

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

X I V ^e L É G I S L A T U R E

Compte rendu

**Comité d'évaluation
et de contrôle
des politiques publiques**

Mercredi
9 décembre 2015
Séance de 11 heures

Compte rendu n° 4

SESSION ORDINAIRE DE 2015-2016

– Suivi de l'évaluation de la lutte contre l'usage de substances
illicites : examen du rapport 2

**Présidence de
M. Régis Juanico,
*vice-président du
Comité***



La réunion commence à onze heures cinq.

M. Régis Juanico, président. Je vous prie d'excuser le président Bartolone qui m'a demandé de le suppléer.

Je vous prie également d'excuser M. Laurent Marcangeli qui ne peut pas être présent parmi nous aujourd'hui.

L'article 146-3 du Règlement prévoit que les rapporteurs du Comité d'évaluation et de contrôle (CEC) lui présentent un rapport de suivi de la mise en œuvre de leurs conclusions, à l'issue d'un délai de six mois suivant la publication de leur rapport initial.

C'est sur le fondement de cet article que nous allons aujourd'hui examiner le rapport de suivi de l'évaluation de la lutte contre l'usage de substances illicites qui nous avait été présentée en novembre 2014.

La lutte contre l'usage de substances illicites vient de faire l'objet de plusieurs dispositions incluses dans le projet de loi relatif à la modernisation du système de santé. Ce rapport de suivi arrive donc à un moment particulièrement opportun.

Mme Anne-Yvonne Le Dain, rapporteure. Nous avons intitulé notre rapport de novembre 2014 : « L'augmentation de l'usage de substances illicites : que fait-on ? ». Notre réflexion reste aujourd'hui d'abord tournée vers l'action. Le rapport de 2014 contenait douze propositions communes et deux propositions faisant l'objet d'avis divergents, l'une relative à l'expérimentation de salles de consommation à moindre risque et l'autre relative au régime juridique de l'usage du cannabis.

Depuis un an, la discussion du projet de loi relatif à la modernisation du système de santé et la publication des résultats de nouvelles enquêtes portant sur l'usage des substances illicites ont conforté les analyses que nous avons développées.

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 – ce qui est la définition de l'« usage actuel ». Le baromètre révèle dix-sept millions d'expérimentateurs, 4,6 millions d'usagers actuels et 1,4 million d'usagers réguliers, dont 700 000 usagers quotidiens. Ces chiffres sont énormes.

En outre, l'enquête Escapad menée auprès des jeunes de dix-sept 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. La proportion d'usagers réguliers de cannabis est ainsi passée de 6,5 % en 2011 à 9,2 % en 2014 parmi les jeunes de dix-sept ans. Seule bonne nouvelle, l'âge moyen d'entrée dans la consommation, ou premier usage, ne s'est pas dégradé, puisqu'il est resté à quatorze ans comme en 2011. Cette variable est d'importance puisqu'une consommation précoce est particulièrement nocive et présente un gros risque d'usage problématique. Plus tôt on entre dans l'usage de stupéfiants, plus longtemps on en reste dépendant.

Les nouvelles drogues de synthèse ont connu un grand essor. C'était un concept nouveau, mais il est devenu banal. L'expérimentation de l'ecstasy a doublé entre 2011 et 2014 chez les jeunes de dix-sept ans en passant de 1,9 % à 3,8 % ; ils sont par ailleurs 1,7 % à avoir déjà consommé une nouvelle drogue de synthèse, fabriquée dans des conditions souvent dangereuses. Ce chiffre reste toutefois faible par rapport à certains pays européens.

Nous avons souhaité développer les interdictions des nouvelles drogues de synthèse par famille de molécules et renforcer les outils de suivi sur internet : nous avons été suivis sur ces deux points. En effet, aux deux arrêtés du ministre de la santé classant comme stupéfiants plusieurs substances cannabinoïdes, pour celui du 27 février 2009, puis l'ensemble des drogues de synthèse de la famille des cathinones, pour celui du 2 août 2012, s'est ajouté l'arrêté du 19 mai 2015 classant comme stupéfiants sept familles de cannabinoïdes de synthèse.

Le commerce illicite de nouveaux produits de synthèse (NPS), qui privilégie l'internet, pourrait aussi subir les effets des récentes adaptations juridiques et organisationnelles des forces de sécurité destinées à mieux lutter contre la cybercriminalité : création de la sous-direction de lutte contre la cybercriminalité, autorisation des coups d'achat et de l'enquête sous pseudonymes.

Les nombreuses initiatives locales ne peuvent suffire à assurer une véritable politique publique de prévention. Le pilotage par l'éducation nationale présente des insuffisances : il n'y a toujours pas de recensement national des interventions pratiquées en milieu scolaire. Toutefois, un projet expérimental de prévention des conduites addictives par le développement des compétences psychosociales a été lancé dans deux collèges à la rentrée 2012, faisant l'objet d'une évaluation finale scientifique en 2015 avant son éventuelle diffusion. La formation des infirmières scolaires à l'intervention précoce s'est poursuivie et une attestation de formation à la prévention des conduites addictives a été mise au point, même si ces efforts restent insuffisants.

Les policiers et gendarmes, comme formateurs anti-drogue, rapprochent leurs formations et rationalisent leurs interventions sur le territoire.

Un an après, il serait exagérément optimiste d'affirmer que l'objectif est atteint, mais il semble qu'un certain nombre d'outils se mettent progressivement en place, à un rythme plus ou moins rapide, principalement sous l'impulsion de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca), qui fonctionne bien. Ces outils peuvent laisser espérer un progrès notable, notamment en matière d'évaluation et de normalisation des pratiques.

Nous nous félicitons notamment de la création d'une attestation de formation à la prévention des conduites addictives, délivrée par les responsables des structures d'addictologie et qui sera exigée des acteurs, notamment du monde associatif, qui sont en contact avec les jeunes et qui n'ont pas bénéficié d'une formation initiale ou continue à la prévention des conduites addictives. L'apparition de cette attestation constitue vraiment une bonne nouvelle, car laisser le champ libre à des personnes ou à des associations qui développent des idées personnelles serait pire que de ne rien faire.

La prise en charge sanitaire et sociale est animée par la volonté d'adapter l'addictologie aux besoins. Le dispositif actuel comprend 404 centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), avec une file active annuelle

estimée à 270 000 personnes, et 145 centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD), avec une file active annuelle estimée à 60 000 personnes pour un budget de 393 millions d'euros en 2015 contre 380 millions d'euros en 2013.

Renforcer l'accessibilité géographique des établissements médico-sociaux, notamment dans les territoires ruraux, ne passe pas forcément par la création de nouvelles structures, mais plutôt par des dispositifs mobiles ou des antennes avancées. Les dispositifs mobiles permettent d'atteindre les personnes concernées partout, car l'addiction touche aujourd'hui tous les territoires, pauvres ou riches, urbains ou ruraux.

Nous nous félicitons de la délégation complémentaire de 3,5 millions d'euros en 2014, destinés au déploiement de vingt antennes et de vingt consultations avancées de CSAPA, ainsi que de treize dispositifs mobiles de CAARUD et d'un engagement de poursuivre cette politique en 2015.

De même, nous approuvons le développement du réseau des consultations jeunes consommateurs (CJC), passées de 300 points de contact dans les premières années à 540 aujourd'hui et de l'engagement des pouvoirs publics en leur faveur, par des campagnes de promotion début 2015 et par la délégation de crédits supplémentaires. Cela représente un effort substantiel.

Nous nous réjouissons également du lancement par la Fédération Addiction du portail des acteurs de santé « intervenir-addictions.fr ». Ce site partenarial vise à aider les professionnels de santé de premier recours à aborder la question des addictions avec leurs patients, repérer d'éventuels usages problématiques de substances, intervenir et orienter. Il est en effet très important de ne pas laisser seuls les infirmiers, les médecins et le personnel sanitaire et social. C'est une très belle initiative.

Des efforts ont aussi été faits pour poursuivre la réduction des risques. Favorables au développement des programmes d'échange de seringues, nous approuvons les orientations poursuivies par la direction générale de la santé (DGS) consistant à améliorer l'efficacité du matériel proposé en termes de protection vis-à-vis du risque infectieux, en tenant compte des évolutions technologiques et des changements dans les pratiques d'injection, tels que le développement de l'injection de médicaments ou de nouveaux produits de synthèse. De même, nous partageons l'objectif de diversification des lieux permettant de se procurer des kits, qu'il s'agisse des pharmacies, des CAARUD, de l'envoi postal ou d'automate. Il convient en effet de s'adapter aux profils des usagers.

Il faut continuer à faire preuve de pédagogie vis-à-vis des pharmaciens car seules 1 100 pharmacies participent à la récupération des 14 millions de seringues distribuées ou vendues aux injecteurs, alors que 11 000 pharmacies participent au dispositif spécifique de récupération des déchets d'auto-soins qui permettent de récupérer les seringues utilisées par les diabétiques. L'écart est donc de un à dix, ce qui révèle l'ampleur des efforts qui restent à faire.

Nous avons privilégié l'idée de développer le partenariat avec les pharmaciens et saluons par conséquent le financement par la direction générale de la santé d'un guide de l'addictologie en pharmacie d'officine, conçu par le réseau de prévention des addictions (Respadd), ainsi que la signature en 2014 d'une convention de collaboration entre la Mildeca et le Conseil national de l'ordre des pharmaciens portant notamment sur la réduction des

risques. Si des progrès restent à faire au niveau des officines, nous avançons donc sur le plan institutionnel.

Nous préconisons également d'étendre les programmes d'échange de seringues au milieu pénitentiaire mais, si la DGS, en anticipation du vote de la loi, a ouvert la concertation avec la direction de l'administration pénitentiaire sur un projet de décret en Conseil d'État destiné à fixer les modalités d'application des actions de réduction des risques spécifiquement adaptées au contexte carcéral, nous regrettons qu'aucune expérimentation ne soit en cours ni envisagée et qu'aucun calendrier prévisionnel n'ait été arrêté à ce jour.

Voilà où nous en sommes de la prévention des risques. Chacun a désormais pris conscience du problème. Mais la mise en application effective tarde un peu.

J'en viens aux salles de consommation à moindre risque. Ma position diverge sur ce point avec celle de notre collègue Laurent Marcangeli. Pour ma part, je suis en faveur de leur instauration. Les expériences étrangères semblent concluantes : à Vancouver, des résultats sanitaires très positifs ont été enregistrés ; à Amsterdam, une démarche pragmatique de tranquillité publique a prévalu, les salles ayant été ouvertes par les autorités locales pour mettre fin aux scènes ouvertes d'injection. Aux Pays-Bas, l'objectif poursuivi n'est donc ni moral, ni médical ; il s'agit bien d'assurer la tranquillité publique.

Ma proposition était d'expérimenter ces salles en France de manière courte, sur une période de dix-huit mois. En cas d'évaluation positive, le dispositif pourrait être généralisé 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.

Notre collègue Laurent Marcangeli préconisait quant à lui de refuser l'ouverture de salles de consommation à moindre risque, car ce dispositif soulevait à ses yeux d'importantes difficultés dont il fallait tenir compte : selon lui, affecter de l'argent public à un lieu dédié à l'injection risquait de brouiller le message des autorités sur la dangerosité de l'usage des drogues ; la fixation d'un lieu de consommation pourrait favoriser le trafic de stupéfiants, faisant naître des risques pour la sécurité publique ; enfin, des incertitudes concrètes pesaient sur le positionnement des forces de l'ordre aux abords de la salle.

Au bout du compte, 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, à Strasbourg et à Bordeaux au cours de l'année 2016.

J'aborde enfin la question du régime juridique de l'usage de cannabis. Nous sommes tous deux d'accord sur la nécessité de réviser la loi de 1970. Depuis son adoption, 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.

Notre collègue Laurent Marcangeli voulait transformer le délit d'usage de cannabis en une contravention de troisième catégorie, ce qui correspond à la position adoptée par le Sénat. Il estime en effet que cette solution a pour avantage de maintenir l'interdit, de supprimer la condamnation à de l'emprisonnement, de maintenir l'individualisation de la peine et de permettre un traitement adapté de la récidive, notamment l'orientation vers le soin.

Pour ma part, je proposais de légaliser l'usage individuel du cannabis dans l'espace privé et pour les personnes majeures, et d'instituer une offre réglementée du produit sous le contrôle de l'État. Cette solution a pour avantage à mes yeux de permettre d'instaurer un contrôle de la qualité du produit par l'État – car la qualité des substances en circulation s'est fortement dégradée –, d'affaiblir les réseaux criminels par réduction de la demande, de procurer des recettes fiscales affectées à la prévention et au soin, et de permettre 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. J'avais moi-même déposé des amendements visant à établir une contravention dont la répression aurait été placée sous le contrôle du procureur de la République, étape vers une légalisation. D'autres pays ont déjà institué celle-ci, la Cour suprême du Mexique a rendu une décision en ce sens et le premier ministre du Canada vient de l'annoncer dans son pays.

La Mildeca nous a confirmé qu'un groupe de travail avait été mandaté par le Premier ministre afin d'examiner une éventuelle réforme sur ce sujet. Il semble difficile de concilier une contravention de troisième classe avec le maintien de certains éléments de l'individualisation de la peine comme le traitement de la récidive ou l'orientation sanitaire des consommateurs dépendants, notamment des jeunes. Je souligne à cet égard que le rôle de l'éducation nationale doit faire l'objet d'une attention particulière.

Les agences régionales de santé (ARS) ont en charge les questions d'addictologie. Elles jouent un rôle tutelle et doivent développer leur coopération, au niveau territorial, avec les rectorats et avec la Mildeca. Cette dernière, à la suite d'un renouvellement de ses instances, bénéficie d'une nouvelle dynamique et développe des campagnes contre les substances addictives, qu'il s'agisse de tabac, de drogue ou d'alcool. Ces campagnes utilisent tant le canal de la télévision que des réseaux sociaux, où ses efforts sont plus ciblés.

M. Régis Juanico, président. Je vous remercie beaucoup de votre présentation, qui a même couvert les positions de votre co-rapporteur, notre collègue Laurent Marcangeli, alors que vous ne partagez pas la même opinion sur le régime juridique de l'usage du cannabis ou sur la mise en place de salles de consommation à moindre risque.

Grâce au projet de loi relatif à la modernisation de notre système santé, notre assemblée a récemment fait avancer la politique de réduction des risques, mais aussi la prise en charge sanitaire et sociale des usagers de stupéfiants. Dans ce cadre, la publication de votre rapport de suivi me paraît particulièrement importante.

M. Gilles Lurton. Je vous remercie à mon tour de votre présentation objective. La question des salles de consommation à moindre risque a en effet été abordée dans le cadre de l'examen du projet de loi relatif à la modernisation du système de santé. Sur ce point, je peux entendre l'argument selon lequel l'hygiène déplorable de la prise de stupéfiants dans les rues plaiderait en faveur de lieux où les conditions soient plus appropriées et où les usagers

puissent être amenés vers un parcours de soins. Quant à dire que de tels lieux permettraient de ne plus trouver des seringues partout, cela ne correspond pas à ce que j'ai entendu jusqu'à présent en faveur de la mise en place de ces salles.

Au cours de l'examen du projet de loi relatif à la modernisation du système de santé, je suis intervenu au sujet de la médecine scolaire. Alors que nous allons consacrer des moyens non négligeables à l'expérimentation de deux ou trois salles de consommation à moindre risque, rien n'est fait financièrement pour améliorer cette institution qui souffre pourtant énormément. Il n'y a qu'un médecin pour 12 000 élèves. Dans ces conditions, il est impossible de développer une politique de prévention de l'addiction, alors que c'est dans les établissements scolaires qu'elle doit être menée en premier lieu. J'y vois une grande défaillance. Même si ses services dépendent de l'éducation nationale, la médecine scolaire traite d'abord de problèmes de santé.

M. Régis Juanico, président. Je rappelle que notre Comité a autorisé la publication d'une évaluation de Mme Martine Pinville et de M. Gérard Gaudron sur la médecine scolaire, puis d'un rapport d'un suivi de cette évaluation. Nous relancerons l'exécutif sur ce sujet.

M. Gérard Sebaoun. Votre réflexion s'inscrit dans le droit fil du projet de loi relatif à la modernisation du système de santé. C'est la première fois que j'entends l'argument de la tranquillité publique utilisé en faveur des salles de shoot. Je crois plutôt que ce type de mesures a d'abord un objet sanitaire. Leur mise en place coûterait un million d'euros par an. La somme n'est pas si grande au regard de l'ampleur de la population précarisée que la mesure pourrait concerner. Ces usagers se piquent dans des conditions effroyables. Elle leur éviterait la contamination par l'hépatite C ou le VIH.

Quant à la prévention, chère à notre collègue Gilles Lurton, je dirais que la nouvelle serait connue, si nous étions champions dans le domaine. Malheureusement, tel n'est pas le cas, contrairement à ce qui se passe en matière de soins. En matière de prévention, nous méritons plutôt un bonnet d'âne. Le projet de loi relatif à la modernisation du système de santé a le mérite de mettre l'accent sur ce volet. Dans le rapport de notre collègue Martine Pinville sur la médecine scolaire – qui était de très bonne facture –, un constat avait été dressé, assorti de propositions.

Au cours du débat sur le projet de loi, nous avons adopté un article 9 *ter* relatif à la prévention et à l'usage de tests salivaires par la police, afin qu'elle puisse détecter la consommation de stupéfiants. J'ai émis un avis favorable à l'utilisation de cette technique. Je m'interroge pourtant sur la fiabilité de ces tests, qui sont erronés à 10 % tant dans un sens positif que négatif. Même si le but poursuivi est utile, l'usage de ces tests est donc risqué.

Quant à l'institution d'une contravention *a minima* pour l'usage de stupéfiants, à leur usage privé libre ou à leur légalisation, chacun adoptera une position différente, de même que la législation peut être différente d'un pays à l'autre. À mes yeux, il ne s'agit cependant pas d'une question d'éthique. Nous devons regarder ce qui se fait à l'étranger, tout en reconnaissant les méfaits du cannabis. J'étais pour ma part assez favorable autrefois à la légalisation sous contrôle, mais je n'en suis plus convaincu aujourd'hui, après avoir observé la situation dans certains états fédérés américains.

Je suis donc plutôt plongé dans la perplexité. Malgré certaines évolutions en Amérique du Sud et malgré les annonces du premier ministre canadien, je crois qu'il ne faut pas oublier les méfaits sanitaires des stupéfiants.

Mme Isabelle Le Callennec. Je regrette que votre rapport de suivi n'ait pas paru avant le débat sur le projet de loi relatif à la modernisation du système de santé. Les effets des stupéfiants sont dévastateurs, notamment chez les jeunes. Dans le débat sur le projet de loi, nous nous sommes focalisés sur les salles de consommation à moindre risque, encore appelées salles de shoot. Mais nous ne nous sommes pas attaqués au fond et à la résolution de la question que vous posiez : que fait-on ?

Parmi vos propositions, dix sont communes à vos deux approches. Elles sont consensuelles, alors qu'il n'y a que deux autres points sur lesquels vous divergiez. Ne pourrions-nous aller déjà dans le sens de celles qui font consensus et les appliquer ? Je fais référence aux études épidémiologiques, à l'interdiction des NPS, à la réponse pénale ou encore aux réseaux de mise en œuvre des programmes de prévention. Je crois que le pilotage national doit être relayé au niveau de ces derniers, en s'interrogeant sur la place que doit y tenir l'éducation nationale. Dans mon territoire, la coopération fonctionne entre les services et les forces de l'ordre interviennent auprès des établissements. Malheureusement, dans certains départements, l'on retire pourtant des moyens aux brigades qui interviennent auprès adolescents.

Les CSAPA et les CAARUD font véritablement un bon travail. Mais la lutte contre l'usage de stupéfiants est-elle vraiment la priorité des agences régionales de santé ? Ce sont pourtant elles qui disposent des moyens pour financer la prévention. Les centres dont je salue l'action ont mis en place des équipes mobiles qui peuvent se déplacer. Mais je crois d'abord à l'efficacité des contrats locaux de santé, notamment pour lutter contre la consommation de cannabis.

Au cours du débat sur le projet de loi relatif à la modernisation du système de santé, j'ai posé à la ministre la question de savoir qui, du ministère de la santé ou du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, était compétent en matière de formation initiale et continue en addictologie. Il semblerait que ce soit ce dernier, mais je voudrais être sûre que les deux administrations dialoguent suffisamment entre elles.

Quant à la révision de la loi de 1970, nous attendons encore des propositions de la Mildeca. Je suis pour ma part défavorable à la légalisation de l'usage individuel pour les majeurs. Les conduites addictives qu'il induit sont en effet dangereuses. Mais notre Comité n'est pas forcément le lieu où mener ce débat nécessaire. J'espère que nous saurons l'ouvrir en commission des affaires sociales et y trouver les bonnes réponses à l'augmentation de la consommation de stupéfiants.

M. Pierre Morange. Je tiens à remercier notre rapporteure pour son diagnostic et pour l'état des lieux qu'elle a dressé. Vous vous efforcez également de trouver des réponses tant en amont, par la prévention, qu'en aval, par la répression.

S'agissant de la prévention, permettez-moi de signaler le rapport sur la prévention sanitaire que la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS), publié en 2012, sous la précédente législature. Nous y dressons le constat que les moyens alloués à cette politique sont suffisants, mais qu'ils sont mal coordonnés, voire employés de manière contre-productive. La médecine ambulatoire, la médecine

hospitalière, la médecine scolaire et la médecine du travail représentent autant d'intervenants, entre lesquels la communication n'est pas toujours bonne.

Vous avez abordé le sujet de la prévention dans l'enseignement secondaire. Or, à mon sens, une première sensibilisation doit avoir lieu dès l'école maternelle et élémentaire, contre les grands risques que sont la surcharge pondérale, l'alcool, le tabac et la drogue. En Bretagne, mais aussi dans les régions Nord-Pas-de-Calais et Provence-Alpes-Côte-d'Azur, un travail de prévention a été mené à ce niveau.

On trouve une trace de ces préoccupations dans l'article 2 du projet de loi relatif à la modernisation du système de santé, mais il n'a qu'une portée déclarative. N'enfermons pas le sujet de la prévention dans celui de la seule médecine scolaire. Le contenu du message doit être incarné par les enseignants eux-mêmes. Nous devons traiter le problème à enveloppe constante, vu l'état des comptes publics. Pour cela, il faut inclure cette dimension dans les projets éducatifs. Ne multiplions pas les interventions dans le domaine sanitaire, car l'adage nous le rappelle : qui trop embrasse mal étreint.

S'agissant du traitement en aval, je suis opposé à la légalisation de l'usage de cannabis et aux salles de consommation à moindre risque. Je note d'ailleurs l'évolution de notre collègue Gérard Sebaoun sur cette question. Rendre l'usage privé libre n'apporte pas la bonne réponse. Quant aux salles de shoot, elles sont inopportunes ; l'argument de la tranquillité publique ne saurait passer avant celui de la question sanitaire. Mais j'attire aussi votre attention sur le fait qu'il s'agit d'un sujet très instable du point de vue des assurances et du droit. En 2005, il s'en est ainsi fallu de peu que des confrères médecins ne fussent radiés de l'ordre des médecins pour s'être hasardés à de telles pratiques.

M. Jacques Myard. Je suis étonné de ces sempiternels débats particuliers sur le cannabis, alors que nous n'abordons pas la question de l'héroïne ou du crack. Sur le cannabis, je déplore une certaine hypocrisie. En disant oui à la consommation privée, nous nourrissons en effet les réseaux. Il sera bien difficile de lutter contre les trafiquants tant qu'il y aura une demande en amont.

Que constate-t-on dans le monde ? La Suède avait ouvert la consommation légale ; elle a opéré sur cette question un virage à 180 degrés. Dans les états fédérés américains, une ouverture a parfois été pratiquée. Ainsi, le Colorado a attiré de nombreux consommateurs, avec des conséquences catastrophiques. Là où les vannes sont ouvertes, il faut donc tôt ou tard les refermer.

La nature des drogues elles-mêmes a changé. Le cannabis contient aujourd'hui dix fois plus de substance hallucinogène qu'il y a trente ans. L'époque baba cool du cannabis de Papa est finie ; il est devenu une drogue totale. J'ajoute que la France demeure liée par des conventions internationales sur les psychotropes, qu'elle n'a pas dénoncées, non plus que les Pays-Bas.

En matière de prévention, je citerai l'exemple de ma commune, où se tiennent régulièrement des forums santé. Il faut appuyer et soutenir ce type d'initiatives, qui ne coûtent pas cher et peuvent rapporter gros.

Je ne suis en revanche pas d'accord avec les propositions de notre collègue Anne-Yvonne Le Dain. Ne banalisons pas dans l'esprit de nos concitoyens ce qui est un véritable fléau. À la différence du vin, le cannabis provoque des troubles de mémoire

durables, mais aussi, chez les hommes, des troubles érectiles. J'ai recueilli de nombreux témoignages à ce sujet. Les effets du cannabis sur le cerveau sont particulièrement difficiles à éliminer. Maintenons donc les interdits et faisons tout pour éviter ce fléau à nos jeunes.

Mme Monique Rabin. Je ne suis pas spécialiste de la question des substances illicites, mais je salue la volonté de donner des suites aux travaux du Comité.

S'agissant de la thématique elle-même, certaines propositions sont communes aux deux rapporteurs. Mais quels sont les autres types de prévention mis en pratique ailleurs ? Dans ma commune, nous avons fait venir un psychosociologue canadien, André Therrien, qui a su développer une approche adaptée à la jeunesse. Après l'échec de l'interdiction, il sait donner des conférences où il n'hésite pas à reconnaître que la consommation de substances illicites peut procurer du plaisir ; mais il s'attache bien sûr immédiatement ensuite à en décrire et à développer toutes les conséquences, à montrer aux jeunes que c'est un enfer.

Dans leur programme électoral, certains de nos adversaires n'hésitent pas à promettre qu'ils interdiront la drogue à l'école. Même si l'approche promise a montré qu'elle n'est pas viable, cela interpelle les parents, qui en espèrent une éradication du fléau. Ce n'est pourtant pas du tout ce qu'il faut faire. Comprenons plutôt ce que signifie l'usage de la drogue et quelles pistes nous pouvons suivre en nous appuyant sur l'exemple canadien.

Notre Comité représente une force au moins aussi importante qu'une instance à compétence législative. Il faudrait mieux tirer parti de ses travaux transversaux par rapport aux compétences des commissions. Nous devrions dire nettement quelles propositions nous présentons au Gouvernement, de telle sorte que nos travaux ne servent pas seulement à l'édification des personnes qui y participent.

M. Bernard Accoyer. Je voudrais remercier notre collègue d'avoir rendu hommage au Comité, institué à la suite de la réforme de notre règlement en 2009. Le Comité d'évaluation et de contrôle est un outil puissant à la disposition des parlementaires, mais malheureusement pas assez utilisé. Le Parlement, nos institutions et le pays tout entier auraient pourtant intérêt à ce que l'évaluation soit pratiquée plus souvent, plutôt que de se consacrer à une législation excessive et débordante, qui crée par définition de nouvelles normes et rend notre droit instable. La mission d'évaluation et de contrôle nous est du reste dévolue par la Constitution elle-même.

Il y a quinze ans, j'avais déposé une proposition de résolution visant à la constitution d'une commission d'enquête relative aux effets du cannabis sur la santé. Ses effets délétères n'étaient à l'époque pas aussi bien connus qu'aujourd'hui. La Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), qui suivait la question, avait commandé à l'époque une étude bibliographique. Elle avait permis de faire connaître dans notre pays des effets déjà bien connus ailleurs.

Quinze ans plus tard, nous n'en avons guère tenu compte. Il est établi que la substance Delta 9 et le cannabinoïde ont des effets plus graves sur la santé que le tabac, qu'il s'agisse de la condition cardio-vasculaire ou de la cancérogénèse. Leurs effets sur le cerveau sont désormais documentés par l'imagerie cérébrale. Cette imagerie fonctionnelle montre les conséquences de leur imprégnation dans le cerveau. Ces substances conduisent ainsi à une désocialisation, à un éloignement du travail et de la vie quotidienne. Des jeunes étudiants d'écoles d'ingénieur peuvent s'éloigner de cette manière de leur cursus ou des lycéens de leur parcours scolaire. Ces effets sont de plus en plus problématiques, au fur et à mesure que les

consommateurs sont plus jeunes, plus nombreux et que ces substances sont de plus en plus concentrées.

Mais nous connaissons aussi les effets de ces substances sur la santé psychiatrique et mentale. L'entrée en schizophrénie a souvent lieu par l'ivresse cannabique. Elle est un élément déclenchant de cette maladie dont les conséquences sont dramatiques pour les malades et pour leur famille.

Des travaux de recherche sont en cours, notamment à Bordeaux, sur ces addictions et sur leurs effets sur la mécanique intime du corps humain, telle que les neurosciences peuvent en rendre compte. Les travaux de recherche qui nous manquent sont donc ceux qui concernent plus particulièrement le fonctionnement du cerveau. Les équipes qui y travaillent méritent à tout le moins d'être encouragées et mises à l'honneur, à défaut de recevoir des moyens qui manquent partout aujourd'hui.

Oui, je propose que nous revenions à l'avenir régulièrement sur un certain nombre de sujets qui ont fait l'objet d'évaluations de notre Comité.

Mme Monique Rabin. Nous avons évoqué le sujet de la médecine scolaire, dans les collèges et dans les lycées. Mais j'ai aussi abordé, au cours d'une rencontre récente avec les chambres des métiers, le problème des accidents de travail des apprentis, qui peuvent aussi être dus à l'usage de stupéfiants. Voilà un sujet par rapport auquel les patrons d'apprentis peinent à se situer, ne sachant pas s'ils doivent être le référent adulte sur cette question. C'est pourquoi j'affecte une partie des fonds de ma réserve parlementaire au financement d'une association qui gère la question en faisant l'intermédiaire entre les entreprises et les chambres de métier. Je propose que nous abordions donc aussi la question de l'apprentissage, si nous poursuivons sur ce thème. Dans les centres de formation des apprentis, le désarroi règne.

M. Gérard Sebaoun. Une étude relativement récente de l'université de Stanford a montré que l'usage combiné du cannabis et du tabac, comme premier usage du cannabis, multiplie par une valeur oscillant entre trois et dix le risque d'addiction au tabac.

M. Jacques Myard. Il faudrait aussi parler de la drogue comme cause d'accidents de la route.

M. Bernard Accoyer. L'usage de stupéfiants est en effet à l'origine de 20 % des accidents de la route mortels, comme de nombreux accidents du travail. Il rend également très difficile l'insertion sociale des jeunes qui sont sous son emprise.

Les centres qui pourraient prendre en charge ceux qui sont tombés dans la dépendance du cannabis manquent cruellement. Au cours du débat sur la loi relative à la modernisation du système de santé, j'ai souvent abordé la question du cannabis, dans une volonté pédagogique. Une mesure simple serait de développer des structures légères qui puissent servir de portes d'entrée aux jeunes qui souffrent de leur dépendance, en les orientant vers les différents dispositifs de soins. Car, lorsqu'on a laissé la consommation se développer avec une telle ampleur, il faut agir et tendre la main à ces jeunes.

Mme Anne-Yvonne Le Dain, rapporteure. Je vous remercie d'avoir nourri ce débat, qui montre l'engagement, l'intérêt et les inquiétudes des parlementaires. Il n'est pas anodin que cette prise de conscience soit désormais collective. J'y vois le point de départ d'une dynamique de progrès.

En deux ans, les points de contact pour les consultations de jeunes consommateurs sont passés de 300 à 540. Il n'était pas nécessaire pour cela de passer par la loi. Leur budget a seulement été augmenté et le réseau s'est développé, tandis que des campagnes d'information ont eu lieu, à destination des jeunes consommateurs, tant à la télévision que sur les réseaux sociaux.

La consommation est stable chez les moins de 14 ans, mais elle augmente chez les plus de 17 ans. Le passage au lycée est donc un moment clé. La question de l'implication de l'éducation nationale doit donc être traitée de manière organique. Un système de récolement par établissement devrait être mis en place, soit au niveau national, soit au niveau académique. Les projets d'établissement comportent obligatoirement un volet consacré à l'addictologie, mais leur déclinaison dans le détail laisse parfois à désirer, par exemple sur la question de savoir combien de fois le sujet doit être abordé dans le parcours scolaire.

S'agissant de l'argument de la tranquillité publique développé en faveur des salles de consommation à moindre risque, c'est l'approche qui est retenue aux Pays-Bas. Les autorités de ce pays l'assument, même si l'ouverture de ces salles se traduit par des améliorations sanitaires. Au Canada, la situation est différente, puisque la question est envisagée à Vancouver sous l'angle sanitaire. Nous verrons quelles suites seront données aux déclarations récentes du premier ministre de ce pays.

À titre personnel, au cours de nos débats sur le projet de loi relatif à la contrainte pénale, j'ai déposé un amendement visant à modifier le libellé de l'incrimination retenue en cas d'accident de la route mortel. Il est difficile aux proches des victimes d'accepter que celles-ci ont été victimes d'un homicide « involontaire », même si cela est passible de dix ans d'emprisonnement. Je proposais donc, car je crois que les mots ont un sens, que la loi parle d'homicide par abolition volontaire du discernement. Convenez donc avec moi que je ne suis pas partisane d'une attitude laxiste. Je crois au contraire que nous devons poser le débat en des termes forts.

S'agissant des travaux de notre collègue Martine Pinville sur la médecine scolaire, je pense que nous pourrions en effet voir quelle réflexion commune développer.

Quant à la couverture du territoire, comme je vous le disais tout à l'heure, les CSAPA et les CAARUD ont mis en place des équipes mobiles. En 2014, non moins de vingt antennes et de vingt consultations avancées de CSAPA ainsi que treize dispositifs mobiles de CAARUD ont été déployés. L'engagement a été pris de poursuivre cette politique.

La décision a également été prise, dans le cadre de la récente loi relative à la santé, de ne pas se contenter de s'appuyer sur le réseau des pharmacies pour prendre en charge les programmes d'échanges de seringue, alors qu'elles ne sont aujourd'hui que 1 100 sur 22 000 à le faire volontairement. Outre la distribution dans les officines et dans les CAARUD, une distribution par la poste est explorée, en particulier dans les campagnes. Je privilégie donc une approche pragmatique et morale, politique au sens noble du terme, qui s'appuie sur les professionnels de santé.

Un travail important a été mené pour limiter l'incidence du VIH et du virus de l'hépatite C parmi les consommateurs de stupéfiants. Je rappelle que chaque traitement individuel de l'hépatite C coûte 60 000 euros par an. Il faudrait comparer ce coût à celui de la mise en place de salles de consommation à moindre risque.

La prévention est la clé du dispositif en direction de la jeunesse. Quant aux souhaits de modification de la loi de 1970, il faut en débattre. Une révision est-elle nécessaire, doit-elle être complète ou fragmentaire, en sommes-nous politiquement capables aujourd'hui ? Le débat doit être ouvert. En prônant une légalisation sous contrôle, je n'ai pas hésité à mettre les pieds dans le plat, précisément dans l'intention de susciter des réactions et d'amener des avancées.

Enfin, je vous indique que les Nations unies ont mis cette question à l'ordre du jour de leur session du printemps 2016. La prise en mains du problème est à la fois locale et globale.

M. Régis Juanico, président. Je vous remercie, madame la rapporteure, pour la qualité des travaux que vous avez menés.

J'attire votre attention sur le fait que le rapport d'évaluation des politiques publiques en faveur de la mixité sociale dans l'éducation nationale, que nous avons examiné la semaine dernière, fera l'objet d'un débat en séance publique le mardi 12 janvier 2016, à 16 heures 15.

Le Comité autorise la publication du rapport.

La réunion s'achève à midi et quart.