



N° 3364

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

DOUZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 12 octobre 2006.

AVIS

PRÉSENTÉ

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES CULTURELLES, FAMILIALES ET SOCIALES
SUR LE PROJET DE **loi de finances pour 2007** (n° 3341)

TOME VIII

SANTÉ

PAR M. MICHEL HEINRICH,

Député.

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	7
I.- LE PROJET DE LOI PRÉVOIT UNE AUGMENTATION SIGNIFICATIVE DU BUDGET DE LA SANTÉ POUR 2007	9
A. L'ÉVOLUTION GÉNÉRALE DES CRÉDITS DE LA MISSION RÉVÈLE LA PRIORITÉ GOUVERNEMENTALE EN FAVEUR DE LA SANTÉ.....	9
B. LE RENFORCEMENT DES ACTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE ET DE PRÉVENTION EST INDISPENSABLE.....	10
1. Le plan national de lutte contre le cancer fait l'objet d'un effort conséquent.....	11
2. La lutte contre les infections sexuellement transmissibles dispose de crédits importants.....	12
3. Les moyens de la politique de santé publique progressent.....	13
<i>a) Le pilotage de la politique de santé publique est conforté.....</i>	13
<i>b) Le financement des grands plans de la politique de santé publique est assuré.....</i>	14
C. LA MODERNISATION DE L'OFFRE DE SOINS ET DE LA QUALITÉ DU SYSTÈME DE SOINS SE POURSUIT.....	15
1. La formation de qualité des professionnels de santé est une priorité gouvernementale.....	15
2. La modernisation du système de soins bénéficie de dotations importantes.....	16
II.- L'ENFER DES PARADIS ARTIFICIELS : COMMENT RENFORCER L'EFFICACITÉ DE L'ACTION PUBLIQUE EN MATIÈRE DE LUTTE CONTRE LES DROGUES ILLICITES ?	17
A. POUR FAIRE FACE À UN PROBLÈME MAJEUR DE SANTÉ PUBLIQUE, LE GOUVERNEMENT A ENGAGÉ UN PROGRAMME AMBITIEUX DE LUTTE CONTRE LES DROGUES POUR 2004-2008.....	17
1. Synonyme d'isolement et de souffrance pour l'homme, la drogue présente également un coût social élevé pour la collectivité.....	17
2. Un programme global et pluriannuel de lutte contre les drogues a été engagé en 2004.....	19

B. LA MISSION INTERMINISTÉRIELLE DE LUTTE CONTRE LA DROGUE ET LA TOXICOMANIE (MILDT) JOUE UN RÔLE MAJEUR D'IMPULSION ET DE COORDINATION DE L'ACTION PUBLIQUE.....	19
1. Instance de coordination interministérielle, la MILDT relève budgétairement de la mission ministérielle « Santé ».....	20
a) <i>La MILDT constitue l'épicentre du dispositif français de lutte contre les drogues illicites</i>	20
b) <i>La réduction optique du budget de la MILDT pour 2007 s'explique par la réaffectation d'une partie de ses crédits au programme « Santé publique et prévention »</i>	21
c) <i>Une réflexion doit être engagée sur l'amélioration de la visibilité de l'action publique en matière de lutte contre la toxicomanie</i>	23
2. Trois opérateurs participent à la mise en œuvre du programme « Drogue et toxicomanie ».....	24
a) <i>Le Centre interministériel de formation antidrogue à Fort de France (CIFAD)</i>	24
b) <i>L'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)</i>	24
c) <i>Le groupement de téléphonie sociale « Drogues alcool tabac info service » (DATIS)</i>	25
3. Les crédits de la MILDT permettent également de financer des actions d'expérimentations et de lutte contre le trafic.....	26
a) <i>La MILDT est un laboratoire d'expériences pour le compte des ministères ou des autres acteurs concernés par la drogue</i>	26
b) <i>Les moyens affectés à la lutte contre le trafic et à la coopération internationale sont significativement augmentés pour 2007</i>	27
C. LA BANALISATION DU CANNABIS N'EST PAS UNE FATALITÉ	28
1. Le cannabis est de loin la première substance illicite consommée en France, en particulier par les jeunes.....	28
2. Face à cette progression inquiétante, la prévention doit être la première des priorités.....	30
a) <i>Pour la première fois, une campagne d'information et de communication sur le cannabis a été engagée en 2005</i>	30
b) <i>La prévention des addictions en milieu scolaire constitue une avancée majeure de la loi relative à la politique de santé publique</i>	30
c) <i>Des consultations cannabis ont été mises en place</i>	31
3. L'interdit social doit être réaffirmé.....	31
D. COMMENT RÉDUIRE LES RISQUES SANITAIRES LIÉS À L'USAGE DE DROGUES, TOUT EN VEILLANT AU BON USAGE DES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION ?.....	32
1. La politique de réduction des risques a été consacrée par la loi relative à la politique de santé publique.....	32
a) <i>Les traitements de substitution ont constitué une avancée majeure en termes de santé publique</i>	32

<i>b) Ces traitements font toutefois l'objet d'un mésusage important.....</i>	33
2. L'usage des traitements de substitution doit être mieux encadré.....	34
<i>a) Le classement de la buprénorphine haut dosage (BHD) comme stupéfiant n'apparaît pas opportun</i>	35
<i>b) En revanche, la désignation d'un pharmacien chargé de délivrer les traitements, assortie le cas échéant d'un protocole de soins, constitue une mesure efficace pour veiller au bon usage.....</i>	35
<i>c) La mise en œuvre du dossier pharmaceutique et du parcours de soins contribueront à renforcer l'efficacité de ce dispositif.....</i>	35
3. Deux chantiers prioritaires en matière de réduction des risques doivent être engagés	36
<i>a) La lutte contre les hépatites</i>	36
<i>b) La diversification de l'offre de soins pour les toxicomanes</i>	36
TRAVAUX DE LA COMMISSION.....	39
ANNEXE : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES.....	43

INTRODUCTION

S’inscrivant dans le prolongement de la loi relative à la politique de santé publique et de la mise en œuvre de la réforme de l’assurance maladie, le projet de loi de finances pour 2007 marque et confirme la priorité budgétaire et politique accordée par le gouvernement au secteur de la santé, alors que les crédits de la mission ministérielle « Santé » sont en augmentation de près de 8 % par rapport à 2006.

Les crédits de cette mission permettent notamment de financer les actions destinées à lutter contre les drogues et la toxicomanie, en particulier dans le domaine de la prévention et de la coordination interministérielle, auxquelles la seconde partie du présent avis est consacrée cette année.

Le champ de cette partie thématique a été limité aux seules drogues illicites, en raison notamment des travaux importants réalisés récemment par la mission d’information de l’Assemblée nationale sur le tabac ⁽¹⁾ ainsi que par l’Office parlementaire d’évaluation des politiques de santé (OPEPS) sur les médicaments psychotropes ⁽²⁾, mais aussi des spécificités présentées par les politiques de lutte contre l’alcool.

Pour autant, la question de la toxicomanie se doit d’être envisagée dans une perspective plus générale de lutte contre les addictions – quelque’en soit leur vecteur – dont le Président de la République a annoncé qu’elle ferait l’objet d’un plan global d’ici la fin de l’année.

Car s’il serait très excessif d’affirmer que, d’une façon ou d’une autre, nous sommes tous drogués, en revanche, il est incontestable que chacun d’entre nous est potentiellement concerné, directement ou indirectement, par la question de la drogue, qui n’est pas seulement un fléau social mais aussi, et surtout, une source d’isolement, d’asservissement et de souffrance profonde pour ses victimes.

(1) Rapport n° 3353 de M. Pierre Morange au nom de la mission d’information sur l’interdiction du tabac dans les lieux publics (octobre 2006).

(2) Rapport n° 3187 de Mme Maryvonne Briot au nom de l’Office parlementaire d’évaluation des politiques de santé (OPEPS) sur le bon usage des psychotropes (juin 2006).

I.- LE PROJET DE LOI PRÉVOIT UNE AUGMENTATION SIGNIFICATIVE DU BUDGET DE LA SANTÉ POUR 2007

La mission ministérielle « Santé » comprend trois programmes d'inégale importance, qui sont respectivement consacrés à la santé publique et la prévention, à l'offre de soins et la qualité du système de soins et enfin à la drogue et à la toxicomanie (*cf. infra*, la seconde partie thématique du présent avis, qui procède à un éclairage spécifique sur les crédits de ce programme).

A. L'ÉVOLUTION GÉNÉRALE DES CRÉDITS DE LA MISSION RÉVÈLE LA PRIORITÉ GOUVERNEMENTALE EN FAVEUR DE LA SANTÉ

Pour l'année 2007, il est proposé que les crédits de la mission « Santé » s'élèvent à 427 millions d'euros en autorisations d'engagement (AE), contre 409,5 millions d'euros en 2006, et à 430,6 millions d'euros en crédits de paiements (CP), soit une augmentation de 7,8 % par rapport à 2006. Si l'on exclut les crédits issus de la réserve parlementaire des chiffres 2006 (476 200 euros sur le programme « Santé publique et prévention », 659 000 euros sur le programme « Offre de soins » et 45 450 euros sur le programme « Drogue et toxicomanie »), l'évolution est alors de 8,07 %, ce qui est considérable compte tenu de l'étroitesse des marges de manœuvre budgétaires. Le rapporteur tient à souligner cet effort important en faveur de la santé.

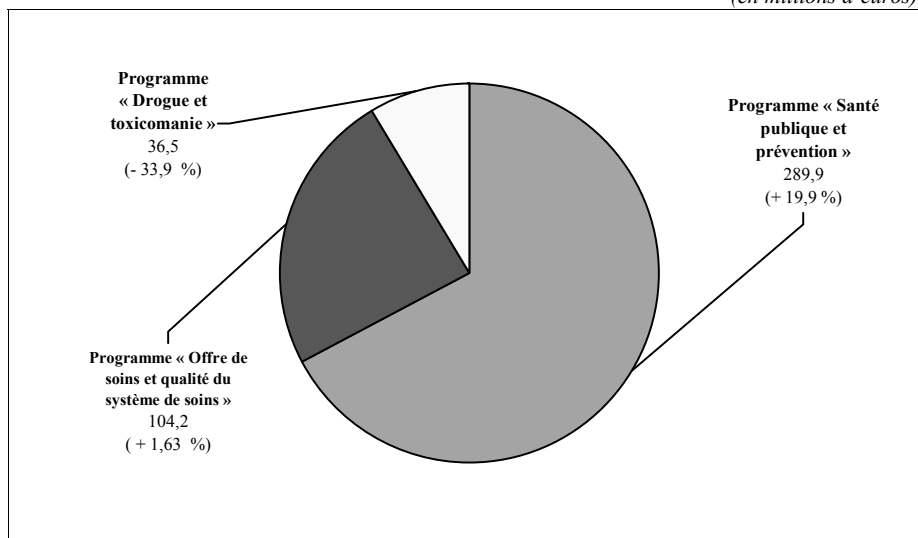
La hausse est largement imputable au financement de la dernière étape de la réalisation du Plan Cancer. Ces dépenses abondent principalement le programme « Santé publique et prévention ». Il convient cependant de rappeler que ces crédits, même en progression, ne représentent qu'une petite partie de l'ensemble des moyens affectés par la Nation à la politique de santé publique. Les régimes de l'assurance maladie et des accidents du travail, ainsi que certains opérateurs et collectivités territoriales, financent l'essentiel des dépenses de santé. De même, les dépenses fiscales qui concourent à la réalisation de ces actions représentent un effort important. Enfin, il faut évoquer les frais de personnel, qui sont imputés sur une autre mission, la mission « Solidarité et intégration ». Son programme « Conduite et soutien des politiques sanitaires et sociales », soutien commun à plusieurs missions, finance une partie des coûts des programmes de la mission « Santé ».

Sur ce dernier point, dans un contexte budgétaire qui laisse peu de marge de manœuvre financière, le gouvernement s'est engagé dans une politique globale de rationalisation des emplois publics. Le ministère de la santé et des solidarités a contribué à cet effort en supportant une suppression de cinquante emplois pour 2007. Ce chiffre constitue toutefois un arbitrage favorable au regard de la norme appliquée, qui vise au non-remplacement d'un départ sur deux à la retraite.

La mission « Santé » se caractérise par la part prépondérante des crédits d'intervention, qui représentent près de 71 % des crédits de paiements, le reste des crédits relevant des dépenses de fonctionnement.

Répartition par programme et évolution des crédits de la mission « Santé » pour 2007

(en millions d'euros)



NB : Les taux d'évolution correspondent à la progression des crédits de paiements prévus par le projet de loi finances pour 2007 par rapport aux crédits ouverts en loi de finances pour 2006.

Source : graphique réalisé d'après les données présentées dans le projet annuel de performance (PAP) de la mission « Santé » pour 2007

B. LE RENFORCEMENT DES ACTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE ET DE PRÉVENTION EST INDISPENSABLE

Le programme « Santé publique et prévention », qui regroupe des crédits de près de 290 millions d'euros, poursuit six objectifs : concevoir et piloter la politique de santé publique ; promouvoir l'éducation pour la santé ; diminuer la mortalité et la morbidité prématurée évitable par des actions de prévention ; améliorer la qualité de vie des personnes malades ; réduire les inégalités de santé par une couverture plus large des actions de prévention. Ces objectifs s'inscrivent pleinement dans les priorités adoptées par le législateur et définies par la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

Afin de répondre au mieux aux exigences du programme, quatre actions ont été définies : « Pilotage de la politique de santé publique », « Déterminants de santé », « Pathologies à forte morbidité et forte mortalité » et enfin « Qualité de la vie et handicaps ». Ces actions, qui regroupent les mesures de pilotage des politiques de santé, mais aussi l'ensemble des plans stratégiques ciblés sur des pathologies et des risques prioritaires, sont conduites sous la responsabilité de la direction générale de la santé (DGS) du ministère chargé de la santé. La DGS s'appuie, pour une large part, sur deux opérateurs : l'Institut national de

prévention et d'éducation pour la santé (INPES) et le nouvel Institut national du cancer (INCa).

Évolution des crédits du programme « Santé publique et prévention » pour 2007

	Autorisations d'engagements			Crédits de paiements		
	LFI 2006	PLF 2007	Evolution	LFI 2006	PLF 2007	Evolution
Pilotage de la politique de santé publique (action n°1)	28,59	31,35	9,67	27,96	31,35	12,14
Déterminants de santé (action n°2)	17,55	31,39	78,85	16,19	31,39	93,89
Pathologies à forte morbidité (action n°3)	200,9	220,54	9,78	191,63	220,54	15,09
Qualité de vie et handicaps (action n°4)	6,25	6,61	5,76 %	6,06	6,61	9,01 %
Total	253,29	289,89	14,45 %	241,84	289,89	19,87 %

Les crédits de ce programme sont en forte augmentation. Sans détailler les caractéristiques de cette augmentation, le rapporteur souhaite toutefois souligner deux points particuliers, qui correspondent à des priorités, tant politiques que budgétaires, du ministère chargé de la santé : d'une part, la lutte contre le cancer et, d'autre part, la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le virus de l'immunodéficience humaine (VIH).

1. Le plan national de lutte contre le cancer fait l'objet d'un effort conséquent

Trouvant son origine dans l'une des trois priorités du Président de la République pour son quinquennat, l'Institut national du cancer (INCa) devrait bénéficier en 2007 d'une dotation de 50,57 millions d'euros, soit des crédits en progression de 11,8 % par rapport à 2006. Les actions relatives à la lutte contre le cancer progresseront de 23,84 % en passant de 51,3 millions d'euros à 63,5 millions d'euros.

Créé par la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004, l'INCa coordonne l'ensemble des intervenants de la cancérologie et porte au plan international la politique française en la matière. Sa création a répondu à un constat que partagent tant les patients que les professionnels : dans le domaine du cancer, il existe un émiettement de l'information et des responsabilités. L'INCa joue donc un rôle fédérateur et exerce une mission de coordination. Il répond aux attentes des patients en favorisant la diffusion des innovations et en mettant en place des conditions d'annonce de la maladie respectueuse de la personne dans un moment particulièrement difficile. L'action de l'INCa implique les patients et met également l'accent sur la prévention et le dépistage.

L'INCa soutient la recherche en définissant des stratégies et des programmes mis en œuvre par l'INSERM, le CNRS ainsi que les grandes autres institutions de recherche. Il facilite l'intégration de la recherche française aux

programmes internationaux et notamment européens. Ces actions sont soutenues par des financements supplémentaires ; 85 % du budget sont consacrés à des actions extérieures, notamment à des subventions destinées à des travaux de recherche réalisés par les meilleures équipes.

L'INCa labellise également la création de « cancéropôles ». Développées au sein de circonscriptions supra-régionales, ces structures constituent des points de rencontre et de mise en cohérence de l'ensemble des acteurs de la recherche sur le cancer. L'INCa participe aux efforts visant une qualité constante des soins en déterminant les bonnes pratiques professionnelles, en s'assurant que le patient sera pris en charge de façon pluridisciplinaire et en facilitant la coordination au plan local. Il s'attache également à renforcer les équipes et à moderniser les équipements.

2. La lutte contre les infections sexuellement transmissibles dispose de crédits importants

En matière de lutte contre les infections sexuellement transmissibles (IST), les principaux objectifs de santé publique sont fixés par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique : réduire de 20 % l'incidence des cas de SIDA en cinq ans, réduire l'incidence de gonococcies et de syphilis dans les populations exposées, diminuer la prévalence des chlamydioses et de l'infection à l'Herpes Simplex Virus 2 et enfin offrir un dépistage systématique des chlamydioses pour 100 % des femmes à risques d'ici 2008.

Pour atteindre ces objectifs, le programme national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST (2005-2008) comporte quatre axes, auxquels s'ajoutent les dispositions relatives à la mise en œuvre et au pilotage. Il s'agit d'abord de lutter contre les discriminations dont les personnes séropositives ou homosexuelles peuvent être victimes, dans la vie de tous les jours mais aussi par exemple en matière d'accès à l'assurance et à l'emprunt. Il s'agit également d'encourager les comportements de prévention par la multiplication du nombre de campagnes de communication et leur diversification selon les populations concernées. Ces actions de prévention seront facilitées par l'adoption de stratégies sectorielles, plus finement définies en fonction des croyances, des attitudes, des connaissances et des groupes les plus touchés (homosexuels masculins à partenaires multiples, migrants ou habitants des départements français d'Amérique). Les campagnes de prévention viseront à faciliter le recours au préservatif par les mises à disposition gratuites, une pression à la baisse des prix, la multiplication des lieux de vente et un effort déterminé en faveur du préservatif féminin.

Le plan prévoit aussi de faciliter et d'accroître le recours au dépistage par l'adaptation de la localisation et des horaires des consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) et leur rapprochement des consultations de dépistage et de soin des IST. Enfin, le plan permet de soutenir et d'encourager la recherche sur les microbicides.

Le programme de lutte contre les IST et le VIH/SIDA constitue le cadre de référence des actions mises en œuvre par les pouvoirs publics, les professionnels sanitaires et sociaux et les associations aux niveaux national et régional. L'implication pionnière des associations de personnes atteintes, qui doit être soulignée, constitue un levier d'action essentiel. Il sera renforcé par une contractualisation pluriannuelle. Le partage des savoir-faire entre les associations de lutte contre le SIDA et leur structuration en réseau, encouragés par les pouvoirs publics, doit favoriser la mise en œuvre d'actions de proximité de qualité.

Les crédits consacrés à la lutte contre les IST (hors actions de lutte contre le VIH) augmenteront de 44,91 % ; cette forte hausse est en fait due à la prise en charge par l'Etat de missions transférées des départements à l'Etat, conformément à la loi du 13 août 2004 relative aux responsabilités et aux libertés locales. Au total, les moyens destinés à la lutte contre les IST et le VIH sont en progression de 6,4 % par rapport à 2006.

3. Les moyens de la politique de santé publique progressent

La loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique définit un ensemble d'objectifs et de plans stratégiques prioritaires au niveau national. Elle affirme la responsabilité de l'Etat dans le processus de définition de la politique de santé publique et dans l'animation de sa mise en œuvre. Le projet de budget pour 2007 s'inscrit pleinement dans le cadre fixé par cette loi.

a) Le pilotage de la politique de santé publique est conforté

La loi relative à la politique de santé publique confirme le niveau régional comme l'échelon territorial optimal de définition et de coordination de la mise en œuvre des politiques de santé publique. Elle met en place les structures permettant le développement et la mise en œuvre coordonnée des actions au niveau de chaque région. Ces principes justifient l'importance du rôle dévolu aux représentants de l'Etat dans les régions, qui sont chargés non seulement d'arrêter, après avis des conférences régionales de santé, les plans régionaux de santé publique (PRSP), mais également de piloter les groupements régionaux de santé publique (GRSP) chargés de la mise en œuvre de ces plans.

Cela implique une meilleure organisation des efforts dans le champ de la santé publique autour d'objectifs partagés et de plans, de programmes et d'actions coordonnés dans le cadre des plans régionaux de santé publique. Il faut encourager une meilleure coordination de la mise en œuvre de la politique de santé publique au niveau régional avec des organismes dédiés comme les groupements régionaux de santé publique, qui permettront, avec les organismes régionaux d'assurance maladie et les collectivités locales, une meilleure mutualisation des efforts de chacun. Les conférences régionales de santé devraient promouvoir une plus grande participation de tous les acteurs en suscitant le débat et la concertation.

Le tableau suivant fait le point sur l'évolution des crédits affectés à ces structures en 2006 et 2007.

Crédits de fonctionnement consacrés aux structures prévues par la loi relative à la politique de santé publique en 2006 et en 2007

(en millions d'euros)

Programme « Santé publique prévention »	2006	2007
Conférence nationale de santé et conférences régionales de santé	0,33	0,62
Contribution au fonctionnement des GRSP	GRSP en cours d'installation	1,7
Évaluation des PRSP et systèmes d'information des PRSP et GRSP	-	1,039

Source : ministère de la santé et des solidarités

S'agissant des moyens d'intervention, en 2007, la plus grande partie de l'enveloppe consacrée aux budgets opérationnels de programmes régionaux du programme « santé publique et prévention » sera reversée par les services déconcentrés de l'Etat aux GRSP. Ces crédits permettront de financer les actions définies dans le cadre du plan régional de santé publique et contribueront à l'atteinte des objectifs identifiés au niveau régional ainsi qu'à la mise en œuvre des plans nationaux.

Ces crédits devraient également financer les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), prévus dans le rapport annexé à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique ; ces PRAPS devraient cependant voir leur dotation diminuer de 27 % en 2007. L'assurance maladie versera également une dotation aux GRSP pour contribuer à leur fonctionnement et au financement des actions de santé publique définies dans le cadre des plans régionaux de santé publique. Ces dotations correspondent à un montant total de 196,5 millions d'euros sur la période 2006-2009.

b) Le financement des grands plans de la politique de santé publique est assuré

Le projet de budget permet de financer le déploiement des plans pluriannuels de la politique de santé publique, qui sont notamment inscrits aux actions « Déterminants de santé » et « Pathologies à forte morbidité et forte mortalité » du programme « Santé publique et prévention ».

S'agissant de l'évolution des crédits entre 2006 et 2007, il est proposé de transférer les crédits dédiés à la lutte contre les addictions, inscrits depuis 2006 sur le programme « Drogue et toxicomanie » vers le programme « Santé publique et prévention ». Ce transfert interne à la mission « Santé », d'un montant de 18 millions d'euros, gonfle artificiellement le montant des crédits de l'action « Déterminants de santé » du programme « Santé publique et prévention ». Hormis cette hausse, les crédits relatifs à l'action « Déterminants de santé » sont

en baisse (-13,1 % en autorisations d'engagement et -9,7 % en crédits de paiement). L'action « Pathologies à forte morbidité et forte mortalité » bénéficie en revanche de crédits de paiement en hausse de 15,1 %. La lutte contre les pratiques à risques – alcool et tabac – sera financée à hauteur de 3,05 millions d'euros. Le plan national de lutte pour limiter l'impact de la violence sur la santé sera financé par une dotation de 1,3 million d'euros ; le Plan national nutrition santé bénéficiera de 3,02 millions d'euros. Une dotation de 5,6 millions d'euros viendra financer le plan « Psychiatrie et santé mentale ».

C. LA MODERNISATION DE L'OFFRE DE SOINS ET DE LA QUALITÉ DU SYSTÈME DE SOINS SE POURSUIT

Le programme « Offre de soins et qualité du système de soins » rassemble, au sein de la mission « Santé », les actions relatives à la gestion des établissements et des personnels de santé, dans les domaines administratif, financier et juridique et en matière de ressources humaines. Il a pour objet d'adapter le système de soins à la demande de soins. Il comprend trois actions d'importance inégale : l'action « Niveau et qualité de l'offre de soins » (le plus important en termes budgétaires), l'action « Accessibilité de l'offre de soins » et l'action « Soutien ».

Sa mise en oeuvre est assurée par la direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins (DHOS) du ministère chargé de la santé. Il est proposé que les crédits finançant ce programme progressent en 2007 de 1,6 % et atteignent 104,2 millions d'euros en crédits de paiement. Cette hausse est imputable à l'augmentation des crédits de frais de justice et à la hausse des dotations à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) et aux agences régionales de l'hospitalisation. Deux points méritent une attention particulière : l'action « Niveau et qualité de l'offre de soins » et l'action « Modernisation du système de soins ».

1. La formation de qualité des professionnels de santé est une priorité gouvernementale

Dans la loi de finances initiale pour 2005, les actions de formation et de recyclage des professions médicales et paramédicales étaient financées par les articles 21 et 22 du chapitre 43-32 du ministère chargé de la santé. En 2006, ces actions sont regroupées au sein du programme « Offre de soins et qualité du système de soins » (n° 171) et inscrits à l'action n° 01 « Niveau et qualité de l'offre de soins ».

Les crédits correspondants servent à financer les stages extra-hospitaliers, les stages des internes en médecine générale, les indemnités des maîtres de stages, l'année-recherche, les bourses d'études aux élèves et étudiants paramédicaux de Mayotte ainsi que l'organisation des concours. Il convient de signaler qu'un stage de deuxième cycle des études médicales chez un médecin généraliste agréé sera mis en place en 2007.

S'agissant de la formation médicale continue (FMC), un projet de portail Internet est en cours d'élaboration en partenariat entre les conseils nationaux de FMC et le ministère de la santé. Le système d'information correspondant à plusieurs objectifs : gérer l'agrément des organismes de formation continue, permettre aux médecins de gérer eux-mêmes les données de leur dossier de FMC et d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), avec un contrôle par les conseils régionaux. Ce système devra permettre de disposer de statistiques nationales et régionales sur l'ensemble des dispositifs de FMC et d'EPP. Il autorisera une information rapide et régulière des médecins et du grand public sur la FMC et l'EPP.

Selon les informations fournies au rapporteur, l'importance du fonds de roulement de la Haute autorité de santé permet de diminuer de 8,65 millions d'euros sa dotation 2007 (soit une diminution de près de 90 %). L'importance de la baisse est de nature à susciter des questions quant au juste calibrage des dotations à la HAS au cours des années précédentes et à la consommation des crédits attribués alors. La dotation 2007 de la HAS devrait se limiter à un million d'euros.

2. La modernisation du système de soins bénéficie de dotations importantes

Le programme « Offre de soins et qualité du système de soins » prévoit, s'agissant de l'action « Modernisation du système de soins », l'engagement de crédits à hauteur de 36,34 millions d'euros en 2007, soit une augmentation de plus de 17 %. Cette action recouvre des éléments de nature assez disparate, qu'il s'agisse du financement du fonctionnement des agences régionales de l'hospitalisation (ARH) à hauteur de 22 millions d'euros ou de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) à hauteur de 1,8 million d'euros.

Il est par ailleurs proposé d'accompagner la création du Centre national de gestion (CNG) par une dotation de 2,3 millions d'euros. Cette nouvelle structure a pour mission de gérer les carrières des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière. La création de ce centre donne lieu à une évolution de périmètre. Le projet de loi de finances propose un transfert entrant du programme « Conduite et soutien des politiques sanitaires et sociales » (n° 124) vers l'action n° 3 du programme à hauteur de 2,17 millions d'euros pour le financement du CNG. Le centre devrait fonctionner au 1^{er} janvier 2007.

Le fonctionnement de ce centre, chargé également d'organiser les concours, devrait être le suivant : le praticien déjà nommé dans un établissement sera affecté dans un pôle, sur proposition du responsable de pôle et du président de la commission médicale d'établissement. L'affectation locale sera enregistrée par le CNG lorsqu'il y a accord local. En cas d'avis divergents, l'affectation sera prononcée par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de la commission statutaire nationale. La création de ce CNG permettra de moderniser considérablement la gestion des ressources humaines à l'hôpital public. Ces mesures visent également à rendre la carrière plus attractive et à assurer une meilleure reconnaissance morale et financière des praticiens.

II.- L'ENFER DES PARADIS ARTIFICIELS : COMMENT RENFORCER L'EFFICACITÉ DE L'ACTION PUBLIQUE EN MATIÈRE DE LUTTE CONTRE LES DROGUES ILLICITES ?

Pour prévenir, prendre en charge et limiter l'impact des drogues, une politique publique efficace doit d'abord et avant tout reposer sur la volonté d'utiliser tous les leviers de l'action publique, mais aussi savoir mobiliser l'ensemble des acteurs concernés – usagers, parents, enseignants, éducateurs, policiers, juges, soignants, chercheurs et associations.

Partant de ce constat, le gouvernement a engagé en 2004 un vaste plan pluriannuel de lutte contre les drogues, dont l'animation et le suivi relève principalement de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MIDLT). Il vise en particulier à casser l'expansion du cannabis, mais aussi à améliorer la politique de réduction des risques pour les usagers.

A. POUR FAIRE FACE À UN PROBLÈME MAJEUR DE SANTÉ PUBLIQUE, LE GOUVERNEMENT A ENGAGÉ UN PROGRAMME AMBITIEUX DE LUTTE CONTRE LES DROGUES POUR 2004-2008

1. Synonyme d'isolement et de souffrance pour l'homme, la drogue présente également un coût social élevé pour la collectivité

S'il est vrai que la consommation de drogues illicites s'avère aujourd'hui marginale sur l'ensemble de la population, à l'exception du cannabis (*cf. infra*), certaines de ces substances ont néanmoins connu une diffusion croissante au cours des années 1990, comme la cocaïne et les principales substances hallucinogènes, en particulier le LSD et les champignons, dont l'expérimentation atteint 4,3 % parmi les personnes âgées de 18 à 44 ans en 2005.

Les niveaux d'expérimentation des substances synthétiques, telles que l'ecstasy ou les amphétamines, ont par ailleurs plus que doublé entre 1993 et 2005 (passant, pour cette tranche d'âge, de 0,7 % à 1,6 % chez les femmes et de 1,8 % à 3,5 % chez les hommes), tandis que les niveaux d'expérimentation de l'héroïne sont restés relativement stables sur l'ensemble de la période (environ 1 %).

Si on retient l'indicateur d'usage actuel (au moins un usage au cours des douze derniers mois), les estimations sont de 0,9 % des 18-44 ans pour la cocaïne, 0,8 % pour les poppers et 0,8 % pour l'ecstasy.

**Estimation du nombre de consommateurs de substances psychoactives
en France métropolitaine parmi les 12-75 ans en 2005**

(en millions)

	Alcool	Cannabis	Cocaïne	Ecstasy	Héroïne
Expérimentateurs	42,5	12,4	1,1	0,9	0,36
Dont occasionnels	39,4	3,9	0,25	0,2	

Source : ministère de la santé et des solidarités

En termes d'évolution des usages au cours de l'année, on observe par ailleurs une hausse significative de l'usage de cocaïne et d'ecstasy entre 2000 et 2005, ainsi qu'une baisse des produits à inhaler.

Deux exemples des dangers des nouvelles drogues de synthèse

« La Kétamine présente des effets hallucinogènes et possède des propriétés anesthésiques et analgésiques. Vendue sous forme de comprimés sous le label "ecstasy", elle est souvent associée à des substances ou à des médicaments tels que l'éphédrine ou la sélégifine au Royaume-Uni et est "sniffée" en ligne pour ses effets hallucinogènes dans les "rave parties". Elle est notamment très souvent utilisée dans les expériences de "voyages aux confins de la mort", sous le nom de "Vitamine K" ou de "Special K". L'utilisation illicite de la kétamine est dangereuse en raison des effets entraînés tels que : perte de connaissance accompagnée de vomissements et risque d'asphyxie par invasion pulmonaire des vomissements ; troubles d'ordre psychique (anxiété, attaques de panique), neurologiques (paralysies temporaires) ; digestifs (nausées, vomissements). En cas de surdosage, il y a risque d'arrêt respiratoire et défaillance cardiaque.

L'ecstasy désigne à l'origine une molécule chimique particulière, la MDMA, responsable des effets psychoactifs. La composition d'un comprimé présenté comme étant de l'ecstasy est souvent incertaine ; la MDMA n'est pas toujours présente et peut être mélangée à d'autres substances : amphétamines, analgésiques, hallucinogènes, anabolisants. L'ecstasy peut également être coupé avec de la caféine, de l'amidon, des détergents, du savon... ! (...) Une consommation régulière et fréquente amène certains à maigrir et à s'affaiblir ; l'humeur devient instable, entraînant parfois des comportements agressifs des troubles psychiques sévères et durables. En cas d'association avec d'autres substances, les risques sont accrus. Les risques de complication semblent augmenter avec la dose "gobée", la composition du produit et la vulnérabilité de l'utilisateur. Les personnes qui suivent un traitement médical s'exposent à des effets dangereux, à cause des interactions médicamenteuses qui risquent de se produire, notamment avec l'aspirine, certains médicaments anti-VIH et certains antidépresseurs. La consommation d'ecstasy est particulièrement dangereuse pour les personnes qui souffrent de troubles du rythme cardiaque, d'asthme, d'épilepsie, de problèmes rénaux, de diabète, d'asthénie et de problèmes psychologiques. Les travaux scientifiques établissent une possible dégénérescence des cellules nerveuses dont on ne sait pas si elle est réversible et qui peut entraîner à terme des maladies dégénératives ou des troubles responsables d'une dépression. »

Source : site Internet de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT)

Si l'usage des drogues illicites peut sembler concerner un nombre limité de personnes, à l'exception du cannabis, ses conséquences sanitaires et sociales sont cependant particulièrement lourdes. En effet, en 2004, 69 décès par surdose

ont été identifiés par les services de police et de gendarmerie, selon les données de l'Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRTIS), dont 23 étaient dus à l'héroïne et 14 à la cocaïne. Par ailleurs, une équipe de chercheurs de l'Observatoire français des drogues et de la toxicomanie (OFDT) a tenté de mesurer le « coût social » des drogues illicites ⁽¹⁾ – soit l'ensemble des dépenses publiques, privées et des coûts externes (par exemple, les remboursements de frais de soins) – qui s'élèverait à plus de 2,82 milliards d'euros en 2003, dont plus de 900 millions d'euros de dépenses publiques.

2. Un programme global et pluriannuel de lutte contre les drogues a été engagé en 2004

Préparé par la MILDT, en concertation avec l'ensemble des départements ministériels concernés, le plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool pour 2004-2008 comporte des stratégies spécifiques, qui tiennent compte des caractéristiques propres à chaque produit et des conditions concrètes de consommation, et accorde une place majeure à la prévention, en particulier auprès des jeunes générations.

L'action gouvernementale est ainsi guidée par des objectifs et des principes clairs. Il s'agit en premier lieu de réduire les consommations en luttant contre les pratiques addictives, qui menacent la santé des personnes mais aussi l'ordre public et la cohésion sociale, mais aussi de réduire l'offre par une efficacité accrue de la lutte contre les trafics et par le démantèlement des filières d'approvisionnement.

En termes de méthodes, il convient également de souligner que le programme identifie plusieurs priorités, qui s'appuient sur des données scientifiques régulièrement mises à jour et sont traduites en objectifs opérationnels et épidémiologiques. Ces objectifs précis permettent ainsi d'inscrire l'évaluation au cœur du dispositif de lutte contre les drogues, afin d'en perfectionner en permanence les instruments et les outils.

B. LA MISSION INTERMINISTÉRIELLE DE LUTTE CONTRE LA DROGUE ET LA TOXICOMANIE (MILDT) JOUE UN RÔLE MAJEUR D'IMPULSION ET DE COORDINATION DE L'ACTION PUBLIQUE

Placée sous l'autorité du Premier ministre, la MILDT a pour mission d'« animer et de coordonner l'action de l'État en matière de lutte contre la drogue et la toxicomanie ⁽²⁾ », en particulier dans les domaines de l'observation, de la recherche, de la prévention, de la formation des professionnels, de la recherche et de la prise en charge des toxicomanes.

(1) Rapport de MM. Pierre Kopp et Philippe Fenoglio, « Le coût social des drogues en 2003 », avril 2006.

(2) Article R. 3141-13 du code de la santé publique.

1. Instance de coordination interministérielle, la MILDT relève budgétairement de la mission ministérielle « Santé »

a) La MILDT constitue l'épicentre du dispositif français de lutte contre les drogues illicites

La question de la drogue est un sujet de société complexe, qui recouvre de multiples aspects, concernant tant la prévention, l'information, la recherche, la prise sanitaire et sociale, que la lutte contre le trafic et les questions relatives à la sécurité publique. Elle implique à ce titre une vingtaine de départements ministériels et peut dès lors générer des prises de positions contradictoires, sources de blocages et de dysfonctionnements préjudiciables à l'efficacité et la lisibilité de l'action publique.

C'est pourquoi une instance interministérielle a été créée sur cette question dès 1982, laquelle connut différentes appellations et modalités de fonctionnement, jusqu'en 1996 où elle est devenue la MILDT. À ce titre, la mission est aujourd'hui chargée de susciter l'implication de chaque ministère mais aussi des collectivités locales et des associations, dans la mise en œuvre du plan gouvernemental de lutte contre les drogues pour 2004-2008 et de veiller à la cohérence des actions engagées, tant au niveau national qu'international.

En d'autres termes, la MILDT n'a donc pas vocation à intervenir directement dans la mise en œuvre opérationnelle des actions de lutte contre la drogue, mais à mobiliser et à coordonner les différents intervenants sur cette question, en leur donnant les outils nécessaires à la conduite d'une politique globale, cohérente et lisible.

Au niveau départemental, le pilotage et le maillage territorial de la MILDT s'appuient sur la mise en place d'un binôme comprenant un chef de projet « drogues et dépendances », nommé au sein du corps des sous-préfets (représentant la composante interministérielle de la mission) et un coordonnateur issu d'un service déconcentré, qui doit apporter une compétence technique en la matière. Il s'agit ainsi d'assurer la coordination des actions des services déconcentrés sur l'ensemble du champ des drogues et de définir des axes prioritaires d'intervention dans chaque département, prenant en compte le contexte local et les orientations du plan gouvernemental.

De même, au niveau régional, le chef de projet du département chef-lieu de région assure la cohérence avec les schémas régionaux sanitaires et sociaux. Par ailleurs, les centres régionaux d'informations et de ressources sur les drogues et les dépendances (CIRDD) sont chargés de missions d'ingénierie sociale, d'observation et de documentation afin de renforcer l'appui méthodologique aux chefs de projets et acteurs de locaux.

Les objectifs de la MILDT retenus par le projet annuel de performance (PAP) annexé au projet de loi reflètent son rôle premier d'impulsion et de coordination. Ainsi, 50 % des soixante objectifs opérationnels du plan

gouvernemental pour 2004-2008 devront être mis en œuvre en 2007 (contre 30 % en 2006) et la part des crédits hors MILDT des plans territoriaux qu'elle finance (mesurant l'effet de levier de ses dotations) doivent atteindre 40 % en 2007 (contre 30 % pour 2006).

b) La réduction optique du budget de la MILDT pour 2007 s'explique par la réaffectation d'une partie de ses crédits au programme « Santé publique et prévention »

Représentant 36,5 millions d'euros pour 2007, soit un peu plus de 9 % de l'ensemble des crédits de la mission « Santé », le programme budgétaire n° 136 consacré à la drogue et à la toxicomanie relève de la responsabilité du président de la MILDT, M. Didier Jayle. Ce programme comporte trois actions consacrées à :

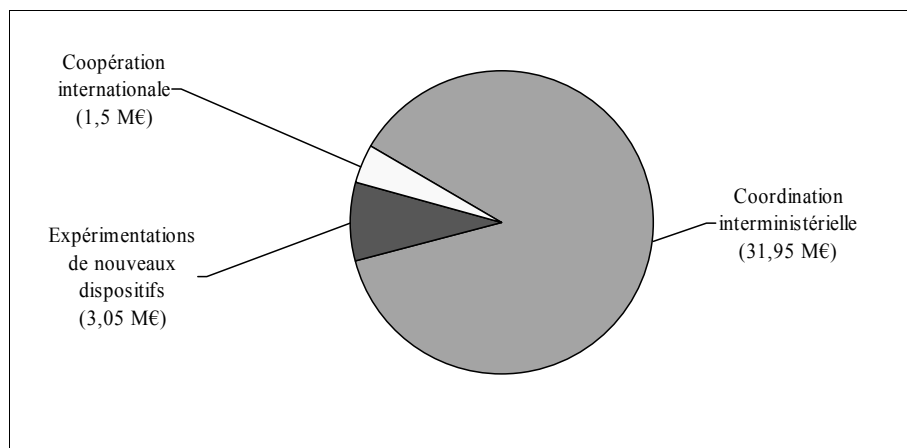
– la coordination interministérielle des volets sanitaire, préventif et répressif du plan gouvernemental (qui représente plus de 87,5 % des crédits du programme) ;

– l'expérimentation de nouveaux dispositifs partenariaux de prévention, de prise en charge et d'application de la loi ;

– la coopération internationale.

Décomposition par actions du programme n° 136 « Drogue et toxicomanie » pour 2007

(en millions d'euros)



Source : graphique réalisé d'après le PAP de la mission « Santé » du projet de loi de finances pour 2007

Le budget de la MILDT demandé pour 2007 enregistre une nette diminution de 33 %, mais en réalité cette baisse représente seulement 4 % si on compare ces crédits avec ceux initialement prévus par le projet de loi de finances pour 2006, comme l'indique le tableau ci-après.

Évolution des crédits du programme « Drogue et toxicomanie » pour 2007

Actions du programme	LFI 2006/ LFI 2005	PLF 2007/ PLF 2006	PLF 2007/ LFI 2006
1. Coordination interministérielle	58%	4%	- 33,6 %
2. Expérimentation de nouveaux dispositifs	12%	- 49%	- 42,5 %
3. Coopération internationale	0%	25%	25 %
Total	45%	- 4%	- 33,9 %

NB : Évolution des crédits de paiements demandés dans le projet de loi de finances (PLF) pour 2007 par rapport aux crédits ouverts en loi de finances initiale (LFI) pour 2006 ou demandés dans le PLF 2006.

Source : ministère de la santé et des solidarités et projet annuel de performances (PAP) de la mission « Santé » pour 2007

En effet, à l'initiative de la commission des finances du Sénat et contre l'avis du gouvernement, il avait été décidé lors de la précédente loi de finances de transférer à la MILDT près de 18,06 millions d'euros de crédits, qui relevaient antérieurement du programme « Santé publique et prévention ». Gérés par la Direction générale de la santé (DGS), ces crédits correspondaient à la mise en œuvre de la partie sanitaire du plan gouvernemental de lutte contre la drogue ainsi notamment qu'aux subventions accordées aux associations et structures d'accueil pour toxicomanes.

Séduisant dans son principe, puisqu'il s'agissait d'intégrer dans le programme n° 136 l'ensemble des crédits de la mission « Santé » effectivement consacrés à la lutte contre la drogue et la toxicomanie, ce transfert a toutefois posé de très nombreux problèmes dans la pratique.

En effet, la MILDT a dû gérer directement la mise en œuvre d'actions sanitaires, alors qu'elle ne disposait pas véritablement de l'ensemble des moyens nécessaires pour les mener à bien (par exemple, des unités opérationnelles ont dû être créées au niveau régional). Concrètement, ce transfert a entraîné des retards dans l'instruction des dossiers et des problèmes de financement des associations et des actions de prévention, en particulier en matière de lutte contre le VIH. Les moyens des directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS) et leurs marges de manœuvre pour affecter les crédits en fonction des priorités locales de santé publique ont parallèlement été réduits, du fait de la diminution des crédits du programme « Santé publique » et de l'absence de telles marges de redéploiement au sein du programme « Drogue et toxicomanie », en raison de son périmètre budgétaire limité.

C'est pourquoi le projet de loi de finances pour 2007 propose de réaffecter l'ensemble de ces crédits au programme « Santé publique et prévention ». Outre les actions liées à l'alcool et au tabac, ces crédits permettent de financer les mesures destinées à lutter contre les « autres pratiques à risque », pour lesquelles 11,35 millions d'euros sont prévus en 2007, afin notamment de renforcer la prévention et d'améliorer la prise en charge des toxicomanes, à travers par exemple les aides à la mise sur le marché de trousses d'injection stérile

(« Stéribox ») et le soutien aux associations et structures locales de prévention et de lutte contre la toxicomanie, qui sont en lien étroit avec la problématique du VIH.

Mesures de soutien des structures locales de prévention et de lutte contre la toxicomanie prévus par le projet de loi de finances pour 2007

(en millions d'euros)

	Nombre de structures	Coût
Réseaux toxicomanie ville hôpital	44	1,46
Structures d'accueil pour toxicomanes en grande précarité	5	2,72
Unités pour sortants de prison	6	0,6
Ateliers d'aide à l'insertion	2	1,94
Equipes mobiles de proximité	4	0,64
Programme d'échange de seringues et automates	306	1,68

Source : PAP de la mission « Santé » pour 2007

c) Une réflexion doit être engagée sur l'amélioration de la visibilité de l'action publique en matière de lutte contre la toxicomanie

Au cours de ses auditions, le rapporteur n'a pas manqué d'être frappé par le nombre important d'acteurs intervenant en matière de prévention et de lutte contre la toxicomanie. De fait, les crédits relevant du programme n° 136 ne représentent en effet qu'une très faible partie de l'ensemble des moyens consacrés par les pouvoirs publics à la lutte contre la drogue et la toxicomanie.

Au terme d'une enquête approfondie réalisée auprès des différents ministères concernés, l'étude publiée en avril 2006 par l'Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT) a permis d'évaluer l'ensemble des dépenses publiques liées aux drogues illicites en 2003, présentées dans le tableau ci-dessous.

Évolution des dépenses des administrations publiques imputables aux drogues illicites entre 1995 et 2003

(en millions d'euros)

	1995	2003
Ministère de la justice	228,13	196,93
Douanes	81,2	58,30
Gendarmerie nationale	70,03	120,20
Police nationale	188,35	277,14
Ministère de la santé	114,03	248,66
Ministère des affaires étrangères et de la coopération	9,70	3,90
Ministère de l'Éducation nationale	6,66	0,40
Ministère de la jeunesse et des sports	1,43	1,50
Ministère de l'agriculture	-	-
Total hors MILDT	699,45	907,03
MILDT	30,17 (drogues illicites)	28,69 (toutes drogues)

Source : rapport de MM. Pierre Kopp et Philippe Fenoglio, « Le coût social des drogues en 2003 », Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT), avril 2006.

Dès lors, il pourrait être opportun de s'interroger sur les moyens d'accroître la visibilité et donc le contrôle parlementaire des moyens importants consacrés par l'Etat en matière de lutte contre la toxicomanie, même s'il est vrai que dans certains domaines, par exemple la police nationale, il peut être très difficile de mesurer avec précision les moyens spécifiquement dédiés à cette question.

Plusieurs pistes de réflexion mériteraient cependant d'être approfondies, en particulier la création, au niveau budgétaire, d'une mission interministérielle relative à la toxicomanie, voire le rattachement des crédits de la MILDT au budget du Premier ministre (programme « Coordination du travail gouvernemental »), dès lors qu'elle est déjà placée sous son autorité. Dans le même sens, il pourrait également être envisagé d'annexer au projet de loi de finances un document de politique transversale (DPT), qui permettrait de présenter la stratégie, les objectifs et l'effort financier consacré par l'Etat en matière de lutte contre la toxicomanie, et dont le chef de file serait le ministre de la santé et des solidarités.

2. Trois opérateurs participent à la mise en œuvre du programme « Drogue et toxicomanie »

Pour 2007, 8,8 millions d'euros de crédits sont prévus pour le financement par la MILDT des trois opérateurs principaux du programme, constitués sous la forme de groupements d'intérêt public (GIP), l'objectif à terme étant de trouver des cofinancements avec d'autres partenaires publics.

a) Le Centre interministériel de formation antidrogue à Fort de France (CIFAD)

Le Centre interministériel de formation antidrogue (CIFAD) a pour objet d'organiser des actions de formations spécialisées en matière de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances, principalement dans les domaines de réduction de l'offre et de lutte contre le blanchiment mais aussi en matière de réduction de la demande. Ces actions sont destinées aux personnels de l'État, des collectivités locales et des hôpitaux dans les départements français d'Amérique ainsi qu'aux personnels concernés dans les Caraïbes et en Amérique latine, dans le cadre de la coopération internationale. Ses crédits sont reconduits à 0,59 million d'euros pour 2007.

b) L'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Point focal du Réseau européen d'information sur les drogues et les toxicomanies (REITOX), l'Observatoire français des drogues et de la toxicomanie (OFDT) joue aujourd'hui un rôle majeur dans le recueil, l'analyse, la synthèse et la valorisation des connaissances sur le « phénomène de la drogue », c'est-à-dire à la fois son usage (enquêtes épidémiologiques), ses conséquences sanitaires et sociales ainsi que l'évaluation des politiques publiques ou de dispositifs

particuliers ou innovants mis en œuvre dans ce domaine (par exemple, les consultations cannabis).

Il permet ainsi d'apporter des éléments de réflexion et de connaissances, scientifiquement validés, à l'ensemble des acteurs publics. L'OFDT est par ailleurs chargé du système d'identification national des toxiques et des substances (SNITES). Mis en place depuis 1999, ce dispositif est un système de veille qui s'inscrit dans une perspective de santé publique et cherche à détecter la présence de substances inhabituelles et particulièrement novices dans des produits illicites : l'OFDT a par exemple diffusé plusieurs communiqués en septembre et en octobre dernier, suites aux inquiétudes exprimées par plusieurs associations concernant les rumeurs de diffusion d'herbe coupée avec du verre pilé en Bretagne.

Placé sous l'autorité de la MILDT, le conseil d'administration de l'OFDT comprend des représentants de l'ensemble des ministères concernés par la lutte contre la drogue et les toxicomanies. Pour exercer ses missions, il dispose d'une équipe de chercheurs et statisticiens et peut également utiliser ses crédits pour faire réaliser des études sur des questions particulières, par exemple l'usage des drogues en milieux festifs électroniques. Pour 2007, le budget de l'OFDT augmente de 3,48 à 3,75 millions d'euros, mais la subvention globale de la MILDT aux opérateurs du programme est en diminution de 0,2 million d'euros (- 2,2 %), en raison de l'intégration de l'activité documentaire de l'association Toxibase à l'OFDT, qui doit permettre de réduire les effectifs des opérateurs de 111 à 109 équivalents temps plein travaillé (ETPT). Lors de son audition, le directeur de l'OFDT, M. Jean-Michel Costes, s'est toutefois inquiété de la diminution de la part de ses crédits consacrée aux études, qui sont passés de 60 % à 40 % entre 2001 et 2005.

Par ailleurs et plus fondamentalement, il peut sembler surprenant que l'évaluation des politiques mises en œuvre en matière de lutte contre la drogue relève principalement de l'OFDT, alors qu'il peut sembler en quelque sorte « juge et partie » puisqu'elle est financée par la MILDT et placée sous son autorité. À l'avenir, il pourrait dès lors être pertinent, au moins à titre expérimental, de confier l'évaluation de certains programmes à des experts extérieurs indépendants.

c) Le groupement de téléphonie sociale « Drogues alcool tabac info service » (DATIS)

Créé en 1990, le groupement de téléphonie social « Drogues alcool tabac info service » (DATIS) constitue l'un des outils de communication grand public de la MILDT, qui a pour missions d'informer et d'apporter un soutien direct et des conseils liés aux usages des drogues. Il permet également aux professionnels d'avoir accès à une base de données nationale, régulièrement actualisée, de tous les services spécialisés, dans lequel plus de 2 500 structures sont recensées. Il reçoit en moyenne 1 200 appels par jour et traite environ 210 appels à contenu, tandis que le site Internet reçoit environ 500 demandes d'informations par mois. Sa dotation est reconduite à 4,68 millions d'euros pour 2007.

L'activité de DATIS est répartie entre un pôle national (Paris) et cinq pôles régionaux (Lille, Lyon, Marseille, Strasbourg et Toulouse), les appels étant traités par chacun d'eux indépendamment de la situation géographique de l'appelant. Cette présence régionale vise principalement à traiter les appels, à mettre à jour le répertoire des structures spécialisées, afin de contribuer à une orientation de proximité des appelants, et de promouvoir le service auprès du public. Les relations que tissent les pôles de DATIS enrichissent ainsi les connaissances du service en matière de ressources locales, les habitudes de consommation des produits et la mobilisation des acteurs. Pour cela, les pôles régionaux de DATIS participent à de nombreux groupes de travail pour y apporter l'expérience propre du service.

Compte tenu des coûts non négligeables générés par cette organisation, il serait toutefois opportun de faire procéder à une expertise approfondie permettant de déterminer si les différents services de DATIS pourraient être regroupés sur un lieu unique, sans que cela ne se traduise par une dégradation de la qualité du service rendu aux usagers.

3. Les crédits de la MILDT permettent également de financer des actions d'expérimentations et de lutte contre le trafic

a) La MILDT est un laboratoire d'expériences pour le compte des ministères ou des autres acteurs concernés par la drogue

Si la MILDT n'a pas vocation à pérenniser sur son programme les dispositifs qui relèvent de la compétence des ministères, ses crédits lui permettent cependant d'expérimenter, sur quelques sites et pendant un laps de temps donné, de nouveaux modes de lutte contre la drogue, concernant les trois volets de prévention, de respect de la loi et de prise en charge sanitaire et sociale. Les partenaires des expérimentations peuvent être les associations, les organisations professionnelles, les collectivités, les ministères et l'assurance maladie. Si leur évaluation se révèle positive, les ministères ou organismes concernés sont invités à les inclure ces actions dans leurs propres dispositifs.

Ainsi, après l'expérimentation d'un programme de prévention des pratiques addictives en milieu scolaire, engagée en 2005 et 2006, qui sera repris par le ministère de l'éducation nationale, la MILDT va expérimenter l'année prochaine, avec le ministère de la jeunesse et des sports, la constitution d'un réseau de personnes ressources assurant la prévention dans les lieux de vie des jeunes ainsi qu'un programme de prévention dans le milieu des entreprises.

En matière de prise en charge, outre l'expérimentation des consultations cannabis et de communautés thérapeutiques (*cf. infra*), un programme global concernant le crack et portant sur l'accueil, la prise en charge et l'ordre public dans ce domaine, est actuellement en cours de mis en œuvre, dans l'objectif d'être repris par l'assurance maladie. Un nouvel appel à projet auprès du réseau

associatif national devrait permettre en 2007 de proposer d'autres modes de prise en charge innovantes, dans le cadre du plan gouvernemental.

Le programme doit également tester de nouveaux dispositifs permettant de sensibiliser les populations au respect de la loi, concernant notamment la prise en compte de la dimension drogue dans les zones urbaines sensibles, le lien avec la prévention de la délinquance, l'expérimentation de nouveaux dispositifs de rappel de la réglementation relative aux substances psychoactives dans l'apprentissage de la conduite et sur la route. Ces dispositifs expérimentés par la MILDT en 2005 et 2006 seront repris progressivement par les ministères en 2007 et 2008

Pour 2007, la diminution des crédits de l'action n° 2 « Expérimentation », qui passent de 5,30 à 3,04 millions d'euros, s'explique par le moindre coût prévisionnel des expérimentations prévues l'année prochaine, mais également par le fait qu'au niveau local les chefs de projet mènent des expérimentations sur les crédits qui leur sont délégués au titre de l'action n° 1 relative à la coordination interministérielle.

b) Les moyens affectés à la lutte contre le trafic et à la coopération internationale sont significativement augmentés pour 2007

Le fonds de concours n° 35-2-8-864 (« *Produits des cessions de biens confisqués dans le cadre de la lutte contre les produits stupéfiants* ») est constitué du produit des saisies, essentiellement en monétaire, effectuées par les services de l'État, qui fait ensuite l'objet d'une redistribution entre les différentes administrations qui concourent à la lutte contre le trafic de drogue. Pour 2007, 1,5 million d'euros de recettes sont attendues à ce titre.

Selon les informations communiquées par le gouvernement, la dotation issue du fonds de concours a notamment permis de financer des équipements techniques permettant d'identifier et de suivre les véhicules des trafiquants de stupéfiants.

Cette année, les crédits accordés par la MILDT à ce titre ont également permis à la gendarmerie nationale d'équiper plus spécifiquement les unités de police judiciaire spécialisées dans l'observation et la surveillance afin d'infiltrer les rassemblements de type « raves ». Ont ainsi été saisis lors du Festival de Bourges, en avril 2006, près de 2 kilogrammes de cocaïne, 9 kilogrammes de cannabis, 6000 cachets d'ecstasy et 42 personnes ont été arrêtées pour infraction à la législation sur les stupéfiants.

En matière de coopération internationale, l'action n° 3 du programme « Drogue et toxicomanie » vise à permettre aux ministères concernés de mieux se coordonner et de mutualiser leurs moyens en matière de lutte contre le trafic international de la drogue dans certaines zones géographiques sensibles. Ces crédits sont en forte augmentation pour 2007 (1,5 million d'euros) afin notamment de renforcer les actions de coopération et d'assistance technique avec certains pays de l'Est en Europe.

C. LA BANALISATION DU CANNABIS N'EST PAS UNE FATALITÉ

Classé comme produit stupéfiant, le cannabis est le nom générique de la plante consommée sous forme de marijuana (herbe), de résine (haschich) et d'huile.

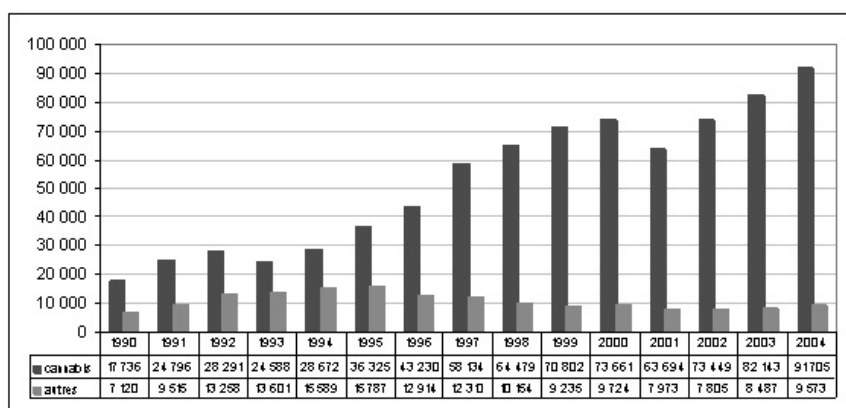
Depuis les trois dernières années, plusieurs actions d'envergure ont été engagées par le gouvernement afin de mettre un terme à son expansion particulièrement préoccupante.

1. Le cannabis est de loin la première substance illicite consommée en France, en particulier par les jeunes

Selon les dernières données de l'OFDT⁽¹⁾, il y aurait en France près d'1,2 million de personnes qui consomment régulièrement du cannabis parmi les 12-75 ans (soit dix fois plus que la cocaïne ou l'ecstasy), et environ 500 000 en consommeraient quotidiennement. Au total, près de trois adultes sur 10 (27 %) parmi les 18-75 ans déclarent avoir déjà consommé du cannabis, cette proportion tombant à 7 % pour les usages au cours de l'année écoulée. Les niveaux de consommation des hommes sont nettement plus élevés, même si l'écart avec les femmes tend à se réduire chaque année.

Depuis le début des années 1990, l'expérimentation de cannabis a connu une hausse assez nette pour atteindre plus de 40 % parmi les 18-44 ans, contre moins de 20 % en 1992. Cette progression se traduit également par l'augmentation des interpellations pour usage de cannabis depuis 1990, qui représente 90 % de l'ensemble des interpellations pour usage de stupéfiants.

Evolution des interpellations pour usage de stupéfiants depuis 1990



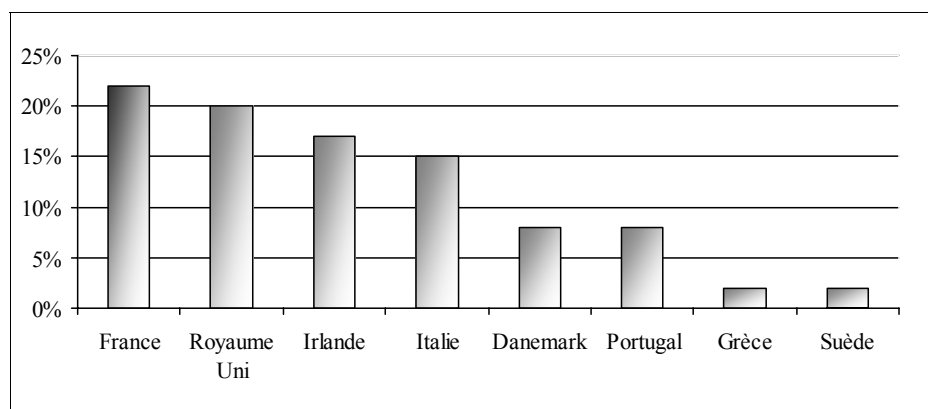
Source : Fichier national des auteurs d'infractions à la législation sur les stupéfiants (OCRTIS)

(1) Cf. « Les niveaux d'usage des drogues en France en 2005 : exploitation des données du Baromètre 2005 relatives aux pratiques d'usages en population adulte », Tendances n°48 de l'OFDT (mai 2006).

Selon les résultats de l'enquête sur la santé et les comportements en matière de drogues réalisée lors de la journée d'appel de préparation de la défense (ESCAPAD), dont les résultats ont été publiés par l'OFDT en septembre 2006, le niveau global des expérimentations de cannabis – 50 % à l'âge de 17 ans, soit un adolescent sur deux en 2005 – est stable par rapport à 2003, confirmant qu'un palier pourrait avoir été atteint après la hausse continue observée depuis les années 1990.

La France continue toutefois de se caractériser par des niveaux de consommation très supérieurs à d'autres pays en Europe, comme l'illustre le graphique ci-dessous.

Consommation déclarée de cannabis par les 15-16 ans en France et en Europe en 2003



Source : *guide d'intervention en milieu scolaire réalisé par la MILDT et le ministère de l'éducation nationale, « Prévention des pratiques addictives » (juin 2006)*

Dans le même temps, un certain nombre d'études ⁽¹⁾ ont permis de mieux appréhender les effets du cannabis sur la santé. Ainsi, à court terme, ce produit altère la perception, l'attention et la mémoire immédiate, troubles susceptibles de perturber la réalisation de tâches psychomotrices, telles que la conduite automobile et le travail scolaire des jeunes consommateurs.

À un niveau de consommation élevé apparaît également le risque de dépendance, qui semble être surtout psychique, mais aussi des problèmes relationnels, scolaires et professionnels. L'usage régulier de cannabis peut par ailleurs accompagner ou aggraver l'apparition de troubles psychiatriques, notamment la schizophrénie. Par ailleurs, une étude publiée par l'OFDT en décembre 2005 a permis de mettre en évidence le fait que la consommation de cannabis multiplie par deux le risque d'accident mortel sur la route : plus de 230 personnes ont en effet perdu la vie en 2003 dans des accidents directement liés à la consommation de ce produit.

(1) Notamment l'expertise collective de l'INSERM : « Cannabis ; *Quels effets sur le comportement et la santé ?* », réalisée à la demande de la MILDT en 2001.

2. Face à cette progression inquiétante, la prévention doit être la première des priorités

a) Pour la première fois, une campagne d'information et de communication sur le cannabis a été engagée en 2005

Lancée conjointement par la MILDT, l'Institut national d'éducation et de prévention pour la santé (INPES) et le ministère de la santé, la campagne de communication grand public, qui s'est déroulée du 8 février au 6 mars 2005, a constitué une première en Europe, qui a permis de mettre en avant les risques avérés de la consommation abusive de cannabis. Outre la presse quotidienne nationale, cette campagne a bénéficié d'une couverture audiovisuelle, reposant sur six films réalisés sur le mode du reportage et de la confrontation du mythe et de la réalité (mise en danger de la scolarité, perturbation des relations affectives, intoxications aigüe, dépendance).

Des brochures d'information destinées aux jeunes et aux parents ont également été élaborées et diffusées dans les écoles, les associations ou en commande directe (*picking*) et une ligne de téléphonie sociale spécifique (« *Ecoute cannabis* ») a été créée au sein de DATIS, avec une centaine d'appels par jour, afin de conseiller les jeunes consommateurs et leurs parents et de les orienter, le cas échéant, vers des structures de soins adaptées, en particulier les consultations cannabis (*cf. infra*). Selon le ministère de la santé, près de quatre millions d'euros ont ainsi été consacrés aux actions de communication en 2005.

Selon l'évaluation qui en a été réalisée, cette campagne a eu un haut niveau d'impact et d'agrément de la part des publics prioritaires, jeunes et parents, ce qui mérite d'autant plus d'être souligné qu'elle a été particulièrement complexe à mettre en place. Il convenait en effet d'éviter plusieurs écueils, en particulier un discours complice avec les jeunes, ou à l'inverse un propos trop moralisateur, s'appuyant sur des éléments non scientifiquement avérés, qui auraient risqué d'entraîner un rejet des publics concernés. Enfin, pour la première fois était mise en œuvre une campagne de communication grand public portant sur une substance illégale.

S'il est vrai que ce type de campagne d'information présente un coût élevé, le rapporteur souligne toutefois l'importance que qu'elle ne soit pas conçue dans un esprit « *one shot* » mais qu'elle soit au contraire régulièrement rediffusée afin de veiller à ce que les plus jeunes générations soient pleinement informées sur les dangers du cannabis. Il en va de même, en matière de sécurité routière, pour la campagne d'information organisée au premier semestre 2006 sur le thème : « *Sur la route, le cannabis est une drogue mortelle* ».

b) La prévention des addictions en milieu scolaire constitue une avancée majeure de la loi relative à la politique de santé publique

Issu d'un amendement de M. Bernard Accoyer, adopté par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, l'article 51 de la loi du 9 août 2004

relative à la politique de santé publique prévoit qu'une information soit délivrée sur les conséquences de la consommation de drogues sur la santé, « *notamment concernant les effets neuropsychiques et comportementaux du cannabis, dans les collèges et les lycées, à raison d'au moins une séance annuelle, par groupes d'âge homogène* ».

Dès janvier 2005, la MILDT et le ministère de l'éducation nationale ont élaboré un programme complet de prévention des pratiques addictives, qui a été expérimenté dans cinq académies, en vue de sa généralisation à partir de la rentrée scolaire de 2006, pour tous les élèves du CM2 à la Terminale, une information sur le cannabis étant spécifiquement prévue pour les classes de troisième et seconde. Des crédits ont également été délégués par la MILDT à ses chefs de projets pour mettre en place, avec les inspecteurs d'académie, des actions de formations des intervenants en milieu scolaire. Dans ce cadre, un guide d'intervention en milieu scolaire a été diffusé dans tous les collèges et lycées ainsi que dans les instituts universitaires de formation des maîtres (IUFM).

c) Des consultations cannabis ont été mises en place

En février 2005, un réseau de consultations anonymes et gratuites spécifiquement dédiées au cannabis a été mis place sur l'ensemble du territoire, juste avant le lancement de la campagne nationale d'information, afin d'apporter une aide aux consommateurs de cannabis et à leur entourage, pour qu'ils y trouvent une écoute, un soutien, et si nécessaire une orientation vers des structures de soins. D'abord expérimentées et financées par la MILDT, ces consultations relèvent désormais de l'assurance maladie et fonctionnent selon un cahier des charges précis.

Dans les 272 points de consultations, près de 30 000 personnes ont été accueillies dans ces consultations pendant les dix premiers mois d'activité : 72 % des consultations sont destinées aux usagers et 28 % aux parents. L'analyse des caractéristiques des consultants montre également que la cible a bien été atteinte : les consultants sont de jeunes consommateurs de cannabis (âge moyen de 21 ans), dont un tiers sont diagnostiqués dépendants.

À côté des dispositifs dédiés, le rapporteur souligne toutefois combien il est important que les jeunes puissent également trouver l'aide dont ils ont besoin auprès des professionnels, en particulier les médecins généralistes, auxquels ils font naturellement confiance. Pour cela, il importera de veiller à ce que la formation initiale et continue des professionnels comporte un module spécifique relatif au repérage et à la prise en charge de l'ensemble des pratiques addictives.

3. L'interdit social doit être réaffirmé

En matière d'usage de produits stupéfiants, il est essentiel de veiller à ce que la loi soit réellement applicable, alors qu'il existe aujourd'hui incontestablement un décalage entre la peine théoriquement encourue d'une part

(un an d'emprisonnement et 3 750 euros d'amende), et l'impossibilité matérielle de poursuivre les 100 000 personnes interpellées chaque année pour usage de stupéfiants. Pour autant, il ne saurait être question de dépénaliser l'usage du cannabis, dans la mesure où ces comportements ont de graves conséquences sur la santé de chacun, mais aussi sur l'ensemble de la collectivité et doivent dès lors trouver une réponse adaptée, afin de réaffirmer l'interdit avec clarté et efficacité.

Le projet de loi relatif à la prévention de la délinquance, qui sera examiné par l'Assemblée nationale après la discussion du projet de loi de finances, comporte à cet égard plusieurs dispositions particulièrement intéressantes.

Il propose de réformer la loi du 31 décembre 1970 pour étendre la procédure simplifiée de l'ordonnance pénale au délit d'usage des stupéfiants. Il prévoit également d'élargir le registre des peines de substitution, à travers notamment les stages de citoyenneté ou de sensibilisation aux dangers de l'usage des produits stupéfiants. Il est en effet essentiel que les peines encourues soient non seulement effectivement appliquées, mais aussi qu'elles soient comprises et permettent d'induire un changement durable des comportements et des mentalités.

D. COMMENT RÉDUIRE LES RISQUES SANITAIRES LIÉS À L'USAGE DE DROGUES, TOUT EN VEILLANT AU BON USAGE DES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION ?

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 ainsi que les dommages sociaux et psychologiques liés à la toxicomanie par des substances classées comme stupéfiants.

1. La politique de réduction des risques a été consacrée par la loi relative à la politique de santé publique

a) Les traitements de substitution ont constitué une avancée majeure en termes de santé publique

En France, la politique de réduction des risques a réellement démarré avec l'épidémie du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) qui a été dramatique chez les usagers de drogues. Ce contexte particulier des années 1990 a eu un impact sur les stratégies thérapeutiques de soin de la toxicomanie. La France restait en effet l'un des seuls pays, parmi ceux confrontés de manière importante à la toxicomanie, à poursuivre le rejet de l'utilisation de traitements de substitution.

Ces traitements constituent désormais une des options thérapeutiques et de soutien offerte aux personnes dépendantes aux opiacés, qui permettent de compenser les effets du manque lors de l'arrêt de la consommation des produits illicites. Deux médicaments sont utilisés dans ce cadre : la méthadone, dont la prescription ne peut être initiée que dans les centres spécialisés de soins, et la

buprénorphine haut dosage (BHD), commercialisée sous la marque Subutex®, qui peut être prescrite d'emblée par tout médecin.

L'impact de ces traitements a été globalement très positif, d'un point de vue sanitaire mais aussi social. Le phénomène le plus marquant tient sans doute à la chute des décès par surdose, puisqu'en 2004, 69 décès ont été portés à la connaissance des services de police, soit le niveau le plus bas jamais atteint en France et cinq fois moins qu'en 1994.

Parallèlement, on constate chez les personnes prises en charge et traitées par la buprénorphine une diminution globale des pratiques problématiques, concernant le recours à l'héroïne et les pratiques d'injections préjudiciable tant en termes de santé que d'impact sur la dépendance, mais aussi le partage du matériel et des seringues. Ainsi, alors qu'on estimait en 1995 qu'un tiers des toxicomanes consommateurs d'héroïne étaient séropositifs au VIH ou à l'hépatite C, aujourd'hui, moins de 3 % des usagers de drogues sont contaminés par le virus du sida.

***Décès par sida chez les usagers de drogues par voie intraveineuse (UDVI)
1998-2004***

	1998	1999	2000	2001	2002	2003*	2004*
UDVI	204	196	136	119	177	112	86
Ensemble des décès	769	708	620	583	662	476	385
Part UDVI	26,5 %	27,7 %	21,9 %	20,4 %	26,7 %	23,5 %	22,3 %

* données redressées

Source : système de surveillance du sida, *InVS*.

Enfin, la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a permis de donner une reconnaissance légale à la politique de réduction des risques, dont la détermination relève de l'Etat, mais aussi de définir par voie réglementaire ⁽¹⁾ un référentiel national des actions menées à ce titre, au terme d'une très large concertation avec les administrations, les professionnels, les associations et les élus locaux.

b) Ces traitements font toutefois l'objet d'un mésusage important

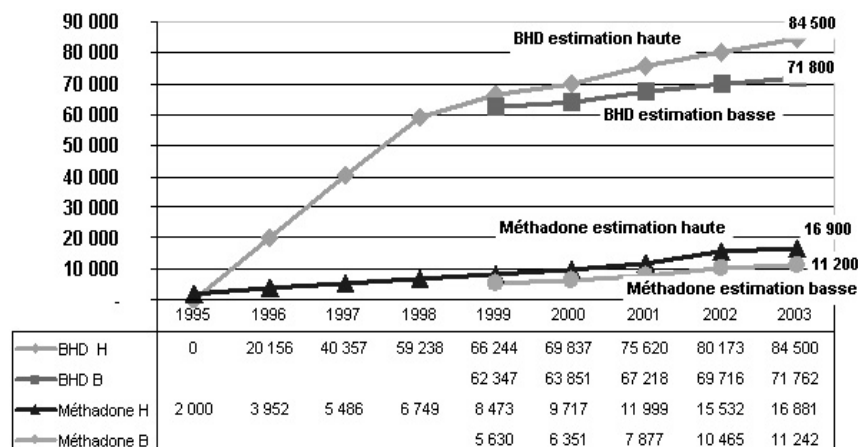
Aujourd'hui, environ 15 000 personnes bénéficient d'un traitement par la méthadone et 80 000 sont sous Buprénorphine haut dosage (essentiellement Subutex®). Pour la majorité d'entre elles, ce traitement, accompagné ou non d'une prise en charge plus globale, leur permet de se réinsérer socialement et de sortir progressivement de la dépendance.

Ce développement massif des traitements de substitution, lié au choix d'un cadre souple de prescription pour la buprénorphine, s'est toutefois accompagné d'un nombre important de mésusages, liés à une surconsommation, à leur usage

(1) Décret n° 2005-347 du 14 avril 2005 relatif au référentiel national de réduction des risques.

dans une logique non substitutive, comme toute autre drogue, ou à l'injection de la buprénorphine, qui entraîne de graves conséquences sanitaires (œdème, abcès et nécrose veineuse).

Estimation du nombre de personnes recevant un traitement de substitution



Source : données SIAMOIS / InVS et estimations OFDT

Par ailleurs, le nombre de médicaments à base de BHD qui sont détournés est estimé entre 20 et 25 % de l'ensemble des quantités vendues⁽¹⁾, ce phénomène étant surtout observé en Ile-de-France, en Provence-Alpes-Côte d'azur et en Alsace. Selon certaines études, le nombre de patients concernés serait cependant inférieur à 5 % à l'ensemble de ceux pour lesquels de la BHD a été prescrite.

Enfin, le développement d'un trafic national, voire international, des traitements de substitution pose un problème majeur de santé publique, puisque qu'ils peuvent constituer pour certains jeunes le point d'entrée dans des pratiques addictives, la sécurité sociale devenant alors d'une certaine façon leur « dealer », comme s'en sont inquiétées certaines personnes auditionnées par le rapporteur.

2. L'usage des traitements de substitution doit être mieux encadré

L'existence avérée de mésusage doit conduire à redéfinir les bonnes pratiques en matière de produits de substitution, en raison non seulement de leurs coûts élevés pour la sécurité sociale, mais également et surtout dans l'intérêt thérapeutique des usagers de drogues.

(1) Cf. la revue de l'OFDT, Tendances n°27, « Les traitements de substitution en France : résultats récents 2004 », juin 2004.

a) Le classement de la buprénorphine haut dosage (BHD) comme stupéfiant n'apparaît pas opportun

Après une large concertation, l'inscription de la buprénorphine, principe actif du Subutex[®], comme stupéfiant – qui avait été proposée par la MILDT – n'a finalement pas été retenue par le ministre chargé de la santé et des solidarités.

En effet, l'efficacité de cette mesure pour la lutte contre le trafic n'était pas totalement évidente, alors que les intervenants de terrain étaient unanimes à craindre une réduction de l'accessibilité à ce médicament, en raison de la réglementation stricte applicable en matière de stockage, de prescription et de délivrance des stupéfiants.

b) En revanche, la désignation d'un pharmacien chargé de délivrer les traitements, assortie le cas échéant d'un protocole de soins, constitue une mesure efficace pour veiller au bon usage

L'article 17 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie prévoyait de subordonner le remboursement des « *soins ou traitements susceptibles de faire l'objet d'un usage détourné* » à l'inscription par le médecin sur l'ordonnance du pharmacien nommément désigné par le patient pour leur délivrance et à l'établissement d'un protocole de soins. Si l'assurance maladie a engagé depuis lors un vaste plan de contrôle, qui a permis de repérer efficacement les usages problématiques de traitements de substitution, le rapporteur a cependant été surpris de constater que la mesure prévue par la loi du 13 août 2004 n'est de fait jamais entrée en vigueur, faute de parution de l'arrêté nécessaire d'application.

Dans la pratique, certaines difficultés de mise en œuvre sont en effet apparues, liées notamment au nombre élevé de personnes sous traitements de substitution. Afin d'y remédier, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 propose d'assouplir le dispositif actuel, en réservant l'établissement d'un protocole de soins aux seuls cas pour lesquels il existe un risque important et avéré d'usage détourné. Dès lors, le rapporteur ne peut que souligner l'importance de mettre en œuvre ces dispositions dans les plus brefs délais après la publication de la loi de financement.

c) La mise en œuvre du dossier pharmaceutique et du parcours de soins contribueront à renforcer l'efficacité de ce dispositif

De manière générale, l'amélioration des pratiques professionnelles et l'institution d'un parcours de soins, – à travers notamment le médecin traitant et l'accès par chaque médecin aux prescriptions réalisées au cours des mois précédents pour son patient – sont de nature à diminuer le nomadisme médical et les multi-prescriptions et, par voie de conséquence, le marché noir, sans pour autant restreindre l'accès des patients aux traitements, qui respectent le bon usage des soins.

En outre, il convient de rappeler que le « dossier pharmaceutique » (DP), conçu et financé par l'Ordre national des pharmaciens, devrait être accessible dans toutes les officines à partir du second semestre 2007. Celui-ci permettra en effet au pharmacien d'accéder à l'historique des médicaments dispensés depuis un an, dès que le patient lui remet sa carte Vitale.

Compte tenu du comportement parfois agressif de certains usagers de drogue en situation de manque, il est clair que le DP ne permettra pas à lui seul de lutter contre l'usage détourné des traitements de substitution, mais son intérêt mérite cependant d'être souligné, au point qu'il aurait pu être envisagé que les pouvoirs publics participent à son financement.

3. Deux chantiers prioritaires en matière de réduction des risques doivent être engagés

Il importe de poursuivre l'évaluation de la politique de lutte contre la toxicomanie, tant en termes de mesures de l'offre de soins que de réduction du trafic des médicaments de substitution, afin de consolider chaque étape de cette politique, s'agissant tout particulièrement des deux points suivants.

a) La lutte contre les hépatites

Si la politique de réduction des risques a été efficace en matière de lutte contre le sida, elle l'a été beaucoup moins et de façon plus tardive concernant l'hépatite C, en raison des pratiques de partage de matériels, en particulier les filtres (90 % des usagers par injection ayant plus de quarante ans et 44 % des plus jeunes sont ainsi séropositifs à ce virus). Un travail d'accompagnement doit dès lors être réalisé afin de faciliter le dépistage et l'accès aux soins.

En matière de prévention, il apparaît également nécessaire d'organiser des informations ciblées sur les pratiques à risque et d'améliorer la couverture vaccinale contre l'hépatite B pour les populations les plus exposées.

Enfin, le rapporteur préconise d'étudier les conditions dans lesquelles le coût de production des trousses d'injection stériles (« Stéribox ») pourrait être diminué, afin d'y inclure un filtre non réutilisable, en conservant son prix public d'environ un euro.

b) La diversification de l'offre de soins pour les toxicomanes

Si l'arrivée prochaine sur le marché d'une forme sèche de méthadone et d'un nouveau médicament non injectable à base de buprénorphine (« Suboxone »), voire l'expérimentation de la primo-prescription de méthadone en médecine de ville, s'avérait positive, cela pourrait permettre d'améliorer la prise en charge thérapeutique des toxicomanes, qui ne saurait cependant se résumer à la seule question des traitements de substitution.

Dans cette perspective, la MILDT a en effet engagé des expérimentations de « communautés thérapeutiques », dont une en Guyane, pour lesquelles un cahier des charges précis a été défini avec les professionnels, et des financements sont prévus en 2007 pour l'ouverture de trois communautés et la formation des professionnels y exerçant. Ces structures expérimentales devront faire l'objet d'une évaluation approfondie, afin de déterminer leur intérêt et leur place dans la stratégie thérapeutique des toxicomanes ainsi que, le cas échéant, les conditions de leur développement. Le rapporteur préconise également d'expérimenter la création de salles de consommation, dans le cadre d'un cahier des charges précisément défini.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

La commission des affaires culturelles, familiales et sociales a examiné pour avis, sur le rapport de M. Michel Heinrich, les crédits pour 2007 de la mission « Santé », au cours de sa séance du mardi 31 octobre 2006.

Un débat a suivi l'exposé du rapporteur.

Mme Catherine Génisson a souhaité avoir des précisions sur les points suivants :

– Dispose-t-on de chiffres concernant l'augmentation de la consommation des drogues de synthèse ?

– Ne faudrait-il pas mieux distinguer les protocoles de soins mis en œuvre pour le Subutex, qui relève d'une prescription simple, de ceux prévus pour la méthadone, dans la mesure où dans ce dernier cas les protocoles sont très approfondis et visent à assurer une prise en charge globale des usagers ?

– S'il est effectivement nécessaire de renforcer la lutte contre les hépatites, des interrogations subsistent néanmoins quant à la politique mise en œuvre en matière de vaccination contre l'hépatite B, dont le champ a été restreint à certains groupes à risques en raison des inquiétudes suscitées par les effets de ce vaccin.

– Alors même que le rapporteur souligne l'importance de renforcer la prévention des pratiques addictives en milieu scolaire, on ne peut que déplorer le manque d'acteurs sur le terrain, en raison de la pauvreté de la médecine scolaire. Par exemple, dans le Nord-Pas-de-Calais, on compte un médecin pour 10 000 élèves, ce qui, à l'évidence, ne permet pas de créer les conditions nécessaires pour mener une politique de prévention efficace.

Après avoir salué l'intérêt de la présentation du rapporteur ainsi que le progrès que constitue incontestablement la présentation modernisée des crédits de la santé dans le cadre des nouvelles missions prévues par la loi organique relative aux lois de finances (LOLF), **M. Jean-Luc Prél** s'est félicité de l'augmentation de ces crédits et a posé les questions suivantes :

– S'agissant du dépistage organisé du cancer du sein, comment peut-on sensibiliser les femmes qui ne consultent pas habituellement et quelles sont les intentions du ministère de la santé pour améliorer leur taux de réponse ?

– Quel est le taux de réponse pour le dépistage du cancer colo-rectal, qui se met en place progressivement, et comment sont prises en charge les coloscopies réalisées après un test Hemocult positif : s'agit-il de l'assurance-maladie ou de l'Etat ?

– Quel bilan peut-on dresser, à mi-parcours, de la mise en œuvre des objectifs posés par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique ?

– Comment s’organise la mise en place des agences régionales de santé (ARS) expérimentales ?

– Qu’en est-il de la formation des infirmières et des sages-femmes, s’agissant notamment de leur intégration au dispositif licence-master-doctorat (LMD) ?

– Le transfert de la gestion des instituts de formations en soins infirmiers (IFSI) aux régions s’est-il accompagné du versement par l’État de dotations permettant de compenser l’intégralité des charges afférentes et que reste-t-il aujourd’hui à la charge des établissements de santé ?

– Dans quels délais et selon quelles modalités les médecins et pharmaciens inspecteurs de santé publique, qui jouent un rôle majeur en termes de santé publique, seront-ils intégrés au statut des praticiens hospitaliers, suite à l’adoption d’un amendement adopté dans ce sens il y a quelques mois ?

M. Pierre-Louis Fagniez s’est également interrogé sur la réalisation des objectifs fixés par la loi relative à la politique de santé publique, pour lesquels des moyens importants ont été mis en œuvre, ainsi qu’en atteste l’augmentation très significative des crédits prévus pour 2007 en matière de lutte contre le cancer.

Le président Jean-Michel Dubernard a rappelé que l’Office parlementaire d’évaluation des politiques de santé (OPEPS) permet aux députés de suivre la mise en œuvre de ces politiques. Ainsi, le premier rapport adopté en 2004 par l’OPEPS, présenté par M. Marc Bernier, portait précisément sur le dépistage du cancer du sein.

Mme Catherine Génisson a jugé légitimes les revendications des élèves infirmiers, kinésithérapeutes et sages-femmes, concernant tant leur formation initiale que leur statut, en souhaitant que des réponses précises soient apportées par le gouvernement sur ce sujet, alors que trop souvent les ministères de la santé et de l’Éducation nationale se renvoient mutuellement la question.

Mme Martine Billard a estimé que le courrier envoyé par les caisses d’assurance maladie, afin d’attirer l’attention des femmes concernées sur la nécessité de procéder à un dépistage du cancer du sein, semble trop banalisé. Il serait dès lors intéressant de se pencher sur les raisons qui conduisent certaines femmes à ne pas répondre positivement à ce courrier : il existe probablement un problème significatif de communication.

M. Patrick Beaudouin a félicité le rapporteur pour le choix du thème d’étude de cet avis. Alors que l’Assemblée nationale vient de conclure ses travaux sur les dangers posés par la consommation de tabac, il convient en effet de ne pas baisser la garde en matière de lutte contre les drogues, s’agissant notamment du cannabis. Pour ce qui est du dépistage organisé du cancer du sein, on pourrait par exemple s’inspirer de l’expérience consistant à personnaliser davantage le courrier

adressé aux femmes concernées, au niveau d'une commune, qui a eu des résultats positifs.

En réponse aux intervenants, **le rapporteur** a apporté les précisions suivantes :

– L'expérimentation de cocaïne a presque doublé entre 1998 et 2005, tandis que celle d'amphétamines et d'ecstasy est passée de 2,1 % à 3 %. Sur la même période, la consommation d'héroïne est restée globalement stable.

– Il convient de renforcer la lutte contre l'hépatite B, à travers une amélioration de la couverture vaccinale des populations à risques.

– Les actions menées au titre de la prévention des pratiques addictives en milieu scolaire se sont accompagnées de la formation des enseignants sur les dangers de l'usage des drogues, dans le cadre d'une expérimentation lancée dans cinq académies. Il est malheureusement impossible de ne pas partager le constat négatif porté sur l'état de la médecine scolaire ; cependant, celle-ci aurait peut-être gagné à être décentralisée. Cette réforme s'est heurtée aux souhaits des médecins scolaires de rester dans le giron de l'Éducation nationale.

M. Alain Néri s'est opposé à cette proposition, en considérant que l'éducation doit rester nationale. Décentraliser la médecine scolaire consisterait à un transfert de charges inacceptable sur les collectivités territoriales, faute du versement des crédits correspondants.

Le président Jean-Michel Dubernard a toutefois estimé que des résultats significatifs ont été obtenus dans les communes, où la médecine scolaire avait été « municipalisée » et qu'il importe, de façon générale, que l'intérêt des enfants prévale sur celui des professionnels.

Mme Catherine Génisson a souligné l'importance de ce sujet et proposé de confier l'organisation de la médecine scolaire au ministère de la santé, afin que des moyens plus importants lui soient consacrés et qu'elle ne soit plus le parent pauvre de l'Éducation nationale.

Le président Jean-Michel Dubernard a approuvé cette suggestion.

Le rapporteur a poursuivi son propos :

– La MILDT suit régulièrement la mise en œuvre des objectifs fixés par la loi relative à la politique de santé publique, en particulier dans le cadre d'un rapport publié récemment.

– L'Etat participe à la mise en place, à titre expérimental, des agences régionales de santé (ARS), qui sont actuellement en cours de constitution.

Conformément aux conclusions du rapporteur, la commission a donné un *avis favorable* à l'adoption des crédits pour 2007 de la mission « Santé ».

ANNEXE

LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES

- **Ministère de la santé et des solidarités** – M. Didier Eyssartier, directeur général-adjoint de la santé, et M. Pascal Melihan-Cheinin, chef de bureau des pratiques addictives
- **Institut national de prévention et d'éducation à la santé (INPES)** – M. Philippe Lamoureux, directeur général, et Mme Élisabeth Tomé, directrice de l'administration générale
- **Ordre national des pharmaciens** – M. Jean Parrot, président
- **Mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie (MILDT)** – M. Didier Jayle, président, et Mme Françoise Toussaint, secrétaire générale
- **Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT)** – Dr Frédéric Rouillon, président du conseil d'administration, le Pr Sylvain Dally, président du collège scientifique, et M. Jean-Michel Costes, directeur
- **Association « Parents contre la drogue »** – M. Serge Lebigot, président
- **Drogues alcool tabac info service (DATIS)** – M. Baptiste Cohen, directeur, et Mme Danielle Dehayes, directrice administrative et financière
- **Association nationale des intervenants en toxicomanie (ANIT)** – M. Jean-Pierre Couteron, président
- **Act up Paris** – M. Emmanuel Château, co-président, et M. Éric Labbé, responsable de la commission drogues et usages
- **Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)** – M. Frédéric Van Roekeghem, directeur général