtant utilement alimenter la nécessaire réflexion pour diminuer l'usage des drogues et la toxicomanie et surtout être intégrées au prochain plan gouvernemental dédié à cette lutte.

D. INSCRIRE LA RÉDUCTION DES RISQUES DANS LE CADRE PLUS LARGE DU TRAITEMENT DES NOUVELLES TOXICOMANIES

La réduction des risques repose sur l'idée qu'il faut offrir aux personnes souffrant d'une addiction des mesures de santé publique adaptées à leurs besoins et qui correspondent à leur mode de vie. Il ne faut pas qu'elles soient imposées de l'extérieur.

La France a ceci de particulier qu'elle l'a inscrite au cœur de sa politique de santé nationale depuis la loi du 9 août 2004 relative à la santé publique. Selon l'article L. 3121-4 du code de la santé publique qui en résulte, « *la politique de réduction des risques en direction des usagers de drogue vise à prévenir la transmission des infections, la mortalité par surdose par injection de drogue intraveineuse et les dommages sociaux et psychologiques liés à la toxicomanie par des substances classées comme stupéfiants* ».

Cette approche assure la pérennité de cette politique et a contribué à l'amélioration de la situation sanitaire des usagers de drogues jusqu'au milieu des années 2000. Elle reste toutefois, au moins dans les textes, exclusivement centrée sur la consommation de produits stupéfiants et ne prend pas en compte

les problématiques liées aux nouvelles formes d'addiction. Ainsi, la question de la prévention dans le monde du travail, où la consommation de drogues peut mettre en danger la sécurité des salariés, est encore insuffisamment traitée : les initiatives en la matière sont trop rares.

Plus encore, **les addictions sans substance**, si elles sont identifiées depuis de nombreuses années, sont récemment devenues un sujet de préoccupation pour les professionnels, notamment du monde médical, qui traitent des questions d'addiction en général, et ce alors que certains interdits sont progressivement assouplis. L'usage excessif d'internet et des jeux vidéo par certains adolescents est une source d'inquiétude supplémentaire, malgré les connaissances scientifiques limitées de ce phénomène, car les risques qu'ils font courir ne doivent pas être sous-estimés.

L'exemple des **jeux d'argent en ligne** est l'illustration la plus marquante de cette situation. La loi n° 2010-476 du 12 mai 2010 a ouvert à la concurrence le secteur des jeux d'argent et de hasard en ligne et a organisé sa régulation, sous la supervision de l'autorité de régulation des jeux en ligne (Arjel). Elle a également prévu la création d'un comité consultatif des jeux, accompagné d'un observatoire, afin d'assurer un suivi des conséquences économiques, sociales et de santé publique de cette réforme.

Ce n'est pas anodin car, selon les experts auditionnés par votre rapporteure, l'addiction au jeu est de même ampleur que l'usage problématique de drogues : plus de deux cent mille personnes seraient concernées. Qui plus est, les comorbidités sont nombreuses : un lien est souvent constaté avec des addictions à d'autres produits, en particulier l'alcool. Enfin, les conséquences financières pour le joueur et sa famille peuvent être très graves en raison du risque accru de surendettement qui peut en résulter. Le jeu pathologique est donc un problème de santé publique majeur, au même titre que la consommation abusive de stupéfiants.

La légalisation des jeux de poker et des paris hippiques et sportifs en ligne a donné lieu à une augmentation importante de la publicité en faveur de ces activités. Comme le conseil supérieur de l'audiovisuel (CSA) l'a noté dans le rapport sur les conséquences de cette publicité qu'il a récemment remis au Parlement en application de l'article 8 de la loi de 2010, des dérives ont été constatées, notamment la dénaturation, par la promotion des paris sportifs, du contenu de certaines émissions consacrées au sport.

La question des **addictions comportementales** mériterait donc d'être mieux intégrée dans la politique de réduction des risques en France, comme l'expérience en a été faite dans le cadre de l'ouverture à la concurrence du secteur des jeux d'argent en ligne. Il serait donc légitime qu'elles entrent dans le champ de compétence de la Milt, afin que celle-ci réoriente son action et ses moyens - qu'il conviendrait de renforcer - vers une politique de prévention et de traitement des addictions en général et de coordination des moyens ministériels de santé publique y concourant.

*

* *

En raison de la répartition, de l'utilisation et de l'insuffisance des crédits de l'action « Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt) » du programme « Coordination du travail gouvernemental » de la mission « Direction de l'action du Gouvernement », la commission a donné un avis défavorable à leur adoption.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

Réunie le **mardi 29 novembre 2011**, sous la **présidence d'Annie David, présidente**, la commission procède à l'**examen du rapport pour avis de Laurence Cohen sur l'action « Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt) » du programme « Coordination du travail gouvernemental » de la mission « Direction de l'action du Gouvernement » du projet de loi de finances pour 2012.**

Laurence Cohen, rapporteure pour avis. - La mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt), dont le budget est d'un peu moins de 24 millions d'euros en 2012, comme en 2011, coordonne la politique gouvernementale en la matière et en définit les orientations générales. Plusieurs réformes récentes, notamment la loi « Warsmann » du 9 juillet 2010, ont renforcé l'approche patrimoniale de la lutte contre les trafiquants de drogues : le fonds de concours dont la Mildt bénéficie, alimenté par le produit de la revente des avoirs saisis aux personnes condamnées, est ainsi passé de 7,8 millions en 2008 à 21 millions en 2010. Il ne faudrait pourtant pas que sa croissance encourage l'Etat à se désengager, comme cela s'est produit entre 2009 à 2011. Surtout, sa répartition devrait être axée sur la prévention, trop souvent négligée.

L'année 2011 a été marquée par le départ controversé du directeur de l'observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), opérateur rattaché à la Mildt chargé du recueil et de l'analyse des données relatives à la toxicomanie. Lors de mes auditions, certains se sont inquiétés de l'indépendance de cet organisme : son conseil scientifique ne s'est pas réuni depuis 2009 et ne sera renouvelé qu'en avril prochain. Or, ses travaux ne doivent pas être entachés d'un soupçon de partialité. Pourquoi ne pas envisager une séparation complète de la Mildt et de l'OFDT afin de consacrer l'indépendance de ce dernier ?

Le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies, engagé en 2008, s'achève cette année. Ses cent quatre-vingt-treize mesures se répartissent entre prévention, communication ; information ; application de la loi, soins, insertion sociale, réduction des risques ; formation, observation, recherche ; coopération internationale. Malgré une approche équilibrée sur le papier, il s'est révélé essentiellement répressif, ce qui n'a pas empêché la résurgence de la consommation de certaines drogues. La Mildt devrait concilier l'application de la loi avec une véritable stratégie de santé publique.

Cela s'avère d'autant plus indispensable que la consommation de drogues, si elle n'est plus la même qu'il y a dix ans, ne diminue pas. Avec 1,2 million d'utilisateurs réguliers, dont 550 000 quotidiens, le cannabis est le produit stupéfiant le plus consommé. Depuis 2002, la consommation des jeunes connaît une légère baisse mais, en 2010, un tiers des adultes déclarait en avoir déjà consommé.

Plus inquiétant, la banalisation de la cocaïne est avérée : sa consommation, en hausse depuis dix ans, a surtout concerné les jeunes adultes : en 2010, 2,5 % d'entre eux en aurait consommé, soit près de 400 000 utilisateurs.

La consommation d'héroïne est le fait de publics fragiles et souvent jeunes. La prévention doit être renforcée, du fait des risques de surdose et de transmission des virus du sida ou de l'hépatite C.

Au total, l'usage problématique de drogues concerne 230 000 personnes, dont 74 000 utilisateurs mensuels d'héroïne et 81 000 utilisateurs mensuels par voie intraveineuse. Souvent associée à des phénomènes de polytoxicomanie et à des troubles psychiatriques, il affecte des populations marginalisées, dont la répression ne fait qu'aggraver les difficultés sociales.

La situation sanitaire des utilisateurs de drogues est critique. Le taux des surdoses mortelles, qui avait baissé de 80 % entre 1994 et 1999, augmente depuis le milieu des années 2000 : plus de trois cents cas par an. Le VIH est désormais mieux dépisté et traité. En revanche, la France est confrontée à une véritable épidémie d'hépatite C. La prévalence de ce virus chez les utilisateurs de drogues par voie intraveineuse est d'environ 60 %. Malgré la mise en place de programmes d'échange de seringues et le développement des traitements de substitution, le partage des accessoires de consommation propage cette maladie qui causerait entre deux mille et quatre mille décès par an.

Critique, la situation sanitaire au sein des prisons suscite chez bon nombre d'associations et de professionnels une indignation que je partage, de même que j'approuve le diagnostic fait par la mission commune d'information Sénat-Assemblée nationale sur les toxicomanies, dont le corapporteur était notre collègue Gilbert Barbier : la prison multiplie par dix le facteur de risques relatif à l'hépatite C. Des programmes d'échange de seringues devraient y être expérimentés et la continuité des soins pour les détenus toxicomanes garantie.

Par ailleurs, les addictions aux substances licites mériteraient d'être mieux traitées par la Mldt. Si la consommation générale d'alcool baisse, les comportements à risques augmentent, surtout chez les jeunes avec des phénomènes d'alcoolisation massive. La proportion de fumeurs quotidiens, en hausse, atteint 30 % des adultes. Le mésusage des médicaments et des traitements de substitution aux opiacés est une réalité : les personnes sous traitement devraient être accompagnées afin de détecter les comportements à risques.

La focalisation sur la répression, qui est au cœur de la politique en matière de lutte contre la drogue et la toxicomanie, peut se révéler néfaste. La lutte contre les trafiquants est certes indispensable mais il faut rappeler que la simple consommation d'une drogue reste un délit passible d'un an d'emprisonnement et de 3 750 euros d'amende. La Cour des comptes a sur ce point dénoncé certaines dérives des services de police : la politique du chiffre les incite à interpellier de simples consommateurs au détriment de trafics plus complexes. En conséquence, l'incarcération des usagers de drogues est repartie à la hausse, avec 2 625 peines de prison ferme prononcées en 2009 pour usage illicite. Or, cette politique répressive éloigne les toxicomanes des dispositifs de prévention et de soin.

Appuyons-nous davantage sur les associations. Leurs efforts, durant les années 1980 et 1990, pour l'échange de seringues ou les traitements de substitution, ont porté leurs fruits ; elles sont les mieux à même de toucher les populations les plus fragiles, les plus marginales et donc les moins susceptibles de bénéficier des actions de prévention officielles. Elles ont aussi demandé l'ouverture de salles de consommation supervisées, sur le modèle de ce qui a été expérimenté chez certains de nos voisins. Quoique la mission d'information interparlementaire sur les toxicomanies ne l'ait pas jugée opportune, cette question mériterait d'être traitée d'un point de vue non pas moral mais pragmatique, afin de réduire les risques pour les usagers et les nuisances pour la société. La recrudescence des conduites à risque en matière d'usage intraveineux montre la limite des politiques actuelles. C'est pourquoi une évaluation des besoins est nécessaire et des expérimentations seraient les bienvenues. Fait important, des collectivités locales de toutes sensibilités politiques sont volontaires : reste à en établir de manière concertée le cadre juridique.

Sans trancher la question, une étude de l'Inserm sur la réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues relevait l'an dernier le caractère bénéfique de ces centres de consommation supervisés, pour les usagers comme pour la communauté. Elle contenait d'ailleurs de nombreuses autres recommandations qui ont malheureusement été passées sous silence, alors qu'elles pourraient servir au plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2012-2015, dont l'élaboration est en cours.

Ce travail de l'Inserm démontre les insuffisances de la politique de prévention en France. Certains départements ne disposent d'aucune structure d'accueil « à bas seuil d'exigence », c'est-à-dire ouvertes à tous les usagers de drogues, et qui permettent de dispenser d'utiles conseils. Les dispositifs existants ne correspondent pas toujours aux besoins des toxicomanes. Une politique rénovée reposant sur l'accès à la prévention et aux soins et adaptée aux nouveaux modes de consommation est donc nécessaire. Alors que le nombre de jeunes consommatrices augmente, l'Inserm souligne l'urgence d'une politique de réduction des risques spécifiques aux femmes, qui sont exposées à des risques particuliers (violence, prostitution, grossesse).

Je regrette que les conclusions de ce travail scientifique de référence n'aient pas, pour l'instant, été reprises par ceux qui l'ont commandé.

Les nouvelles formes d'addiction mériteraient également une attention accrue. Ces addictions sans substance constituent une véritable question de santé publique : il y aurait à peu près autant de personnes victimes d'une addiction au jeu que d'usagers problématiques de drogues, soit environ 200 000 personnes. Les comorbidités sont fréquentes et les conséquences financières extrêmement graves pour les familles. Les addictions comportementales devraient donc entrer dans le champ de compétence de la Mildt qui, jusqu'à présent, n'a pas fait preuve d'un grand intérêt en ce domaine.

Depuis le tournant répressif pris en 2007, la priorité n'est plus donnée à la prévention ni à la réduction des risques, d'où la dégradation de la situation sanitaire. L'emprisonnement des toxicomanes ne résoudra rien et la multiplication des arrestations de consommateurs pour gonfler les statistiques policières n'est pas acceptable.

J'émetts le vœu que, pour la période 2012-2015, une nouvelle orientation soit donnée à cette politique. Comme il n'est pas souhaitable de conforter les choix actuels et comme les crédits de l'Etat sont insuffisants, je vous propose d'émettre un avis défavorable à l'adoption des crédits de la Mildt.

Jean Desessard. - *Pourquoi parler de consommateurs mensuels dans votre présentation statistique ? Vous dites aussi que le nombre de fumeurs a augmenté : l'augmentation des prix du tabac n'aurait-elle donc pas été dissuasive ? Enfin, pouvez-vous nous en dire plus sur les salles de consommation supervisées mises en œuvre à l'étranger ?*

Ronan Kerdraon. - *Je salue la qualité de votre rapport, madame la rapporteure. Moi aussi, j'aimerais en savoir plus sur les salles de consommation supervisées expérimentées chez nos voisins. Nous devons en effet aller un peu plus loin.*

Isabelle Pasquet. - *Je partage le sentiment, exposé lors de cette excellente présentation, que la politique répressive menée par la Mildt depuis 2007 n'est pas satisfaisante. Je n'ai pas voté le rapport de la mission commune d'information Assemblée Nationale-Sénat sur les toxicomanies car j'estimais qu'en matière d'expérimentation, notamment pour les salles de consommation supervisées, il fallait franchir un pas supplémentaire. Il est temps d'aborder ces sujets frontalement en évitant de refaire les erreurs qui ont pu intervenir chez nos voisins.*

Christiane Demontès. - *Ce rapport a le grand mérite de balayer l'ensemble des addictions. Les jeunes consomment de plus en plus tôt diverses substances qui entraînent des troubles du comportement et de la personnalité. Or, la prévention a disparu de la politique de la ville et des établissements scolaires, faute de crédits, et la réduction programmée de la médecine*

scolaire ne va pas améliorer les choses. Vous avez également bien fait, madame la rapporteure, d'insister sur les dangers de la consommation des produits licites, surtout chez les jeunes qui s'exposent à de graves conséquences physiques et mentales.

René-Paul Savary. - *A mon tour, je salue la qualité de ce rapport en regrettant toutefois qu'il ne signale pas que les crédits augmentent très légèrement. En cette période de vaches maigres, c'est un point positif.*

La drogue ne touche pas que les quartiers urbains : médecin dans une petite commune, je puis vous assurer que les addictions concernent aussi le monde rural. Comment réagir en présence de ces comportements ? Il faut susciter une prise de conscience citoyenne : signaler n'est pas dénoncer. Les travailleurs sociaux et les établissements scolaires doivent être alertés afin que la chaîne de signalisation ne connaisse pas de rupture et que ces jeunes ne restent pas isolés.

Ces produits stupéfiants ont de terribles conséquences psychiatriques : en trente ans, le nombre de jeunes schizophrènes a considérablement augmenté. L'on commence également à parler de cancers dus à la consommation de cannabis. Il ne faudrait pas que l'on attende comme on l'a fait pour le tabac, des études seraient donc plus que souhaitables.

Les nouvelles conduites addictives, c'est aussi les jeux informatiques, pour lesquels une prévention distincte reste à inventer.

Après m'être bien interrogé, je ne suis pas favorable aux salles de consommation supervisées : comme pour la sécurité routière, la prévention ne peut pas tout. A un moment, il faut aussi du répressif si l'on veut modifier les comportements. Bref, il faut trouver un juste milieu entre répression et prévention, étant entendu que celle-ci doit frapper les vendeurs, plutôt que les consommateurs.

Laurence Cohen, rapporteure pour avis. - *Monsieur Desessard, les statistiques européennes font référence à des consommations mensuelles, ce qui explique les chiffres que je vous ai exposés. Pour ce qui est des fumeurs, leur nombre a effectivement augmenté de deux points entre 2005 et 2010, passant de 28 % à 30 %. La hausse du prix du tabac n'a donc pas eu l'effet escompté.*

Pour ce qui concerne les salles de consommation supervisées, voici quelques chiffres : il y a quarante-cinq salles dans trente villes en Hollande, vingt-cinq dans seize villes en Allemagne, douze dans huit villes en Suisse, six dans trois villes en Espagne, une au Luxembourg et une en Norvège. L'Australie et le Canada en ont aussi, mais pas autant. Je regrette que le débat de l'an dernier se soit tout de suite porté sur le plan moral. Certes, les salles de consommation ne sont pas la solution miracle, mais des expérimentations auraient permis d'y voir plus clair et surtout de renouer le contact avec ces publics fragiles. A l'heure actuelle, la propagation de l'hépatite C est spectaculaire et il n'y a aucun suivi, contrairement à ce qui a

été fait pour le sida. La prévention ne peut se borner à des messages d'informations d'un format comparable aux films publicitaires et qui n'ont d'ailleurs aucun impact sur le public concerné.

La précédente présidente de la Mildt avait à juste titre lancé une campagne intitulée « Savoir plus pour risquer moins ». Les toxicomanes doivent en effet connaître les risques pour eux-mêmes, mais aussi pour leur entourage. Or, pour prévenir, il faut du personnel compétent, pas seulement des gendarmes. Les opérations coup de poing dans les collèges sont extrêmement traumatisantes et ne peuvent s'apparenter à une politique de prévention.

On ne m'a pas parlé des effets cancérigènes du cannabis lors de nos auditions. Une étude de l'Académie de médecine révèle néanmoins l'existence d'une corrélation mais qui appellerait sans doute des recherches plus approfondies.

Claire-Lise Champion. - *Je partage l'analyse de ce rapport très complet sur le mésusage des médicaments et sur le manque d'informations : on laisse trop souvent les intéressés livrés à eux-mêmes.*

J'entends bien les arguments de M. Savary sur la répression, mais il est inacceptable d'augmenter le nombre d'interpellations de consommateurs de drogue à seule fin statistique.

Patricia Schillinger. - *J'ai pris grand intérêt à entendre cette présentation exhaustive. Les conseils généraux, et le mien tout particulièrement, sont attachés à la prévention, mais les crédits sont en baisse et l'Etat se désengage, ce qui ne permet plus de faire de prévention en milieu scolaire. Il ne faudrait pas non plus oublier le monde de l'entreprise où des adultes, des cadres, sont touchés...*

Catherine Génisson. - *Toutes les professions sont touchées !*

Patricia Schillinger. - *Et que dire des prisons ! Certains détenus entrent sans avoir jamais consommé de drogues et ressortent dépendants ! Avez-vous entendu hier cette mère qui témoignait à la télévision et qui disait qu'il fallait se débarrasser des dealers au lance-flamme, plutôt qu'au karcher ? Certains parents n'en peuvent vraiment plus !*

Jean-Louis Lorrain. - *Les conseils généraux financent des programmes de prévention, mais si le périmètre de leurs missions se réduit, je crains de grandes difficultés pour les années à venir.*

Que savez-vous des nouveaux produits de synthèse qui semblent très toxiques ? Le Subutex ne devient-il pas une drogue comme une autre ?

Si nous n'avons pas voulu de salles de consommation supervisées, ce n'était pas par dogmatisme ou par souci moralisateur. Mais, les frontaliers que nous sommes le savent bien, certaines politiques ont montré leurs limites, je pense en particulier à l'ouverture catastrophique des parcs aux toxicomanes en Suisse.

Le schéma de santé mentale et le travail des ARS sur la lutte contre les toxicomanies doivent s'inscrire dans des programmes de prévention et de santé publique.

Catherine Génisson. - *Je reviens un instant sur la corrélation entre le cannabis et le cancer pour rappeler que le cannabis est parfois prescrit en soins palliatifs, afin de lutter contre la douleur.*

Les drogues de synthèse ne sont pas toutes interdites alors qu'elles peuvent avoir des effets neurotoxiques effrayants. Je n'évoquerai pas plus avant la prévention, sinon pour souligner que la loi « Warsmann » mériterait que l'Etat y consacre plus de moyens.

La Mildt devrait tenir compte du fait qu'un toxicomane doit être suivi vingt quatre heures sur vingt quatre, ce qui implique des moyens considérables. Je comprends le cri de désespoir d'une mère rapporté par Patricia Schillinger : on ne dit pas assez que les proches, la famille d'un toxicomane, connaissent l'enfer lorsqu'ils sont confrontés à cette situation dramatique.

Anne-Marie Escoffier. - *Dans les crédits de paiement de la Mildt, est-il possible de distinguer ce qui relève de la prévention ?*

Je partage pleinement l'analyse selon laquelle les associations ont un grand rôle à jouer et pourtant, elles sont en train de mourir, faute de crédits.

Les addictions sont en effet de plus en variées : n'est-il pas temps de modifier les missions de la Mildt en lui donnant pour objectif de lutter contre toutes les formes d'addictions ?

Vous estimez, madame la rapporteure, qu'il faudrait détacher l'OFDT de la Mildt. Serait-ce vraiment une bonne solution ? Le lien entre les deux doit cependant être préservé. Plus important, la vocation de la Mildt est, par essence, interministérielle. Manifestement, tel n'est pas le cas aujourd'hui. Comment améliorer les choses ?

Laurence Cohen, rapporteure pour avis. - *Les conséquences d'une réduction des missions des collectivités territoriales seront fort dommageables, surtout pour la prévention.*

Sur les drogues de synthèse, les chimistes, véritables drug designers, ont un pouvoir d'imagination extraordinaire, ce qui leur permet de contourner les interdictions légales et d'avoir toujours une longueur d'avance sur la législation. Or, comme l'a dit Mme Génisson, ces drogues ont de très graves répercussions sur la santé physique et mentale des consommateurs.

Je n'ai pas d'éléments précis sur la répartition des crédits de la Mildt. En revanche, je dispose des chiffres concernant le fonds de concours alimenté par le produit de la revente des avoirs des trafiquants : 35 % de ces fonds reviennent à la police, 25 % à la gendarmerie, 20 % à la justice, 10 % aux douanes et 10 % aux actions de prévention. Cela se passe de commentaires.

Modifier les missions de la Mildt ? Pourquoi pas, mais il est essentiel de préserver son caractère interministériel. Il est vrai, madame Escoffier, que depuis 2007, la Mildt semble être très proche du ministère de l'intérieur et que certaines des préoccupations du ministère de la santé n'ont pas abouti, Etienne Apaire, le président de la Mildt, ne les ayant pas prises en compte.

Le conseil d'administration de l'OFDT ne s'est pas réuni depuis 2009, ce qui donne l'impression qu'il dépend de la Mildt. Or, il faut que les scientifiques puissent travailler en toute indépendance. Le départ de son ancien président a suscité des controverses. Les données fournies ne correspondaient pas aux attentes de la Mildt. Je ne veux pas polémiquer mais rappeler que nous avons besoin de chiffres objectifs pour définir des choix politiques que nous assumerons.

***Annie David, présidente.** - La commission souhaite-t-elle suivre l'avis de sa rapporteure et se déclarer défavorable à l'adoption des crédits de la Mildt ?*

***Jean-Louis Lorrain.** - Nous nous abstiendrons.*

***Anne-Marie Escoffier.** - Moi aussi car, si j'approuve le rapport, je ne puis accepter ses conclusions, faute d'information sur la répartition des crédits de la Mildt entre prévention et répression.*

Suivant sa rapporteure, la commission émet un avis défavorable à l'adoption des crédits de la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie.

LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LA RAPPORTEURE POUR AVIS

- **Anne Coppel**, association française de réduction des risques (AFR)
- **Maud Pousset**, directrice de l'observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)
- **Pierre Chappard**, porte-parole du réseau français de réduction des risques
- **Docteur Didier Touzeau**, chef du pôle addictions à l'hôpital Paul Guiraud de Villejuif
- **Jean-Pierre Couteron**, président, et **Nathalie Latour**, déléguée générale de la fédération Addiction
- **Etienne Apaire**, président, et **Françoise Toussaint**, secrétaire générale de la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie
- **Jean-Michel Costes**, observatoire des jeux
- **Docteur Marc Valleur**, psychiatre, médecin-chef de l'hôpital Marmottan
- **Docteur Elliot Imbert**, secrétaire général de l'association Apothicom