

2018

**Drug policy workbook
(Politique et stratégie nationale)**

France

Rapport national 2018 (données 2017) à l'EMCDDA par le point focal français du réseau Reitox

Sous la direction de : Julien Morel d'Arleux

Coordination éditoriale et rédactionnelle : Aurélie Lermenier-Jeannet et Anne de l'Eprevier

Contributions aux workbooks

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

Relecture (version française) : Julie-Émilie Adès, Julien Morel d'Arleux, 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) : Anne de l'Eprevier

Références bibliographiques : Isabelle Michot

Références législatives : Anne de l'Eprevier

Table of Contents

T0 Summary	3
T1. National profile	6
T1.1 National drugs strategies	6
T1.2 Evaluation of national drugs strategies	7
T1.3 Drug policy coordination	12
T1.4 Drug related public expenditure	13
T2. Trends. Not applicable for this workbook.	16
T3. New developments	16
T4. Additional information	17
T5. Sources and methodology.	18

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 T.1.2

- 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 T.1.3

- 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 Premier ministre au président de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA) du 19 septembre 2017. Le gouvernement affirme sa volonté de mener une politique claire et cohérente portant sur les risques mais aussi sur les dispositifs permettant de venir en aide aux publics concernés. Cet objectif repose sur la mise en œuvre d'une politique de prévention et d'accompagnement soutenue dès le plus jeune âge et en tenant compte des lieux de vie et des fragilités des populations. Une autre priorité forte du gouvernement est la lutte contre le trafic. Dans la continuité du plan précédent de lutte contre les drogues et les conduites addictives (2013-2017), le plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 prône une approche envers l'ensemble des substances psychoactives (alcool, tabac, drogues illicites) et les autres formes de conduites addictives (jeux d'argent et de hasard, dopage) en mettant l'accent sur les écrans.

Il s'inscrit sur une durée de 5 ans, compatible avec ses objectifs, en particulier en matière de prévention. Un élément marquant relève de sa volonté d'assurer une bonne articulation avec d'autres plans gouvernementaux (santé, prévention, sécurité routière, pauvreté des enfants, étudiants, logement, dopage, outre-mer). Ce plan est accompagné d'un tableau de bord reprenant les principaux défis à relever relatifs aux évolutions souhaitées et définissant des cibles à atteindre. Ces cibles présentent des temporalités variables selon la disponibilité effective des données.

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

L'évaluation conduite la plus récemment est celle qui a porté sur le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017. Les travaux d'évaluation ont été confiés à une équipe externe issue du monde académique. Quatre mesures « phare » du plan 2013-2017 ont été sélectionnées : le dispositif des « Etudiants relais santé » qui s'est déroulé en milieu universitaire, une expérimentation 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.), 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 », et enfin, deux programmes d'intervention régionaux visant à prévenir et prendre en charge précocement le syndrome d'alcoolisation fœtal. Le rapport d'évaluation final a été rendu public le 16 janvier 2018. Ces recommandations ont inspiré l'orientation insufflée au plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022, qui fait le double pari d'inscrire ses actions dans un temps long et d'intégrer de façon transversale la dimension des territoires, afin de créer une véritable dynamique locale sur la politique de prévention et de lutte contre les addictions.

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. Couvrant le territoire français, un réseau d'une centaine de représentants territoriaux (chefs de projet dont onze sont responsables de la coordination régionale) assure la cohérence entre les actions de réduction de l'offre et celles de réduction de la demande.

Summary of new developments (250 words)

Un nouveau plan national de lutte contre les addictions 2018-2022, élaboré par la MILDECA, a été validé en décembre 2018.

S'agissant des faits saillants les plus récents en matière d'évolution des politiques publiques pour lutter contre le cannabis, on soulignera que l'année 2018 a été marquée par le rendu du rapport d'information portant sur l'opportunité de recourir à la procédure de l'amende forfaitaire délictuelle (déjà prévu dans le droit français pour les délits routiers).

En matière des débats publics, un fait majeur à souligner a été la large controverse suscitée par l'apparition de nombreux produits présentés comme contenant du cannabidiol (CBD) et des boutiques le commercialisant en France.

En dehors des questions largement centrées sur le cannabis, plus récemment le trafic et la consommation de crack dans les transports à Paris et en banlieue a gagné en visibilité. La scène ouverte de crack a été largement relayée par la presse nationale et traitée par les forces de l'ordre comme un épiphénomène. Les débats suscités ont donné lieu à la mise en place d'un groupe de travail interministériel pour réfléchir aux réponses à apporter et divers travaux d'observation et des recherches ont été commandés par la Direction générale de la Santé, la MILDECA et la Mairie de Paris.

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. 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 du montant estimé pour l'alcool (118 milliards) et pour le tabac (122 milliards).

En 2016, le total des dépenses liées aux drogues est estimé à 2,23 milliards d'euros. La contribution de l'État et de l'Assurance maladie représente 0,1 % du produit intérieur brut (PIB), avec 52 % du total pour les initiatives de réduction de la demande, 47 % pour les activités de réduction de l'offre et près de 1 % des ressources allouées aux activités transversales (coordination et coopération internationale). Cette estimation est en hausse par rapport à 2015 (+ 9 %), après la stabilisation constatée entre 2014 et 2015 (+ 1 %) qui faisait suite à la baisse observée entre 2013 et 2014 (- 6 %).

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 de la politique française de lutte contre les addictions figurent dans la lettre de mission confiée au président de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA). Dans sa lettre de mission de septembre 2017, le Premier ministre a affirmé sa volonté de mener une politique claire et cohérente portant sur les risques mais aussi sur les dispositifs permettant de venir en aide aux publics concernés. Cet objectif repose sur la mise en œuvre d'une politique de prévention et d'accompagnement soutenue dès le plus jeune âge et en tenant compte des lieux de vie et des fragilités des populations. Une autre priorité forte du gouvernement est la lutte contre le trafic. L'accent est mis sur une action gouvernementale ambitieuse, basée sur l'investigation, la coopération et la formation des agents permettant de mieux cibler les nouvelles menaces en matière d'offre de stupéfiants à l'échelle nationale et locale, d'accroître la surveillance de l'offre dématérialisée et enfin, d'intensifier la lutte contre la cannabis culture. À l'échelle de l'Europe, un objectif visé par le Premier ministre est de veiller à l'articulation entre l'action gouvernementale et la stratégie européenne et d'inciter l'UE à élargir son approche aux produits licites et aux addictions sans substance.

Depuis le 1^{er} mars 2017, un nouveau président, Nicolas Prisse, a succédé à Danièle Jourdain-Menninger [[Décret du 9 février 2017 portant nomination du président de la mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives](#)]. Sous l'autorité du Premier ministre, la MILDECA a pour mission de coordonner l'action gouvernementale et d'animer une politique cohérente impliquant les départements ministériels et l'ensemble des représentants locaux de l'État (les préfets, les recteurs, les directeurs généraux des agences régionales de santé et les procureurs). Un nouveau plan national de lutte contre les addictions 2018-2022, élaboré par la MILDECA, a été validé en décembre 2018 (MILDECA 2018). Dans la continuité du plan précédent de lutte contre les drogues et les conduites addictives (2013-2017) (MILDT 2013), le plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 prône une approche envers l'ensemble des substances psychoactives (alcool, tabac, drogues illicites) et les autres formes de conduites addictives (jeux d'argent et de hasard, dopage) en mettant l'accent sur les écrans.

Ce nouveau plan national de mobilisation contre les addictions répond à six grands défis :

- 1 – Protéger dès le plus jeune âge
- 2 – Mieux répondre aux conséquences des addictions
- 3 – Améliorer l'efficacité de la lutte contre le trafic
- 4 – Renforcer les connaissances et favoriser leur diffusion
- 5 – Renforcer la coopération internationale
- 6 – Créer les conditions de l'efficacité de l'action publique sur l'ensemble du territoire

Il résulte d'une large concertation (ministères, opérateurs locaux de l'État, milieu associatif, professionnels) et se décline selon les six grands défis en une vingtaine de priorités. Chaque priorité comporte plusieurs objectifs opérationnels déclinés en mesures. Ces mesures sont de nature différente. Certaines privilégient une approche d'intervention globale visant à la fois l'ensemble des consommations ou des conduites addictives et s'adressant à tout public sans distinction. Le plan définit également des actions ciblées qui renvoient aux spécificités des produits, des populations exposées, des lieux de vie ou des territoires.

Il s'inscrit sur une durée de 5 ans, compatible avec ses objectifs, en particulier en matière de prévention. Un élément marquant relève de sa volonté d'assurer une bonne articulation avec d'autres plans gouvernementaux (santé, prévention, sécurité routière, pauvreté des enfants, étudiants, logement, dopage, outre-mer).

Le Plan 2018-2022 porte une attention particulière à sa déclinaison territoriale. Il indique les priorités qui relèvent plus directement de la responsabilité des services de l'État à l'échelle territoriale (les préfets, les recteurs, les directeurs généraux des agences régionales de santé et les procureurs), tout en soulignant la nécessité de développer un partenariat étroit avec les collectivités dans la mise en œuvre des actions locales. Il confie aux services en préfecture l'élaboration des stratégies territoriales sur 4 priorités locales en lien avec la lutte contre les addictions :

- vie festive et tranquillité publique,
- protection des mineurs,
- sécurité dans les quartiers,
- prévention de la délinquance.

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

Le gouvernement élabore la politique nationale de lutte contre les drogues et de prévention des conduites addictives mais la mise en œuvre de l'action gouvernementale repose sur l'ensemble des départements ministériels impliqués, les services de l'État locaux et ses opérateurs. La stratégie nationale repose également sur les autres acteurs publics et privés définissant leurs propres stratégies d'action, notamment dans le champ de la prévention et de la santé. Le Premier ministre dans sa lettre de mission a souligné l'impératif d'une coopération interministérielle forte mais aussi la nécessité d'une stratégie d'animation des territoires soutenue, favorisant le rapprochement des services locaux de l'État avec les collectivités territoriales qui ont également des compétences en la matière.

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.

En vue d'évaluer la capacité des pouvoirs publics à mobiliser la société civile dans l'atteinte des objectifs prioritaires de l'action gouvernementale, le nouveau plan de mobilisation contre les addictions définit une quinzaine d'indicateurs clés. Les indicateurs retenus portent sur les thèmes suivants :

- 1) Perception de la dangerosité des consommations
- 2) Âge des initiations et évolution des consommations (en population générale, chez les jeunes, des femmes durant la grossesse et consommations dans le cadre du travail)
- 3) Accessibilité des produits (alcool, tabac et cannabis)
- 4) Prévention auprès des femmes enceintes, accès aux dispositifs d'aide au sevrage et aux MSO, d'accompagnement et de réduction des risques et des dommages
- 5) Prévalence des maladies infectieuses et mortalité liée aux addictions (en lien avec des complications sanitaires ou en lien avec l'insécurité routière)
- 6) Lutte contre la mortalité routière en lien avec l'alcool et les stupéfiants
- 7) Violences et consommations
- 8) Lutte contre les trafics
- 9) Effort de recherche

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.

L'évaluation conduite la plus récemment est celle qui a porté sur le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 (MILDT 2013). Les travaux d'évaluation ont été confiés à une équipe externe issue du monde académique : le Laboratoire interdisciplinaire d'évaluation des politiques publiques (LIEPP, Sciences Po, Université Sorbonne). 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.

Les quatre actions retenues, les objectifs de l'évaluation, sa méthodologie et les principaux résultats et conclusions sont résumés 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.

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.

Le rapport d'évaluation final a été rendu public le 16 janvier 2018 (Bergeron *et al.* 2017). À l'occasion de sa sortie, la MILDECA et le LIEPP ont organisé un séminaire de restitution dont l'objectif a été d'aborder la question de l'effectivité et de l'efficacité des actions évaluées, de même que la question des déterminants des coopérations et des conflits entre acteurs.

S'agissant des recommandations en vue de l'élaboration du prochain plan, 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.

Ces recommandations ont inspiré l'orientation insufflée au plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 (MILDECA 2018), qui fait le double pari d'inscrire ses actions dans un temps long de cinq ans, dans l'objectif de relever le défi d'agir effectivement de façon soutenue en faveur de la prévention des conduites addictives, et d'intégrer de façon transversale la dimension des territoires, à l'appui de feuilles de route déclinables en concertation avec les chefs de projets MILDECA et les autres acteurs locaux, afin de créer une véritable dynamique locale sur la politique de prévention et de lutte contre les addictions.

Cette évaluation externe a été accompagnée d'une démarche d'évaluation interne qui a pris pour sa part la forme d'un suivi d'indicateurs. Elle a été confiée à l'OFDT. Cette démarche s'est attachée à traduire les progrès réalisés dans le sens des objectifs gouvernementaux pendant la période d'application du plan 2013-2017. Le tableau de bord utilisé a réuni des indicateurs pertinents et comparables. Il a été 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 ont été 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...).

Dans l'ensemble, les évolutions observées sont allées dans le sens des objectifs poursuivis par le Plan 2013-2017. S'agissant des actions en faveur de la prévention, les efforts des pouvoirs publics se sont traduits par la création d'une commission interministérielle de prévention des conduites addictives (CIPCA) afin de créer un lieu « référent d'appui aux acteurs » au service du développement d'une culture de l'évaluation (voir workbook « Prévention »). La promotion de la santé au travail a fait l'objet d'une attention particulière (actions soutenues visant la mobilisation des entreprises, évolutions réglementaires...). Un autre axe fort a été la prévention en milieu universitaire, où la MILDECA s'est investie particulièrement dans une démarche d'information et d'accompagnement afin de sensibiliser les personnels aux problématiques d'addiction et d'impulser des actions concrètes auprès des étudiants (formation des étudiants « relais santé », accompagnement des universités, chartes de prévention signées par les universités partenaires). Une fragilité du plan a été sa faible capacité de mobilisation des acteurs de la politique de la ville chargés d'améliorer la situation des populations issues des quartiers en difficulté. Auprès de ces publics, l'enjeu demeure d'identifier les leviers d'action les plus pertinents.

S'agissant de la dimension socioprofessionnelle dans la réduction des risques et l'accompagnement vers la prise en charge, le plan gouvernemental 2013-2017 a soutenu le développement du dispositif d'insertion professionnelle TAPAJ (voir workbook « Prévention ») pour les usagers de drogues de moins de 35 ans, mais des défis importants restent à relever en termes d'accessibilité et de soutenabilité dans la durée. Enfin, les données recueillies en matière de trafic montrent globalement une évolution dans le sens des objectifs de la stratégie gouvernementale 2013-2017, avec une mobilisation assez importante des forces de l'ordre autour des objectifs gouvernementaux en matière de lutte contre les stupéfiants.

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

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.

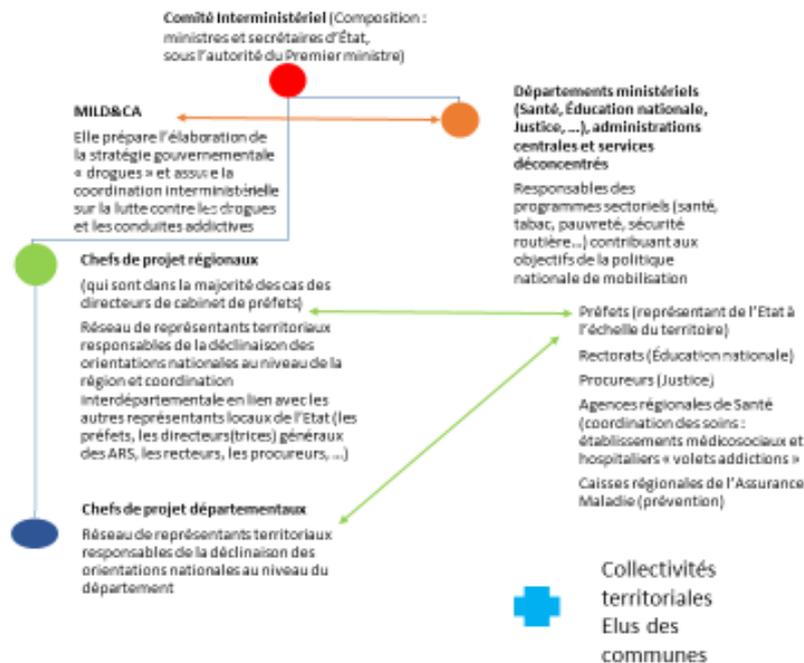
La MILDECA est chargée d'assurer la coordination de la politique gouvernementale française en matière de lutte contre les drogues et de prévention des comportements addictifs. Sous l'autorité du Premier ministre, son périmètre d'action comprend la prévention, le traitement, la réduction des risques, 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 est chargée de l'élaboration des plans nationaux de lutte contre les addictions à la demande du Premier ministre.

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.

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. Onze d'entre eux sont responsables de la coordination au niveau régional. 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

Chaque année, la MILDECA adresse à son réseau territorial des chefs de projets une circulaire d'orientation des crédits qui leur sont délégués, afin de leur donner les moyens d'impulser localement des actions de prévention et de lutte contre la drogue et les conduites addictives. Le dernier rapport d'activité des chefs de projets de la MILDECA, qui dresse un état des lieux de l'action territoriale en matière de politique de prévention et de lutte contre les drogues et les addictions, souligne que plus des trois quarts des départements (77 %) mettent en œuvre un plan d'actions en conformité avec le plan 2013-2017.

La circulaire 2018 (disponible sur le site de la MILDECA : http://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/circulaire_cdp_2018.pdf [accédé le 03/01/2019]) constitue pour les territoires une année de transition, entre les orientations du plan gouvernemental 2013-2017 et celles qui sont portées par le nouveau plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 (MILDECA 2018).



Source : OFDT

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.

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 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). Deux autres études ont porté sur les dépenses publiques liées aux drogues (Ben Lakhdar 2007; Díaz Gómez 2012; Díaz 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). Les dépenses en 2016 ont été évaluées à 2,23 milliards d'euros. Cette estimation est en hausse par rapport à 2015 (+ 9 %), après la stabilisation constatée entre 2014 et 2015 (+ 1 %) qui faisait suite à la baisse observée entre 2013 et 2014 (- 6 %). 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 2,16 milliards d'euros.

En 2016, la contribution de l'État et de l'Assurance maladie (des crédits exécutés) représentent 0,1 % du produit intérieur brut (PIB), avec 52 % du total pour les initiatives de réduction de la demande, 47 % pour les activités de réduction de l'offre et près de 1 % des ressources allouées aux activités transversales (coordination et coopération internationale).

Contrairement au plan d'actions précédent qui disposait d'un budget associé, le plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 ne fournit pas d'informations budgétaires relatives à la mise en œuvre de ses actions. Cependant, il prévoit un financement supplémentaire (projet de loi de finances pour 2019).

*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). Les dépenses relatives au financement des structures médico-sociales spécialisées en addictologie sont fournies directement par les Agences régionales de Santé (ARS) sur la base des crédits exécutés. Pour 2016, il faut ajouter également le financement spécifique de l'expérimentation des deux salles de consommation à moindre risque (SCMR) prévue dans la [loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé](#) (voir workbook Conséquences sanitaires et réduction des risques). Cette expérimentation à Paris et Strasbourg est financée par les crédits du Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS) de l'Assurance-maladie. La filière hospitalière complète la prise en charge sanitaire des addictions grâce aux financements supplémentaires de l'Assurance-maladie pour les équipes de liaison en addictologie (ELSA) et les consultations hospitalières d'addictologie ainsi que le remboursement des médicaments de substitution aux opiacés. Enfin, en 2016, dans le cadre de l'accès aux soins de détenus souffrant des conduites addictives, la Direction générale d'organisation des soins (DGOS) a alloué des financements supplémentaires, sous l'impulsion des plans spécifiques, pour la conduite des programmes expérimentaux (unité de réhabilitation pour usagers de drogues (URUD) et projet PRI2DE - voir workbook Prison).

Table IV. Répartition des dépenses publiques liées à la drogue (crédits exécutés en 2016).

Dépenses	Année	Classification COFOG	Classification dans la comptabilité nationale	Fléchage (Fléché, Non fléché)	Nom du programme
14 383 689	2016	01.3 - Services généraux	129	Fléché	Coordination du travail gouvernemental
2 070 000	2016	01.3 - Services généraux	209	Non fléché	Solidarité à l'égard des pays en développement
638 361	2016	01.3 - Services généraux	105	Non fléché	Action de la France en Europe et dans le monde
691 205	2016	01.3 - Services généraux	307	Non fléché	Coordination de la sécurité des personnes et des biens (réseau Chefs de projet "drogue et toxicomanie")
107 083	2016	09.4 - Enseignement supérieur	163	Fléché	Jeunesse et vie associative
4 645 559	2016	09.1 - Enseignement pré-primaire et primaire	140	Non fléché	Enseignement scolaire public du premier degré
113 886 407	2016	09.2 - Enseignement secondaire	141	Non fléché	Enseignement scolaire public du second degré
10 938 111	2016	09.2 - Enseignement secondaire	143	Non fléché	Enseignement technique agricole
160 278 944	2016	09.2 - Enseignement secondaire	230	Non fléché	Vie de l'élève
4 600 000	2016	09.8 - Éducation (sans précision)	207	Non fléché	Sécurité et éducation routières
639 744	2016	09.8 - Éducation (sans précision)	147	Non fléché	Politique de la ville
250 000	2016	09.4 - Enseignement supérieur	142	Non fléché	Enseignement supérieur et recherche agricoles
1 282 334	2016	07.5 - Recherche et Développement dans le domaine de la santé	172	Fléché	Recherches scientifiques et technologiques pluridisciplinaires
7 395 352	2016	07.4 - Services de santé publique	204	Non fléché	Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins
9 486 000	2016	07.4 - Services de santé publique	219	Non fléché	Sport
84 000	2016	07.4 - Services de santé publique	123	Fléché	Conditions de vie Outre-Mer
400 790 000	2016	07.4 - Services de santé publique	Budget de la Sécurité sociale	Fléché	Dépenses en santé spécialisées
109 816 125	2016	0.7.1 - Produits, appareils et matériels médicaux	Budget de la Sécurité sociale	Fléché	Montant de remboursement des MSO par l'AM
325 356 688	2016	07.3 - Services hospitaliers	Budget de la Sécurité sociale	Fléché	Dépenses en santé hôpital
7 025 239	2016	10.4 - Familles et enfants	304	Non fléché	Inclusion sociale et protection des personnes (changement de libellé en 2016)
184 095 663	2016	03.1 - Services de police	176	Non fléché	Police nationale
2 888 050	2016	03.3 - Tribunaux	182	Non fléché	Protection judiciaire de la jeunesse
139 297 175	2016	03.3 - Tribunaux	166	Non fléché	Justice
2 861 768	2016	03.4 - Prisons	107	Non fléché	Administration pénitentiaire
487 000 000	2016	03.6 - Ordre et sécurité publics (sans précision)	302	Non fléché	Facilitation et sécurisation des échanges
220 147 928	2016	02.2 - Défense civile	152	Non fléché	Gendarmerie nationale
14 980 569	2016	02.2 - Défense civile	178	Non fléché	Préparation et emploi des forces

Source : (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.

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.).

Un nouveau plan national de lutte contre les addictions 2018-2022, élaboré par la MILDECA, a été adopté en décembre 2018 (voir section T 1.1.1).

Alors que l'année 2017 avait été l'occasion pour plusieurs candidats à l'élection présidentielle d'exprimer leur souhait 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](#)], la commission des lois de 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 pour deux délits routiers) pour sanctionner l'infraction d'usage illicite de stupéfiants. Cette mission, après avoir entendu les différents acteurs du champ, a rendu son rapport d'information en janvier 2018 (Poulliat and Reda 2018). Les deux rapporteurs ont préconisé pour l'un la mise en place d'une amende forfaitaire délictuelle avec un régime particulier en cas de récidive, et pour l'autre l'instauration d'une contravention de 4^e ou de 5^e classe (entre 150 et 200 euros).

Présenté au Conseil des ministres en avril 2018, le projet de loi de programmation de la justice 2018-2022 prévoit la création d'une amende forfaitaire délictuelle et devrait être examiné à l'automne 2018 (voir workbook Cadre légal).

Ces différentes étapes ont contribué à alimenter le débat sur les possibles évolutions législatives concernant le cannabis, dans un contexte de mutations internationales dont a notamment rendu compte le projet Cannalex (<https://www.ofdt.fr/europe-et-international/projets-internationaux/cannalex/>). Le rapport de cette recherche, conduite par l'Institut national des hautes études de la sécurité et de la justice (INHESJ) en partenariat avec l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), a été rendu public en octobre 2017 (Lalam *et al.* 2017). Il propose une analyse comparée des expériences de régulations du cannabis aux États-Unis dans le Colorado et dans l'État de Washington ainsi qu'en Uruguay. Ces travaux ont été largement commentés.

Début 2018, l'émergence de nombreux produits présentés comme contenant du cannabidiol (CBD) et de boutiques les commercialisant en France ont suscité une large controverse. « *Afin de rendre publiques des informations juridiques et techniques validées par toutes les autorités concernées* », la MILDECA a piloté un groupe de travail interministériel sur cette thématique (voir :

<http://www.drogues.gouv.fr/actualites/cannabidiol-cbd-point-legislation>). Les principales conclusions sont que les variétés de chanvre autorisées à des fins industrielles et commerciales sont réglementées et inscrites dans le Code de la santé publique. L'utilisation et la commercialisation de fleurs ou feuilles de chanvre, ou de produits obtenus à partir de ces parties de la plante, ne sont pas autorisées, quelle que soit la variété. Les e-liquides et autres produits à base de CBD sont interdits s'ils contiennent du THC, quel que soit la

quantité, et s'ils ne sont pas obtenus à partir de variétés et de parties de plantes autorisées. Aucune vertu thérapeutique ne peut être revendiquée, notamment par les fabricants et vendeurs de produits contenant du CBD. Enfin, toutes les publicités portant allégation de vertus thérapeutiques sont interdites (à l'exception des médicaments bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché).

En dehors de ces questions largement centrées sur le cannabis, la dernière année a été marquée par la mise en place, au début de l'année 2018 par la MILDECA, d'un groupe de travail autour de la question du crack. Dans un contexte de plus grande visibilité (notamment dans le métro) des trafics et des consommations à Paris et en proche banlieue, ce groupe rassemble des représentants de l'État, des autorités sanitaires ou judiciaires locales, mais également des représentants des usagers et de la Régie autonome des transports parisiens (RATP).

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.

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, il est important d'évoquer le rôle de la Mission métropolitaine de prévention des conduites à risques (MMPCR). Créée en juillet 2013, la MMPCR met en œuvre la politique de la Mairie de Paris et du Conseil départemental de la Seine-Saint-Denis dans le domaine de la prévention des conduites à risques. La mission s'adresse aux acteurs des territoires de Paris et de la Seine Saint Denis concernés (professionnels de terrain, acteurs institutionnels, élus...). La MMPCR coordonne sur le territoire parisien plusieurs programmes de prévention et de réduction des risques. Le dispositif de prévention en milieux festifs « Fêtez Clairs » et la « démarche foyer » en sont des exemples.

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 (Ben Lakhdar *et al.* 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 privilégie 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 changeante.
- 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.

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_droque.pdf [accessed 11/07/2017].

- Bergeron, H., Hassenteufel, P., Lartigot-Hervier, L. and Roa Bastos, F. (2017). Evaluation de quatre actions du Plan gouvernemental de lutte contre les conduites addictives (2013-2017). SciencesPo, Paris. Available: https://spire.sciencespo.fr/hdl:/2441/5ripuidjeg85c8482h7r3pjejp?_ga=2.82562271.812959046.1529499036-104983781.1529499036 [accessed 23/07/2018].
- 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.
- 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-drogues-juin-2004/> [accessed 23/07/2018].
- 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-drogues-mai-2006/> [accessed 23/07/2018].
- Kopp, P. (2015). Le coût social des drogues en France [The social cost of drugs in France]. OFDT, Saint-Denis. Available: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/notes/le-cout-social-des-drogues-en-france/> [accessed 23/07/2018].
- Lalam, N., Weinberger, D., Alimi, D., Obradovic, I. and Gandilhon, M. (2017). Cannalex - Une analyse comparée des expériences de régulation du cannabis (Colorado, État de Washington, Uruguay). Rapport final synthétique. INHESJ (Institut National des Hautes Etudes de la Sécurité et de la Justice) ; OFDT, Paris. Available: <https://www.ofdt.fr/europe-et-international/projets-internationaux/cannalex/> [accessed 23/07/2018].
- MILDECA (2018). Alcool, tabac, drogues, écrans : Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022. Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives, Paris.
- MILDT (2013). Government plan for combating drugs and addictive behaviours 2013-2017. MILDT, Paris. Available: http://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/plan_gouvernemental_drogues_2013-2017_eng_df_0.pdf [accessed 12/06/2018].
- Poulliat, E. and Reda, R. (2018). Rapport d'information déposé [...] en conclusion des travaux d'une mission d'information relative à l'application d'une procédure d'amende forfaitaire au délit d'usage illicite de stupéfiants. Assemblée nationale, Paris. Available: <http://www.assemblee-nationale.fr/15/rap-info/i0595.asp> [accessed 23/07/2018].

Premier ministre (2017). Document de politique transversale. Politique de lutte contre les drogues et les conduites addictives. Projet de loi de finances pour 2018. Ministère de l'action et des comptes publics, Paris. Available: https://www.performance-publique.budget.gouv.fr/sites/performance_publicue/files/farandole/ressources/2018/pap/pdf/DPT/DPT2018_drogues.pdf [accessed 23/07/2018].

Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (2017). Fonds d'intervention régional (FIR). Rapport d'activité 2016. Ministère des solidarités et de la santé, ARS, Paris. Available: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fir_rapport_activites_2016.pdf [accessed 31/07/2018].

Pour les dépenses de santé inscrites dans la loi de finances de la sécurité sociale (LFSS), le recours à la base de données Medic'AM de l'Assurance maladie et à la synthèse générale du bilan de la campagne FIR (Fonds d'intervention régionale) ont été nécessaires :

- Medic'AM, CNAM-TS pour les montants de remboursement des médicaments de substitution aux opiacés.

Cette source fournit les montants de remboursement de l'Assurance maladie à partir des prix de vente des médicaments. Il faut ajouter la part remboursée relative aux honoraires de dispensation des officines de pharmacie, non inclus dans les montants de remboursement enregistrés dans Medic'AM depuis le 1er janvier 2015. Cette estimation a été réalisée par l'OFDT.

- Fonds d'intervention régionale (FIR) (Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales 2017)

Cette source permet de retracer les dépenses de l'Assurance maladie dans le cadre du FIR mis en place par la Loi de finances de la Sécurité sociale (LFSS) pour financer l'activité hospitalière des équipes de liaison en addictologie et les actions de prévention des pratiques addictives. Ce fonds regroupe les dépenses de l'Assurance maladie réalisées par les Agences régionales de santé (ARS).

S'agissant du coût du dispositif médico-social en addictologie (CAARUD, CSAPA et communautés thérapeutiques), la source privilégiée est le "Document de politique transversale. Politique de lutte contre les drogues et les conduites addictives" (DPT). Bien que ce volet de dépenses ne relève pas directement de la loi de finances, il est possible de retracer les paiements annuels de la Sécurité sociale (des crédits exécutés) aux structures spécialisées en addictologie pour leur fonctionnement annuel à partir des annexes des DPT successifs. Ces informations proviennent des ARS chargées directement de la gestion financière et comptable des dotations versées.

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

--