

III. LA MILDT SE CONCENTRE SUR LA COORDINATION DE LA POLITIQUE DE LUTTE CONTRE LA DROGUE ET LA TOXICOMANIE

Le troisième programme de la mission « Santé », de loin le plus modeste de la mission, rassemble les mesures prises, dans un cadre **interministériel**, en matière de lutte contre la drogue et la toxicomanie. Il se décline en **trois actions** d'inégale importance : « coordination interministérielle des volets préventif, sanitaire et répressif », qui reçoit la très grande majorité des crédits du programme, « expérimentation de nouveaux dispositifs partenariaux de prévention, de prise en charge et d'application de la loi » et « coopération internationale ». Leur pilotage est assuré par la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt).

Ce programme constitue la **traduction budgétaire du plan quinquennal de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008**, qui poursuit plusieurs objectifs : proposer une véritable politique de prévention, faire respecter et évoluer la législation, communiquer sur les risques de consommation, lutter contre le trafic local et international et les nouvelles formes de criminalité organisée, mobiliser les dispositifs d'observation et de recherche, enfin, recadrer l'action extérieure de la France dans une approche équilibrée de réduction de l'offre et de la demande de drogue.

A. UNE CLARIFICATION BIENVENUE DU RÔLE DES DIFFÉRENTS ACTEURS

1. Un retour au positionnement originel de la Mildt

Le décret du 15 septembre 1999 a confié à la Mildt la mission d'animer et de coordonner les actions des vingt ministères concernés par la politique de lutte contre la drogue et la toxicomanie (santé, éducation nationale, intérieur, justice, défense, finances, etc.) et de mobiliser les collectivités territoriales et les associations sur ces problématiques. Elle **n'intervient donc pas directement dans la mise en œuvre des politiques menées** mais doit éviter que des mesures isolées ou des approches contradictoires ne portent préjudice à l'efficacité et à la lisibilité de l'action publique dans ce domaine.

Cette stratégie de pilotage interministériel s'applique également au niveau déconcentré, où la Mildt s'appuie sur un sous-préfet chef de projet « drogues » et sur un coordinateur technique issu le plus souvent de la Ddass. Au niveau régional, un chef de projet attaché à la préfecture de région assure la cohérence avec les schémas départementaux en s'appuyant sur les centres d'information et de ressources, qui rassemblent les outils méthodologiques et les données d'observation. Il s'agit d'inscrire la lutte contre la drogue comme un objectif prioritaire des plans d'action des services territoriaux de l'Etat.

En pratique, l'autorité de la Mildt comme coordonnateur de l'action publique est encore loin d'être assise au niveau interministériel comme auprès des différents acteurs de la lutte contre la drogue et la toxicomanie, qui peinent parfois à reconnaître et à comprendre le rôle de cet **opérateur hybride**.

Votre commission estime que son rattachement budgétaire à la mission « Santé » fragilise encore cette position et ce, pour deux raisons majeures :

- d'une part, la DGS a parfois tendance à considérer que la Mildt se trouve placée sous son autorité, comme l'ont mis en lumière, en 2006, l'initiative sénatoriale consistant à transférer 18 millions d'euros destinés aux subventions aux associations du programme « santé publique et prévention » au programme « drogue et toxicomanie » et les difficultés de gestion qui en ont résulté ;

- d'autre part, les autres ministères chargés de cette politique rechignent à reconnaître le rôle de pilotage confié à la Mildt, dans la mesure où celle-ci semble dépendre quasi exclusivement du ministère de la santé et des solidarités. Cette réticence s'est notamment traduite, en 2005, par les menaces que le ministère de l'économie et des finances a fait peser sur l'attribution du fonds de concours.

Ce constat faisait dire l'an passé à votre rapporteur : *« le risque est grand de voir le rôle spécifique de la Mildt et son influence se diluer au profit de la seule politique de santé ».*

Votre commission se réjouit donc de constater que le présent projet de budget clarifie le rôle des différents acteurs de la politique de lutte contre la drogue et la toxicomanie.

Le rôle de coordinateur de la Mildt est, en effet, réaffirmé par **trois opérations budgétaires** concomitantes :

- le programme « drogue et toxicomanie » consacrera, en 2008, plus de **90 % de ses moyens aux missions de pilotage** de la Mildt ;

- **les subventions aux associations seront versées par la DGS**. De fait, ces structures interviennent le plus souvent pour des actions de prévention et de prise en charge, notamment par le biais des appels à projets pour des expérimentations, qui relèvent de la politique sanitaire ;

- enfin, **Drogues alcool tabac info service (Datis)**, le GIP interministériel de téléphonie créé en 1990 pour conseiller et prévenir les consommations de produits psychoactifs et orienter les usagers vers une prise en charge adaptée, **est rattaché à la DGS, via l'Inpes** qui gère déjà les autres opérateurs de téléphonie sanitaire et sociale. Avec plus de 2 500 structures recensées et 1 200 appels par jour en moyenne, il constitue l'un des principaux outils pour l'information du grand public et des professionnels. La subvention de 4,7 millions d'euros qui lui était accordée par la Mildt est donc transférée sur le programme « santé publique et prévention » de la mission.

La clarification opérée par le projet de budget initial de la mission « Santé » a été confortée à l'initiative du Gouvernement par l'Assemblée nationale, avec un amendement transférant de la mission « Solidarité, insertion et égalité des chances » vers les services généraux du Premier ministre 4,5 millions d'euros correspondant aux fonctions support de la Mildt, soit 25 ETP.

2. Une traduction budgétaire qui intervient dès 2008

a) Une diminution sensible des crédits

Le repositionnement de la Mildt entraîne assez logiquement une baisse des crédits qui lui sont alloués pour l'année 2008. De 36,5 millions d'euros en 2007, le programme « drogue et toxicomanie » passe à 26,6 millions, soit une diminution de 26,7 % de ses moyens.

Les crédits du programme « drogue et toxicomanie » en 2008

Actions	Crédits de paiement (en euros)	Variation 2008/2007 (en%)
Coordination interministérielle des volets préventif, sanitaire et répressif	24 600.000	-22,4
Expérimentation de nouveaux dispositifs partenariaux de prévention, de prise en charge et d'application de la loi	500 000	-83,4
Coopération internationale	1 500.000	0
Total	26 600 000	-26,7
<i>Fonds de concours</i>	<i>2 000 000</i>	<i>+33,3</i>

Source : direction générale de la santé

A ces crédits s'ajoute le produit d'un fonds de concours de 2 millions d'euros, rattaché à l'action « coordination interministérielle des volets préventif, sanitaire et répressif » du programme.

Le fonds de concours de la Mildt, créé en 1994, est abondé par la valeur des biens et du numéraire saisis lors de l'interpellation de trafiquants par la police et la gendarmerie. Son montant est en augmentation continue, du fait de la mise en place progressive du dispositif. Il atteignait 70 000 euros en 2004, 600 000 euros en 2005 et 1,5 million en 2006 et en 2007.

Ce fonds de concours est affecté à la Mildt, qui a ensuite la charge d'en ventiler le contenu entre les différents ministères concernés par la lutte contre la drogue et la toxicomanie, notamment ceux qui ont effectué les saisies, en fonction d'un programme chiffré d'actions ou d'achat de matériel en rapport avec cette politique et validé par la Mildt. On notera que, singulièrement, les douanes, qui ne versent pas leurs saisies au fonds de concours dans la mesure où elles disposent d'un fonds particulier, bénéficient de 30 % de ses recettes.

Toutefois, ce système, qui pose par ailleurs un problème d'inscription budgétaire du fait de la suppression théorique des fonds de concours par la Lolf, est **menacé chaque année d'être récupéré par le ministère de l'économie et des finances**, qui souhaiterait effectuer lui-même la répartition des crédits, avec le risque d'une utilisation mal contrôlée ou, à tout le moins, moins ciblée sur la lutte contre la drogue.

Votre commission constate avec satisfaction que ce fonds de concours est, cette année à nouveau, affecté à la Mildt. **Elle souhaite qu'une solution comptable soit rapidement trouvée** pour donner à ces crédits un statut légal leur permettant d'être ventilée par la Mildt au profit des ministères qui œuvrent dans ce domaine.

b) La coordination interministérielle au cœur du programme

La diminution générale des crédits du programme affecte, par une baisse de 22,4 %, les moyens dont la Mildt dispose pour assurer sa mission de pilotage. Toutefois, les modifications de périmètre budgétaires précitées placent plus que jamais l'action « coordination interministérielle des volets préventif, sanitaire et répressif », au cœur du programme : **avec 24,6 millions en 2008**, elle sera en effet destinataire de **plus de 90 % de ses crédits**.

Outre des subventions pour charges de service public à hauteur de 3,9 millions, ces crédits se partagent entre :

- **des dépenses de fonctionnement courant pour 3,8 millions**

Ces moyens permettent à la Mildt d'assurer, au niveau national, **l'animation et la coordination des actions menées par les ministères concernés** par la lutte contre la drogue et la toxicomanie. L'objectif est d'encourager la mise en œuvre des actions gouvernementales présentées et validées lors du conseil interministériel annuel de la Mildt, en veillant à la cohérence des mesures prises à ce titre par les administrations. Il s'agit essentiellement **d'actions de formation commune, de prévention et de dotation en moyens matériels et pédagogiques innovants pour les personnels**, décidées en application du plan quinquennal 2004-2008 dans les domaines de la prévention, de la prise en charge et de la répression.

- **des crédits d'intervention, pour 14,9 millions**

Les **chefs de projets départementaux** seront bénéficiaires de **11,2 millions d'euros** pour mener à bien leur mission : coordonner la réflexion des acteurs publics et susciter l'engagement et les cofinancements des administrations déconcentrées, des collectivités territoriales et des autres partenaires dans la mise en œuvre de la politique de lutte contre la drogue et la toxicomanie. Il s'agit d'une délégation de crédits non fléchée, destinée aux conventions départementales d'objectifs justice/santé pour offrir une prise en charge sanitaire et sociale des usagers sous main de justice, à des actions de formation, de communication et de diffusion d'outils de prévention, et à des actions expérimentales, notamment la mise en place des consultations « cannabis » au niveau local.

Ces crédits sont répartis sur la base de critères épidémiologiques et en fonction des objectifs définis par les **plans départementaux de lutte contre les drogues illicites**, qui constituent l'échelon local du plan quinquennal. Ces plans sont, comme le plan quinquennal, assortis d'indicateurs de résultats et d'une programmation annuelle d'actions dont les chefs de projet doivent rendre compte. Ils prévoient une stratégie de prévention structurée, concernant en particulier le cannabis, en privilégiant les actions en milieu scolaire et dans les lieux de vie des jeunes. Ils doivent, en outre, soutenir les actions visant à renforcer l'application de la loi Evin dans les lieux publics et la prévention en matière de sécurité routière.

En outre, **3,9 millions d'euros** seront versés au bénéfice du **réseau régional de documentation**. Ce poste budgétaire est l'un des rares du programme « drogue et toxicomanie à augmenter en 2008. L'objectif est de labelliser cinq nouveaux centres d'informations et de ressources sur les drogues et dépendances (CIRDD), pour porter leur nombre à quatorze.

Les CIRDD, un outil au service des chefs de projet et des décideurs locaux

Après l'évaluation du dispositif expérimental des CIRDD en 2002, la Mildt a procédé à la création d'un réseau régional interministériel de lieux d'échanges et de débats ouverts à tous les professionnels, spécialisés ou non.

Les CIRDD sont organisés autour de **trois fonctions** : l'observation des consommations et du trafic, la formation des décideurs locaux dans ce domaine et la mise à disposition d'une documentation complète. Ils ont vocation à offrir aux autorités les outils de diagnostic et de programmation nécessaires à la mise en place d'une politique publique cohérente et lisible pour l'ensemble des citoyens.

Chaque CIRDD, adossé à une structure associative existante ou constitué en association nouvelle, emploie en moyenne entre 3,5 et 4 ETP, pour un **budget annuel d'environ 300 000 euros**.

Le dispositif prévoyait initialement un financement de la Mildt à hauteur de 75 % la première année, puis de 50% à partir de la troisième année, les 50 % restants relevant essentiellement des collectivités locales. Les cofinancements attendus n'ont toutefois pas atteint les niveaux envisagés et **les CIRDD demeurent financés à 80 % par les crédits de la Mildt**. Cette situation n'a pas permis de redéployer aussi rapidement que prévu les crédits nécessaires à la labellisation de nouveaux centres.

A ce jour, onze en CIRDD ont été créés. Les capitales régionales, à l'exception de Bordeaux, Lille et Nantes, en bénéficient d'ores et déjà. D'ici la fin de l'année 2008, cinq autres régions, dont celles des trois villes citées auxquelles il convient d'ajouter Orléans et Caen, pourraient être dotées d'un CIRDD, soit un taux de couverture du territoire de 77 %.

L'évaluation du dispositif sera réalisée en 2008 afin de permettre la rationalisation et l'optimisation du dispositif, l'objectif étant de privilégier, auprès des chefs de projets régionaux, un appui en termes d'observation du phénomène et de conseil méthodologique.

Enfin, **1,8 million d'euros** seront dédiés à un programme de recherches piloté par la Mildt, dont les priorités sont définies par un conseil scientifique. Des appels d'offre seront lancés dans ce cadre auprès des établissements publics de recherche, afin de permettre aux ministères de disposer d'informations actualisées sur les effets des produits, les types de consommation, les marchés des substances illicites ou encore les déterminants socio-économiques des conduites à risque. Sur cette enveloppe, un million d'euros sera directement versé aux ministères concernés pour des projets interministériels validés par le comité de pilotage de la Mildt.

Le projet annuel de performance associe deux objectifs à la mise en œuvre de l'action « coordination interministérielle des volets préventif, sanitaire et répressif » :

- **l'objectif n°1** relate la mobilisation des administrations et des partenaires de la Mildt autour des objectifs du plan quinquennal. L'indicateur associé mesure la prise en compte des soixante objectifs du plan quinquennal dans les stratégies de chaque ministère et de leurs services déconcentrés. Ce taux doit atteindre de 60 % en 2008 ;

- **l'objectif n°2** vise le renforcement de la cohérence des actions de lutte contre la drogue et la toxicomanie au niveau central et territorial. Deux indicateurs lui sont rattachés : le degré d'articulation des plans départementaux et des CIRDD avec les autres dispositifs locaux (santé publique, prévention de la délinquance, politique de la ville, etc.), pour lequel il est prévu de formaliser 500 coopérations en 2008 contre 350 en 2007, et la part des crédits de la Mildt dans le financement des plans territoriaux (60 % en 2008) et des CIRDD (30 % en 2008).

c) Des moyens très limités pour l'expérimentation

Compte tenu du recentrage des missions de la Mildt sur la coordination interministérielle, le présent projet de budget prévoit une diminution massive des crédits destinés à l'action « expérimentation de nouveaux dispositifs partenariaux de prévention, de prise en charge et d'application de la loi », qui correspondent en réalité aux moyens d'intervention directe de la Mildt.

Cette action bénéficiera ainsi de **500 000 euros en 2008, soit moins de 2 % des crédits du programme**. Déjà, en 2007, ce poste avait fait l'objet d'une mesure d'économie de 42,5 %, considérant que la Mildt n'avait pas vocation à pérenniser, sur son programme, les dépenses de fonctionnement des dispositifs qui relevant de la compétence des ministères.

La Mildt se contente donc d'expérimenter, dans certains domaines, sur quelques territoires et pendant un temps donné, de **nouveaux modes de prévention, de prise en charge sanitaire et sociale et de respect de la loi** pour le compte des ministères concernés. Ces programmes peuvent être cofinancés par des associations, des organisations professionnelles, des collectivités territoriales ou encore par l'assurance maladie. Ils font ensuite

l'objet d'une évaluation par l'OFDT pour décider de leur pérennisation ou non sur les crédits ministériels.

En conséquence, l'objectif n°3 associé à cette action porte sur **l'amélioration de la pertinence des dispositifs expérimentaux**. Il s'agit de renseigner le législateur sur l'efficacité et la capacité d'innovation des projets mis en œuvre par la Mildt. L'indicateur de performance correspondant est le nombre de dispositifs repris *in fine* par les ministères ou par d'autres partenaires de la politique de lutte contre la drogue. Ce nombre devrait être maintenu à six en 2008.

L'assurance maladie a ainsi repris à son compte les consultations « cannabis », qui ont pour mission d'accueillir et de soutenir les jeunes consommateurs et leur famille et de répondre aux difficultés rencontrées pour mesurer l'impact réel du produit et évaluer leur propre consommation. Cela a également été le cas du dispositif « lycée sans tabac » par le ministère de l'éducation nationale. En 2007, plusieurs projets lancés en 2006 ont été pérennisés, à l'instar du programme de prévention des accidents du travail liés à la consommation de substances psycho-actives et des nouveaux dispositifs de repérage précoce et de prise en charge diversifiée (programmes sans substitution par exemple), ainsi que le plan « crack » à Paris et aux Antilles.

En 2007, les programmes expérimentaux financés sur cette action ont concerné la prévention dans les entreprises, la formation des enseignants en lien avec l'institut universitaire de formation des maîtres (IUFM) de Clermont-Ferrand, la mise en œuvre d'actions dans les zones urbaines sensibles et les prisons. En 2008, ces actions seront poursuivies - hormis celle concernant la formation des enseignants du Puy-de-Dôme - par la Mildt et ses partenaires. Elles ne feront toutefois plus l'objet d'appels à projets associatifs, les subventions aux associations étant, rappelons-le, déléguées à la DGS. C'est d'ailleurs ce qui motive la **diminution de 83,4 % des crédits** de cette action en 2008.

Si votre commission est favorable à ce transfert entre la Mildt et la DGS, elle s'inquiète qu'il réduise presque à néant les capacités d'expérimentation de la Mildt. En effet, **certaines projets innovants ne concernent pas la prévention et la prise en charge sanitaire**, projets que la DGS peut effectivement confier à des associations, mais la lutte contre le trafic ou l'amélioration de l'application de la loi. Compte tenu de la dotation désormais allouée à l'action 2, ce type d'expérimentations sera sans doute limité.

3. Un recadrage des autres opérateurs

La Mildt n'est pas l'unique opérateur du programme, qui s'appuie également sur deux GIP financés sur les crédits de l'action « coordination interministérielle des volets préventif, sanitaire et répressif » pour un total de

3,9 millions d'euros en 2008. Ces structures, dont la Mildt assure la direction, emploient trente-deux personnes en équivalent temps plein.

La subvention aux opérateurs a fait l'objet d'une **double opération de clarification budgétaire** :

- en 2007, l'association Toxibase, exclusivement financée par la Mildt à hauteur d'environ 450 000 euros, a été intégrée au département de documentation de l'OFDT. Cette structure était chargée, depuis 1986, du pilotage du volet documentaire des CIRDD ;

- en 2008, le GIP Datis sera financé par la DGS, qui prend déjà en charge les opérateurs de téléphonie sanitaires et sociale. Son fonctionnement avait coûté 4,7 millions d'euros à la Mildt en 2007.

Votre commission approuve ces mesures, qui contribuent à **simplifier le paysage institutionnel de la politique de lutte contre la drogue et la toxicomanie et à recentrer la Mildt sur sa mission de pilotage de cette politique.** La Mildt se limite donc à financer :

- l'OFDT, qui assure depuis 1995, sous l'autorité de la Mildt, les fonctions d'observation des consommations et de diffusion des données et contribue, à ce titre, à la réflexion sur les politiques conduites. Dans ce cadre, il publie régulièrement un état complet de la situation des drogues en France, ainsi que des enquêtes périodiques sur les consommations (Baromètre santé, Eropp, Escapad, etc.). Il réalise également une dizaine d'études chaque année à la demande de la Mildt ou des ministères concernés. Il constitue enfin l'organisme relais, pour la France, du réseau européen d'information sur les drogues et les toxicomanies (Reitox), mis en place par l'observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT).

Il emploie **trente-deux équivalents temps plein**, dont quatre postes de documentalistes précédemment employés par Toxibase. **3,35 millions lui seront alloués par l'Etat en 2008**, auxquels s'ajoute une subvention du Reitox à hauteur de 100 000 euros ;

- le **centre interministériel de formation antidrogue (Cifad)**, basé à Fort-de-France, qui propose depuis 2003 des formations aux professionnels de la lutte contre le trafic de drogue dans la zone des Caraïbes. Elles portent sur la surveillance du fret et des passagers et sur le blanchiment de capitaux et s'adressent aux personnels civils et militaires de l'Etat et aux agents des collectivités territoriales et des hôpitaux en poste dans ces départements d'outre-mer, mais aussi à certains fonctionnaires des Etats de cette zone.

La subvention de l'Etat est fixée à **518 100 euros pour 2008**, que complètent les fonds de coopération régionaux à hauteur de 75 000 euros. Si le Cifad emploie **12,1 équivalent temps-plein**, le ministère de la santé n'en finance toutefois aucun.

B. UNE POLITIQUE À POURSUIVRE

1. Une consommation encore élevée de substances psychoactives

Les derniers chiffres diffusés par l'OEDT¹ confirment que la consommation de substances psychoactives constitue, en France, un phénomène massif et multifactoriel, dont les dommages sanitaires et sociaux sont considérables. Ce constat ne doit toutefois pas masquer les évolutions en matière de consommation, auxquelles il convient d'adapter sans cesse la politique de lutte contre la toxicomanie.

a) La consommation de drogues en France

Quatre niveaux sont généralement retenus par les organismes d'études nationaux et internationaux pour qualifier l'ampleur des consommations, établis :

- l'expérimentation, qui correspond au fait d'avoir utilisé au moins une fois le produit au cours de sa vie ;
- l'usage occasionnel au moins une fois dans l'année ;
- l'usage régulier, soit une consommation intervenant au moins dix fois dans les trente derniers jours ;
- l'usage quotidien.

Plusieurs organismes étudient le niveau et les habitudes de consommation de drogues de la population française. Pour la population adulte, il s'agit essentiellement du Baromètre Santé de l'Inpes et de l'enquête sur les représentations, opinions et perceptions relatives aux psychotropes (Eropp) réalisée tous les trois ans par l'OFDT. Les données connues pour les mineurs proviennent de l'*European school survey project on alcohol and other drugs* (Espad), réalisée tous les quatre ans par l'Inserm et l'OFDT, et de l'enquête annuelle sur la santé et les comportements lors de la journée d'appel et de préparation à la défense (Escapad).

Il ressort de ces études plusieurs constatations :

- la consommation de « drogues licites » (**tabac et alcool**) est en **phase décroissante**. Le phénomène est plus récent pour le tabac, pour lequel on peut fixer à 2003 le début du mouvement de baisse de consommation avec la montée en charge des mesures - notamment tarifaires - mises en œuvre par Jean-François Mattei.

Concernant l'alcool, dont la consommation a considérablement baissé, toutes catégories de la population confondues, votre commission s'inquiète toutefois d'un phénomène inquiétant : l'**alcoolisation répétée et**

¹ *Rapport Reitox-OEDT. France : new development, trends and in-depth information on selected issues. 2007.*

précoce des jeunes en fin de semaine, même si la France est encore loin de connaître la situation observée dans les pays anglo-saxons.

• **Le cannabis est la substance illicite la plus consommée en France et sa consommation a augmenté de façon significative au cours des dix dernières années.** En 2005, un tiers des 15-64 ans l'avaient déjà expérimenté et un sur dix en faisaient un usage occasionnel ou régulier.

La consommation de cannabis concerne globalement tous les milieux sociaux et professionnels, même si certaines nuances peuvent être relevées : son usage est ainsi plus fréquent chez les élèves du secondaire, les étudiants et les chômeurs et, parmi les actifs, les professions intermédiaires.

• **Les expérimentations déclarées de drogues illicites autres que le cannabis restent marginales :** si on dénombre plus de douze millions d'expérimentateurs de cannabis, ce chiffre tombe à 1,1 million de personnes pour la cocaïne, 900 000 pour l'ecstasy et seulement 360 000 s'agissant de l'héroïne.

Cependant, la légère augmentation des niveaux d'expérimentation chez les 18-44 ans de la cocaïne, des champignons hallucinogènes et de l'ecstasy depuis 2002 témoignent d'une diffusion croissante de ces produits.

L'évolution majeure en termes de consommation concerne la **cocaïne** (+ 17 %), en raison de la diminution de son prix (divisé par trois du fait de la pression des narcotrafiquants sur le marché européen) et d'un effet de mode dans l'environnement festif et professionnel. Elle touche surtout les trentenaires et les milieux socio-économiques favorisés. Au total, l'expérimentation concerne aujourd'hui 2,6 % des moins de vingt-cinq ans, contre 1,9 % au début des années 2000.

La consommation de cocaïne pose essentiellement, outre la question de la répression du trafic, un problème de prise en charge sanitaire. Celle-ci est, en effet, quasi inexistante en France où aucun protocole de soins visant à stabiliser l'humeur n'a été mis en place, à la différence des Pays-Bas et de l'Allemagne, par exemple. Les études sur l'usage de ce produit sont, en outre, trop limitées : les consommateurs étant identifiés dans des milieux privilégiés, le sujet a, de fait, longtemps été tabou.

L'usage du **crack**, s'il reste encore marginal (environ deux mille personnes en métropole) et circonscrit aux arrondissements du nord-est de Paris, à la Seine-Saint-Denis et aux Antilles, poursuit son augmentation. Cette évolution est particulièrement inquiétante du fait de la dangerosité du produit et de la violence des comportements qui en accompagne souvent la consommation.

Seule la consommation d'**héroïne** et des opiacés en général - produits à 87 % en Afghanistan - a diminué ces dernières années, grâce aux moyens mis en œuvre pour développer les traitements de substitution. La consommation addictive, qui s'accompagne en général d'une grande exclusion

sociale, ne touche que 150 000 à 180 000 personnes, même si les derniers chiffres font état d'une légère augmentation.

Le principal enjeu en la matière concerne désormais la **lutte contre le trafic de Subutex**, aujourd'hui prescrit à 85 000 patients. A la différence de la méthadone, qui concerne 15 000 personnes et doit être prise en présence d'un professionnel de santé, le Subutex peut être délivré par les pharmacies. Si ce régime libéral a, sans conteste, contribué au succès de la politique de réduction des risques depuis une vingtaine d'années (division par cinq du nombre de décès par overdose et quasi-disparition des contaminations au VIH par voie intraveineuse), il a aussi engendré un trafic d'un genre nouveau. Ainsi, on estime à 20 % la proportion des pilules qui sont injectées ou sniffées sous forme de poudre par les patients et à 4 % celles qui sont revendues dans la rue au prix moyen de 15 euros par comprimé.

Vote commission souhaite enfin attirer l'attention sur le problème de **la consommation de drogues en milieu professionnel**. Bien que la connaissance épidémiologique des toxicomanies dans ce cadre soit freinée par des obstacles d'ordres divers (éthique, technique, financier, temporel, réglementaire, culturel, pratique, etc.), quelques éléments d'appréciation sont disponibles. Ainsi, une étude portant sur les urines anonymisées de deux mille salariés du Nord-Pas-de-Calais a démontré que près de 20 % d'entre eux consommaient au moins une substance psychoactive et jusqu'à 40 % des salariés aux postes de sécurité/sûreté. Ce problème touche également les cadres, qui sont de plus en plus nombreux à consulter pour des addictions à des produits psychoactifs. Il serait souhaitable que les autorités sanitaires et, tout particulièrement la médecine du travail, améliorent la prévention, le dépistage et la prise en charge de la toxicomanie en milieu professionnel.

b) Des conséquences dramatiques

L'usage de drogues peut avoir des conséquences sanitaires diverses, qui justifie la mobilisation constante du ministère de la santé sur cette question :

- le **décès** du toxicomane d'abord, par surdose du produit le plus souvent. Le nombre de décès constatés par les forces de l'ordre est en décroissance continue - 90 % depuis 1995 - avec cinquante-sept cas enregistrés en 2005. La réduction du nombre de surdoses en France résulte de la conjonction de plusieurs facteurs : l'introduction des traitements de substitution, l'existence de structures et dispositifs de réduction des risques, la modification des produits consommés et de leurs modalités de consommation parmi les usagers. La majorité des décès par surdose est liée à l'héroïne, même si les produits de substitution occupent une place de plus en plus importante depuis 2000 (jusqu'à près du tiers en 2004) et qu'une forte croissance de cas dus à la cocaïne est observée (un cinquième des décès).

Selon l'InVS, les décès liés au SIDA chez les usagers de drogues par voie intraveineuse sont en baisse depuis 1994. Leur part dans l'ensemble des décès dus aux VIH s'est stabilisée, depuis 1998, à environ 25 % ;

- l'apparition de **maladies infectieuses**, notamment le VIH et les hépatites B et C. Ainsi, la prévalence du VIH parmi les patients ayant déjà utilisé l'injection et pour lesquels la sérologie est connue s'élève à près de 9 % et celle de l'hépatite C à 52 %. Toutefois, le nombre de nouveaux cas de sida liés aux drogues injectables est en baisse continue depuis 1994 (1 377 en 1994 contre 98 en 2005) ;

- la possibilité de **comorbidités psychiatriques** (schizophrénie liée au cannabis par exemple), même si les quelques travaux existants en France ne permettent pas de tirer des conclusions certaines sur les prévalences de diverses pathologies psychiatriques chez les usagers de drogues.

2. Une réponse internationale indispensable

Malgré les efforts de la Miltat et des ministères concernés pour prévenir la consommation de drogues, prendre en charge les toxicomanes et punir les trafiquants, la lutte contre la drogue et la toxicomanie ne peut être menée indépendamment d'une coopération internationale forte.

La troisième action du programme y est consacrée, conformément aux orientations du **plan quinquennal 2004-2008, qui a prévu de renforcer l'action extérieure de la France** au travers de quatre objectifs : le rapprochement des politiques des Etats membres de l'Union européenne, la participation active aux travaux des enceintes internationales (conseil exécutif de l'OMS et commission des stupéfiants de l'ONU notamment), l'intensification des contacts bilatéraux et le développement des actions d'assistance technique.

Cette politique respecte les orientations définies respectivement par l'Union européenne dans le cadre de sa stratégie antidrogue pour la période 2005-2012 et des quarante-six objectifs du plan d'action 2005-2008, ainsi que par les Nations Unies.

En 2008, **5,6 % des crédits du programme, soit 1,5 million d'euros**, seront consacrés à la coopération internationale. Cette somme, constante par rapport à 2007, correspondent au montant des contributions volontaires de la France aux organismes européens et internationaux et au financement de projets d'assistance technique directe ou bilatérale, avec les ministères de l'intérieur et des affaires étrangères, en direction des pays qui n'ont pas encore adopté de dispositifs antidrogue ou qui sont confrontés à des problèmes spécifiques, en particulier dans les zones de trafic.

Différents projets sont menés dans ce cadre. En Europe, la France participe à des actions de coopération avec les nouveaux Etats membres, notamment la Roumanie, pour permettre à leurs administrations d'intégrer les

bonnes pratiques en matière de prévention, de traitement et de répression. Elle aide également les Etats de la CEI dans la mise en œuvre de programmes de réduction de l'offre et de la demande de drogue. Dans les zones de trafic, le GIP Cifad a organisé en 2007, pour des fonctionnaires français et étrangers, des formations aux techniques de fouille et des séminaires de sensibilisation au trafic de précurseurs chimiques. En 2007, la France a particulièrement contribué à la création du centre européen d'analyse et d'opération contre le narco-traffic maritime (MAOC-N) et a participé à une coopération avec la gendarmerie d'Azerbaïdjan et avec l'Iran.

L'objectif n° 4 du programme « drogue et toxicomanie » est associé à cette action. Il vise à améliorer la pertinence des échanges internationaux en la matière. L'indicateur de performance associé est la proportion de projets arrivés à échéance dans les zones prioritaires (CEI et Europe centrale, Afrique, Amérique latine, Caraïbes) et faisant l'objet d'une reprise par le pays bénéficiaire ou par une organisation internationale. Cette proportion devrait atteindre 50 % en 2008, contre 30 % en 2007.

Afin d'améliorer les résultats attendus des actions d'assistance technique internationales, un comité de pilotage définit en outre, pour trois ans, les zones prioritaires dans lesquelles ses actions sont nécessaires. Les protocoles techniques mis en œuvre dans ce cadre font l'objet d'une évaluation au terme de cette période.

*

* * *

Au vu des observations formulées dans le présent avis, votre commission a donné un avis favorable à l'adoption des crédits de la mission « Santé » pour l'année 2008.



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE



PLAN GOUVERNEMENTAL
DE LUTTE CONTRE LES DROGUES ILLICITES,
LE TABAC ET L'ALCOOL
2004-2005-2006-2007-2008

7, rue saint Georges 75009 PARIS
téléphone 01 44 63 20 50 – télécopie 01 44 63 21 00
www.drogues.gouv.fr

SOMMAIRE

INTRODUCTION	3
Orientations générales Suivi et évaluation	
1. PREVENIR.....	9
1.1 Cannabis : casser l'expansion du cannabis	
1.2 Drogues de synthèse : surveiller, alerter, informer	
1.3 Alcool : abaisser les consommations d'alcool aux seuils définis par l'OMS	
1.4 Tabac : empêcher ou retarder la première cigarette, inciter et aider les fumeurs à arrêter de fumer, protéger les non fumeurs	
1.5 Sécurité routière et prévention des accidents du travail : dissocier consommation de drogues et d'alcool et conduite de véhicule ou tâches à risque	
2. RESPONSABILISER L'ECOLE, LES PARENTS, LES JEUNES, LES MILIEUX DU TRAVAIL, LA CITE, LE MILIEU PENITENTIAIRE.....	18
2.1 L'Ecole : créer les conditions d'une prévention effective et adaptée à tous les niveaux de la scolarité	
2.2 Parents : renforcer le rôle éducatif des parents dans la prévention	
2.3 Milieux sportifs : sensibiliser les jeunes et les cadres	
2.4 Milieu de travail : adapter les actions de prévention aux conditions d'emploi et de travail	
2.5 Agir dans la cité : intégrer la dimension drogues aux actions dans les zones urbaines sensibles	
2.6 Milieu pénitentiaire : développer la prévention	
3. INFORMER, EXPLIQUER ET CONVAINCRE	25
3.1 Conduire un programme cohérent et diversifié de communication publique à visée préventive	
3.2 Diffuser une information scientifique mise à jour en permanence	
3.3 Consolider des centres de ressources au niveau régional et local comme support du développement de la prévention	
3.4 Diversifier les modes de réponse des services téléphoniques et d'Internet	
4. AMELIORER LA REPONSE DU SYSTEME DE SOINS A L'USAGE NOCIF ET A LA DEPENDANCE.....	30
4.1 Documenter les comportements de consommations, repérer l'abus ou la dépendance le plus tôt possible	
4.2 Développer, organiser et optimiser l'offre de soins	
4.3 Innover, diversifier, consolider les réponses à la toxicomanie	
4.4 Améliorer la prise en charge des usagers incarcérés	
4.5 Développer un programme crack à Paris, aux Antilles et en Guyane	
4.6 Promouvoir l'addictologie comme soutien de l'enseignement, de la formation et de la recherche	

5. RETABLIR LA PORTEE DE LA LOI.....	41
5.1 Faire évoluer et respecter les législations relatives au tabac et à l'alcool	
5.2 Faire évoluer le dispositif de sanction de l'usage de stupéfiants par des instructions générales de politique pénale aux parquets	
5.3 Rendre plus performante l'articulation Justice/Santé	
5.4 Harmoniser les pratiques pénales dans les contentieux de l'usage et de l'incitation à l'usage	
5.5 Renforcer les moyens de lutte contre le trafic	
5.6 Lutter contre le trafic local notamment par un recours soutenu à l'enquête de patrimoine	
5.7 Adapter le dispositif répressif aux nouvelles formes de trafic organisé	
6. AMPLIFIER LA MOBILISATION DU DISPOSITIF D'OBSERVATION ET DE RECHERCHE AU SERVICE D'UNE ACTION PLUS EFFICACE.....	52
6.1 Améliorer l'efficacité des protocoles thérapeutiques	
6.2 Améliorer les connaissances sur les parcours de consommation, les dommages sociaux et sanitaires induits et les méthodes de prévention et d'éducation à la santé	
6.3 Analyser les logiques économiques à l'œuvre sur les grands marchés réglementés	
6.4 Appréhender les mécanismes de fonctionnement des marchés de produits illicites	
6.5 Améliorer les outils disponibles pour surveiller l'apparition de nouvelles drogues, évaluer leur dangerosité, anticiper les risques	
7. RECENTRER L'ACTION EXTERIEURE DE LA FRANCE DANS LA LUTTE CONTRE LA DROGUE	58
7.1 Œuvrer au rapprochement des politiques des Etats de l'Union européenne en matière de substances psychoactives	
7.2 Participer plus activement aux débats en cours dans les autres enceintes internationales	
7.3 Intensifier les contacts bilatéraux	
7.4 Développer les actions d'assistance technique	
8. RENFORCER LA COORDINATION INTERMINISTERIELLE AU NIVEAU CENTRAL ET TERRITORIAL	62
8.1 Développer une coordination interministérielle forte	
8.2 Optimiser le maillage territorial	
9. EVALUER L'ACTION GOUVERNEMENTALE AVEC DES OBJECTIFS QUANTIFIES	68

INTRODUCTION

La consommation d'alcool, de tabac ou de drogues illicites, est un phénomène qui touche -directement ou indirectement- **l'ensemble de la population française**.

En effet, aux dommages sanitaires (mortalité prématurée, maladies), à la désinsertion de l'usager que risquent d'entraîner certaines consommations, s'ajoutent des dommages pour autrui et pour la collectivité (accidents, violences, délinquance).

Les conséquences de cette consommation en font donc *un problème majeur tant de santé publique que de sécurité*.

Pour réduire l'impact des drogues et de leurs conséquences néfastes, **une action efficace est avant tout une action déterminée utilisant tous les leviers de l'action publique** (application de l'éventail législatif, information et prévention, système de soins, coopération internationale) et **mobilisant l'ensemble des acteurs sociaux** qui, chacun (jeunes, parents, enseignants, éducateurs, policiers, juges, soignants, chercheurs, agents économiques, associations), ont un rôle à jouer pour améliorer la réponse de la société aux risques liés à l'usage et à l'abus des drogues.

En particulier, face à l'évolution des consommations il y a **une urgence : créer à l'école une prévention précoce, intense et à tous les niveaux de scolarité**.

- L'action gouvernementale est guidée par des objectifs et des principes clairs.

- **Des objectifs complémentaires :**
 - **Réduire les consommations** ; on ne peut accepter aujourd'hui le développement massif, notamment chez les jeunes, de pratiques addictives qui menacent la santé des personnes mais aussi l'ordre public et la cohésion sociale.
 - **Réduire l'offre** par une efficacité accrue de la lutte contre les trafics et par le démantèlement des filières d'approvisionnement.
- **Un impératif : l'efficacité.** La politique publique doit rendre des comptes sur les résultats de ses actions ; elle doit inscrire l'évaluation au cœur de son dispositif, afin d'en perfectionner en permanence les instruments et les outils.
- **Une méthode** : pour être efficace, toute action doit **s'appuyer sur des bases scientifiques** régulièrement mises à jour et conduire à un travail de pédagogie et de responsabilisation des citoyens.
- **Une conviction** : le gouvernement doit prendre appui sur la totalité du triptyque de la norme internationale : prévention, réduction de l'offre, réduction de la demande. Il constitue une force de proposition pour la rendre plus efficace notamment pour la lutte contre les nouvelles drogues de synthèse.

- **Des valeurs humaines : respect et refus de toute stigmatisation des personnes.** Ces valeurs accompagnent les actions d'information, de prévention, de soins et de répression. Elles sont animées par une vision humaniste au service de la société et des individus.

- Elle est axée sur des priorités définies, traduites en objectifs opérationnels et épidémiologiques à cinq ans : le plan quinquennal 2004-2008.

- Les jeunes générations inspirent les priorités du plan gouvernemental. Celles-ci consomment de façon de plus en plus précoce et sont confrontées à une offre croissante, en particulier de cannabis et de drogues de synthèse. **Le plan gouvernemental accorde donc une place majeure à la prévention. Un programme ambitieux sera mis en œuvre en direction des adolescents et des jeunes pour empêcher ou retarder l'expérimentation des différentes substances. Les parents et l'école y seront étroitement associés.**
- Une lutte déterminée sur tous les fronts est engagée contre le tabac.
- Le plan s'attaque à l'acceptation encore trop complaisante des nuisances liées à l'alcool.
- Il vise à réduire les inégalités face aux drogues résultant de facteurs sociaux, collectifs et individuels, et mobilise le système de soins contre toutes les formes de dépendance.
- Compte tenu de ces objectifs ambitieux qui nécessitent des changements profonds, la durée du plan a été fixée à cinq ans. Cette durée a été recommandée par la Cour des comptes dans son dernier rapport.

- Elle intègre dans un programme cohérent et global la spécificité des produits dans un objectif d'efficacité.

Ce plan gouvernemental prend en compte les politiques et les programmes déjà engagés dans les domaines de la santé, de l'ordre public, de la justice, de la politique de la ville. Le plan triennal 1999-2002, prenant acte des résultats de la recherche et des évolutions dans les modes de consommation et les populations concernées, a retenu une approche globale de l'ensemble des substances et des conduites addictives. L'information et la communication ont diffusé ce modèle auprès du grand public. De plus, la formation d'un large éventail de professionnels de la police, de la justice, dans le domaine éducatif ou de la santé a contribué à modifier les bases des pratiques professionnelles.

Cependant, comme le souligne le rapport d'évaluation du plan triennal réalisé par l'OFDT, traduire en action ce concept d'approche globale s'est révélé complexe et difficile. En matière de prévention, les objectifs opérationnels sont restés insuffisamment précis. Dans le domaine des soins, les limites à la traduction concrète de ce concept tiennent à un rapprochement encore insuffisant des pratiques et des réponses médicales en l'état actuel des méthodes thérapeutiques. Enfin, l'approche globale méconnaît les différences entre les produits stupéfiants du point de vue de leur licéité.

C'est pourquoi le Gouvernement a décidé de tirer parti de cette approche dans les domaines où elle pouvait être utile sans en faire le principe directeur de son action qui privilégie une approche pragmatique par produits.

Le plan propose des axes stratégiques pour répondre aux situations nouvelles et améliorer l'efficacité de l'action publique là où elle est insuffisante.

Orientations générales

- Un objectif global mais des stratégies spécifiques

Dans l'objectif d'abaisser le niveau des consommations et des risques, la politique publique doit tenir compte des caractéristiques propres de chaque produit, des déterminants des conduites et des phénomènes culturels et générationnels dans lesquels elles s'inscrivent.

Ainsi le plan gouvernemental définit des objectifs et des stratégies d'action publique qui prennent en compte les conditions concrètes de consommation et de diffusion de chacune des substances entrant dans le champ des drogues et produits addictifs¹.

- Une nouvelle dynamique pour la prévention

Jusqu'à présent inorganisée et hétérogène, la prévention sera orientée par des objectifs prioritaires, elle sera structurée dans des programmes régionaux, assise sur des dispositifs pérennes et professionnalisés.

Si le passage de l'usage à l'abus est loin d'être la règle, le potentiel addictif des produits rend la démarche d'arrêt particulièrement difficile. De plus, l'âge précoce des consommations est un facteur de gravité supplémentaire. Empêcher et retarder l'âge de l'expérimentation sous-tend l'action préventive du plan 2004-2008.

L'expansion continue du **cannabis** en fait un axe prioritaire abordé à travers une éducation systématique en milieu scolaire et un dispositif nouveau de consultations spécialisées au sein des structures existantes pour aider les jeunes dont la consommation dérape.

Le caractère récréatif de la consommation des **drogues de synthèse** atténue la perception de leur dangerosité. Les jeunes doivent être informés, alertés et protégés de leurs risques.

Tabac et alcool ont un impact sanitaire très fort en raison de la taille des populations concernées, du caractère durable de ces consommations au cours de la vie, de la dimension sociale et culturelle de celles-ci et des risques de pathologies graves qui leurs sont associés. Longtemps tolérés, ces risques sont aujourd'hui reconnus. Les pouvoirs publics sont engagés dans des programmes ambitieux associant l'action sur l'offre par le jeu des taxes, des

¹ L'abus et la dépendance associent fréquemment à la consommation d'alcool et de drogues celle de médicaments psychotropes, le plus souvent des benzodiazépines et des anti-dépresseurs. C'est au titre de ces associations et des détournements que ces médicaments entrent dans le champ de la MILDT.

limitations très strictes de la publicité, des restrictions de vente en particulier aux mineurs de 16 ans, une communication préventive intense par de multiples canaux. **L'application des mesures limitant la consommation de tabac dans les lieux collectifs sera réactivée** pour protéger les non fumeurs et jouer un rôle dissuasif vis-à-vis des fumeurs. La dissociation entre conduire un véhicule ou effectuer des tâches à risque, notamment dans le travail, et consommer des substances (alcool et cannabis principalement), doit être recherchée par tous les moyens répressifs et préventifs afin de **poursuivre l'amélioration de la sécurité sur la route et en milieu de travail.**

- Un système de soins plus accessible et plus efficace

A côté de cette politique de prévention vigoureuse, le plan doit aussi s'adresser aux personnes dépendantes ou à risque de le devenir.

La réponse du système de soins commence par le **repérage de l'usage nocif de produits addictifs** pour lequel le rôle des médecins généralistes est essentiel et doit être valorisé.

Ensuite, le chemin ardu de la **sortie de la dépendance** nécessite accessibilité, coordination, multidisciplinarité et renouveau des stratégies thérapeutiques. C'est pourquoi le plan gouvernemental met l'accent sur le **renforcement de l'offre et de la coordination des soins.**

Face à des produits comme l'héroïne, la **diversification de l'offre de soins** est indispensable. Le plan gouvernemental prévoit la **création de communautés thérapeutiques, l'adaptation continue des programmes de substitution et l'expérimentation de programmes innovants.**

Cette amélioration de l'efficacité du système de soins dans le repérage et le traitement sera soutenue par la **création de centres de référence en addictologie.**

La recherche de solutions pragmatiques aux effets dévastateurs du **crack** pour les usagers, les habitants des quartiers qui en subissent les dommages au quotidien, en particulier aux Antilles, en Guyane et à Paris, fait l'objet d'un **programme spécifique** qui utilisera tous les registres d'intervention.

- Rétablir la portée de la loi

La loi régit le rapport entre la société et les individus. Au moment où s'engage un programme visant à faire refluer la consommation de masse du cannabis par les adolescents, l'application de la loi contribuera aux objectifs généraux de prévention en luttant de façon déterminée contre les trafics par des moyens juridiques nouveaux et en utilisant l'interpellation pour usage comme une occasion de rappeler l'exigence de respect de l'interdit légal et le cas échéant d'orientation vers des services appropriés aux situations individuelles.

L'application de l'ensemble de l'éventail législatif doit ainsi servir à la fois les objectifs de santé publique et de sécurité, qu'il s'agisse de la loi Evin qui retrouvera pleinement sa portée préventive, de la répression de la conduite sous l'effet de l'alcool et du cannabis pour améliorer la sécurité routière ou de la lutte contre le trafic ou de la dissuasion des usages.

- Une coopération européenne et internationale amplifiée

L'action internationale doit jouer pleinement son rôle au sein de l'Union européenne **pour tendre à une harmonisation des politiques** tant dans le domaine de l'alcool et du tabac que dans la lutte contre le trafic des stupéfiants. Celle-ci passe par **la coopération avec les pays de production et de transit** qui enregistrent une explosion de la demande avec des conséquences catastrophiques pour des populations très vulnérables. Cette coopération se recherche à travers les organisations internationales, les négociations menées au niveau de l'Union européenne et les accords bilatéraux.

Suivi et évaluation

Les objectifs du plan en termes de réduction des consommations et des risques sont déclinés par substance et quantifiés. Ils seront évalués sur la base d'un ensemble d'indicateurs disponibles à travers les enquêtes d'observation ou les systèmes d'information permettant de resituer la période quinquennale dans les évolutions de long terme (*cf. chap. 9*). Leur réalisation repose sur la mise en œuvre de moyens ou de dispositifs. Ceux-ci sont traduits dans un tableau de bord d'indicateurs chiffrés, variables selon les domaines : indicateurs d'accessibilité, indicateurs d'offres, indicateurs de densité des services, indicateurs d'activité, indicateurs de qualité des procédures, indicateurs épidémiologiques...

L'évaluation du plan reposera sur ce tableau de bord mis au point par l'OFDT et soumis à un comité de pilotage. Les programmes nouveaux seront l'objet d'une évaluation de processus ou de résultats.



LA PRISE EN CHARGE

et

LA PREVENTION

DES ADDICTIONS

PLAN

2007 – 2011

SOMMAIRE

PRIORITÉ 1 : MIEUX PRENDRE EN CHARGE LES ADDICTIONS DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ	5
OBJECTIF 1 : AMÉLIORER L'ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ	5
<i>Mesure 1. mettre en place des consultations spécialisées et des équipes de liaison en addictologie dans tous les hôpitaux dotés de services d'urgences</i>	5
<i>Mesure 2. Identifier au moins un service d'addictologie de recours pour 500 000 habitants</i>	5
<i>Mesure 3. Créer un pôle d'addictologie dans chaque centre hospitalo-universitaire</i>	6
OBJECTIF 2 : VALORISER LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE DES ADDICTIONS	6
<i>Mesure 4. Maintenir le tarif du séjour pour sevrage simple</i>	6
<i>Mesure 5. Créer un tarif adapté au séjour pour sevrage complexe</i>	7
PRIORITÉ 2 : MIEUX PRENDRE EN CHARGE LES ADDICTIONS DANS LES CENTRES MÉDICO - SOCIAUX	8
OBJECTIF 3 : CRÉER DES STRUCTURES POUVANT OFFRIR DES SOINS ET UN ACCOMPAGNEMENT A TOUS LES PATIENTS SOUFFRANT D'ADDICTION, QUELLE QUE SOIT CETTE ADDICTION	8
<i>Mesure 6. Rapprocher les dispositifs spécialisés en créant des Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie</i>	8
<i>Mesure 7. Augmenter les capacités d'accueil et notamment avec hébergement</i>	9
OBJECTIF 4 : POURSUIVRE LA POLITIQUE DE RÉDUCTION DES RISQUES	9
<i>Mesure 8. Améliorer les pratiques en matière de réduction des risques</i>	9
<i>Mesure 9. Mettre en place une évaluation des dispositifs médicaux utilisés dans la réduction des risques</i>	9
PRIORITÉ 3 : ARTICULER D'AVANTAGE L'OFFRE DE SOINS EN VILLE AVEC LES SECTEURS SANITAIRE ET MÉDICO-SOCIAL	11
<i>Mesure 10. Améliorer les pratiques et les échanges par la mise en place de la "Commission Addictions"</i>	11
OBJECTIF 5 : MIEUX IMPLIQUER LA MÉDECINE DE VILLE DANS LA PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS	11
<i>Mesure 11. Organiser les réseaux en addictologie</i>	11
<i>Mesure 12. Etablir des schémas régionaux d'addictologie</i>	12
OBJECTIF 6. COORDONNER LE PARCOURS DE SOINS DU PATIENT CONSOMMATEUR	12
OBJECTIF 7 : DÉVELOPPER UNE MEILLEURE ARTICULATION JUSTICE-SANTÉ	13
<i>Mesure 13. Mettre en place des médecins-relais</i>	13
PRIORITÉ 4 : DÉVELOPPER LA PRÉVENTION	13
OBJECTIF 8 : FAVORISER LE REPÉRAGE PRÉCOCE ET LES INTERVENTIONS BRÈVES DESTINÉES À MODIFIER LES COMPORTEMENTS	13
<i>Mesure 14. Intégrer les programmes de repérage précoce dans les CSAPA</i>	13
<i>Mesure 15. Développer en médecine de ville la prévention de l'usage à risque de l'alcool</i>	14
<i>Mesure 16. Développer des actions de prévention de la consommation des substances psychoactives pendant la grossesse</i>	14
OBJECTIF 9 : RENFORCER L'ÉDUCATION À LA SANTÉ EN MATIÈRE D'ADDICTIONS	15
<i>Mesure 17. Lancer une grande campagne d'information sur les addictions</i>	15
<i>Mesure 18. Mettre en place un numéro unique d'appels téléphoniques</i>	15
OBJECTIF 10 : RENFORCER LE RÔLE DES ASSOCIATIONS	16
<i>Mesure 19. Valoriser et renforcer le maillage associatif</i>	16
PRIORITÉ 5 : RENFORCER LA FORMATION DES PROFESSIONNELS EN ADDICTOLOGIE	16
OBJECTIF 11 : METTRE EN PLACE D'UNE FILIÈRE PÉRENNE D'ENSEIGNEMENT EN ADDICTOLOGIE	16
<i>Mesure 20. Développer l'enseignement en addictologie pour les professions médicales</i>	16
<i>Mesure 21. Développer l'enseignement en addictologie pour les professions paramédicales et les travailleurs sociaux</i>	17
OBJECTIF 12 : INTÉGRER L'ADDICTOLOGIE À LA FORMATION CONTINUE	17
<i>Mesure 22. Intégrer les compétences addictologiques dans la FMC</i>	17
PRIORITÉ 6 : COORDONNER D'AVANTAGE LA RECHERCHE EN ADDICTOLOGIE	18
OBJECTIF 13 : RENFORCER LA RECHERCHE CLINIQUE	18
<i>Mesure 23. Faire de l'addictologie une des priorités des programmes hospitaliers de recherche clinique</i>	18
<i>Mesure 24. constituer un réseau national de recherche clinique</i>	18
<i>Mesure 25. Expertiser les enjeux de santé posés par les addictions sans substances et identifier les réponses en termes de soins et de prévention</i>	18
OBJECTIF 14 : MIEUX COORDONNER LA RECHERCHE FONDAMENTALE	19
<i>Mesure 26. Impliquer davantage les agences dans la recherche sur les addictions et mobiliser d'autres acteurs</i>	19

COMMUNICATION EN CONSEIL DES MINISTRES LE 15 NOVEMBRE 2006

Les addictions restent, en France comme dans beaucoup d'autres pays européens, un problème de santé publique majeur, dont les impacts sont multiples, sanitaires, médicaux et sociaux.

On estime ainsi que 35% des jeunes de 17 ans ont déjà consommé de l'alcool et du cannabis simultanément, et qu'à 17 ans, un adolescent sur 5 consomme du cannabis plus de 10 fois dans l'année.

Toutes les addictions sont à prendre en compte, qu'elles soient liées ou non aux substances : tabac, alcool, drogues illicites, médicaments, ou jeu. Elles atteignent gravement ceux qui en dépendent, mais aussi leur entourage et l'ensemble de la société.

Il n'y a pas de réponse simple face aux addictions. Un travail considérable a déjà été et est toujours réalisé par les professionnels de santé et les associations pour apporter à chaque type de population et en chaque lieu une réponse adaptée. Pourtant, aujourd'hui on constate encore d'immenses besoins.

C'est donc à l'Etat de poser les bases d'un système qui permette à chaque personne concernée par une addiction et qui en ressent le besoin, de savoir où, quand et comment elle peut trouver un accompagnement adapté. Les points d'entrée doivent être visibles de tous, accessibles de façon simple, sans stigmatisation, et capable d'offrir, dans la proximité, la meilleure prise en charge.

Cette politique doit donner à chaque patient, à chaque étape de son parcours, une réponse adaptée. De même, tous les soignants doivent être capables de détecter et d'orienter une personne souffrant d'une addiction, même à un stade précoce, sans attendre les conséquences graves de son addiction comme la cirrhose ou la désocialisation pour lui proposer une réponse.

Pour relever l'ensemble de ces défis, nous avons élaboré, comme l'a souhaité le Président de la République lors de son intervention du 27 avril dernier, un plan global de prise en charge et de prévention des addictions. J'ai décidé de lui consacrer 77 M€ par an pendant 5 ans soit un budget total de 385 M€.

Un groupe de travail opérationnel associant les professionnels s'est réuni toutes les semaines depuis le 11 mai 2006 afin de préparer un ensemble de propositions qui m'ont été présentées le 9 novembre dernier et à partir desquelles j'ai défini six priorités :

- 1. Mieux prendre en charge les addictions dans les établissements de santé** en mettant en place des consultations et des équipes de liaison en addictologie dans les hôpitaux dotés d'une structure d'urgence, un service d'hospitalisation en addictologie pour chaque territoire de santé de plus de 500 000 personnes, un pôle universitaire d'addictologie dans chaque centre hospitalo-universitaire et en valorisant l'activité de ces services par la création, dans le cadre de la tarification à l'activité, d'un tarif spécifique incitatif adapté aux sevrages complexes.
- 2. Mieux prendre en charge les addictions dans les centres médico-sociaux** destinés aux personnes atteintes d'addiction pour les rendre efficaces et adaptées quel que soit le parcours du patient en créant des centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) qui réuniront et mettront aux normes les anciens centres de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST) et les centres de cure ambulatoires en alcoologie (CCAA), en instituant trois nouvelles communautés thérapeutiques et en renforçant les structures de prévention et d'accompagnement existantes.
- 3. Mieux coordonner les 3 secteurs de suivi et d'accompagnement du patient: hospitalier, ambulatoire et médico-social** notamment en intégrant l'addictologie dans les réseaux de soins prévus pour 2007.

4. Développer la prévention, par la promotion du repérage et des interventions précoces en médecine générale, et par la prévention de la consommation de substances psycho-actives pendant la grossesse (avec notamment l'apposition d'un pictogramme sur les boissons alcoolisées).

5. Renforcer la formation des professionnels au repérage et à la prise en charge des addictions par l'inscription de modules d'addictologie en formation initiale et continue et par la création de l'option "addictologie" au sein de 7 sous-sections au conseil national des universités.

6. Renforcer et coordonner la recherche en addictologie en inscrivant l'addictologie comme priorité dans les programmes hospitaliers de recherche clinique, et en introduisant l'addictologie au sein du plan de recherche sur le système nerveux central actuellement en préparation mais aussi en évaluant l'impact sur la santé des addictions sans substances comme le jeu.

A la sortie de ce conseil, je vais installer la **Commission nationale Addiction**, très attendue par les professionnels et les associations du secteur. Cette commission, qui réunit des représentants des associations de patients et des professionnels de santé sera notamment chargée de coordonner la mise en œuvre du plan, y compris au à l'échelon régional, et d'en évaluer l'application.

Ce plan participe de la politique de réduction des risques pour les usagers de drogue que le gouvernement mène depuis 2002, avec trois objectifs : limiter le nombre de nouveaux usagers, les traiter et les aider à renoncer à l'usage de drogue et enfin réduire les conséquences graves liées à cet usage.

Xavier BERTRAND
Ministre de la Santé et des Solidarités

**PRIORITE 1 : MIEUX PRENDRE EN CHARGE LES ADDICTIONS
DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE**

Un constat partagé avec les professionnels montre que le repérage des pratiques d'abus ou de dépendance à des substances psycho-actives est trop peu développé dans les services hospitaliers. La prise en charge des jeunes ayant un usage nocif ou une dépendance à une ou plusieurs drogues (alcool, cannabis, ecstasy, médicaments ...) se limite le plus souvent à un accueil aux urgences sans qu'un véritable suivi soit organisé et très peu de services d'urgence se sont organisés pour répondre de façon adaptée aux consultants ayant des problèmes aigus liés à leurs addictions (alcoolisation aiguë, situations de crises, surdosage). Pourtant, les enquêtes montrent que 20% des personnes hospitalisées ont des difficultés dans la gestion quotidienne de leur consommation de substances psycho-actives.

OBJECTIF 1 : AMELIORER L'ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE

Les patients présentant des conduites addictives doivent pouvoir bénéficier d'une prise en charge adaptée, quelle que soit le type ou la gravité de leur addiction ou leur point d'entrée dans l'hôpital. Les différents lieux de prise en charge doivent être visibles de tous, patients et professionnels de santé et accessibles en tous points du territoire.

MESURE 1. METTRE EN PLACE DES CONSULTATIONS SPECIALISEES ET DES EQUIPES DE LIAISON EN ADDICTOLOGIE DANS TOUS LES HOPITAUX DOTES DE SERVICES D'URGENCES

Ce niveau de proximité comprend :

- une consultation hospitalière d'addictologie qui regroupe notamment les consultations de tabacologie, d'alcoologie, de toxicomanie et d'addiction sans substance ;
- une équipe hospitalière de liaison dont les missions, définies par la circulaire DHOS du 8 septembre 2000 sont de repérer les patients en difficulté pendant leur hospitalisation et les orienter dans le parcours de soins pour qu'ils trouvent une réponse appropriée.

L'objectif est de disposer d'une consultation et d'une équipe de liaison dans tous les établissements de santé dotés d'un service d'urgences défini par le décret du 22 mai 2006,

Budget : 16 M€ par an pendant 5 ans

Financement : Loi de finances de la sécurité sociale (LFSS) 2007

Opérateur : Commission Addictions – DHOS - DSS - ARH - Etablissements de santé

Calendrier : Première vague de financement au 1^{er} trimestre 2007.

Maillage du territoire achevé en 2011.

MESURE 2. IDENTIFIER AU MOINS UN SERVICE D'ADDICTOLOGIE DE RECOURS POUR 500 000 HABITANTS

Ce niveau de recours est constitué par des **services d'hospitalisation** bénéficiant de personnels formés à l'addictologie et proposant des prises en charge spécifiques. Elles accueillent des patients dont l'état de santé nécessite une prise en charge spécialisée en hospitalisation. Ils proposent, en complément de la consultation et de l'équipe de liaison :

- un hôpital de jour ;
- des hospitalisations complètes pour sevrage simple (séjour d'environ 7 jours) ou complexe (séjour prolongé).

L'objectif est de disposer d'au moins un **service d'addictologie de recours pour 500.000 habitants**, organisée dans le cadre d'un ou plusieurs territoires de santé.

Budget : 12 M€ par an pendant 5 ans

Financement : Loi de finances de la sécurité sociale (LFSS) 2007

Opérateur : Commission Addictions – DHOS - DSS - ARH - Etablissements de santé
 Calendrier : Première vague de financement au 1^{er} trimestre 2007.
 Maillage du territoire achevé en 2011.

MESURE 3. CREER UN POLE D'ADDICTOLOGIE DANS CHAQUE CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Ces pôles hospitalo-universitaires d'addictologie sont de niveau régional et constituent à la fois un service de recours de niveau 2 et un centre régional de référence, de formation, et de recherche. Ils permettent la coordination de la clinique avec les structures de recherche institutionnelles (INSERM, CNRS...) et la recherche fondamentale. Ce pôle travaille en relation avec les autres pôles de l'hôpital et notamment les Centres d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance.

L'objectif est de disposer d'un pôle d'addictologie dans chaque Centre Hospitalo-Universitaire

Budget : 5 M€ par an pendant 5 ans
 Financement : Loi de finances de la sécurité sociale (LFSS) 2007
 Opérateur : Commission Addictions – DHOS - DSS - ARH - Etablissements de santé
 Calendrier : Première vague de financement au 1^{er} trimestre 2007
 Maillage du territoire achevé en 2011

MODALITES DE MISE EN ŒUVRE DES MESURES 1, 2 ET 3 :

Afin de procéder à la répartition du budget, la direction de l'hospitalisation et des soins procèdera à un appel d'offres auprès des ARH sur la base d'un cahier des charges validé par la Commission addictions.

Un comité de sélection, composé de la DGS/DHOS, de représentants des ARH, des experts de la Commission addictions et de tout autre membre compétent procèdera au choix des projets dans le courant du premier trimestre 2007. La même procédure sera reconduite tous les ans pendant 5 ans.

ACCREDITATION : l'ensemble des structures d'addictologie dans les établissements de santé fera l'objet d'une évaluation dans le cadre de l'accréditation des établissements hospitaliers et de l'évaluation des pratiques professionnelles. L'évaluation sera fondée notamment sur l'existence d'une équipe multidisciplinaire formée en addictologie, d'un programme thérapeutique spécifique, de la formation initiale et continue pour le personnel paramédical et médical.

OBJECTIF 2 : VALORISER LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE DES ADDICTIONS

La classification PMSI, qui sert de support à la tarification à l'activité, identifie les hospitalisations pour "éthylisme avec dépendance" sans distinguer les séjours pour sevrage simple des séjours pour sevrage complexe. Pourtant, les professionnels soulignent la nécessité de disposer de deux procédures de prise en charge distinctes, le sevrage simple d'une durée brève et le sevrage complexe qui demande des soins plus long et un accompagnement spécifique.

MESURE 4. MAINTENIR LE TARIF DU SEJOUR POUR SEVRAGE SIMPLE

Le "sevrage simple" est réalisable dans tout service d'addictologie, d'une durée d'une semaine environ, il met en œuvre un suivi médical "standard".

Le sevrage simple est identifié par l'actuel groupe homogène de séjours n°7252 auquel correspond le groupe homogène "éthylisme avec dépendance".

L'objectif est de maintenir le tarif actuel pour sevrage simple, ramené à la durée de séjour adaptée.

Le tarif du séjour pour sevrage simple sera, à partir du 1^{er} janvier 2007 de :

- 2 475 € dans les établissements mentionnés aux a, b, et c de l'article L 162-22-6 du CSS
- 1 228 € dans les établissements mentionnés au d de l'article L 162-22-6 du CSS

MESURE 5. CREER UN TARIF ADAPTE AU SEJOUR POUR SEVRAGE COMPLEXE
--

Le "sevrage complexe" est réalisé dans des unités dédiées. D'une durée d'au moins 2 semaines, il fait appel à une organisation plus complexe des soins et notamment à des ateliers thérapeutiques.

L'objectif est la création d'un second groupe homogène de séjours pour les sevrages complexes, réalisables uniquement dans des unités dédiées (niveaux de recours et centres hospitalo-universitaires prévus dans les mesures 2 et 3) et identifiées par les ARH.

Le tarif pour les procédures de **sevrage complexe** sera à partir du 1^{er} janvier 2007 de :

- 4 620 € dans les établissements mentionnés aux a, b, et c de l'article L 162-22-6 du CSS
- 2 268 € dans les établissements mentionnés au d de l'article L 162-22-6 du CSS

La création du groupe homogène de séjours pour sevrage complexe requiert un budget supplémentaire de 10 M€

Budget : 10 M€ par an pendant 5 ans

Financement : Loi de finances de la sécurité sociale (LFSS) 2007

Opérateur : ARH et Etablissements de santé

Calendrier : 1^{er} janvier 2007

Une évaluation sera menée après une année de mise en œuvre. Elle portera sur des données administratives, médicales et médico-économiques et notamment sur :

- ✓ Identification par les ARH d'unités dédiées après la publication de la circulaire budgétaire
- ✓ Nombre d'unités identifiées
- ✓ Nombre de création d'unités demandées
- ✓ analyse des données pmsi produites trimestriellement par les structures disposant d'unités dédiées (évolution des effectifs, des durées de séjour, des réhospitalisations)
- ✓ mesure de l'impact tarifaire effectif de la revalorisation.

Coût de la priorité n°1 en 2007 :
--

43 M€

**PRIORITE 2 : MIEUX PRENDRE EN CHARGE LES ADDICTIONS
DANS LES CENTRES MEDICO -SOCIAUX**

La prise en charge des addictions doit être aussi précoce que possible et atteindre le plus grand nombre de sujets à risque qui représente plus de 10% de la population, bien avant que la dépendance ne soit installée, dans un objectif de prévention précoce.

Lorsque la dépendance est installée, elle touche alors 3% de la population, elle constitue une véritable maladie chronique vis-à-vis de laquelle l'intervention sanitaire ne saurait résoudre l'ensemble des problèmes. Les soins doivent alors s'organiser dans le cadre d'un **accompagnement à long terme** au plus près de la vie familiale et sociale de la personne.

Le secteur médico-social a été jusqu'ici cloisonné entre structures spécialisées en alcoologie (Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie – CCAA) et structures spécialisées en toxicomanie (Centre Spécialisés de Soins aux Toxicomanes – CSST). Depuis quelques années un processus de rapprochement et de restructuration a été amorcé pour définir et constituer un véritable **dispositif médico-social en addictologie**.

OBJECTIF 3 : CREER DES STRUCTURES POUVANT OFFRIR DES SOINS ET UN ACCOMPAGNEMENT A TOUS LES PATIENTS SOUFFRANT D'ADDICTION, QUELLE QUE SOIT CETTE ADDICTION

Le socle législatif de cette réforme est apporté par la loi du 2 janvier 2002, qui crée les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Cette réforme est également inscrite dans le plan gouvernemental 2004-2008 de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool. Pourtant, elle n'a pas encore pu entrer en vigueur en raison de l'absence de cadre de financement.

MESURE 6. RAPPROCHER LES DISPOSITIFS SPECIALISES EN CREANT DES CENTRES DE SOINS D'ACCOMPAGNEMENT ET DE PREVENTION EN ADDICTOLOGIE

L'objectif de l'article 48 de la loi de finance de la sécurité sociale 2007 est de créer le cadre financier pour les centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Ils réuniront les anciens centres de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST) et les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA). Cette fusion permettra aussi d'engager une mise aux normes.

Les missions des CSAPA seront définies par un **décret en Conseil d'Etat**.

Une circulaire d'accompagnement précisera la méthodologie et encouragera la mutualisation des moyens entre structures. Chaque structure de soins dispose de médecins, d'infirmiers, de psychologues, d'éducateurs et d'assistances sociales pour assurer un suivi de qualité.

Une réflexion doit par ailleurs, être engagée sur leurs modalités d'organisation et de mise en place opérationnelle à partir des structures existantes. Cette réflexion sera confiée à la Commission addictions.

Budget : 2,8 M€

Financement : Loi de finances de la sécurité sociale (LFSS) 2007

Opérateur : DGS, DGAS, DSS

Calendrier : Publication du décret en conseil d'état au premier trimestre 2007

Publication de la circulaire d'accompagnement au premier trimestre 2007

La Commission addictions publiera des recommandations sur les mesures nécessaires à l'optimisation de l'organisation des CSAPA avant la fin du premier semestre 2007

MESURE 7. AUGMENTER LES CAPACITES D'ACCUEIL ET NOTAMMENT AVEC HEBERGEMENT
--

L'augmentation des capacités d'accueil reposera sur :

- 1/ la création de nouvelles communautés thérapeutiques,
- 2/ la création de nouveaux CSAPA ambulatoires,
- 3/ l'augmentation du nombre de place d'appartements de coordination thérapeutique (ACT) accessibles aux usagers de substances psycho-actives en difficulté : 20 à 30 parmi les 150 nouvelles places créées en 2007
- 4/ l'accroissement du taux d'occupation des structures qui en ont la capacité.

Par ailleurs, la mise en conformité des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue (CAARUD) contribue à améliorer les conditions de prise en charge des patients et les conditions de travail des personnels.

Budget : 10,7 M€

Financement : Loi de finances de la sécurité sociale (LFSS) 2007

Opérateur : DGS, DGAS, DSS

Calendrier :	Mise en place des CT	1 ^{er} trim 2007.
	Création de nouveaux CSAPA	1 ^{er} semestre 2007
	Mise en conformité des CAARUD	courant 2007
	Attribution des nouvelles places en ACT :	courant 2007

La Commission addictions publiera des recommandations sur les mesures nécessaires à l'optimisation de l'organisation des CSAPA avant la fin du premier semestre 2007.

OBJECTIF 4 : POURSUIVRE LA POLITIQUE DE REDUCTION DES RISQUES.

MESURE 8. AMELIORER LES PRATIQUES EN MATIERE DE REDUCTION DES RISQUES
--

Il s'agit d'améliorer l'accessibilité aux traitements de substitution aux opiacés, de lutter contre le trafic et d'agir contre le mésusage des traitements de substitution aux opiacés.

En septembre 2004, le jury de la conférence de consensus sur les traitements de substitution aux opiacés recommandait de rééquilibrer l'offre entre la méthadone et la buprénorphine haut dosage. Les mesures d'application de ces recommandations doivent se poursuivre.

De nouvelles galéniques pour la méthadone seront mises sur le marché notamment la forme sèche dont l'autorisation de mise sur le marché est en cours.

Parallèlement, une étude de faisabilité est en cours pour permettre à certains médecins généralistes de réaliser une primo prescription de la méthadone.

Enfin, pour renforcer le cadre de la prescription et de la délivrance des médicaments pouvant faire l'objet d'un usage détourné, et dans le but d'aider à prévenir le nomadisme médical et paramédical, l'article L.162-4-2 du code de la Sécurité sociale est modifié afin que le nom du pharmacien figure systématiquement sur l'ordonnance pour certains produits dont la liste sera fixée par arrêté.

Par ailleurs, un protocole de soins, sera mise en œuvre dans certaines situations particulières le justifiant, notamment en cas de mésusage ou d'abus, et systématiquement dans certains cas, comme l'éventuelle primo-prescription de méthadone en ville.

Les plans de gestion de risque adapté seront mis en place par l'AFSSAPS.

La prévention des hépatites doit également être renforcée notamment chez tous les usagers de drogue.

Budget : 400 000 € pour la première phase de l'étude ANRS sur la primo-prescription de la méthadone

Financement : DGS

Opérateur : DGS, ANRS, MILDT, AFSSAPS, laboratoires concernés

Calendrier : Méthadone forme sèche : mise sur le marché prévue début 2007

Primo prescription de la méthadone à certains médecins généralistes volontaires et formés : début de l'étude ANRS en 2007.

Renforcement du cadre de la prescription et de la délivrance des médicaments pouvant faire l'objet d'un usage détourné : adoption de la mesure dans le cadre de la LFSS 2007. Mise en œuvre en 2007 après publication de l'arrêté précisant la liste des médicaments concernés.

La Commission addictions sera chargée d'assurer le suivi de l'application de la mesure.

<p>MESURE 9. METTRE EN PLACE UNE EVALUATION DES DISPOSITIFS MEDICAUX UTILISES DANS LA REDUCTION DES RISQUES</p>
--

Evaluer les outils de réduction des risques et notamment les **dispositifs médicaux de réduction des risques**. Les professionnels intervenant dans le champ de la réduction des risques ont développé leurs propres outils, notamment des dispositifs médicaux comme les filtres ou les sets d'injection (Steribox®) pour limiter les risques associés à la consommation de substances psychoactives tels que la contamination par le virus des hépatites ou du VIH.

Il est nécessaire de procéder régulièrement à l'évaluation de l'efficacité, de l'efficience et de l'intérêt pédagogique des dispositifs.

La commission addiction, en lien avec l'AFSSAPS et la HAS, proposera les modalités et le calendrier de cette évaluation.

Evaluation du dispositif médico-social de prise en charge des addictions dans le cadre des évaluations prévues à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale, par le conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale (CNESMS).

Budget : 30 000 €

Financement : DGS

Opérateur : DGS, InVS, INPES, Afssaps, HAS, commission addiction, CNESMS

Calendrier : Evaluation des dispositifs médicaux : recommandations sur les modalités d'évaluation 1^{er} trimestre 2007, évaluation : 2^{ème} semestre 2007

Evaluation du dispositif médico-social : à déterminer en fonction de la date de mise en place du CNESMS

<p>Coût total de la Priorité n°2 :</p>	<p>17,73M€</p>
---	-----------------------

PRIORITE 3 : ARTICULER DAVANTAGE L'OFFRE DE SOINS EN VILLE AVEC LES SECTEURS SANITAIRE ET MEDICO-SOCIAL

L'articulation et la coordination des différents secteurs du dispositif de prise en charge et de soins pour les personnes ayant une conduite addictive sont des facteurs fondamentaux pour optimiser la qualité de soins et pour assurer une continuité dans le suivi de ces personnes, au regard des moyens disponibles.

Le décloisonnement ville- hôpital est l'une des principales missions des réseaux de santé en addictologie.

MESURE 10. AMELIORER LES PRATIQUES ET LES ECHANGES PAR LA MISE EN PLACE DE LA "COMMISSION ADDICTIONS"

Le mandat de la commission consultative des traitements de substitution, mise en place par l'arrêté du 7 mars 1994 peu après la mise sur le marché de la méthadone, est arrivé à son terme en 2004. Le maintien d'une instance de consultation comme force de proposition, outil d'expertise et d'aide à la décision pour l'élaboration des orientations relatives à la prise en charge des personnes ayant des pratiques addictives, est indispensable.

Les missions et la composition d'une nouvelle instance méritent d'être repensées, dans une approche élargie des addictions.

Ainsi l'arrêté du 26 octobre 2006 a créé la commission Addictions. Elle a pour mission l'évaluation et l'amélioration des réponses aux besoins de prise en charge et d'accompagnement des personnes dans le champ des pratiques addictives et regroupe des représentants des professionnels, des usagers, des associations et des institutionnels ayant à intervenir dans ce champ

Elle est composée de 42 membres permanents dont 29 personnalités qualifiées, dans les domaines de la toxicomanie, de l'alcool, du tabac et de l'addiction et 13 représentants institutionnels (DGS, Dhos, MILDT, assurance maladie, AFSSAPS, INPES, Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), Institut national du cancer (INCA), Haute autorité de santé (HAS), Ordres des pharmaciens et des médecins, et des médecins inspecteurs régionaux

Cette commission se réunira en plénière trois à quatre fois par an et se reposera sur des groupes de travail par thèmes et des groupes de travail régionaux dont la mission sera la mise en œuvre locale du plan addictions.

Budget : 10 000 euros par an (frais de fonctionnement)

Financement : DGS

Opérateur : pilotage DGS

Calendrier : Installée le 15 novembre 2006 par le Ministre de la santé et des solidarités

OBJECTIF 5 : MIEUX IMPLIQUER LA MEDECINE DE VILLE DANS LA PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS

MESURE 11. ORGANISER LES RESEAUX EN ADDICTOLOGIE

En octobre 2006, 46 réseaux de santé en addictologie, financés par la DRDR, ont été recensés.

Mesure :

augmenter le nombre de réseaux de manière à disposer d'un réseau de proximité en addictologie pour 200.000 habitants, organisé dans le cadre d'un ou plusieurs territoires de santé. 254 réseaux sont à créer sur les cinq ans du plan.

Les missions des réseaux de santé font l'objet d'un cahier des charges dont l'élaboration est confiée à un groupe de travail en cours de constitution. Ce groupe de travail devra comprendre un ou plusieurs experts en addictologie.

Ces réseaux de santé auront comme principal objectif la coordination ville- hôpital et seront dotés au minimum de : un médecin coordinateur, un administratif coordinateur, d'une infirmière diplômée d'état, une secrétaire.

Budget : 5 M€ par an pendant 5 ans

Financement : Assurance maladie – Dotation Régionale des Réseaux

Opérateur : DHOS- DSS –ARH- URCAM

Calendrier : Audition publique : 1er et 2 février 2007
Recommandation : 2^{ème} semestre 2007

OBJECTIF 7 : DEVELOPPER UNE MEILLEURE ARTICULATION JUSTICE-SANTE

MESURE 13. METTRE EN PLACE DES MEDECINS-RELAIS

L'article 27 du projet de loi relatif à la prévention de la délinquance rénove le dispositif de l'injonction thérapeutique et dans son article 27 crée le dispositif des médecins relais chargé de faire le lien entre l'autorité judiciaire et les soignants dans la mise en œuvre des mesures d'injonction thérapeutique.

Budget : 1,34M€ pour la santé
Financement : Partage santé-justice à préciser
Opérateur : DGS, services déconcentrés, Ministère de la Justice, MILDT
Calendrier : Le décret et la circulaire seront diffusés d'ici la fin du 1^{er} semestre 2007

Coût total de la Priorité n°3 :	6,34 M€
--	----------------

PRIORITE 4 : DEVELOPPER LA PREVENTION

Aujourd'hui, en France, les conduites addictives (en particulier les consommations de tabac, les abus d'alcool, et, dans une moindre mesure, de substances illicites) interviennent dans 30 % de la mortalité précoce (décès avant 65 ans) et évitable. Le « poids » de ces conduites sur la morbidité générale est estimé à environ 20 % (complications somatiques et psychiatriques, accidents de la route...). La France est un des pays les plus touchés dans ce domaine en Europe.

OBJECTIF 8 : FAVORISER LE REPERAGE PRECOCE ET LES INTERVENTIONS BREVES DESTINEES A MODIFIER LES COMPORTEMENTS

MESURE 14. INTEGRER LES PROGRAMMES DE REPERAGE PRECOCE DANS LES CSAPA

Développement par les CSAPA de pratiques d'intervention précoces et intégration des consultations pour jeunes consommateurs de cannabis.

Budget : 3,8 M€
Financement : Loi de financement de la sécurité sociale (LFSS)
Opérateur : DGS, DHOS
Calendrier : 2007

L'évaluation de cette mesure est confiée à la Commission addictions.

MESURE 15. DEVELOPPER EN MEDECINE DE VILLE LA PREVENTION DE L'USAGE A RISQUE DE L'ALCOOL

Mise en place dans 5 régions de France d'une stratégie nationale de promotion du repérage précoce et de l'intervention brève (RPIB) auprès des médecins généralistes, en lien avec le programme international de l'OMS "less is better".

Campagne de communication auprès des médecins de ville

Budget : 0,2 M€

Financement : INPES DGS

Opérateur : DGS, Drass, INCA, Commission Addictions

Calendrier : 1^{er} semestre 2007

L'évaluation de cette mesure est confiée à la Commission Addictions.

MESURE 16. DEVELOPPER DES ACTIONS DE PREVENTION DE LA CONSOMMATION DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES PENDANT LA GROSSESSE

Alcool

surveillance épidémiologique du Syndrome d'alcoolisation foetale (SAF) dans sa forme majeure (InVS)

information du public par l'étiquetage des contenants d'alcool,

amélioration des informations contenues dans le carnet de maternité

élaboration d'un guide pratique à destination des professionnels de santé (INPES)

Budget : Pas de coût supplémentaire

Financement : InVS

Opérateur : DGS, InVS, INPES

Calendrier : Etude épidémiologique : fin 2007

Mise en place du pictogramme : octobre 2007

Refonte du carnet de maternité : 1^{er} semestre 2007

Mise en place du guide pratique : courant 2007

L'évaluation de cette mesure est confiée à la Commission Addictions

Tabac

Suite à la conférence de consensus " Grossesse et tabac" qui s'est tenue à Lille, en octobre 2004 :

amélioration des informations contenues dans le carnet de maternité

Budget : Pas de coûts supplémentaires

Financement :

Opérateur : DGS INPES

Calendrier : 1^{er} semestre 2007

L'évaluation de cette mesure est confiée à la Commission Addictions

OBJECTIF 9 : RENFORCER L'ÉDUCATION A LA SANTE EN MATIERE D'ADDICTIONS**MESURE 17. LANCER UNE GRANDE CAMPAGNE D'INFORMATION SUR LES ADDICTIONS**

S'appuyant sur les conclusions des Etats Généraux Alcool, et des Etats Généraux de la Prévention, sur les résultats des conférences de consensus de mars 1999 et de mars 2001 sur les modalités du sevrage du patient alcool-dépendant et sur les recommandations sur les pratiques des professionnels, l'INPES préparera une campagne d'information du grand public pour l'informer des dispositifs de prises en charge existants et le sensibiliser au repérage des conduites addictives. Cette campagne aura également comme objectif d'informer l'ensemble des médecins traitants et des médecins hospitaliers en leur donnant les informations utiles pour repérer précocement les patients qui auraient besoin d'aide.

Budget : 5 M€

Financement : INPES

Opérateur : INPES, MILDT

Calendrier : 2007

La campagne sera évaluée selon les modalités habituelles d'évaluation des campagnes INPES.

MESURE 18. METTRE EN PLACE UN NUMERO UNIQUE D'APPELS TELEPHONIQUES

Afin de répondre aux questions que chacun peut se poser sur sa consommation de tabac, d'alcool, de médicaments ou d'autres substances psycho-actives une plateforme téléphonique avec un numéro dédié aux addictions sera mise en place.

Ce numéro unique aura vocation à informer le correspondant qu'il soit un patient ou un professionnel de santé. La Plate forme d'info Ministère 0820 03 33 33 répondra aux appels.

S'appuyant sur les services de téléphonie existants, la réponse pourra être réorientée en fonction du type d'appels et du niveau de compétence qu'il requiert.

L'objectif est de pouvoir répondre, entre 7h et 23h tous les jours à toutes les questions sur les addictions.

Budget : 1 M€

Financement : INPES, MILDT

Opérateur : INPES, MILDT

Calendrier : 1^{er} Janvier 2007

OBJECTIF 10 : RENFORCER LE ROLE DES ASSOCIATIONS

Le rôle des associations dans la prise en charge des addictions et des personnes qui en souffrent a été déterminant dans l'histoire de l'accompagnement des patients. Au-delà de l'accompagnement quotidien, personnalisé, les associations d'entraide ont su développer des réseaux de formation dont le travail permet d'étendre la connaissance de chacun sur ce que sont les addictions, comment on les repère, comment on les identifie et comment on les évite.

MESURE 19. VALORISER ET RENFORCER LE MAILLAGE ASSOCIATIF

Le maillage territorial associatif est un élément majeur du paysage dans le domaine des addictions. Les associations d'entraide ou d'auto support restent trop peu représentées dans les instances. Leur rôle est majeur pour améliorer le quotidien des patients et accompagner leur parcours.

L'objectif est de renforcer et pérenniser le financement de ces associations d'entraide et d'auto support afin qu'elles puissent sereinement développer des programmes de soutien aux patients et des projets de prévention, de communication et de formation.

Budget : 1 M€

Financement : INCA- DGS

Opérateur : Les associations d'entraides et d'auto-support

Calendrier : 2007- 2011

La Direction Générale de la Santé assurera la répartition des crédits dès 2007.

Coût total de la Priorité n°4 :	9,8 M€
--	---------------

PRIORITE 5 : RENFORCER LA FORMATION DES PROFESSIONNELS EN ADDICTOLOGIE

La formation initiale des professionnels de santé est insuffisante pour permettre l'acquisition des bases nécessaires au repérage précoce, au diagnostic et à la prise en charge. Il importe notamment d'acquies des notions de base en épidémiologie, neurobiologie, clinique et sur le traitement des problèmes liés à l'alcool, au tabac, au cannabis et aux autres drogues.

La formation continue sur ces thèmes répond à un besoin et une forte demande des professionnels de santé installés et doit également être développée.

Ces enseignements doivent s'appuyer sur une filière d'enseignement spécialisée et pérenne.

OBJECTIF 11 : METTRE EN PLACE D'UNE FILIERE PERENNE D'ENSEIGNEMENT EN ADDICTOLOGIE.**MESURE 20. DEVELOPPER L'ENSEIGNEMENT EN ADDICTOLOGIE POUR LES PROFESSIONS MEDICALES**

La création de pôles d'addictologie dans chaque centre hospitalo-universitaire (cf mesure 3) va permettre de créer un vivier pour la formation en addictologie. Ces enseignants à la fois cliniciens et chercheurs, assurent la qualité de l'enseignement dans les trois cycles des études médicales, mais parfois également dans les écoles de formations aux professions de santé.

L'objectif est de développer l'enseignement de l'addictologie dans les premier, deuxième et troisième cycles des études médicales et dans les instituts de formation aux professions de santé.

Il est également de donner accès aux étudiants aux services d'addictologie à la fois dans les centres hospitalo-universitaires et dans les hôpitaux généraux.

La création de l'option "addictologie" au sein de 7 sous-sections au conseil national des universités marque le premier pas dans ce sens.

Budget : pas de coûts supplémentaires en dehors de la mesure 3

Financement :

Opérateur : Ministère de l'enseignement et la recherche et Ministère de la santé

Calendrier : 2007-2011

MESURE 21. DEVELOPPER L'ENSEIGNEMENT EN ADDICTOLOGIE POUR LES PROFESSIONS PARAMEDICALES ET LES TRAVAILLEURS SOCIAUX

En concertation avec leurs instances universitaires et pédagogiques développer l'enseignement universitaire et post-universitaire de l'addictologie : des pharmaciens, des sages-femmes, des infirmiers, des psychologues et des travailleurs sociaux.

Budget : pas de coûts supplémentaires

Financement :

Opérateur : Ministère de l'enseignement et la recherche Ministère de al Santé

Calendrier : 2007-2011

OBJECTIF 12 : INTEGRER L'ADDICTOLOGIE A LA FORMATION CONTINUE.

MESURE 22. INTEGRER LES COMPETENCES ADDICTOLOGIQUES DANS LA FMC

Afin de parfaire les compétences en addictologie des médecins dont cette discipline n'est pas au cœur de leur pratique quotidienne mais qui sont confrontés à des patients ayant des pratiques addictives, il convient de faire clairement apparaître l'addictologie dans les programmes de formation médicale continue.

L'objectif est d'intégrer l'actualisation ou l'acquisition des compétences addictologiques dans la formation médicale continue en particulier pour les médecins généralistes, médecins scolaires et médecins du travail.

Budget : pas de coûts supplémentaires

Financement :

Opérateur : URML

Calendrier : 2007-2011

Coût total de la Priorité n°5 : orientations s'inscrivant dans des budgets déjà disponibles, pas de coûts supplémentaire

PRIORITE 6 : COORDONNER D'AVANTAGE LA RECHERCHE EN ADDICTOLOGIE**OBJECTIF 13 : RENFORCER LA RECHERCHE CLINIQUE.**

La recherche en addictologie en France est dispersée à cause de la conjonction de plusieurs facteurs :

- la diversité du champ
- la tendance d'une approche thématique par produits
- la participation d'institutions diverses impliquées dans des domaines de recherche variés
- enfin, la faiblesse des budgets qui sont alloués (10 fois moins qu'en Allemagne et 100 fois moins qu'aux USA).

MESURE 23. FAIRE DE L'ADDICTOLOGIE UNE DES PRIORITES DES PROGRAMMES HOSPITALIERS DE RECHERCHE CLINIQUE

Inscrire chaque année l'addictologie comme un thème prioritaire de recherche. En 2006, 4 projets ont été financés pour un montant de

Budget : inclus dans la dotation des PHRC

Opérateur : Ministère de la santé (DHOS /MOPRC) Directions interrégionales de la recherche clinique

Calendrier : dès 2007

MESURE 24. CONSTITUER UN RESEAU NATIONAL DE RECHERCHE CLINIQUE

L'objectif est de favoriser l'organisation en réseau des pôles hospitalo-universitaires d'addictologie. Les postes de techniciens d'études cliniques prévus dans les budgets des pôles universitaires vont permettre de recruter des personnes compétentes pour mener à bien les protocoles de recherche clinique. Ces recherches seront d'autant plus efficaces qu'elles seront multicentriques et qu'elles associeront, chaque fois que possible, des cliniciens expérimentés soit à des chercheurs en neurosciences, soit à des chercheurs en sciences humaines et sociales et en santé publique. En effet, c'est au travers de telles interfaces que l'on contribuera à favoriser les avancées nécessaires de la recherche clinique sur les addictions.

L'objectif est de créer un réseau structuré pour favoriser la recherche et les échanges scientifiques et la construction de projets de recherche collaboratifs entre les équipes.

Budget : Intégrer dans le coût de la création des pôles universitaires d'addictologie

Financement :

Opérateur : INSERM CHU MILDT

Calendrier : 2007-2011

MESURE 25. EXPERTISER LES ENJEUX DE SANTE POSES PAR LES ADDICTIONS SANS SUBSTANCES ET IDENTIFIER LES REPONSES EN TERMES DE SOINS ET DE PREVENTION

Contexte : Le rapport réalisé par le sénateur TRUCY a mis en évidence l'absence de prise en charge spécifique de la dépendance au jeu.

Réalisation d'une expertise collective INSERM sur le jeu pathologique et les autres addictions sans substance qui aura pour objectif d'analyser :

- les jeux d'argent, les jeux de hasard et les addictions sans substance en général,
- la typologie des joueurs et de leur trajectoire vers le jeu pathologique,
- la prise en charge des joueurs dépendants,
- les politiques publiques de lutte contre les addictions sans substance,
- la recherche sur les addictions sans substance.

Budget : 0,13 M€

Financement : DGS

Opérateur : Inserm, DGS, Drees, MILDT

Calendrier : rapport d'expertise fin 2007

OBJECTIF 14 : MIEUX COORDONNER LA RECHERCHE FONDAMENTALE.

MESURE 26. IMPLIQUER DAVANTAGE LES AGENCES DANS LA RECHERCHE SUR LES ADDICTIONS ET MOBILISER D'AUTRES ACTEURS

Inscription par l'ANR, l'INRA (marchés de l'alcool et du tabac) et l'IRD de la recherche sur les addictions dans leurs programmes en liaison forte avec la MILDT, le Ministère de la Santé, le Ministère des Affaires Etrangères et le Ministère de la Recherche.

Budget : Intégrer dans les budget des agences

Opérateur : ANR, INRA et IRD

Calendrier : 2007-2011

Coût total de la Priorité n°6 (hors orientations s'inscrivant dans des budgets déjà attribués) : 130 000 €

Coût total du Plan :

77 M€

Addictions : des politiques de santé publique à géométrie variable

La lutte contre le tabagisme s'affiche comme la priorité du ministère de la santé

Depuis une vingtaine d'années, la France a vécu de profondes mutations dans les modes de consommation de substances psychoactives. Les deux produits dont l'usage est le plus fréquent, le tabac et l'alcool, ont connu une importante tendance à la baisse. Parallèlement, l'usage de cannabis, produit illicite le plus fréquemment consommé, s'est stabilisé, après avoir enregistré une forte hausse.

Tabac. Les quantités de tabac consommées par les Français ont augmenté jusque dans les années 1980, pour baisser ensuite de façon notable, surtout sous l'effet de l'augmentation du prix de vente des cigarettes. Aujourd'hui, parmi les 18-75 ans, plus d'un tiers des individus se déclarent fumeurs de tabac, dont 29 % de fumeurs quotidiens et 5 % d'occasionnels. Les hommes sont plus souvent fumeurs que les femmes (35,5 %, contre 27,5 %), même si la consommation de ces dernières a fortement augmenté, avant de se stabiliser depuis 2000. La mortalité liée au tabac reste forte : en 2000, elle était estimée à 60 600 décès par an.

Premier indicateur de diminution de la consommation, la baisse des ventes des cigarettes a été continue depuis 1990, et est devenue particulièrement sensible en 2003 et 2004 (respectivement 14 % et 21 % de cigarettes vendues en moins), et ce sous l'effet d'importantes hausses de prix. La baisse est cependant stoppée depuis 2005, les ventes ayant même très légèrement augmenté en 2006.

Depuis le 1^{er} février 2007, les pouvoirs publics font appliquer l'interdiction de fumer dans tous les lieux publics, à l'exception des bars, restaurants, discothèques et bureaux de tabac. Cette dérogation temporaire devrait prendre

fin au 1^{er} janvier 2008, ainsi que l'a rappelé Roselyne Bachelot. « Il y aura évidemment la suppression du tabac dans tous les lieux de convivialité. Je souhaite qu'il n'y ait aucune dérogation », a affirmé le ministre de la santé le 7 novembre. Les buralistes ont prévu de manifester le 21 novembre contre l'entrée en vigueur de la mesure.

Alcool. Malgré une baisse continue de la consommation depuis quarante ans, l'alcool reste la substance psychoactive préférée des Français. Seulement 5 % déclarent n'en avoir jamais bu, 28 % en consomment régulièrement et 17 % tous les jours. Les consommateurs réguliers excessifs sont très nombreux : plus d'un homme sur cinq (20,2 %) et près d'une femme sur quinze (6,3 %) dépassent quotidiennement les seuils de consommation à risque.

Fixés par l'Organisation mondiale de la santé, ces seuils (trois verres d'alcool maximum par jour pour les hommes, deux pour les femmes) sont mal connus : un Français sur deux sous-estime le danger lié à une consommation excessive. La mortalité liée à l'absorption d'alcool est ainsi estimée entre 40 000 à 45 000 décès par an.

Depuis quelques années, les politiques de santé publique visant à prévenir la consommation excessive semblent au point mort. Depuis 2002, les pouvoirs publics ont surtout multiplié les gages en direction des lobbies de l'alcool. Un Livre blanc valorisant la place du vin dans la société française a été rendu public en 2004 et un « Conseil de la modération », où siègent les représentants de la filière alcool, créé. Les Etats généraux de l'alcool, organisés par le gouvernement Villepin en décembre 2006, n'ont débouché sur aucune mesure concrète. En revanche, un pictogramme déconseillant toute consommation pendant la grossesse figure sur toutes les étiquettes de bouteilles d'alco-

ol depuis le 3 octobre.

Cannabis. La France figure parmi les pays européens les plus consommateurs tant chez les jeunes adultes que chez les adolescents. En 2005, 12,4 millions de Français de 12 à 75 ans déclaraient avoir consommé du cannabis au moins une fois dans leur vie. Parmi ces expérimentateurs, 3,9 millions en ont fumé dans l'année, 1,2 million sont des consommateurs réguliers (au moins dix fois par mois) et 550 000 sont des usagers quotidiens. Depuis le début des années 1990, l'expérimentation n'a cessé de se répandre, mais le mouvement semble toutefois se stabiliser depuis 2002.

Chez les jeunes, toutes catégories sociales confondues, la consommation du cannabis s'est banalisée, au point que son usage régulier atteint presque le niveau de l'alcool. Un jeune sur deux de 17 ans (49,5 %) déclarait ainsi avoir expérimenté le cannabis en 2005. A cet âge, la moitié des consommateurs réguliers sont considérés comme problématiques.

Malgré sa banalisation, la consommation du cannabis est toujours sous le régime de la loi de 1970 sur les stupéfiants, qui punit l'usage de produits illicites d'un an d'emprisonnement et de 3 750 euros d'amende. Le gouvernement, qui exclut toute dépénalisation de la consommation, devrait mettre en place, début 2008, une nouvelle sanction contre les usagers. Tout consommateur de cannabis ou de toute autre drogue, arrêté en flagrant délit, devra participer à des « stages de sensibilisation » payants, dont le tarif ne pourra excéder 450 euros. Ces stages seront imposés à l'utilisateur dans un cadre pénal, un tribunal étant appelé à trancher en cas d'opposition du contrevenant à y participer. ■

CÉCILE PRIEUR

Le Monde

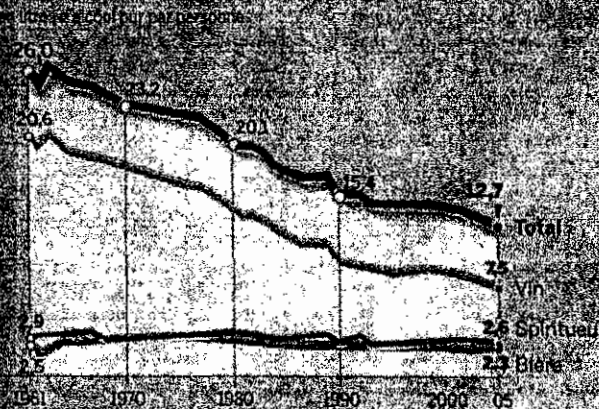
Le nombre de fumeurs tend à diminuer

CONSOMMATION D'ALCOOL CHEZ LES 15 ANS ET PLUS



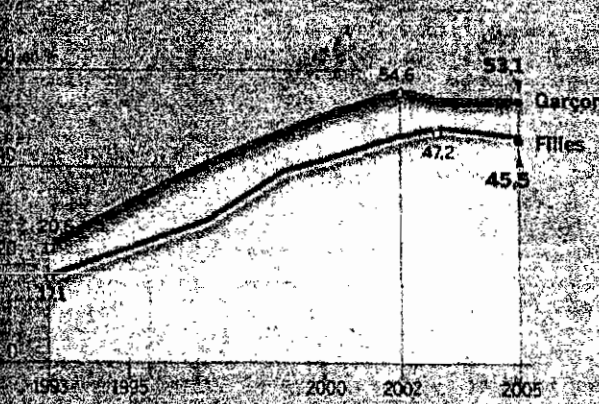
L'alcool en baisse régulière depuis 40 ans

CONSOMMATION D'ALCOOL CHEZ LES 15 ANS ET PLUS



La consommation de cannabis se stabilise

USAGE AU COURS DE LA VIE CHEZ LES 17 ANS



COPIE



MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR,
DE LA SÉCURITÉ INTÉRIEURE
ET DES LIBERTÉS LOCALES

MISSION INTERMINISTÉRIELLE
DE LUTTE CONTRE LA DROGUE
ET LA TOXICOMANIE

Paris, le 23 novembre 2004

Le Ministre de l'intérieur, de la sécurité intérieure et des libertés locales

Et

Le Président de la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie

à

Mesdames et Messieurs les Préfets de région et de département

Monsieur le Préfet de police

Objet : Organisation du réseau territorial de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie.

Dans le cadre de la mise en œuvre du plan gouvernemental de lutte contre les drogues, il a été décidé de conforter le pilotage interministériel du dispositif au niveau déconcentré afin de mieux articuler les trois volets de cette politique publique : prévention, prise en charge sanitaire et sociale, respect de la loi et lutte contre le trafic.

1. L'organisation territoriale

a- l'échelon départemental

Le niveau départemental est confirmé comme le plus pertinent pour animer et coordonner les actions de proximité à mener en matière de lutte contre la toxicomanie.

Pour assurer un pilotage renforcé des actions conduites dans ce domaine par les différents services déconcentrés concernés tout en bénéficiant de la compétence technique nécessaire en matière de dépendances, un binôme sera désormais chargé de conduire le dispositif opérationnel de lutte contre la toxicomanie.

Il sera constitué d'un chef de projet, membre du corps préfectoral (directeur de cabinet, sous préfet d'arrondissement ayant une mission départementale, sous préfet «ville»....) et d'un coordonnateur, agent des services déconcentrés (DDASS, DDJS, Inspection Académique...).

Vous doterez le chef de projet, que vous aurez désigné parmi vos collaborateurs du corps préfectoral, d'une lettre de mission comportant des objectifs précis en matière de pilotage et de mise en œuvre de la lutte contre les drogues. Le choix du coordonnateur devra se faire en accord avec le chef de projet.

Le comité de pilotage de la lutte contre la drogue et de prévention des dépendances constituera l'instance partenariale de concertation, de décision, de mise en œuvre et d'évaluation des actions engagées.

L'ensemble des services déconcentrés devant contribuer à la démarche stratégique de l'Etat dans le département, vous associerez les collectivités locales à la réflexion sur les enjeux et les priorités afin de veiller à la cohérence des politiques publiques départementales.

b- l'échelon régional

Le chef de projet nommé dans le département chef lieu de région jouera de surcroît, sous l'autorité du préfet de région, un rôle de coordination des dispositifs départementaux de la région.

Il assurera, en lien avec les chefs de service déconcentrés dans la région, l'articulation des actions départementales avec les contrats de plan et les dispositifs régionaux, notamment les programmes de santé publique et les programmes de prévention de l'éducation nationale.

La lettre de mission dont il sera destinataire devra comporter des instructions concernant ses missions de coordination régionale.

2. L'implantation des centres d'informations et de ressources sur les drogues et les dépendances

Pour permettre aux centres d'informations et de ressources sur les drogues et les dépendances (CIRDD) d'atteindre une taille critique nécessaire et de soutenir efficacement l'action des chefs de projet, il a été décidé de créer et de labelliser ces centres au niveau régional plutôt que départemental.

Ils seront recentrés sur trois missions principales : documentation et information, observation, formation et appui méthodologique. Il est à noter que ces structures pourront passer des conventions avec des associations départementales sur le volet méthodologique afin de fournir une ingénierie au montage de projets dans les départements.

La MILDT financera et pilotera directement ces CIRDD régionaux.

Dans l'immédiat, une douzaine de centres seront créés. Ils remplaceront les structures actuelles au cours de l'année 2005.

Le choix des implantations prioritaires se fera en fonction de plusieurs facteurs : critères épidémiologiques, critères relatifs la jeunesse de la population, présence de compétences universitaires dans le champ des drogues, complémentarité avec les sites d'observation de l'OFDT et les antennes DATIS.

Une montée en charge progressive de l'implantation des CIRRD est prévue afin que toutes les régions puissent en être dotées en 2008 au terme du plan quinquennal de lutte contre les drogues.

3. Le dispositif financier

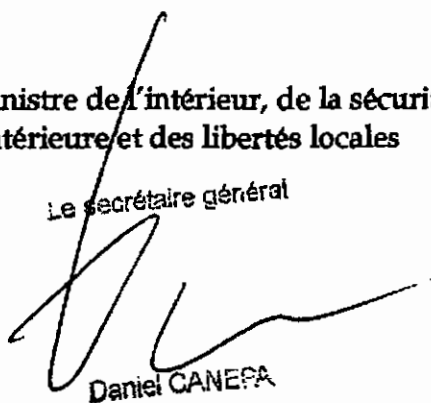
Dans le cadre de la mise en œuvre de la LOLF et de la déclinaison déconcentrée du programme drogue et toxicomanie de la MILDT, les enveloppes de crédits assortis d'objectifs et d'indicateurs seront destinées aux chefs de projet départementaux.

Ces crédits devront permettre d'engager des programmes territoriaux, d'en apprécier l'impact et d'en mesurer les effets.

Vous voudrez bien rendre compte, sous le double timbre, des difficultés que vous aurez rencontrées pour la mise en œuvre de ces instructions.

P/e Le Ministre de l'intérieur, de la sécurité
intérieure et des libertés locales

Le secrétaire général



Daniel CANEPA

Le Président de la mission
interministérielle de lutte contre la
drogue et la toxicomanie





COPIE

MILDT
www.drogues.gouv.fr

le Président
IS/FT/BC-06-058
Affaire suivie par F. TOUSSAINT
Tél. 01 44 63 20 65

Paris le 25 Janvier 2006

**Note à l'attention de
Mesdames et Messieurs les chefs de projet
Sous couvert de
Mesdames et Messieurs les préfets de départements**

Cette circulaire a pour objet de vous indiquer le montant de votre délégation de crédits pour l'année 2006, de vous donner des orientations sur les objectifs prioritaires de la MILDT que vous aurez à mettre en œuvre dans le cadre de l'action I de coordination de la politique publique du projet annuel de performance du programme « Drogue et Toxicomanie » dont vous constituez les Unités Opérationnelles (UO) au niveau déconcentré

Les départements frontaliers pourront également s'inscrire dans l'action III du projet annuel de performance de la MILDT concernant la coopération internationale et développer des actions contribuant au rapprochement des politiques des Etats de l'Union européenne.

Il vous avait été demandé au début de l'année 2005, de définir avec l'ensemble des services déconcentrés, réunis au sein du comité de pilotage, les axes prioritaires à mettre en œuvre dans votre département au regard des orientations du plan gouvernemental et du contexte local et de les traduire dans des plans départementaux de lutte contre les drogues. Ces plans, validés en COPIL départemental devaient coordonner et articuler les trois volets de la politique publique (prévention, soin, application de la loi et lutte contre le trafic) afin d'assurer la cohérence et la lisibilité du dispositif départemental. A ce titre, ils ne doivent pas être conçus comme l'addition des approches sectorielles des services déconcentrés mais comme le fruit d'une stratégie commune.

Vos plans territoriaux, qui ne sont pas tous formalisés à ce jour, constituent le cadre de référence de votre action interministérielle.

Ils devront être assortis chaque année d'un programme d'actions priorisées et budgétées, avec une justification au premier euro, qui permettra à la MILDT de doter chaque UO déconcentrée.

Ils seront suivis en fin d'exercice budgétaire d'un rapport d'activité faisant le point sur les actions menées au regard des objectifs énoncés (un tableau de suivi des actions vous sera proposé ultérieurement).

S'agissant de 2006, compte tenu des délais contraints cette délégation de crédits a été calculée pour la dernière fois à partir de l'enveloppe 2005.

Toutefois, dès le PLF 2007, vos dotations seront réajustées, par redéploiement entre les départements, à partir d'une part de critères actualisés concernant la population jeune dans le département et les consommations notamment d'alcool, d'autre part à partir de l'évaluation de vos plans, de vos réalisations et de vos projets.

A cette occasion, je vous rappelle que les actions menées au niveau déconcentré doivent respecter les règles suivantes.

- Etre le résultat d'une véritable concertation permanente et interministérielle en COPIL départemental. Le COPIL devra rassembler, à un niveau décisionnel l'ensemble des services de l'Etat et permettre un suivi évaluatif des objectifs départementaux.
- Concerner les 3 volets de la politique publique : prévention, soin, lutte contre le trafic.
- Articuler le plan départemental de lutte contre les drogues avec les dispositifs déconcentrés connexes (sécurité routière, prévention de la délinquance, politique de la ville, etc.) afin de répondre à l'objectif de cohérence du programme « drogue et toxicomanie ».
- Permettre aux financements MILDT d'avoir un effet levier et de générer ainsi des crédits additionnels des administrations, des collectivités et autres acteurs locaux permettant la mise en œuvre du plan départemental qui ne saurait s'appuyer sur les seuls financements MILDT. Les cofinancements des actions sont possibles, toutefois je vous rappelle que, compte tenu de la LOLF, les crédits MILDT du programme « Drogue et toxicomanie » ne peuvent abonder ceux du programme « Santé Publique Prévention » pour financer un même projet.
- Ne pas financer des dispositifs pérennes en lieu et place des services déconcentrés directement concernés par leur gestion. A cet effet, je vous précise que cette dotation n'a pas pour mission de compléter le financement des UO DRASS qui vont être créées au sein du programme Santé Publique Prévention.
- Ne pas financer les CIRDD qui relèvent désormais d'un pilotage direct par la MILDT, sauf ceux de l'Outre-Mer. En revanche, il me paraît essentiel que vous puissiez vous appuyer sur ces structures qui constituent des pôles d'excellence de documentation, observation et conseil méthodologique pour tous les acteurs d'une région. D'ores et déjà huit CIRDD ont été labellisés (Alsace, Bourgogne, Bretagne, Champagne Ardennes, Ile de France, Languedoc Roussillon, Limousin, PACA) d'autres devraient l'être en 2006.

Cette première dotation constitue une délégation globale non fléchée qu'il vous appartient de répartir dans le respect des objectifs du plan gouvernemental, des orientations de vos plans départementaux qui en sont la déclinaison locale et des règles ci-dessus énoncées. Elle permet au niveau comptable de financer des projets qui relèvent des titres III (fonctionnement) et VI (intervention).

J'ai souhaité, en réponse à la demande de certains d'entre vous, et dans le cadre du renforcement de l'interministérialité, vous permettre, pour la première fois, de financer du matériel pour les services chargés de la lutte contre le trafic (Police, Gendarmerie, Douanes) en rapport avec les objectifs de vos plans départementaux qui devraient développer un volet lutte contre le trafic.

Le montant de la dotation globale qui vous est délégué tient compte de cette nouvelle possibilité. Il vous appartiendra, dans ce cadre, de vous assurer de l'homologation des matériels par les ministères concernés et de privilégier le petit équipement ou la location s'agissant d'équipements plus conséquents.

Naturellement, s'agissant du volet prévention de vos plans départementaux, j'ai souhaité continuer à vous confier le pilotage des formations des intervenants en milieu scolaire que vous avez initié en 2005 en lien étroit avec les inspecteurs d'académie. Ces formations doivent permettre dès 2006 la mise en place effective d'une éducation obligatoire à la prévention des pratiques addictives dans les classes de CM2/6^{ème} et de 3^{ème}/2^{nde}. Vous affecterez à ces formations les crédits nécessaires. Je vous rappelle que le guide d'intervention est en ligne sur les sites de la MILDT et de la DESCO et que le cahier des charges vous a été adressé en Septembre 2005.

Par ailleurs, le pilotage du dispositif des Conventions Départementales d'Objectif (CDO) Justice/Santé par la MILDT ainsi que son financement par des crédits délégués aux chefs de projets sont maintenus pour 2006. Il vous appartient d'optimiser le dispositif et de recentrer vos financements sur les actions concourant directement à l'orientation et à la prise en charge des nouveaux publics. Vous veillerez notamment à ce que les subventions versées dans ce cadre aux associations :

- ne financent que le surcoût engendré par leur action au service des personnes placées sous main de Justice,
- correspondent aux besoins exprimés localement par l'autorité judiciaire et aux objectifs prioritaires du plan gouvernemental qui met l'accent sur la prévention du cannabis et de l'alcool chez les jeunes.
-

En tout état de cause, il vous appartient aujourd'hui, en concertation avec les parquets du ressort, de porter un regard critique sur le fonctionnement actuel du dispositif CDO et de le faire évoluer avec le souci que la part des crédits consacrés aux CDO n'obère pas la mise en œuvre de votre plan départemental. Vous voudrez bien me communiquer pour le 1^{er} Mars un bilan détaillé des actions menées en 2005 au titre de la CDO (public concerné, actions menées, structures financées, coût du dispositif). Il vous est conseillé, à ce stade, de ne pas renouveler les conventions arrivant à échéance.

Une deuxième délégation de crédits destinée à soutenir des projets véritablement expérimentaux dans le cadre de l'action II du PAP du programme « Drogue et Toxicomanie » (Expérimentation de nouveaux dispositifs de prévention, de prise en charge et de répression) pourra éventuellement compléter cette première délégation. Les projets détaillés devront remonter à la MILDT avant le 31 MARS prochain.

Je vous invite à me faire part de toute difficulté que vous pourrez rencontrer dans la mise en œuvre de ces orientations.

Je vous informe par ailleurs que j'envisage de réunir les chefs de projet et les coordinateurs au cours du mois de mars.



Didier JAYLE

Paris, le 7 janvier 2008

Le Président
EA/FT/Janv. 08 – n°2
☎ : 01.44.63.20.88

NOTE

**A l'attention de Mesdames et Messieurs les chefs de projet
chargés de la lutte contre la drogue**

Sous couvert de Mesdames et Messieurs les Préfets de départements

Notre pays se trouve confronté à une situation préoccupante qui voit augmenter l'offre de produits avec des prix en baisse constante. Nous avons aujourd'hui 5 millions d'utilisateurs occasionnels et 1,2 million d'utilisateurs réguliers de cannabis, les consommations de cocaïne et d'ecstasy commencent à se banaliser tandis que les phénomènes de consommation excessive d'alcool par les jeunes en fin de semaine se développent.

Endiguer la progression de l'usage des drogues constitue désormais une priorité du gouvernement qui demande une mobilisation permanente des ministères et de leurs services déconcentrés pour mettre en place les dispositifs pertinents.

Comme vous le savez, la politique de lutte contre la drogue est de la compétence de l'Etat et exige une coordination interministérielle forte.

La présente circulaire a pour objet de rappeler les instructions données, lors des journées de formation des chefs de projet en préfiguration de celles qui devraient figurer dans le prochain plan gouvernemental.

Il vous appartient de les mettre en oeuvre en tant que chef de projet à la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie sans déléguer cette responsabilité ni aux services de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales ni au réseau associatif. En effet, la lutte contre la drogue ne peut se réduire à une politique d'éducation à la santé, et doit se situer par nature au carrefour de trois approches, prévention, répression, soin, pour mieux les articuler et permettre ainsi de renforcer l'efficacité de l'action publique.

Dans cet esprit, vous voudrez bien réunir votre comité de pilotage et prévoir votre plan d'action 2008 en veillant au respect des priorités ci après :

- Réduire la demande par la prévention et le rappel de la loi

A cet effet, sans négliger les actions menées dans les établissements scolaires et dans les milieux du loisir auprès des jeunes, vous vous appuyerez prioritairement sur les adultes et notamment les parents, premiers acteurs de la prévention et veillerez à renforcer, par l'action des pouvoirs publics, la légitimité de leur discours et de leur positionnement éducatif au service du respect de l'interdit.

Vous apporterez une attention particulière aux consommations de produits qui posent des problèmes d'ordre public qu'il s'agisse des drogues illicites ou de l'alcool.

La loi sur la prévention de la délinquance complète la panoplie des sanctions à visée éducative par une nouvelle réponse judiciaire, un stage de sensibilisation aux dangers de l'usage des drogues. Ce stage permet d'apporter une réponse pénale systématique et graduée aux usagers de stupéfiants peu ou pas encore dépendants qui ne relèvent pas de l'obligation de soins. Il vise à modifier le comportement par des procédures systématiques et rapides et constitue donc un objectif important de la politique gouvernementale de lutte contre la drogue

Le contenu de ces stages fait l'objet d'un cahier des charges rigoureux préparé par la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie opposable aux professionnels qui seront chargés de mettre en œuvre ces stages.

Elle met en place également un dispositif d'obligations de soins à l'égard des auteurs d'infractions ayant agi dans un contexte de dépendance avéré à l'alcool.

Je vous demande de veiller personnellement en lien avec les Parquets à la mise en œuvre rapide de ces procédures qui constituent une réponse préventive innovante au service de la diminution de l'usage de drogues.

-Veiller à la qualité et à la diversification de l'offre de soins

Vous veillerez, en lien avec les services compétents de la Santé, à une bonne couverture territoriale qualitative des dispositifs spécialisés de prise en charge des toxicomanes et des consultations cannabis pour les jeunes consommateurs et leur famille.

Il vous appartient également de vous assurer de l'effectivité des injonctions thérapeutiques et de la mise en place rapide dans votre département des médecins relais prévus par la loi de prévention de la délinquance

La diversification de l'offre de soins passe également par la création de programmes sans substitution : vous suivrez attentivement dans ce cadre les projets de création de communautés thérapeutiques en veillant à leur conformité avec le cahier des charges.

S'agissant de la réduction des risques, dont le principe n'est pas remis en cause, je souhaite qu'elle se limite aux drogues injectables, la pratique du testing lors des rassemblements festifs dans vos départements ne doit pas être autorisée : il vous appartient d'expliquer à vos interlocuteurs que les pouvoirs publics n'ont pas à faciliter l'usage.

- contribuer à réduire le trafic local par une meilleure coordination des services de police, de gendarmerie, des Douanes.

A cet égard, la réunion avec l'autorité judiciaire du Comité départemental de sécurité sur le thème de la lutte contre le trafic et l'usage de stupéfiants paraît comme de nature à accentuer cette coordination.

Vous porterez également une attention particulière aux besoins des services dans le cadre des opérations menées dans votre département pour réduire l'offre de produits.

Il ne s'agit pas de financer l'équipement classique des forces de l'ordre, mais de permettre de renforcer leurs moyens d'investigation et d'action spécifiques pour certaines opérations de lutte contre la drogue, décidées en comité de pilotage départemental.

- s'assurer du respect de la réglementation concernant la distribution d'alcool chez les plus jeunes

- évaluer en permanence votre action

Vous aurez à cœur avant de financer toute action, de vous poser systématiquement la question de son utilité par rapport aux objectifs de lutte contre la drogue et de diminution des consommations abusives d'alcool.

Il vous appartient, en effet, de mettre en place des dispositifs qui contribuent à diminuer le nombre d'usagers. Les financements des projets associatifs doivent notamment répondre à cet objectif d'efficacité de l'action publique en évitant le saupoudrage.

Vous vous doterez des outils nécessaires pour suivre l'évolution des tendances en vous appuyant sur les informations de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies et en demandant à vos Centres d'Information Régionaux sur les Drogues et les Dépendances dans les 11 régions qui en sont dotées, de développer leur fonction d'observation des phénomènes de consommation et de trafic pour construire un diagnostic de territoire avec quelques indicateurs clefs de tendances.

-Construire votre programme d'action

Il vous appartient désormais de réunir rapidement votre comité de pilotage et de construire votre programme d'actions 2008 qui devra s'inscrire dans le cadre des priorités ci-dessus rappelées.

Une première dotation correspondant globalement à 50 % de la dotation chefs de projet pour 2008 vous sera déléguée en janvier, le solde vous sera versé au vu du bilan 2007 (document formaté ci-joint) que vous voudrez bien me faire parvenir d'ici le 31 janvier prochain

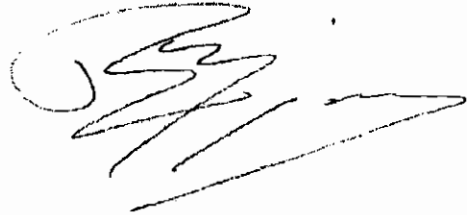
Vous l'accompagnerez d'une note sur l'évaluation que vous faites de l'efficacité de l'action des services déconcentrés sur la période 2004/2007 du précédent plan, pour diminuer les consommations et leurs conséquences sur la société

Vous évoquerez également, à partir du diagnostic de votre territoire, les objectifs prioritaires sur lesquels vous souhaitez construire votre action dès 2008 afin de coordonner de manière opérationnelle l'ensemble des volets de la lutte contre les drogues.

Ces contributions, tant en ce qui concerne le bilan 2004/2007 que les projets à venir permettront d'enrichir par des analyses de terrain, la réflexion sur le futur plan gouvernemental en cours de préparation qui doit proposer des dispositifs concrets permettant de réduire de façon durable l'usage de drogues et leurs dommages.

Enfin, j'appelle votre attention sur la nécessité d'engager les crédits qui vous sont délégués selon un rythme régulier sans attendre le dernier trimestre afin d'éviter la remontée de crédits sans emploi pénalisante pour la MILDT.

Vous voudrez bien me faire part des difficultés rencontrées dans l'application de ces instructions.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Etienne APAIRE', with a large, stylized initial 'E'.

Etienne APAIRE

HISTORIQUE DE LA MILDT

La MILDT est historiquement issue du décret n° 82-10 du 8 janvier 1982 qui a créé un comité interministériel de lutte contre la toxicomanie - CILT - auquel il a donné attribution de « définir, d'animer et de coordonner la politique du Gouvernement en matière de lutte contre la toxicomanie, et notamment les actions de prévention et de réinsertion sociale relatives aux toxicomanes ». Il prévoyait que ce comité, présidé par le Premier ministre comprendrait 9 ministres participant (solidarité nationale – intérieur et décentralisation – justice - relations extérieures – défense – budget - éducation nationale –santé – temps libre, jeunesse et sports), que d'autres ministres ou secrétaires d'Etat pourraient être appelés à siéger au comité selon les questions inscrites à l'ordre du jour et que son secrétariat serait assuré par le secrétariat général du Gouvernement.

S'il créait, dans le même temps, ce qui était alors dénommée « mission permanente de lutte contre la toxicomanie » (MPLT), à l'époque placée sous l'autorité du ministre de la solidarité nationale, par ailleurs vice-président du CILT, disposant de personnels mis à sa disposition par les départements ministériels ou établissements publics, à laquelle était confié le soin d'orienter et de coordonner les actions d'information et d'éducation sanitaire du public et la formation des personnes appelées à intervenir dans la lutte contre la toxicomanie, de définir les mesures tendant à la réinsertion sociale des toxicomanes et de veiller à leur mise en œuvre, la fonction principale impartie à la mission était de « prépare(r) les délibérations du comité interministériel de lutte contre la toxicomanie et (de) veille(r) à l'exécution des décisions prises ». Le lien entre les deux organes était d'ailleurs renforcé par le fait que le président de la MPLT, dont le président était nommé par le Premier ministre (sur proposition du ministre de la solidarité nationale), participait aux délibérations du CILT.

L'économie de ce dispositif n'a pas été durablement remise en cause par les nombreux textes qui se sont succédé pour le réformer au fil des années 1985 à 1996.

C'est ainsi que le décret n° 85-191 du 7 février 1985, modifiant le décret du 8 janvier 1982, qui rebaptise la MPLT « mission interministérielle de lutte contre la toxicomanie » (MILT) et la place auprès du Premier ministre, se contente d'élargir les attributions de cette dernière à l'animation et à la coordination des actions des ministères compétents dans les domaines de la prévention de la toxicomanie, de la lutte contre la toxicomanie, de l'accueil, des soins et de la réinsertion des toxicomanes, de la formation des personnes intervenant dans la lutte contre la toxicomanie et de la recherche en toxicomanie. Elle précise, par ailleurs, que les personnels dont dispose la mission sont mis à la disposition du Premier ministre par les départements ministériels ou établissements publics.

De même le décret n° 88-1042 du 10 novembre 1988, modifiant le décret du 8 janvier 1982, se borne à réduire à 8 (éducation nationale – affaires étrangères – justice – défense – intérieur – solidarité, santé et protection sociale – budget – jeunesse et sports) les ministres admis à siéger au comité interministériel et à rattacher la MILT pour sa gestion au ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale.

Le décret n° 89-880 du 6 décembre 1989 modifie pour quelques six ans, cette architecture administrative et la répartition des compétences qui y est associée en transformant le CILT en comité interministériel de lutte contre la drogue (CILD) et en créant une délégation générale à la lutte contre la drogue (DGLD), placée auprès du Premier ministre.

Cette dernière, dont le président est nommé par décret en conseil des ministres, reçoit autorité sur la MILT. La DGLD se voit transférer les attributions jusqu'ici confiées à titre principal à la MILT, consistant à préparer les délibérations du CILD et à veiller à leur exécution, la fonction de la Mission se trouvant, par ce retranchement, recentrée sur la fonction d'animation et de coordination des actions des ministères. Le délégué général préside un comité de coordination placé auprès de lui, comprenant un représentant de chacun des ministres membres du CILD ainsi que le président de la MILT.

Il précise, par ailleurs, mais sans y apporter de bouleversements, la mission confiée au comité, désormais chargé de « préparer les décisions du Gouvernement, tant au plan national qu'international, en ce qui concerne la lutte contre, d'une part, la production, la transformation, le transport et la revente ainsi que les transactions financières et, d'autre part, la consommation et le toxicomanie, en favorisant la prévention, les soins, l'insertion sociale, l'information et la recherche ». Il étend à 12 le nombre de ministres et secrétaires d'Etat siégeant au CILD (éducation nationale – économie et finances – affaires étrangères – justice – défense – intérieur – affaires européennes – coopération et développement – solidarité, santé et protection sociale – budget – jeunesse et sports – collectivités territoriales), érige le délégué général à la lutte contre la drogue en rapporteur général du comité aux délibérations duquel continue à participer le président de la mission interministérielle,

Le décret n° 90-657 du 25 juillet 1990 abrogeant le décret du 8 janvier 1982 et modifiant le décret du 6 décembre 1989, transforme le comité interministériel de lutte contre la drogue, la délégation générale à la lutte contre la drogue et le délégué général à la lutte contre la drogue respectivement en « comité interministériel de lutte contre la drogue et la toxicomanie » (CILDT), « délégation générale à la lutte contre la drogue et la toxicomanie » (DGLDT) et en « délégué général à la lutte contre la drogue et la toxicomanie ». Il met fin à l'existence de la MILT et instaure un « délégué général adjoint », nommé par arrêté du Premier ministre, appelé à participer au CILDT et à siéger au comité de coordination de la DGLDT.

Le décret n° 96-350 du 24 avril 1996 abrogeant le décret du 6 décembre 1989 ajoute aux attributions du CILDT la mission de « formation des personnes intervenant dans la lutte contre la drogue et la toxicomanie », porte à 17 le nombre des ministres et secrétaires d'Etat siégeant au comité interministériel (justice – éducation nationale et enseignement supérieur – recherche – défense – affaires étrangères – travail – affaires sociales – santé – action humanitaire – intérieur – économie – budget – ville – jeunesse et sports – affaires européennes – coopération – outre-mer). Surtout, il rétablit l'essentiel du dispositif antérieur au décret du 6 décembre 1989 en mettant fin à l'existence de la DGLDT et au délégué général à la lutte contre la drogue et la toxicomanie et en (re)créant une « mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie » (MILDT) placée sous l'autorité du Premier ministre et dont le président, est nommé par décret en conseil des ministres. Ce dernier est désormais assisté d'un délégué, nommé, sur sa proposition, par arrêté du Premier ministre. Il est rapporteur général du comité interministériel aux séances duquel assiste également le délégué.

La MILDT, qui dispose, comme auparavant, de personnels mis à sa disposition par les départements ministériels ou établissements publics, se voit confier, dans les mêmes termes que par le passé (décret du 7 février 1985), la mission prioritaire de « prépare(r) les délibérations du comité interministériel et (de) veille(r) à leur exécution », et, dans des termes analogues, celle, complémentaire (« par ailleurs, elle...») d'« anime(r) et coordonne(r) les actions des ministères compétents en matière de lutte contre la drogue et la toxicomanie, en particulier dans les domaines de l'observation et de la prévention de la toxicomanie, de l'accueil, des soins et de la réinsertion des toxicomanes, de la formation des personnes intervenant dans la lutte contre la drogue et la toxicomanie et de la recherche ».

Le décret dont il s'agit instaure un nouvel organe de gestion, désigné sous l'appellation de « comité permanent ». Celui-ci, mis, pour les besoins de l'exercice de ses attributions, à la disposition du président de la MILDT, qui en assure la présidence, le réunit sur sa convocation et en fixe l'ordre du jour, comprend un ou plusieurs représentants de chacun des ministres et secrétaires d'Etat siégeant au CILDT ; d'autres ministres et secrétaires d'Etat peuvent, par ailleurs, être appelés à s'y faire représenter, selon les questions inscrites à l'ordre du jour.

Le décret n° 99-808 du 15 septembre 1999 abrogeant le décret du 24 avril 1996 rebaptise le CILDT en « comité interministériel de lutte contre la drogue et la toxicomanie et de prévention des dépendances ». Il ajoute à la définition des missions de cet organe qu'il « contribue à l'élaboration de la politique du Gouvernement dans le domaine de la prévention, de la prise en charge, de l'éducation et de l'information en matière de dépendances dangereuses pour la santé ou la sécurité publiques ». Il élève à 20 le nombre des ministres et secrétaires d'Etat que comprend le comité interministériel (santé – affaires sociales – travail – éducation nationale et enseignement supérieur – recherche – jeunesse et sports – justice – intérieur – défense – budget – transports – affaires étrangères – affaires européennes – affaires européennes – coopération – économie – industrie – agriculture – outre-mer – culture – ville). Pour la première fois, les deux catégories d'attributions de la MILDT (animation et coordination des actions des ministères compétents en matière de lutte contre la drogue et la toxicomanie / préparation des délibérations du comité interministériel et surveillance de leur exécution) sont placées sur le même plan. Enfin, le texte prévoit qu'outre des personnels mis à sa disposition par les départements ministériels ou établissements publics, la MILDT bénéficie, pour assurer son fonctionnement, « d'emplois permanents ».

Ce décret a été abrogé et codifié à droit constant (à ceci près qu'en raison des changements de périmètres ministériels intervenus dans l'intervalle, le nombre de ministres et secrétaires d'Etat siégeant au comité interministériel de lutte contre la drogue et la toxicomanie et de prévention des dépendances a été porté à 22) sous les articles R. 3411-11 à R. 341116 du code de la santé publique par le décret n° 2003-462 du 21 mai 2003.

Les dispositions concernées sont restées, depuis lors, inchangées.

sigles et acronymes

AAH	Allocation adulte handicapé
AAI	Autorités administratives indépendantes
AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
AMM	Autorisation de mise sur le marché
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ANIT	Association nationale des intervenants en toxicomanie
ANPAA	Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie
ANR	Agence nationale de la Recherche
ANRS	Agence nationale de recherche en santé
ARS	Agences régionales de santé
ASSEDIC	Associations pour l'Emploi dans l'Industrie et le Commerce
ASUD	Association d'auto-soutien des usagers de drogues
BEP	Brevet d'étude professionnelle
BHD	Buprénorphine haut dosage
BOP	Budget opérationnel de programme
CAARUD	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues
CAMPS	Centre d'actions médico-sociale précoce
CAP	Certificat d'aptitude professionnelle
CAST	Cannabis abuse screening test
CCAA	Centres de cure ambulatoire en alcoologie
CDAG	Centre de dépistage anonyme et gratuit
CDO	Convention départementale d'objectifs justice-santé
CDO	Conventions départementales d'Objectifs (ici concerne les relations entre dispositifs Santé et Justice)
CDP	Conseil départemental de prévention
CEGEFi	Contrôle général économique et financier
CEIP	Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance
CEL	Contrats éducatifs locaux
CépiDC	Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
CESC	Comités d'éducation à la santé et la citoyenneté
CFES	Comité français d'éducation à la santé (maintenant INPES)
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CIAP	Comité interministériel d'audit des programmes
CIAD	Centre interministériel de formation à la lutte anti-drogues
CILDTPD	Comité interministériel de lutte contre la drogue et la toxicomanie et de prévention des dépendances
CIM	Classification internationale des maladies
CIRDD	Centres d'information et de ressources sur la drogue et les dépendances
CISR	Comité interministériel à la sécurité routière
CJN	Casier judiciaire national
CLS	Contrats locaux de sécurité
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNESMS	Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale
CNRS	Centre national de la recherche scientifique
CODES	Comités départementaux d'Education pour la Santé
COM	Collectivités d'outre mer (Polynésie française et Nouvelle Calédonie)
COPIL	Comité de pilotage
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPDD	Chefs de projets Drogue et dépendance
CPDD	Chefs de projets drogues et dépendances
CRIPS	Centre régionaux d'information et de prévention du Sida
CSAPA	Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSST	Centres spécialisés de soins pour toxicomanes
D&T	Drogue et Toxicomanie
DAGPB	Direction de l'administration générale du personnel et du budget
DAP	Direction de l'administration pénitentiaire (ministère de la Justice)
DAPSA	Dispositif d'appui à la parentalité et aux soins des addictions
DATIS	Drogues, alcool, tabac, info service (téléphonie sociale)
DDASS	Direction Départementale des affaires sanitaires et sociales
DESCO	Direction de l'enseignement scolaire (ministère de la Jeunesse, de l'Education nationale et de la Recherche)

DFA	Départements français d'Amérique
DGAS	Direction générale de l'Action Sociale
DGPDT	Délégation générale de lutte contre la drogue
DGS	Direction générale de la santé (ministère de la Santé et de la protection sociale)
DH	Direction hospitalière (ministère de la Santé et de la protection sociale)
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DISR	Délégué interministériel à la sécurité routière
DLPAJ/CSR	Direction des libertés publiques et des affaires juridiques, sous direction de la circulation et de la sécurité routière (Ministère de l'Intérieur et de l'Aménagement du Territoire)
DOM	Départements d'outre mer
DPT	Document de politique Transversale (réunit toutes les actions des programmes de l'Etat concourant à une même politique)
DRAMES	Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances (AFSSAPS)
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DRASSIF	Direction régionale des Affaires sanitaires et sociale d'Ile de France
DRD	Mortalité liée à l'usage de drogues (définition de l'OEDT) [Drug related deaths]
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
DSM	Manuel de diagnostic et statistique des troubles mentaux [Diagnostic and statistical manual of mental disorders]
DSS	Direction de la sécurité sociale
EMCDDA	European monitoring center for drugs and drug addiction (agence européenne : Observatoire européen des drogues et des toxicomanies)
ENVEFF	Enquête nationale sur les violences envers les femmes
EROPP	Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes (OFDT)
ESCAPAD	Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense (OFDT)
ESPAD	European School survey Project on Alcohol and other Drugs (INSERM - OFDT-MJENR)
ESSAD	Equipe de soins spécialisés à domicile
FFA	Fédération française d'addictologie
FMC	Formation médicale continue
FNAJLS	Fichier national des infractions à la législation sur les stupéfiants (OCRTIS)
FNES	Fédération nationale des comités d'éducation pour la santé
FNORS	Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé
FRAD	Formateurs relais antidrogues (Gradés de la gendarmerie nationale)
GAFI	Groupe d'Action financière
GECA	Groupe d'étude grossesse et addiction
GIP	Groupement d'intérêt public
GIP	Groupement d'intérêt public
GRSP	Groupements régionaux de santé publique
GVT	Glissement vieillissement technicité
IC	Intervalle de confiance
IGAS	inspection générale des affaires sociales
ILS	Infraction à la législation sur les stupéfiants
INCA	Institut national du cancer
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (ancien CFES)
INRA	Institut national de la recherche agronomique
INRETS	Institut national de recherche sur les transports et leur sécurité
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
INVS	Institut national de veille sanitaire
IRD	Institut recherche pour le développement
IST	Infections sexuellement transmissibles
IT	Injonction thérapeutique
IVG	Interruption volontaire de grossesse
JAP	Juge d'application des peines
JAPD	Journée d'appel de préparation à la défense
JO	Journal officiel
LFI	Loi de finances initiale
LFSS	Loi de financement de la Sécurité Sociale
LOLF	Loi organique relative aux lois de finances
M€	Million(s) d'euros
MAE	Ministère des affaires étrangères
MDMA	Méthyldioxy-métamphétamine (principe actif de l'ectasy)
MILAD	Mission interministérielle de lutte antidrogue (ministère de l'Intérieur)

MILC	Mission interministérielle de lutte contre le cancer
MILDT	Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie
MST	Maladies sexuellement transmissibles
OCRTIS	Office central pour la répression du trafic de stupéfiants
OEDT	Observatoire européen des drogues et des toxicomanies
OFDT	Observatoire français des drogues et des toxicomanies
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONDAM	Objectif national de dépense d'Assurance Maladie
OPPIDUM	Observation des produits détournés de leur utilisation médicamenteuse (CEIP)
OR	Odd ratio (risque relatif ; rapport de cote)
PA	personne année
PAEJ	Points d'accueil et d'écoute jeunes
PAP	Projet annuel de performance (est annexé à une loi de finance initiale LFI, décrit ses objectifs et les valeurs cibles à atteindre)
PES	Programme d'échange de seringues
PFAD	Policier formateur antidrogue
PHRC	Programme hospitaliers de recherche clinique
PLF	Projet de loi de finances
PLFSS	Projet de loi de financement de la Sécurité Sociale
PRAPS	Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins
PRS	Programmes régionaux de santé
PRSP	Programmes régionaux de santé publique
RAP	Rapport annuel de performance (est annexé à une loi de règlement de finances, décrit les objectifs et les valeurs cibles réalisées/ cf. PAP)
RCP	Relevé de constatations provisoires
RDR	Réduction des risques (politique de)
RECAP	Recueil commun sur les addictions et les prises en charge (OFDT)
REITOX	Réseau européen d'information sur les drogues et les toxicomanies
RGPP	Revue générale des politiques publiques
RMI	Revenu minimum d'insertion
RSM	Ratio standardisé de mortalité
SAM	Enquête "stupéfiants et accidents mortel de la circulation routière" (DGS/OFDT/INRETS)
SFA	Société française d'alcoologie
SGAE	Secrétariat général aux affaires européennes
SGG	Secrétariat général du gouvernement
SIAMOIS	Système d'information sur l'accessibilité au matériel d'injection et de produits de substitution (InVs)
SINTES	Système d'identification national des toxiques et des substances (OFDT)
SMPR	Services médico-psychologiques régionaux hospitaliers
SPIP	Service pénitentiaire d'insertion et de probation
TDI	Indicateur de demande de traitement [Treatment demand indicator]
THC	Tétrahydrocannabinol
TREND	Tendances récentes et nouvelles drogues (OFDT)
UCSA	Unité de consultation et de soins ambulatoires
UDC	Unité de coordination maternité et situations à risques
UDVI	usage(ers) de drogues par voie intraveineuse (ou injectable)
UO	Unité opérationnelle
UPS	Unité de soins pour sortants
URML	Unions régionales des médecins libéraux
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C