

2017

# Drug policy workbook (Politique et stratégie nationale)

*France*

---

## Rapport national 2017 (données 2016) à l'EMCDDA par le point focal français du réseau Reitox

**Sous la direction de :** Christophe Palle

### **Contributions aux workbooks**

- 1.1 *Politique et stratégie nationale* : Cristina Díaz-Gómez  
1.2 *Cadre légal* : Caroline Protais, Cristina Díaz-Gómez  
2 *Usages de substances illicites* : Olivier Le Nézet, Agnès Cadet-Taïrou, Magali Martinez, Eric Janssen  
3.1 *Prévention*: Carine Mutatayi, Caroline Protais  
3.2 *Prise en charge et offre de soins* : Christophe Palle, Anne-Claire Brisacier, Caroline Protais  
3.3 *Bonnes pratiques* : Carine Mutatayi  
3.4 *Conséquences sanitaires et réduction des risques* : Anne-Claire Brisacier, Cristina Díaz-Gómez, Maitena Milhet, Thomas Néfau  
4 *Marché et criminalité* : Michel Gandilhon, Magali Martinez, Thomas Néfau, Caroline Protais, Cristina Díaz-Gómez  
5.1 *Prison* : Caroline Protais  
5.2 *Recherche* : Isabelle Michot, Maitena Milhet

**Relecture (version française)** : Julie-Émilie Adès, Ivana Obradovic (OFDT) ; Nicolas Prisse, président de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives, et les chargés de mission de la MILDECA

**Relecture (version anglaise)** : Julien Morel d'Arleux, Anne de l'Eprevier

**Références bibliographiques** : Isabelle Michot

**Références législatives** : Anne de l'Eprevier

## Table of Contents

<b>T0 Summary</b> .....	3
<b>T1. National profile</b> .....	6
<b>T1.1 National drugs strategies</b> .....	6
<b>T1.2 Evaluation of national drugs strategies</b> .....	7
<b>T1.3 Drug policy coordination</b> .....	10
<b>T1.4 Drug related public expenditure</b> .....	12
<b>T2. Trends. Not applicable for this workbook.</b> .....	15
<b>T3. New developments</b> .....	15
<b>T4. Additional information</b> .....	16
<b>T5. Sources and methodology</b> .....	17

## T0. Summary

Please provide a 1,250 word (i.e. 5 by 250 word paragraphs) summary of the workbook: T1.1 national drug strategies (250 words); section T1.2 evaluation of national drug strategies (250 words); T1.3 drug policy coordination (250 words); T1.4 drug related public expenditure (250 words); new developments (250 words)

The answers should include the following points:

### Summary of T1.1.

- Describe the current national drug strategy document (date approved, ministries responsible, timeframe, overview of main principles, priorities, objectives, actions, the main substances and addictions it is focused on, its structure, e.g. pillars and cross-cutting themes)

### Summary of T1.2

- Describe the latest drug strategy evaluation (title, time to complete it, the evaluation criteria, the evaluation team, the scope, the type of data used, conclusions and recommendations)

### Summary of T1.3

- Describe the main drug policy coordination mechanisms at the 1) inter-ministerial; 2) operational/executive day-to-day and 3) regional/local levels.

### Summary of T1.4

- Please comment on the existence of annual drug-related budgets; its relation with other instruments of drug policy (strategy/action plans); annual value of total public expenditure and of supply *and* demand. If possible, annual value by class of policy intervention (prevention, harm reduction, treatment, social reintegration, police, law courts, prisons) and time trend.

### Summary of T1.1 national drug strategies (250 words)

Les grandes orientations stratégiques de la politique française de lutte contre les addictions figurent dans la lettre de mission du 17 octobre 2012 du Premier ministre à la Présidente de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA). Le gouvernement affirme sa vision pour une démarche globale et la responsabilité de la mise en œuvre des mesures à prendre dans ce domaine est confiée à la MILDECA. Sous l'autorité du Premier ministre, la MILDECA est chargée d'assurer la coordination et la mise en place de la politique gouvernementale. Le 19 septembre 2013, le plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives 2013-2017 a été adopté lors d'un comité interministériel présidé par le Premier ministre en présence de l'ensemble des ministres concernés. Ce plan prône un approche exhaustive et globale envers l'ensemble des addictions, c'est-à-dire les usages liés aux substances psychoactives, licites ou illicites (stupéfiants, alcool, tabac, médicaments et nouveaux produits de synthèse) et aux autres formes de conduites addictives (jeux d'argent et de hasard, jeux vidéo, dopage). Le plan 2013-2017 (MILD 2013a) repose sur trois grandes priorités :

1. Fonder l'action publique sur l'observation, la recherche et l'évaluation.
2. Prendre en compte les populations les plus exposées pour réduire les risques et les dommages sanitaires et sociaux.
3. Renforcer la sécurité, la tranquillité et la santé publiques au niveau national et international en luttant contre les trafics et contre toutes les formes de délinquance liées aux consommations de substances psychoactives.

#### Summary of T1.2 evaluation of national drug strategies (250 words)

Quatre mesures « phare » du plan 2013-2017 ont été sélectionnées pour l'évaluation externe. La première action évaluée (« Etudiants relais santé ») s'est déroulée en milieu universitaire, et a porté sur l'intervention des étudiants sélectionnés et formés par les services de médecine préventive pour faire de la prévention auprès de ses pairs. Les principales conclusions de l'évaluation portent sur la nécessité d'améliorer la coordination du réseau addictologie au niveau territorial, qui est perçu par les acteurs de la promotion de la prévention en milieu universitaire, comme étant fragmenté et peu coordonné.

La deuxième expérimentation évaluée (« Argent facile ») s'est déroulée auprès des habitants des quartiers sud de Marseille (mères de familles, professionnels, jeunes en insertion et pré-adolescents) et des acteurs locaux (mairie, police, associations de prévention impliquées, etc.). Certaines difficultés de mise en œuvre ont été identifiées en lien avec la jeunesse du dispositif, la complexité de la mission de prévention du trafic et aux divergences de cultures entre les populations impliquées.

Plus récemment, deux autres initiatives ont fait l'objet d'une évaluation : d'abord, le nouveau partenariat entre la MILDECA et la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF), mis en place afin de relayer la principale campagne de communication « grand public », inscrite dans le Plan 2013-2017. Puis, deux programmes d'intervention régionaux visant à prévenir et prendre en charge précocement le syndrome d'alcoolisation fœtal, l'un qui s'est déroulé en France métropolitaine et l'autre dans les DOM-TOM.

Un tableau de bord d'indicateurs clés des objectifs du Plan a été mis en place par l'OFDT.

#### Summary of T1.3 drug policy coordination (250 words);

Les orientations de politique publique dans le champ des drogues et des addictions sont fixées par le Comité interministériel de lutte contre les drogues et les conduites addictives, sous l'autorité du Premier ministre. Il est composé de ministres et secrétaires d'État. En amont, la MILDECA est chargée de préparer les décisions du Comité interministériel, puis, de coordonner la politique gouvernementale française en matière de lutte contre les drogues et de prévention des comportements addictifs et de veiller à ce que les décisions du Comité interministériel soient mise en œuvre. Sous l'autorité du Premier ministre, son périmètre d'action comprend la prévention, le traitement, la réduction des risques, l'insertion, le trafic, l'application de la loi et la recherche, l'observation et la formation de ceux impliqués dans les activités de réduction de l'offre ou de la demande. En 2013, la MILDECA a élaboré le Plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives actuellement en cours de mise en œuvre. Couvrant le territoire français, un réseau d'une centaine de représentants territoriaux (chefs de projet) assure la cohérence entre les actions de réduction de l'offre et celles de réduction de la demande. Dix-huit d'entre eux sont responsables de la coordination au niveau régional dont treize en métropole.

#### Summary of new developments (250 words)

S'agissant des faits marquants les plus récents en matière d'évolution des politiques publiques, on soulignera que l'année 2017 a connu une forte actualité électorale avec en particulier les élections présidentielles en avril-mai. La campagne électorale a marqué un tournant dans la position de la plupart des candidats des partis majoritaires sur le statut du cannabis. Seule la représentante du Front National (parti d'extrême droite) a prôné le *status quo*, les quatre autres principaux postulants à la présidence de la République proposant de réviser la loi de 1970 sur la consommation de stupéfiant, après avoir tiré le constat de l'inefficacité du cadre légal actuellement en vigueur en France pour lutter contre le cannabis.

En matière des débats publics, un fait majeur à souligner a été l'organisation de la première Audition publique sur la réduction des risques et des dommages (RdRD) qui a réuni les principaux acteurs du champ à la fin du printemps 2016. La présentation des données scientifiques par les spécialistes et les chercheurs du champ et les débats ont donné lieu à un rapport d'orientation et de recommandations qui propose quinze propositions d'action concrètes. Elles réaffirment les orientations en matière de réduction des risques et des dommages inscrites de la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 ainsi que les autres mesures prévues par le Plan gouvernemental 2013-2017.

#### Summary of T1.4 drug related public expenditure (250 words);

Le coût social des drogues en France a été estimé par trois fois, en 1996, 2003 et en 2010 (Kopp 2015; Kopp and Fenoglio 2004; Kopp and Fenoglio 2006). La dernière estimation du coût social des drogues a été publiée par l'OFDT en septembre 2015 : ainsi, pour l'année 2010, ce coût s'élèverait à 8,7 milliards d'euros pour les drogues illicites, loin après du montant estimé pour l'alcool (118 milliards) et pour le tabac (122 milliards).

En 2015, le total des dépenses liées aux drogues est estimé à 1,83 milliard d'euros. La contribution de l'État et de l'Assurance maladie représente 0,05 % du produit intérieur brut (PIB), avec 51 % du total pour les initiatives de réduction de la demande, 48 % pour les activités de réduction de l'offre et 1 % des ressources allouées aux activités transversales (recherche, formation, observation, évaluation, coordination et coopération internationale).

## T1. National profile

### T1.1 National drugs strategies

The purpose of this section is to

- Summarise the main characteristics of your national drug strategy(ies) Where there is no national strategy, and regional strategies take the place of a national strategy, please summarise the characteristics of these.

Please structure your answers around the following questions.

#### T1.1.1 Please summarise your current national drugs strategy document.

Information relevant to this answer includes:

- time frame,
- responsible ministries,
- overview of its main principles, priorities, objectives and actions,
- its structure (i.e. pillars and cross-cutting themes),
- the main substances and addictions

Les grandes orientations stratégiques actuelles de la politique française de lutte contre les addictions figurent dans la lettre de mission du 17 octobre 2012 [[Lettre de mission du 17 octobre 2012 du Premier ministre à Mme Jourdain-Menninger, présidente de la MILDT](#)]. Le gouvernement affirme sa vision pour une démarche globale et la responsabilité de la mise en œuvre des mesures à prendre dans ce domaine est confiée à la présidente de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA). Depuis le 1<sup>er</sup> mars 2017, un nouveau président a succédé Mme Jourdain-Menninger [[Décret du 9 février 2017 portant nomination du président de la mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives – M. Prisse \(Nicolas\)](#)]. Sous l'autorité du Premier ministre, la MILDECA est chargée d'assurer la coordination et la mise en place de la politique gouvernementale. Le 19 septembre 2013, le plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives 2013-2017 (MILDT 2013a; MILDT 2013b) a été adopté lors d'un comité interministériel présidé par le Premier ministre en présence de l'ensemble des ministres concernés. Ce plan prône une approche exhaustive et globale envers l'ensemble des addictions, c'est-à-dire les usages liés aux substances psychoactives, licites ou illicites (stupéfiants, alcool, tabac, médicaments et nouveaux produits de synthèse) et aux autres formes de conduites addictives (jeux d'argent et de hasard, jeux vidéo, dopage).

La politique actuelle est basée sur une approche multidimensionnelle de l'addiction perçue comme l'interaction de facteurs complexes, notamment biologiques, psychologiques, familiaux, socio-économiques, environnementaux et individuels. Le plan 2013-2017 repose sur trois grandes priorités :

1. Fonder l'action publique sur l'observation, la recherche et l'évaluation.
2. Prendre en compte les populations les plus exposées pour réduire les risques et les dommages sanitaires et sociaux.
3. Renforcer la sécurité, la tranquillité et la santé publiques au niveau national et international en luttant contre les trafics et contre toutes les formes de délinquance liées aux consommations de substances psychoactives.

Ces priorités se déclinent selon 5 champs d'action ou piliers qui structurent le plan d'actions : (i) prévenir, prendre en charge et réduire les risques; (ii) intensifier la lutte contre les trafics ; (iii) mieux appliquer la loi ; (iv) fonder les politiques de lutte contre les drogues et les conduites addictives sur la recherche et la formation ; (v) renforcer la coordination des actions nationales et internationales.

Le plan 2013-2017 est décliné en deux plans d'actions successifs, programmés sur une durée de deux ans chacun. Le plan d'actions 2013-2015 (MILDT 2014) couvre la première période de mise en place de la stratégie nationale. Il énonce des mesures concrètes étayant la stratégie gouvernementale : il définit des objectifs spécifiques pour la période concernée, fléche le budget alloué, identifie les partenaires clés, détaille le calendrier et précise les effets attendus. Le second plan d'actions 2016-2017 (MILDECA 2016) poursuit les actions pluriannuelles déjà engagées sur les deux années précédentes et impulse de nouvelles initiatives. Il regroupe 73 actions reparties en dix domaines d'intervention majeurs (prévention et communication, soins, réduction des risques, trafic, application de la loi, recherche et observation, formation, pilotage territorial de la stratégie, territoires en outre-mer et action internationale).

Pour télécharger sur le site officiel de la MILDECA le Plan gouvernemental 2013-2017 et les deux plans d'actions successifs, voir : <http://www.drogues.gouv.fr/la-mildeca/le-plan-gouvernemental/priorite-2013-2017#sthash.HMEGThHB.dpbs>

*T1.1.2 Optional. Please provide any additional information you feel is important to understand the governance of drug issues within your country.*

## T1.2 Evaluation of national drugs strategies

*The purpose of this section is to*

- Summarise the most recent national drug strategy evaluation.
- Where none has been completed, please summarise any available strategy review process.

*Please structure your answers around the following questions.*

T1.2.1 List the titles and timeframes of recent national drug strategy and action plan evaluations, providing links to PDFs. Are there any evaluations planned, e.g. annual progress reviews, mid-term, or final evaluations of current national strategy? If yes, please specify the type of evaluation is planned.

L'évaluation externe du Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives (2013-2017) repose sur une analyse qualitative de quatre mesures « phare » des plans d'actions 2013-2015 et 2016-2017 (voir T1.2.2) :

- 1<sup>ère</sup> phase (déc. 2014 – sept. 2015) :
  - L'action « Étudiants relais santé » (ERS)
  - L'action « Argent facile »
- 2<sup>ème</sup> phase (oct. 2015 – juin 2016) :
  - L'action « Diffusion campagne CJC »
  - L'action « Expérimentation programme SAF (syndrome d'alcoolisation fœtale) »

Le rapport d'évaluation final a été remis aux commanditaires en janvier 2017. Une synthèse des objectifs, de la méthodologie et des résultats est téléchargeable : <http://www.sciencespo.fr/liepp/sites/sciencespo.fr.liepp/files/2015-SANT%C3%89-MILDECA.pdf> [accédé 27/10/2017].

Le suivi des objectifs du Plan gouvernemental a été confié à l'OFDT (évaluation interne : bilans d'étape).

T1.2.2 Please summarise the results of the latest strategy evaluation describing:

- The evaluation team (internal / external / mixed evaluation team);
- Its timing (before, during, after the timeframe of the current strategy);
- Its scope (whole strategy or certain pillars, issues, or actions);
- The assessment criteria (e.g. relevance, implementation, outcome etc.)
- The method (qualitative / quantitative / mixed);
- The main findings and limitations;
- The recommendations and how they were or will be used in drug strategy revision.

Le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 insiste notamment sur la nécessité de développer la recherche dite « évaluative » et de préférence en lien avec le monde académique afin de disposer de travaux fiables, indépendants et utiles aux pouvoirs publics pour améliorer l'efficacité de l'action publique. Ce plan gouvernemental préconise l'évaluation externe, par une équipe de recherche spécialisée dans l'évaluation des politiques publiques, de plusieurs dispositifs ou actions emblématiques des différents champs de l'action publique en matière de lutte contre les drogues et les conduites addictives.

Dans ce cadre, la MILDECA a confié une évaluation qualitative au Laboratoire interdisciplinaire d'évaluation des politiques publiques (LIEPP, Sciences Po). L'évaluation a porté sur quatre des mesures « phare » inscrites au Plan gouvernemental. Elle visait à évaluer la mise en œuvre de ces actions et en particulier, à examiner le rôle de la MILDECA en tant qu'acteur de coordination.

Le terrain d'étude du premier volet de l'évaluation (actions relatives aux dispositifs « Etudiants relais santé » et « Argent facile ») s'est déroulé entre mars et septembre 2015. L'évaluation du second volet (les deux autres actions « Diffusion campagne CJC » et « Expérimentation programme SAF ») a été réalisée au cours de l'été 2016. Le rapport final de l'évaluation externe a été remis aux commanditaires en janvier 2017.

Les quatre actions retenues, les objectifs de l'évaluation, sa méthodologie et les principaux résultats et conclusions sont détaillées ci-après :

1. L'action « Étudiants relais santé (ERS) » : Les ERS sont des étudiants sélectionnés, formés et rémunérés pour mener des actions de prévention auprès de leurs pairs sur les campus, les cités universitaires et lors de différentes manifestations festives. Pour évaluer ce dispositif, une étude comparative sur la place et le rôle de la prévention des conduites addictives a été menée dans cinq universités avec ERS (Bordeaux, Auvergne, Lorraine, Rouen et Tours) et deux sans (Paris-Descartes et Versailles-Saint Quentin en Yvelines). Des entretiens semi-directifs avec les directeurs des services de médecine préventive d'une part et des ERS d'autre part ont été menés. Ce volet qualitatif a été complété par une enquête par questionnaire auprès des ERS salariés qui avaient précédemment suivi une formation universitaire dédiée. Ce travail a examiné les différents types de dispositifs mis en place dans les universités sélectionnées pour l'étude : philosophies des dispositifs, modalités de recrutement, formation dispensée, modalités d'encadrement, etc. Parmi les facteurs de succès identifiés, l'ancienneté des ERS au sein des SUMPPS (service universitaire de médecine préventive) ressort comme facteur d'apprentissage et perfectionnement. La politique générale de l'université en matière de prévention, l'engagement professionnel du directeur des SUMPPS et du personnel encadrant sont également identifiés comme des facteurs de réussite du dispositif. À l'opposé, les conflits entre acteurs sur la manière de penser et façonner les stratégies d'intervention pour la promotion de la prévention sont pointés comme des obstacles potentiels. L'évaluation dresse des pistes prometteuses d'amélioration : mieux

diffuser la possibilité de recourir à des ERS (mal connus par de nombreux personnels de SUMPPS), partager les expériences et diffuser les outils créés, mettre en place un schéma directeur qui engage les décideurs de l'université. Au-delà de la prévention par les pairs, l'évaluation met l'accent sur la nécessité d'améliorer, la coordination du réseau addictologie au niveau territorial, qui est perçu par les acteurs de la promotion de la prévention en milieu universitaire, comme étant fragmenté et peu coordonné (Bergeron et al. 2017, non publié).

2. L'action « Argent facile » : l'évaluation a porté sur une action créant des rencontres autour de la problématique du trafic de stupéfiants afin de faire évoluer les représentations et de réduire l'attrait pour le trafic. Quatre catégories d'habitants des quartiers sud de Marseille (mères de familles, professionnels, jeunes en insertion et pré-adolescents) ont été mobilisées. Ces rencontres ont été organisées et animées par une association de prévention marseillaise (l'AMPTA). L'évaluation avait pour but d'analyser les modalités de mise en œuvre de cette expérimentation, en particulier l'articulation entre les structures impliquées mais aussi la coordination : comment se déclinent les rôles de ces acteurs (collège, lycée, établissement pour mineurs délinquants) ? Le programme répond-il aux attentes à la fois de ses promoteurs et de ses bénéficiaires ? Plus largement, l'évaluation s'est intéressée à la façon dont ce programme pouvait s'insérer dans la politique locale de lutte contre les drogues et les conduites addictives. Une quinzaine d'entretiens ont été conduits à Marseille auprès des acteurs locaux (AMPTA, préfecture de police, association Réseau 13, service de prévention de la délinquance et mission Sida et Toxicomanie de la mairie de Marseille, cabinet du préfet). Les entretiens menés ont fait ressortir des difficultés de mise en œuvre liées à la jeunesse du dispositif et à la complexité de la mission de prévention du trafic et aux divergences de cultures entre les populations impliquées.
3. L'action « Diffusion campagne CJC » : le plan gouvernemental 2013-2017 préconisait de renforcer la communication sur les Consultations jeunes consommateurs (CJC) en direction notamment des parents et de l'entourage des publics visés par ce dispositif. S'agissant de la campagne CJC, la MILDECA finance ainsi d'une part son déploiement sur le web et d'autre part s'attache à mobiliser largement les acteurs institutionnels susceptibles de constituer des relais efficaces vers les familles, cible de la campagne. À cette fin, un partenariat a été conclu avec la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF). L'évaluation de cette action a visé à examiner les conditions de mise en œuvre de la stratégie de communication retenue pour cette campagne. L'évaluation s'est attachée également à analyser les rôles respectifs des acteurs nationaux et locaux dans la mise en œuvre de cette stratégie de communication.  
La dizaine d'entretiens menés a servi à établir un panorama global des avantages et des obstacles que ce changement de stratégie a pu entraîner du point de vue des acteurs rencontrés. Les principaux résultats peuvent être résumés par les trois points suivants : un « changement de stratégie » peu perçu par les acteurs administratifs ; une valorisation néanmoins très positive de cette stratégie partenariale et quelques difficultés persistantes qui sont autant de points de vigilance pour l'avenir : le déficit persistant de notoriété spontanée des CJC (2 % à 3 % maximum selon les publics), et surtout la difficulté confirmée à augmenter la fréquentation de certains publics cibles, particulièrement les jeunes consommateurs intensifs d'alcool (qui ne dépassent pas environ 7 % des consultants), mais aussi les femmes (autour de 19 % du public accueilli seulement, sans évolution entre 2014 et 2015).

**4. L'action « Expérimentation programme SAF » :** l'action évaluée est l'expérimentation d'un programme intégré à l'échelle régionale visant à renforcer la prévention et la prise en charge des troubles liés à l'alcoolisation fœtale (SAF). Elle devait décrire et analyser la mise en œuvre du programme au regard de ses différentes composantes : prévention, repérage et prise en charge chez l'adulte et l'enfant, formation des intervenants de première ligne et des acteurs scolaires et judiciaires, mise en place d'un parcours de prise en charge des femmes et des enfants. Deux stratégies d'action ont été comparées, l'une en France métropolitaine (Aquitaine) et l'autre dans les DOM-TOM (La Réunion). L'évaluation a montré que les phases d'élaboration en Aquitaine et à la Réunion n'ont pas obéi aux mêmes stratégies mais que les deux programmes ont cherché à améliorer la prise en charge du SAF grâce à une meilleure coordination entre les différents acteurs impliqués. L'évaluation a conclu à la nécessité de renforcer le pilotage et le partenariat entre des acteurs de cultures professionnelles difficiles à concilier et de multiplier plus encore les échanges entre les acteurs aquitains et réunionnais afin qu'ils puissent non seulement envisager des voies d'améliorations de leurs propres pratiques, mais également pour qu'en cas de décalage de mise en œuvre sur des actions similaires, ils puissent anticiper les éventuels obstacles.

S'agissant des recommandations, les évaluateurs ont identifié trois axes transversaux communs aux quatre actions :

- des mesures innovantes en accord avec les préconisations de la littérature dont la poursuite est encouragée ;
- l'enjeu de la coordination des acteurs à tous les échelons territoriaux : les évaluateurs soulignent l'importance de cet objectif qui reste un enjeu crucial. Dans ce champ qui implique de nombreux acteurs et qui est marqué par les clivages interprofessionnels, la coordination interprofessionnelle demeure aux yeux des évaluateurs, un objectif majeur à poursuivre.
- l'importance du cadre pluriannuel de financements des actions de prévention : souvent annuel, le financement de mesures préventives ne correspond pas forcément à leur mise en œuvre, souvent pluriannuel. De ce point de vue, des budgets plus pérennes pour le champ de la prévention et plus en adéquation avec les actions telles qu'elles sont pensées seraient une voie d'amélioration de l'efficacité des politiques publiques.

La démarche d'évaluation interne confiée à l'OFDT prend pour sa part la forme d'un suivi d'indicateurs qui s'attache à traduire les progrès réalisés dans le sens des objectifs gouvernementaux pendant la période d'application du plan 2013-2017. Ce suivi, sous forme de tableau de bord, réunit des indicateurs pertinents et comparables. Il est accompagné d'un bilan synthétique visant à apporter à la MILDECA et aux administrations les éléments de dialogue et de réflexion utiles au suivi des objectifs opérationnels de la stratégie gouvernementale. Des bilans périodiques sont élaborés selon la diffusion de nouvelles données (enquêtes en population générale ou auprès des usagers des drogues accueillis dans les dispositifs spécifiques, statistiques policières et judiciaires, rapports d'activité...).

### T1.3 Drug policy coordination

The purpose of this section is to

- Provide a brief summary of the coordination structure involved in drug policy in your country
- Describe the main characteristics of each coordination body

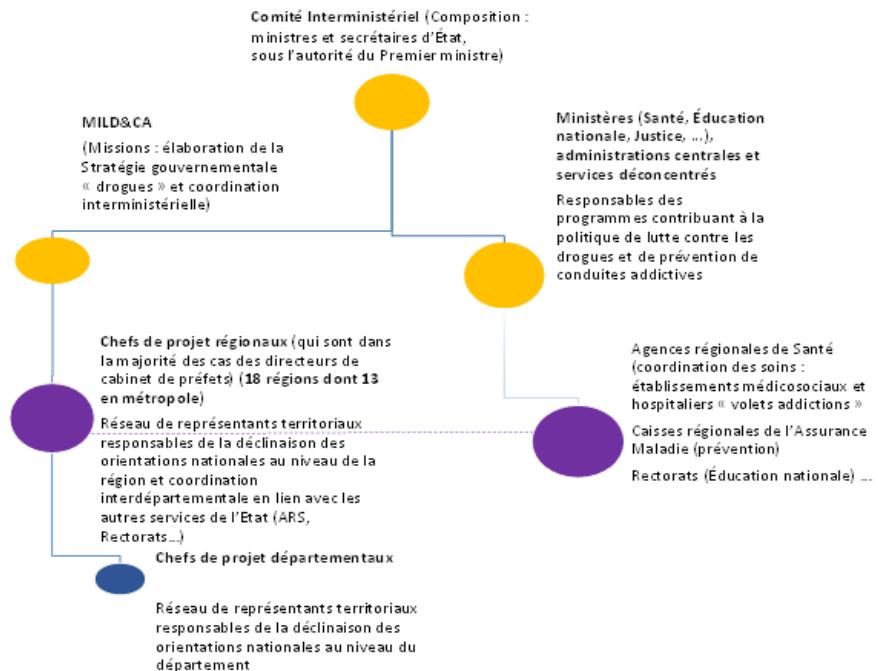
Please structure your answers around the following questions.

T1.3.1 Describe your national drug policy coordination bodies. Explain their level and role (e.g. the inter-ministerial; operational/executive day-to-day; regional/local levels), hierarchical relationships, and the ministries they are attached to. Please include a summary graphic.

Un Comité interministériel de lutte contre les drogues et les conduites addictives prépare les décisions du gouvernement sur le plan national et international. Il est également responsable de l'approbation des stratégies nationales et des plans d'action sur les drogues et les addictions. Le Comité, sous l'autorité du Premier ministre, est composé de ministres et secrétaires d'État.

La MILDECA est chargée d'assurer la coordination de la politique gouvernementale française en matière de lutte contre les drogues et de prévention des comportements addictifs. Sous l'autorité du Premier ministre, son périmètre d'action comprend la prévention, le traitement, la réduction des risques, l'insertion, le trafic, l'application de la loi et la recherche, l'observation et la formation de ceux impliqués dans les activités de réduction de l'offre ou de la demande. La MILDECA prépare, coordonne et met en œuvre en partie les décisions du Comité interministériel. Elle a élaboré le Plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives 2013-17 à la demande du Premier ministre.

Couvrant le territoire français, un réseau d'une centaine de représentants territoriaux (chefs de projet) assure la cohérence entre les actions de réduction de l'offre et celles de réduction de la demande. Dix-huit d'entre eux sont responsables de la coordination au niveau régional dont treize en métropole. Les chefs de projet sont dans la majorité des cas des directeurs de cabinets des préfets. Collaborateur direct du préfet, le directeur de cabinet est le correspondant permanent des cabinets ministériels. Il s'attache à promouvoir la politique de l'État en entretenant d'étroites relations avec les médias, les élus, les représentants socio-économiques. Il est plus particulièrement spécialisé dans la sécurité et assiste le préfet directement pour animer et coordonner l'action des services chargés du respect de l'ordre public et de la protection des personnes et des biens (police, gendarmerie et services de secours). Il suit particulièrement les politiques de prévention de la délinquance et de la toxicomanie, les questions de sécurité routière, le contentieux des actes de terrorisme ou attentats ....



Source : OFDT

Le décret du 11 mars 2014 [[Décret n°2014-322 relatif à la mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives](#)] précise le périmètre d'action de la MILDECA, et entérine l'extension des compétences de la mission interministérielle et du comité interministériel à l'ensemble des substances psychoactives, y compris licites (alcool, tabac, médicaments psychotropes) et aux addictions sans produit. Ce décret mentionne explicitement la compétence de la MILDECA tant dans la réduction de l'offre que dans la réduction de la demande, inscrivant la lutte contre les trafics et l'action internationale comme domaines où la coordination de la mission s'exerce pleinement.

## T1.4 Drug related public expenditure

The purpose of this section is to

- Outline what is known about the main areas of drug related public expenditure in your country.

Please structure your answers around the following questions.

**T1.4.1 Please comment on drug-related expenditure and provide a brief summary of recent estimates.**

Le coût social des drogues en France a été estimé par trois fois, en 1996, 2003 et en 2010 (Kopp *et al.* 2004; Kopp *et al.* 2006). La dernière estimation du coût social des drogues a été publiée par l'OFDT en septembre 2015 : ainsi, pour l'année 2010, ce coût s'élèverait à 8,7 milliards d'euros pour les drogues illicites, loin après du montant estimé pour l'alcool (118 milliards) et pour le tabac (122 milliards). Deux autres études ont porté sur les dépenses publiques liées aux drogues (Ben Lakhdar 2007; Diaz Gómez 2012; Diaz Gómez 2013). Depuis 2008, les dépenses de l'État pour la lutte contre les drogues sont présentées

chaque année dans un document budgétaire soumis au Parlement (Premier ministre 2017). Il faut ajouter à ce montant les dépenses de l'Assurance maladie qui finance également le dispositif de soins prenant en charge les usagers de drogues et les médicaments de substitution. Les estimations montrent que les dépenses publiques liées aux drogues représenteraient 1,50 milliards d'euros en 2010 (Díaz Gómez 2013). Cette estimation est de 1,83 milliard d'euros en 2015. Cette estimation reste stable par rapport à 2014 (taux de variation - 0,06 %), contrairement à l'évolution à la baisse observée entre 2013 et 2014 (taux de variation - 10 %). En 2013, année qui avait précédé le lancement effectif du plan gouvernemental 2013-2017, l'effort de l'État et de l'Assurance maladie avait été estimé à 2,1 milliards d'euros.

En 2015, la contribution de l'État et de l'Assurance maladie (des crédits exécutés) représentent 0,05 % du produit intérieur brut (PIB), avec 51 % du total pour les initiatives de réduction de la demande, 48 % pour les activités de réduction de l'offre et de 1 % des ressources allouées aux activités transversales (recherche, observation, évaluation, coordination et coopération internationale).

Le plan d'actions 2013-2015 disposait d'un budget associé. Il fournissait un financement supplémentaire de 59 millions d'euros pour la période 2013-2015. La répartition par type d'action montre que la plupart des dépenses prévues sont alloués au traitement (62 % sur la période 2013-2015), suivie par la prévention et la communication (15 %), la coopération internationale (9 %), la recherche, la formation et l'observation (9 %) et la lutte contre le trafic et la répression (5 % du total). Le second plan d'actions, qui poursuit les démarches déjà engagées et promeut de nouvelles initiatives sur la période 2016-2017, dispose également d'un financement supplémentaire. Cependant, il ne fournit pas d'informations budgétaires relatives à la mise en œuvre de ses actions.

**T1.4.2 Optional.** Please provide a breakdown of estimates of drug related public expenditure in accordance to the standard table on public expenditures or in the table below.  
If possible, please use table IV to break the information down according to COFOG classification (or Reuters classification) of expenditure by Labelled, Unlabelled and Total expenditures. Where not possible please enter the classifications relevant in your country, with an explanation.

La majeure partie des dépenses liées aux drogues ne sont pas identifiées comme telles dans les documents de comptabilité publics (« non fléché ») et leurs évaluations ne reposent que sur des estimations. Depuis 2008, chaque ministère fournit une estimation indiquant le budget qui sera alloué à la prévention et la lutte contre la drogue (Premier ministre 2017). Une grande partie des dépenses de santé publique est couverte par l'Assurance maladie. En raison de difficultés méthodologiques, seules les dépenses fléchées du système de sécurité sociale sont incluses dans l'estimation ci-dessous. Celle-ci comprend le financement des centres spécialisés fournissant les services de soins et de réduction des risques et mettant en œuvre les activités de prévention, de traitement et de réinsertion sociale (CAARUD, CSAPA et CT). Cette estimation couvre également les chiffres de remboursement des médicaments de substitution aux usagers de drogues et le budget attribué aux hôpitaux publics pour financer les équipes hospitalières de liaison en addictologie (ELSA) et les consultations hospitalières d'addictologie. Les financements supplémentaires alloués par l'Assurance maladie ont été également inclus, sous l'impulsion des plans spécifiques (par exemple, la mise en place des traitements de substitution nicotiniques dans les CSAPA prévu dans le PNRT – Plan National de Réduction du Tabagisme), des programmes expérimentaux de prise en charge (expérimentation « Un chez soi d'abord) ou selon la mise en œuvre de mesures spécifiques inscrites dans le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 (par exemple, la mise en place des tests rapides d'orientation diagnostique – TROD – VIH en CAARUD et en CSAPA).

Table IV. Répartition des dépenses publiques liées à la drogue.

Dépenses	Année	Classification COFOG	Classification dans la comptabilité nationale	Fléchage (Fléché, Non fléché)	Nom du programme
13 994 995	2015	01.3 - Services généraux	129	Fléché	Coordination du travail gouvernemental
8 930 000	2015	01.3 - Services généraux	209	Non fléché	Solidarité à l'égard des pays en développement
601 938	2015	01.3 - Services généraux	105	Non fléché	Action de la France en Europe et dans le monde
690 723	2015	01.3 - Services généraux	307	Non fléché	Coordination de la sécurité des personnes et des biens (réseau Chefs de projet "drogue et toxicomanie")
0	2015	09.4 - Enseignement supérieur	231	Fléché	Vie étudiante
222 000	2015	09.4 - Enseignement supérieur	163	Fléché	Jeunesse et vie associative
4 581 144	2015	09.1 - Enseignement pré-primaire et primaire	140	Non fléché	Enseignement scolaire public du premier degré
112 008 451	2015	09.2 - Enseignement secondaire	141	Non fléché	Enseignement scolaire public du second degré
11 414 988	2015	09.2 - Enseignement secondaire	143	Non fléché	Enseignement technique agricole
156 427 856	2015	09.2 - Enseignement secondaire	230	Non fléché	Vie de l'élève
5 500 000	2015	09.8 - Éducation (sans précision)	207	Non fléché	Sécurité et éducation routières
777 429	2015	09.8 - Éducation (sans précision)	147	Non fléché	Politique de la ville
250 000	2015	09.4 - Enseignement supérieur	142	Non fléché	Enseignement supérieur et recherche agricoles
16 859 000	2015	07.5 - Recherche et Développement dans le domaine de la santé	172	Fléché	Recherches scientifiques et technologiques pluridisciplinaires
4 507 372	2015	07.4 - Services de santé publique	204	Non fléché	Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins
9 490 000	2015	07.4 - Services de santé publique	219	Non fléché	Sport
29 000	2015	07.4 - Services de santé publique	123	Fléché	Conditions de vie Outre Mer
387 460 000	2015	07.4 - Services de santé publique	Budget de la Sécurité sociale	Fléché	Dépenses en santé spécialisées
106 405 732	2015	07.1 - Produits, appareils et matériels médicaux	Budget de la Sécurité sociale	Fléché	Montant de remboursement des MSO par l'AM
112 500 000	2015	07.3 - Services hospitaliers	Budget de la Sécurité sociale	Fléché	Dépenses en santé hôpital
7 000 000	2015	10.4 - Familles et enfants	304	Non fléché	Inclusion sociale et protection des personnes (changement de libellé en 2016)
254 335 203	2015	03.1 - Services de police	176	Non fléché	Police nationale
2 375 722	2015	03.3 - Tribunaux	182	Non fléché	Protection judiciaire de la jeunesse
132 585 143	2015	03.3 - Tribunaux	166	Non fléché	Justice
6 584 600	2015	03.4 - Prisons	107	Non fléché	Administration pénitentiaire
255 000 000	2015	03.6 - Ordre et sécurité publics (sans précision)	302	Non fléché	Facilitation et sécurisation des échanges
210 813 186	2015	02.2 - Défense civile	152	Non fléché	Gendarmerie nationale
12 903 680	2015	02.2 - Défense civile	178	Non fléché	Préparation et emploi des forces

Source : voir Premier Ministre (2017)

## T2. Trends. Not applicable for this workbook.

## T3. New developments

The purpose of this section is to provide information on any notable or topical developments observed in drug policy in your country **since your last report**.

T1 is used to establish the baseline of the topic in your country. Please focus on any new developments here.

If information on recent notable developments have been included as part of the baseline information for your country, please make reference to that section here. It is not necessary to repeat the information.

Please structure your answers around the following question.

T3.1 Please report notable new drug policy developments since last report (e.g. open drug scenes, NPS specific strategies, changing policy context of national drug strategy, cannabis policy etc.).

En 2016, un fait majeur en termes de politiques publiques dans le champ des addictions a été l'organisation par la Fédération Française d'Addictologie de l'« Audition Publique sur la réduction des risques et des dommages », avec le soutien institutionnel de la Direction Générale de la Santé et de la MILDECA et avec l'accompagnement méthodologique de la Haute Autorité de Santé. Cet événement a eu lieu les 7 et 8 avril 2016 et a réuni des scientifiques, des professionnels du champ et des représentants des usagers ainsi que des représentants institutionnels des addictions. Les débats publics ont donné lieu un rapport qui propose une quinzaine de recommandations pour améliorer la diffusion, l'appropriation et la mise en œuvre de la RdRD liés aux consommations de substances psychoactives. Voir [http://www.addictologie.org/dist/telecharges/FFA2016\\_RapportOrientation&Recos.pdf](http://www.addictologie.org/dist/telecharges/FFA2016_RapportOrientation&Recos.pdf) (Fédération Française d'Addictologie 2016).

Les propositions d'action du rapport s'inscrivent dans la continuité des mesures de la loi de modernisation du système de santé adoptée le 26 janvier 2016 [[Loi n°2016-41 de modernisation de notre système de santé](#)] et les orientations du plan gouvernemental 2013-2017.

L'année 2017 a été marquée par la campagne électorale des présidentielles. Les candidats des principaux partis politiques, ont, à l'exception du Front National (parti d'extrême droite), évoqué au travers des médias leur volonté de faire évoluer la loi de 1970 sur la consommation de stupéfiants [[Loi n°70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses](#)]. Les positions se sont réparties entre des soutiens à la contraventionnalisation du simple usage de cannabis -Emmanuel Macron (*En Marche!*, parti centriste) et François Fillon (*Les Républicains*, parti de droite)- alors que d'autres postulants à l'Elysée -Jean-Luc Mélenchon (*La France insoumise*, parti d'extrême gauche) et Benoît Hamon (*Parti Socialiste*, parti de gauche)- proposaient une légalisation encadrée du cannabis (modèle basé sur une distribution par des points de vente de l'Etat). La candidate aux présidentielles pour le Front National -Marine Le Pen- préconisait un *statu quo*. La proposition d'instaurer la contraventionnalisation de l'usage de cannabis a été annoncée publiquement par voie radiophonique, le 26 mai 2017 par le ministre de l'Intérieur, Gérard Collomb, en considérant que « *la peine de prison d'un an prévue pour usage de stupéfiant était très peu appliquée* ». Suite à cette proposition l'Assemblée nationale a décidé, le 2 août 2017, la création d'une mission d'information portant sur l'opportunité de recourir à la procédure de l'amende forfaitaire délictuelle (déjà prévue dans notre droit pour deux délits routiers) pour sanctionner l'infraction d'usage illicite de stupéfiants. Cette mission rendra ses conclusions à la fin de l'année après avoir entendu les différents acteurs.

## T4. Additional information

The purpose of this section is to provide additional information important to drug policy in your country that has not been provided elsewhere.

Please structure your answers around the following questions.

**T4.1 Optional.** Describe additional important drug policy information, studies or data (e.g. brief overview of capital city's drug policy/strategy), providing references and/or links.

Il n'y a pas à proprement parler de stratégies ou de plans de lutte contre les drogues et les addictions initiés au niveau local ; il s'agit en fait de déclinaisons régionales des politiques nationales, opérées majoritairement par les agences régionales de santé (ARS) dans le cadre de leurs plans régionaux de santé, en fonction des problématiques locales (produits licites ou illicites). Néanmoins, on peut signaler que la Mission métropolitaine de prévention des conduites à risques (MMPCR) coordonne la mise en œuvre des mesures prises par les départements de Paris et de Seine-Saint-Denis dans le domaine de la prévention des conduites addictives et des risques liés. Ses missions sont diverses : elle pilote des recherches (auxquelles l'OFDT collabore), coordonne des programmes (accompagnement social, médiation, réduction des risques...) et constitue un pôle ressource (information, expertise, formation et appui logistique) pour l'ensemble des acteurs. À titre d'exemple, en 2016, elle accompagne l'expérimentation de la salle de consommation à moindre risque (SCMR – voir workbook Conséquences sanitaires) par le biais notamment de séances de sensibilisation aux professionnels intervenant dans l'espace public aux alentours de la salle (agents de la mairie de Paris et de la SNCF, policiers, ...) et a organisé des réunions de restitution des connaissances et de débats ouverts à tous.

**T.4.2 Optional.** Please describe any other important aspect of drug policy or public expenditure that has not been covered in the specific questions above. This may be additional information or new areas of specific importance for your country

**T.4.3 Optional.** Are you aware of any national estimate of the contribution of illicit drug market activity to the National Accounts? Please describe any sources of information, specific studies or data on the contribution of illicit drug activity to national accounts. Where possible, please provide references and/or links.

Alors que ce projet était inscrit dans le plan gouvernemental de lutte contre les drogues (2013-2017), l'Institut National des hautes études de la sécurité et de la justice (INHESJ) a conduit une recherche « Argent de la drogue » avec le soutien financier de la MILDECA afin d'estimer le marché de drogues illicites en France. Les conclusions de cette recherche ont été diffusées en octobre 2016.

Les chercheurs estiment que le chiffre d'affaire pour l'année 2010 se situe entre 1,5 à 3,2 milliards d'euros. Ce marché est dominé par le cannabis et la cocaïne.

- Le chiffre d'affaire du cannabis est en augmentation, évolution surtout liée à l'augmentation des prix au détail (+25 % entre 2005 et 2010) intervenue malgré la concurrence entre l'herbe et la résine. Ce paradoxe s'explique par le fait que la concurrence porte avant tout sur la teneur en THC des produits vendus. Celle-ci a beaucoup augmenté et même avec des prix plus élevés le rapport prix/pureté diminue, ce qui rend les produits plus attractifs pour les consommateurs.
- Le marché de la cocaïne augmente considérablement, la prévalence de la consommation ayant été multipliée par trois (entre 2005 et 2010). Le chiffre d'affaires de cette substance illicite a d'après les estimations des auteurs doublé entre 2005 et 2010. Le prix au détail du gramme de la cocaïne a été divisé par trois en 15 ans, notamment grâce à l'augmentation significative des quantités de drogues

- envoyées d'Amérique du sud vers l'Europe. Cette évolution s'explique partiellement par la dynamisation de l'offre qui priviliege désormais le marché européen à partir des « hubs » tels que l'Espagne et les Pays-Bas mais aussi via l'Europe de l'Est.
- L'évolution du marché de l'héroïne et celui des drogues de synthèse ne peut être mise en relief du fait du manque d'estimations fiables dans le temps. Le fait marquant concernant le marché de l'héroïne est la « concurrence » engendrée par le détournement des Médicaments de substitution aux opiacés (MSO), ce qui diminue ainsi sa rentabilité.
  - Concernant les drogues de synthèse (MDMA/ecstasy et amphétamines), cette première estimation montre que la taille du marché est en France relativement peu conséquente en comparaison de certains pays européens et fait apparaître un manque de données sur cette catégorie particulièrement labile.
  - Les produits de coupe sont des éléments importants de l'économie de la drogue. Elles permettent à l'offre de cocaïne et d'héroïne de générer une forte marge à tous les niveaux du circuit de distribution (de la production à la vente au détail). Les produits de coupe permettent aussi de compenser les variations de stock disponible pour ne pas impacter les prix. Une économie parallèle de ces produits de coupe existe indubitablement, d'après les auteurs de cette recherche.

Une synthèse des résultats de cette recherche est téléchargeable :

[https://www.inhesj.fr/sites/default/files/fichiers\\_site/communication/synthese\\_rapport\\_argent\\_de\\_la\\_drogue.pdf](https://www.inhesj.fr/sites/default/files/fichiers_site/communication/synthese_rapport_argent_de_la_drogue.pdf) (Ben Lakhdar *et al.* 2016).

## T5. Sources and methodology

The purpose of this section is to collect sources and bibliography for the information provided above, including brief descriptions of studies and their methodology where appropriate. Please structure your answers around the following questions.

T5.1 Please list notable sources for the information provided above.

Ben Lakhdar, C. (2007). Les dépenses publiques attribuables aux drogues illicites en France en 2005 (thème spécifique 1). In: Costes, J.M. (Ed.) 2007 National report (2006 data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point France. New development, trends and in-depth information on selected issues. OFDT, Saint-Denis.

Ben Lakhdar, C., Lalam, N. and Weinberger, D. (2016). L'argent de la drogue en France. Estimation des marchés des drogues illicites en France. Rapport synthétique de la recherche "Argent de la drogue" à destination de la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives (MILDECA). INHESJ (Institut National des Hautes Etudes de la Sécurité et de la Justice), Paris. Available: [https://www.inhesj.fr/sites/default/files/fichiers\\_site/communication/synthese\\_rapport\\_argent\\_de\\_la\\_drogue.pdf](https://www.inhesj.fr/sites/default/files/fichiers_site/communication/synthese_rapport_argent_de_la_drogue.pdf) [accessed 27/10/2017].

Díaz Gómez, C. (2012). Tendances récentes des dépenses publiques relatives aux réponses apportées aux drogues (thème spécifique 2). In: Pousset, M. (Ed.) 2012 National report (2011 data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point France. New development, trends and in-depth information on selected issues. OFDT, Saint-Denis.

- Díaz Gómez, C. (2013). Estimation des dépenses publiques en matière de lutte contre les drogues. In: OFDT (Ed.) Drogues et addictions, données essentielles. OFDT, Saint-Denis.
- Fédération Française d'Addictologie (2016). 1ère Audition publique 2.0 "La réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives". Rapport d'orientation et recommandations de la Commission d'audition. Fédération française d'Addictologie, Paris. Available: [http://www.addictologie.org/dist/telecharges/FFA2016\\_RapportOrientation&Recos.pdf](http://www.addictologie.org/dist/telecharges/FFA2016_RapportOrientation&Recos.pdf) [accessed 27/10/2017].
- Kopp, P. (2015). Le coût social des drogues en France [The social cost of drugs in France]. OFDT, Saint-Denis. Available: <http://www.ofdt.fr/publications/collections/notes/le-cout-social-des-drogu...> [accessed 27/10/2017].
- Kopp, P. and Fenoglio, P. (2004). Coût et bénéfices économiques des drogues. OFDT, Saint-Denis. Available: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/rapports-d-etudes/rapports-detudes-ofdt-parus-en-2004/cout-et-benefices-economiques-des-drogu...> [accessed 27/10/2017].
- Kopp, P. and Fenoglio, P. (2006). Le coût des traitements et de la mise en œuvre de la loi dans le domaine des drogues. OFDT, Saint-Denis. Available: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/rapports-d-etudes/rapports-detudes-ofdt-parus-en-2006/le-cout-des-traitements-et-de-la-mise-en-uvre-de-la-loi-dans-le-domaine-des-drogu...> [accessed 27/10/2017].
- MILDECA (2016). Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives. Plan d'actions 2016-2017. Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives, Paris. Available: <http://www.droques.gouv.fr/la-mildeca/le-plan-gouvernemental/priorite-2013-2017> [accessed 27/10/2017].
- MILD'T (2013a). Government plan for combating drugs and addictive behaviours 2013-2017. MILD'T, Paris. Available: [http://www.droques.gouv.fr/sites/droques.gouv.fr/files/atoms/files/plan\\_gouvernement\\_droques\\_2013-2017\\_eng\\_df\\_0.pdf](http://www.droques.gouv.fr/sites/droques.gouv.fr/files/atoms/files/plan_gouvernement_droques_2013-2017_eng_df_0.pdf) [accessed 27/10/2017].
- MILD'T (2013b). Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017. MILD'T, Paris. Available: <http://www.droques.gouv.fr/la-mildeca/le-plan-gouvernemental/priorite-2013-2017> [accessed 27/10/2017].
- MILD'T (2014). Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives. Plan d'actions 2013-2015. MILD'T, Paris. Available: <http://www.droques.gouv.fr/la-mildeca/le-plan-gouvernemental/priorite-2013-2017> [accessed 27/10/2017].
- Premier ministre (2017). Document de politique transversale. Politique de lutte contre les drogues et les conduites addictives. Projet de loi de finances pour 2017. Ministère des finances et des comptes publics, Paris. Available: [https://www.performance-publique.budget.gouv.fr/sites/performance\\_publique/files/farandole/ressources/2017/pap/pdf/DPT/DPT2017\\_droques.pdf](https://www.performance-publique.budget.gouv.fr/sites/performance_publique/files/farandole/ressources/2017/pap/pdf/DPT/DPT2017_droques.pdf) [accessed 27/10/2017].

Pour les dépenses de santé, le recours à des bases de données de l'Assurance maladie et des textes budgétaires ministériels ont été nécessaires :

- Medic'AM, CNAM-TS pour les montants de remboursement des médicaments de substitution. Cette source fournit les montants de remboursement de l'AM à partir des prix de vente des médicaments. Il faut ajouter la part remboursée relative aux honoraires de dispensation des officines de pharmacie. Cette estimation a été réalisée par l'OFDT.
- Ministère des finances et des comptes publics et Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. [Instruction Interministérielle DGCS/SD1/SD5C/DGS/DSS/DB n°2015-289 du 15 septembre 2015 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2015 des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques : appartements de coordination thérapeutique \(ACT\), Lits halte soins santé \(LHSS\), centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues \(CAARUD\), communautés thérapeutiques \(CT\), centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie \(CSAPA\), lits d'accueil médicalisé \(LAM\), et l'expérimentation « Un chez soi d'abord ».](#) NOR: AFSA1521774J
- Ministère des Affaires sociales et de la Santé. [Circulaire DGOS/R1 n°2015-361 du 15 décembre 2015 relative à la campagne tarifaire et budgétaire 2015 des établissements de santé.](#) NOR: AFSH1531230J
- Ministère des Affaires sociales et de la Santé. [Circulaire DGOS/R1 n°2015-140 du 22 avril 2015 relative à la campagne tarifaire et budgétaire 2015 des établissements de santé.](#) NOR: AFSH1510381C.

T5.2 Where studies or surveys have been used please list them and where appropriate describe the methodology?