



Évaluation de la lutte contre l'usage de substances illicites Suivi des conclusions du rapport du 20 novembre 2014

Mme Anne-Yvonne Le Dain et
M. Laurent Marcangeli, rapporteurs

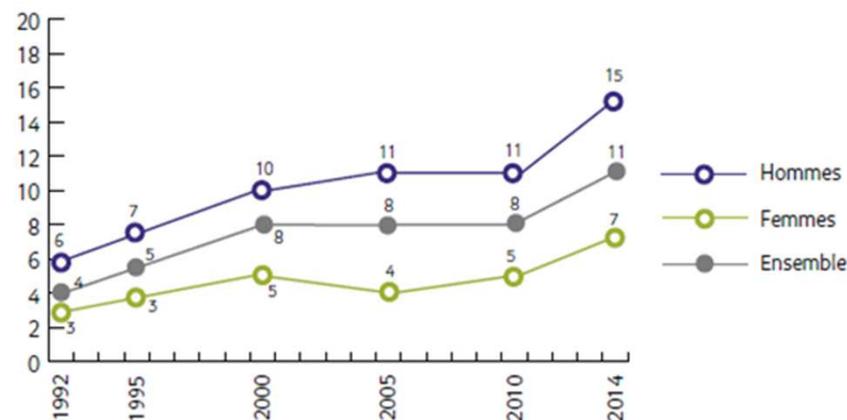
9 décembre 2015



1. Une augmentation de la consommation de cannabis

- ❑ Le baromètre santé 2014 de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) met en évidence une augmentation de la consommation de cannabis dans la population française par rapport à 2010 : l'expérimentation est passée de 33 % à 42 % sur l'ensemble des 18-64 ans.
- ❑ Dans la tranche d'âge la plus exposée, celle des 18-25 ans, 28 % des individus ont fumé du cannabis au moins une fois dans l'année passée (usage actuel).
- ❑ Le baromètre révèle 17 millions d'expérimentateurs, 4,6 millions d'utilisateurs dans l'année (actuels) et 1,4 million d'utilisateurs réguliers dont 700 000 utilisateurs quotidiens.

ÉVOLUTION ENTRE 1992 ET 2014 DE LA PROPORTION D'USAGERS ACTUELS DE CANNABIS PARMIS LES 18-64 ANS, PAR SEXE (EN %)



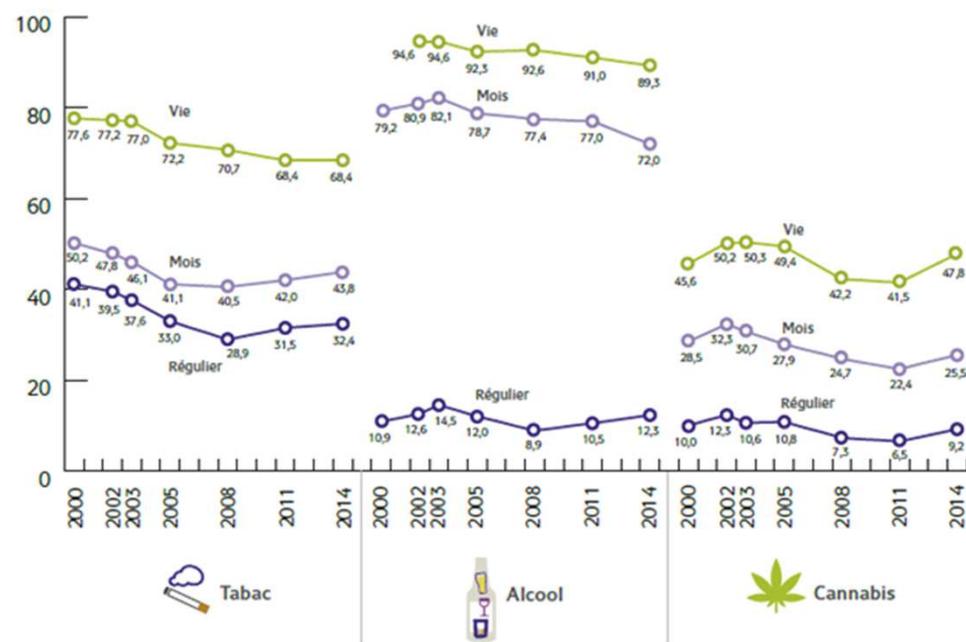
Sources : Baromètres santé 1992, 1995, 2000, 2005, 2010, 2014, INPES, exploitation OFDT.



2. Une tendance inquiétante chez les jeunes de 17 ans

- ❑ L'enquête Escapad menée auprès des jeunes de 17 ans en 2014 montre un **retournement de tendance inquiétant** : elle révèle une reprise de l'augmentation de l'usage de cannabis après une décennie de baisse, comparable à l'évolution de l'usage régulier du tabac et de l'alcool.

ÉVOLUTIONS DES NIVEAUX D'USAGE DE TABAC, BOISSONS ALCOOLISÉES ET CANNABIS À 17 ANS EN MÉTROPOLE DEPUIS 2000 (EN %)

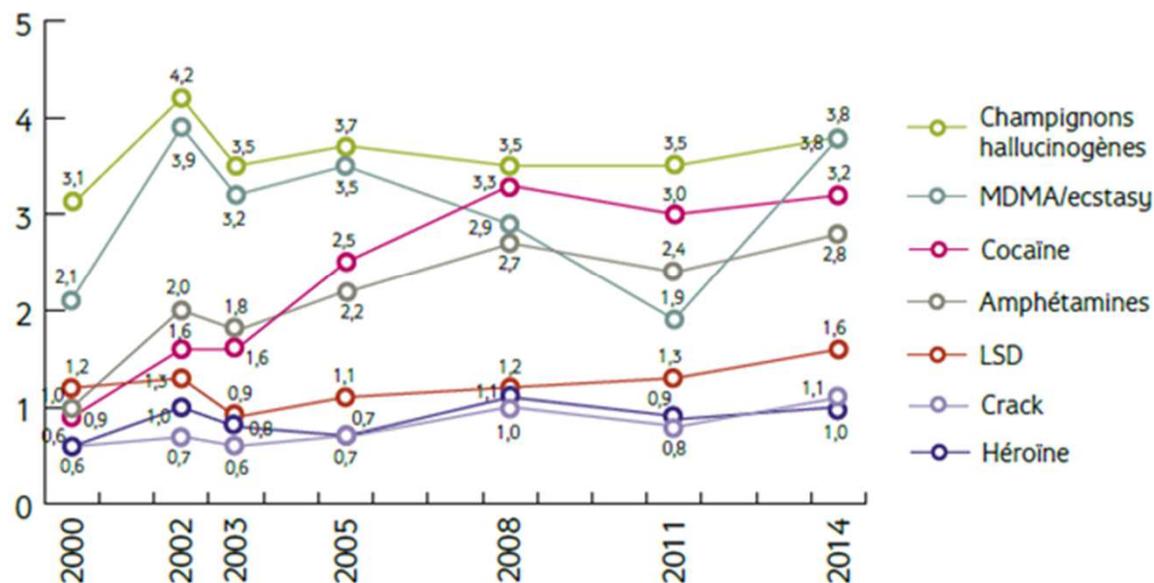


Source : Enquêtes ESCAPAD – OFDT.



3. L'essor des nouvelles drogues de synthèse

ÉVOLUTION DE L'EXPÉRIMENTATION DES PRINCIPALES DROGUES ILLICITES À 17 ANS EN MÉTROPOLE DEPUIS 2000 (EN %)



Source : Enquêtes ESCAPAD – OFDT.

- L'expérimentation de l'ecstasy a doublé entre 2011 et 2014 chez les jeunes de 17 ans en passant de 1,9 % à 3,8 % ; ils sont par ailleurs 1,7 % à avoir déjà consommé une nouvelle drogue de synthèse, ce chiffre reste toutefois faible par rapport à certains pays européens.

- La proposition des rapporteurs de **classement comme stupéfiants des nouvelles drogues de synthèse par famille de molécules** a été appliquée avec l'arrêté du 19 mai 2015 classant sept familles de cannabinoïdes de synthèse.



4. La consolidation de la prévention

Les **nombreuses initiatives locales** ne peuvent suffire à assurer une véritable politique publique de prévention.

❑ **Les insuffisances de pilotage par l'éducation nationale**

- Toujours pas de recensement national des interventions pratiquées en milieu scolaire
- Lancement d'un projet expérimental de prévention des conduites addictives par le développement des compétences psychosociales dans deux collèges à la rentrée 2012 faisant l'objet d'une évaluation finale scientifique en 2015 avant son éventuelle diffusion
- Poursuite de la formation des infirmières scolaires à l'intervention précoce
- Mise au point d'une attestation de formation à la prévention des conduites addictives

❑ **Les policiers et gendarmes formateurs anti-drogue**

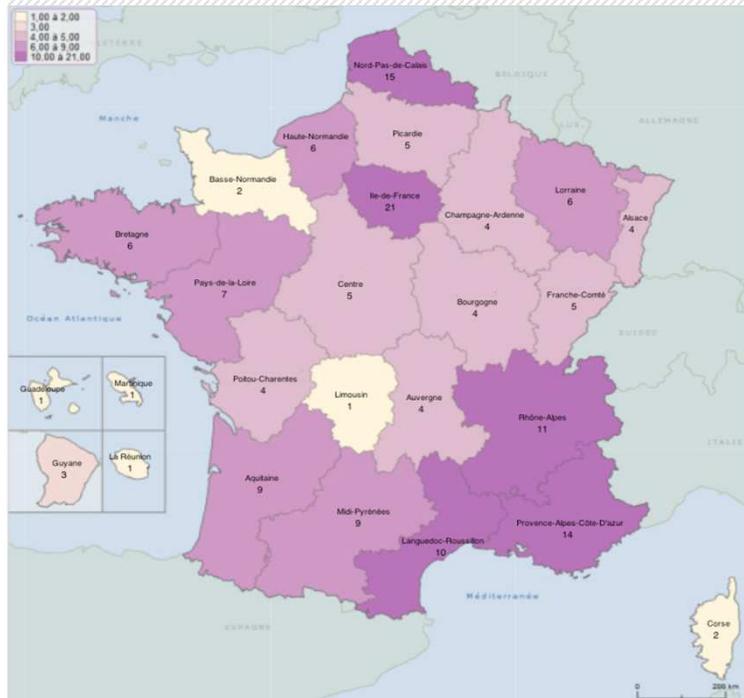
- Convergence de la formation des policiers et gendarmes formateurs et rationalisation de leurs interventions sur le territoire



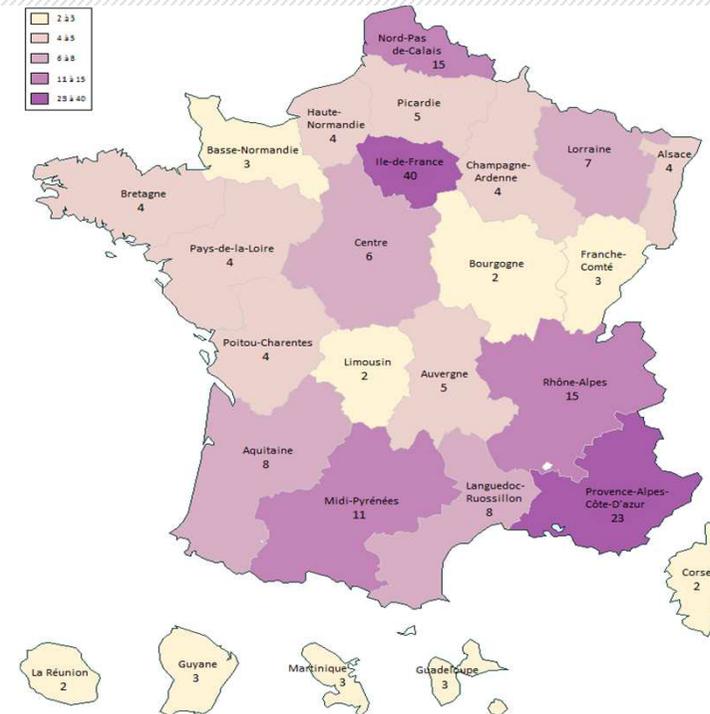
5. La prise en charge sanitaire et sociale : adapter l'addictologie aux besoins

- ❑ Le dispositif sanitaire et social s'appuie principalement sur les CSAPA et les CAARUD.
 - **Les CSAPA** opèrent la prise en charge médicale et psychologique des patients, la prescription et le suivi des traitements médicamenteux.
 - **Les CAARUD** proposent l'accueil gratuit, anonyme et inconditionnel d'usagers de substances psychotropes qui ne sont généralement engagés dans aucune démarche de soins.

Répartition des CAARUD par région en 2013



Répartition des CSAPA spécialisés substances illicites par région en 2010



- ❑ Renforcement de l'accessibilité du réseau des CSAPA et CAARUD : 20 antennes et consultations avancées supplémentaires de CSAPA en 2014
- ❑ Formation continue : lancement du portail des acteurs de santé par la Fédération Addiction



6. Poursuivre la réduction des risques

❑ Développement des programmes d'échange de seringues (PES)

▪ Utilité des PES :

- réduction des comportements d'injection à risque
- baisse de la contamination au VIH et VHC
- inscription dans un parcours de soins

▪ En France, les PES sont mis en œuvre efficacement par :

- les **CAARUD** : sur place ou équipes mobiles (bus)
- des **boîtiers** automatés dans les rues
- les **pharmacies** qui vendent les Steribox (matériel d'injection stérile) 1 €



❑ Mais le système est perfectible :

- seules 1 100 pharmacies participent à la récupération des 14 millions de seringues usagées au sein de 50 programmes dans 17 régions ;
- nécessité d'encourager les autres officines : lancement par la DGS d'un « guide de l'addictologie en pharmacie d'officine » et signature d'une convention entre la Mildeca et l'Ordre des pharmaciens ;
- expérimentation positive de l'échange de seringues par voie postale par l'association SAFE : plus de 400 usagers en juillet 2015 ;
- les PES n'existent pas en prison, où le taux de prévalence du VIH est pourtant six fois plus élevé que dans la population générale : expérimenter les PES en milieu pénitentiaire, le projet de loi santé le permet mais aucun calendrier prévisionnel fixé.



7. Les salles de consommation à moindre risque (SCMR) : les positions des rapporteurs

La position de Mme Le Dain : instaurer les SCMR

▪ Des expériences étrangères concluantes :

- **À Vancouver**, des **résultats sanitaires très positifs**. L'ouverture d'une SCMR a permis la diminution des taux de contamination au VIH et VHC et la réduction des pathologies liées à l'injection.

- **À Amsterdam**, une **démarche pragmatique de tranquillité publique** : les SCMR ont été ouvertes par les autorités locales pour mettre fin aux scènes ouvertes d'injection.

Proposition :

Expérimenter les SCMR en France de manière courte : **18 mois**.

En cas d'évaluation positive, **généraliser le dispositif sur le territoire national** en tenant compte de l'expérience des travailleurs sociaux, de la police et de la justice des pays les pratiquant couramment.



La SCMR « Insite » à Vancouver



La SCMR « Quai n° 9 » à Genève

La position de M. Marcangeli : refuser l'ouverture des SCMR

▪ Ce dispositif soulève d'importantes difficultés dont il faut tenir compte :

- Affecter de l'argent public à un lieu dédié à l'injection risque de **brouiller le message des autorités** sur la dangerosité de l'usage des drogues.

- Des **risques pour la sécurité publique** : la fixation d'un lieu de consommation pourrait favoriser le trafic de stupéfiants.

- Des incertitudes concrètes sur le **positionnement des forces de l'ordre** aux abords de la salle.

- Des questions de **responsabilité juridique** prégnantes : *quid* de la responsabilité du personnel en cas d'overdose mortelle ?

□ **Le principe de l'expérimentation a été adopté** dans la loi relative à la modernisation du système de santé :

- Dès la promulgation de la loi, les **premières expérimentations** pourront être engagées sur la base d'un cahier des charges et d'une circulaire de politique pénale actuellement en cours de rédaction.

- **Un démarrage est prévu à Paris et Strasbourg** dès le premier trimestre 2016, et à Bordeaux au cours de l'année 2016.



8. Le régime juridique de l'usage de cannabis : la nécessaire révision de la loi de 1970

- ❑ Depuis la loi de 1970,
 - l'usage de cannabis est un **délit**,
 - actuellement passible d'une **peine d'emprisonnement d'un an** et d'une **peine d'amende de 3 750 euros** devant le tribunal correctionnel.
- ❑ **Trois options de réforme sont possibles :**
 - La **contravention judiciaire** de troisième classe d'un montant maximal de 450 euros, dans le respect de l'individualisation des peines.
 - La **contravention forfaitaire** du type infraction sécurité routière comparable à une sanction administrative.
 - La **légalisation totale ou restreinte à l'espace privé** avec l'institution d'une **offre réglementée du produit sous le contrôle de l'État**.

Proposition de M. Marcangeli :
transformer le délit d'usage de cannabis en une contravention de troisième catégorie.

Avantages

- maintient l'interdit
- supprime la condamnation à de l'emprisonnement
- maintient l'individualisation de la peine
- permet un traitement adapté de la récidive, notamment l'orientation vers le soin

Proposition de Mme Le Dain :
légaliser l'usage individuel du cannabis dans l'espace privé et pour les personnes majeures, et instituer une offre réglementée du produit sous le contrôle de l'État.

Avantages

- permet d'instaurer un contrôle de la qualité du produit par l'État
- affaiblit les réseaux criminels par réduction de la demande
- procure des recettes fiscales affectées à la prévention et au soin
- permet aux forces de sécurité de redéployer des moyens sur la lutte contre le trafic

- ❑ Lors de l'examen du projet de loi relatif à la modernisation du système de santé :
 - Le Sénat a proposé la transformation du délit d'usage de cannabis en contravention de troisième classe.
 - L'Assemblée nationale a supprimé cette mesure dans l'attente des propositions du Gouvernement.