

# Le coût social de l'alcool, du tabac et des drogues illicites

**Philippe Fénoglio**

Maître de conférences à l'université de Nancy II

**Véronique Parel**

Maître de conférences à l'université de Reims

**Pierre Kopp**

Professeur, université de Panthéon-Sorbonne (Paris I)

**Est-il possible de connaître le coût pour la société de la consommation de drogues ?**

**Présentation d'une étude mesurant les coûts privés et publics des consommations de tabac, alcool et drogues illicites en France en 1997.**

Cet article est consacré à une évaluation suivant la méthodologie « *cost of illness* » (COI) de la morbidité, de la mortalité et des coûts attribuables aux drogues (alcool, tabac et substances illicites) en France, en 1997 et fait suite à la publication par l'OFDT [10] d'un rapport consacré à cette question. Ce type d'évaluation est particulièrement intéressant en matière de décision publi-

que, et ce d'autant plus qu'il n'existe pas d'études antérieures chiffrant le coût social des drogues en France.

## Questions de méthodologie

### Les notions de coût

Dans cette étude, nous affectons à la consommation « *per se* » du produit tous les coûts imposés à la collectivité sans

## Méthodologie

L'approche « *cost of illness* » (COI) est bien établie dans la communauté scientifique. L'idée directrice est qu'une maladie ou un problème social imposent des coûts lorsque des ressources sont utilisées du fait de cette maladie ou de ce problème social, alors qu'elles auraient pu être utilisées autrement.

Deux hypothèses sont retenues : d'une part, que le plein emploi des facteurs est assuré (c'est-à-dire que l'ensemble des ressources existantes est utilisé en vue de produire des biens et des services) et, d'autre part, qu'une ré-allocation des ressources supprimant les drogues n'affecterait pas le niveau des bénéfices sociaux. Sous ces deux hypothèses, toutes les conséquences des drogues sont traitées comme un « coût social », source d'une perte de bien-être collectif.

Ce raisonnement repose sur le concept de coût d'opportunité décrivant la possibilité d'utiliser de façon alternative et plus avantageuse des ressources allouées à une activité. On parlera alors de scénario « *contre factuel* » qui correspond à un état des affaires alternatif. Le scénario contre factuel décrit donc ce que serait l'utilisations des ressources dans une société débarrassée des maladies engendrées par le tabac, l'alcool ou les drogues illicites, ce qui ne veut pas d'ailleurs dire que la consommation de ces produits serait forcément ramenée à zéro.

La méthodologie COI a été formalisée sous la forme de « *guidelines* » à la suite des travaux de la « *task force* » du US Public Health Service (PHS) dirigée par Dorothy Rice. Elle a fait l'objet de nombreux développements théoriques et de discussions (voir notamment les commentaires de Harwood dans la livraison d'*Addiction* de mai 1999).

distinguer les consommations réputées « normales » ou « abusives ».

Notre étude se limite aux « coûts tangibles » qui mesurent les pertes monétaires (les pertes de revenus, par exemple), et exclut de son champ les « coûts intangibles » correspondant à la valorisation monétaire de dommages subjectifs (peine et souffrance, par exemple).

Le coût social, tel que le mesure une étude (COI), couvre l'ensemble des coûts tangibles supportés par la collectivité, c'est-à-dire aussi bien par les agents privés (se traduisant par l'existence de coûts privés) que par les pouvoirs publics (coûts publics), et induits par la consommation et le trafic, exception faite du coût d'achat des substances.

Les coûts privés incorporent, outre les coûts supportés directement par les consommateurs de substances (dépenses de consommation, pertes de revenus liées par exemple à des décès prématurés, certains frais médicaux non remboursables, etc.), les coûts indirects ou externes privés supportés par les agents privés non consommateurs de substances (individus et organisations). Dans cette seconde catégorie sont comptabilisés des coûts infligés par les consommateurs de substances à d'autres agents privés non consommateurs (par exemple, les entreprises supportent des coûts liés aux pertes de production du fait de l'absentéisme des consommateurs de substances hospitalisés en raison directe de leur consommation d'alcool, de tabac ou de drogues illicites), mais aussi des dépenses engagées directement par des agents privés (principalement par les associations).

Les coûts publics recouvrent, quant à eux, trois types de dépenses liées à la consommation et au trafic de drogues par des agents privés. La première catégorie de dépenses incorpore les dépenses publiques au sens de la comptabilité nationale, c'est-à-dire celles retracées dans le budget de l'État. Dans ce cadre, nous retrouvons les dépenses engagées par les différents ministères. La seconde catégorie de dépenses représente l'ensemble des ressources engagées par les collectivités locales (régions, départements, communes). La troisième catégorie est constituée par les transferts sociaux, essentiellement ceux engagés dans le domaine de la santé. Ces transferts sont comptabilisés ici dans les coûts publics,

ce que ne font ni la comptabilité nationale française, ni celle de la plupart des pays européens, puisque ces coûts sont financés par l'ensemble de la collectivité, y compris les ménages ou les entreprises qui correspondent à des agents privés. Néanmoins, afin de favoriser la comparabilité des différentes études au niveau international, nous suivrons plutôt l'usage américain et britannique et incorporerons dans les dépenses publiques l'ensemble des transferts sociaux.

Ainsi, nous suivons le choix de ne calculer dans le cadre des études COI que le coût social « brut » plutôt que « net » des éventuels « *side effects* » positifs éventuellement engendrés par la consommation de certaines substances, notamment dans le cas où la consommation modérée d'alcool viendrait réduire le nombre de maladies cardiaques.

D'autre part, l'étude est « *prevalence-based* », c'est-à-dire qu'elle estime le coût des problèmes qui apparaissent durant une année donnée, en l'occurrence 1997.

Les pertes de revenu et de productivité dues aux décès prématurés sont estimées selon la méthode du « capital humain » à l'aide de la valeur présente des revenus futurs. Cette approche, qui est la plus fréquemment utilisée, diffère de celle, dite de la « *willingness to pay* », qui évalue la va-

leur de la vie humaine à partir de la somme que les individus sont disposés à payer pour modifier leur espérance de vie. En règle générale, les résultats obtenus avec la méthode « *human capital* » sont plus faibles que ceux issus d'un calcul suivant la technique de la « *willingness to pay* ».

La méthode « *human capital* » exige de calculer la valeur présente des revenus futurs perdus du fait d'une mortalité prématurée attribuable aux consommations de drogues. Les résultats présentés ci-dessous sont calculés avec un taux d'actualisation de 6 %, c'est-à-dire approximativement le taux d'intérêt de long terme. Cela veut dire qu'une somme d'argent à percevoir dans un an vaut aujourd'hui 6% de moins.

La première étape du calcul des coûts consiste à estimer le nombre de morts et d'hospitalisations attribuables à l'alcool, au tabac et aux drogues illicites. Une liste des causes de mortalité et de morbidité associées aux drogues a été dressée à partir de la nomenclature de l'Inserm.

Pour le tabac et l'alcool, nous avons calculé la part du risque attribuable aux pathologies impliquant le tabac. Dans cette étude, les données sur la mortalité, la morbidité, les risques relatifs sont tirées des études épidémiologiques existantes (tableau 1).

tableau 1

### Mortalité et morbidité en France, 1997

	Alcool	Tabac	Drogues illicites	Total
<b>Décès prématurés attribuables*</b>				
Hommes	35 446	39 131	nd	
Femmes	8 517	2 646	nd	
<b>Total</b>	<b>43 963</b>	<b>41 777</b>	<b>547</b>	<b>86 287</b>
<b>Années de vie perdues</b>				
Hommes	591 866	454 526	nd	
Femmes	150 232	27 078	nd	
<b>Total</b>	<b>742 098</b>	<b>481 604</b>	<b>nd</b>	<b>1 223 702</b>
<b>Nombre d'hospitalisations</b>				
Hommes	297 266	509 857	nd	807 123
Femmes	86 115	259 620	nd	345 735
<b>Total</b>	<b>383 381</b>	<b>769 477</b>	<b>nd</b>	<b>1 152 858</b>
<b>Nombre total de jours d'hôpital</b>				
Hommes	2 824 027	4 741 670	nd	7 565 697
Femmes	818 093	2 388 504	nd	3 206 597
<b>Total</b>	<b>3 642 120</b>	<b>7 130 174</b>	<b>nd</b>	<b>10 772 294</b>

\* Décès prématurés par rapport à l'espérance de vie. Pour les drogues illicites, seuls sont considérés les décès par overdoses et HIV.

tableau 2

## Coûts sociaux des drogues en France, 1997 (millions de F)

	Alcool		Tabac		Drogues illicites		Total	
	rang	coût	rang	coût	rang	coût	rang	coût
<b>1. Coût directs des soins</b>	<b>3</b>	<b>18 421,76</b>	<b>2</b>	<b>19 505,70</b>	<b>3</b>	<b>1 524,51</b>	<b>2</b>	<b>46 919,97</b>
1.1. Hospitalisation avec actes opératoires		8 805,40		10 933,20		*		26 178,80
1.2. Hospitalisation sans actes opératoires		1 383,80		1 714,80		924,51		5 050,91
1.3. Médecine de ville		8 232,56		6 857,70		600,00		15 690,26
<b>2. Coûts directs de prévention et de recherche</b>	<b>5</b>	<b>3 675,60</b>	<b>4</b>	<b>18,50</b>	<b>4</b>	<b>948,88</b>	<b>5</b>	<b>4 642,98</b>
2.1. Administrations publiques et Cnamts : total		3 669,90		18,50		948,88		4 637,28
2.1.1. Campagne du CFES		*		16,80		*		16,80
2.1.2. CNCT		*		1,70		*		1,70
2.1.3. Campagne de prévention de la Cnamts		22,00		*		*		22,00
2.1.4. Financement de l'Anpa par la Cnamts		7,00		*		*		7,00
2.1.5. Indemnisation Cnamts accidents du travail		3 401,34		*		*		3 401,34
2.1.5. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité		218,00		*		*		239,56
2.1.6. Affaires sociales, santé, ville		*		*		798,75		798,75
2.1.7. Mildt		*		*		45,36		45,36
2.1.8. Éducation nationale		*		*		56,01		56,01
2.1.9. Jeunesse et sports		*		*		17,08		30,87
2.1.10. Contribution au budget de l'Union européenne		*		*		30,87		30,87
2.1.11. Travail, emploi et formation professionnelle		*		*		0,81		0,81
2.2. Administrations privées		27,26		nd		nd		5,70
<b>3. Coûts direct de la mise en œuvre de la loi</b>	<b>6</b>	<b>367,36</b>		*	<b>2</b>	<b>3 911,46</b>	<b>6</b>	<b>4 278,82</b>
3.1. Administrations publiques (gendarmerie, police, Justice, Coopération, Affaires étrangères, PNUCID)		331,14		*		3 906,20		4 237,34
3.2. Administrations publiques, lutte anti-traffic de cigarettes		*		nd		*		*
3.3. Amendes supportées par les agents privés		36,22		*		5,26		41,48
<b>4. Coûts directs des pertes de prélèvements obligatoires</b>	<b>4</b>	<b>12 280,53</b>	<b>3</b>	<b>11 806,30</b>	<b>5</b>	<b>866,24</b>	<b>3</b>	<b>24 953,07</b>
4.1. Décès prématurés		11 977,09		11 348,30		100,25		23 425,64
4.2. Hospitalisation		230,00		458,00		nd		688,00
4.3. Incarcérations pour infractions au Code de la route, ILS**		73,44		*		765,99		839,43
<b>5. Autres coûts directs imputables</b>	<b>2</b>	<b>23 120,00</b>	<b>5</b>	<b>11,70</b>		*	<b>4</b>	<b>23 131,70</b>
5.1. Dépenses publiques de lutte contre les incendies		*		11,70		*		11,70
5.2. Accidents de la circulation (dépenses des sociétés d'assurances)		23 120,00		*		*		23 120,00
<b>6. Coûts indirects des pertes de revenus et des pertes de production</b>	<b>1</b>	<b>57 555,66</b>	<b>1</b>	<b>50 446,70</b>	<b>1</b>	<b>6 099,19</b>	<b>1</b>	<b>114 101,55</b>
6.1. Pertes de revenus des agents privés		25 159,96		24 188,20		1 774,73		51 122,89
6.1.1. Décès prématurés		24 538,20		23 250,00		205,39		47 993,59
6.1.2. Hospitalisations		471,30		938,20		nd		1 409,50
6.1.3. Incarcérations pour infractions au Code de la route, ILS**		150,46		*		1 569,34		1 719,80
6.2. Pertes de production des entreprises		32 043,10		26 258,50		4 324,46		62 626,06
6.2.1. Décès prématurés		28 630,40		19 515,80		646,88		48 793,08
6.2.2. Hospitalisations		3 412,70		6 742,70		nd		10 155,40
6.2.3. Incarcérations (infractions au Code de la route, ILS**)		352,60		*		3 677,58		4 030,18)
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>115 420,91</b>	<b>2</b>	<b>65 153,20</b>	<b>3</b>	<b>13 350,28</b>		<b>218 028,09</b>

Notes : nd = non disponibles ; \* = sans signification ; \*\* infraction à la législation sur les stupéfiants.

### Les coûts associés à l'usage de drogues

Le tableau 2 (page 73) offre une vue d'ensemble des coûts estimés du tabac, de l'alcool, et des drogues illicites en francs français (F). Le coût social total est estimé à 218 milliards de francs. Soit, pour une population totale de 58,7 millions d'habitants, une dépense par tête de 3 714 F, ou environ 2,7 % du PIB.

L'alcool est la drogue qui impose le coût le plus élevé à la France : 115 420,91 millions de F (1,42 % du PIB) et une dépense par tête de 1 966 F. L'alcool représente plus de la moitié du coût social imposé par les drogues à la collectivité. La part la plus importante (49,8 %) du coût social de l'alcool provient des pertes de productivité (57 555,66 millions) dues à la mortalité précoce (53 168,60 millions), à la morbidité (3 884 millions) et à l'incarcération (503,06 millions). Les dépenses des sociétés d'assurances en charge des indemnisations en cas d'accidents viennent en second (20 %) avec 23 120 millions de F. Les dépenses de santé viennent en troisième position (16 %) avec 18 421,76 millions de F répartis entre les dépenses consacrées aux hospitalisations avec actes opératoires (8 805,40 millions), la médecine de ville (8 232,90 millions) et les hospitalisations sans actes opératoires (1 383,80 millions). Viennent en qua-

trième position (10,6 %) les pertes de prélèvements obligatoires (12 280,53 millions) constituées par les encaissements de recettes fiscales non réalisés par l'État, du fait des décès, de l'hospitalisation ou de l'emprisonnement des consommateurs d'alcool. Les dépenses de prévention (3,18 %) se montent à 3 675,60 millions, tandis que le coût de l'application de la loi ne représente que 0,32 % du coût social de l'alcool avec une dépense de 367,36 millions de F.

Le tabac engendre un coût social de 65 153,20 millions de F, soit une dépense par tête de 1 520,56 F et 0,8 % du PIB. Les pertes de productivité contribuent pour 57 % au coût social total du tabac. Leur montant est de 37 255,6 millions de francs qui se répartissent entre 32 520 millions dû à la mortalité précoce et 4 734,7 millions lié à la morbidité. En l'absence d'accidents comme dans le cas de l'alcool, ce sont les coûts des soins qui viennent en seconde position (30 %) pour un montant de 19 505,7 millions de F qui se répartissent entre l'hospitalisation avec actes opératoires (10 933,2 millions), la médecine de ville (6 857,7 millions) et les hospitalisations sans actes opératoires (1 714,8 millions). Vient ensuite le coût social engendré par les pertes de prélèvements obligatoires soit 8 361,7 millions de francs, soit 13 % du

coût social total du tabac. Les autres coûts sont peu significatifs (<0,01 %) : 18,5 millions liés à la prévention et la recherche ; 11,7 millions à la lutte contre les feux de forêts.

Les drogues illicites engendrent un coût social de 13 350,28 millions de francs, soit une dépense par tête de 111 F et 0,16 % du PIB. Les pertes de productivité contribuent pour 45,69 % au coût social des drogues illicites. Leur montant total est de 6 099,19 millions de francs répartis entre 5 246,92 millions liés aux incarcérations pour infractions à la législation contre les stupéfiants (ILS) et 852,27 millions dus à la mortalité précoce. Le coût de mise en œuvre de la loi vient en seconde position (29,3 %) et représente 3 911,46 millions de francs ce qui tient au fait que ces substances sont illégales. Vient ensuite le coût des soins (11,42 %), c'est-à-dire 1 524,51 millions de francs répartis entre les coûts des hospitalisations sans actes opératoires (924,51 millions) et la médecine de ville (600 millions). En quatrième position (7,11 %), on trouve les coûts de la prévention et de la recherche pour un montant de 948,88 millions de francs et, enfin, les pertes de prélèvements obligatoires (6,49 %) pour un montant de 866,24 millions.

Le tableau 3 examine la répartition du coût social total des drogues par catégo-

tableau 3

#### Pourcentage des coûts sociaux des drogues répartis par types d'actions, France, 1997 (millions de F)

	Alcool		Tabac		Drogues illicites		Total	
	coût	%	coût	%	coût	%	coût	%
1. Coûts directs des soins	18 421,76	15,96 %	19 505,70	30,00 %	1 524,51	11,42 %	46 919,97	21,52 %
2. Coûts directs de prévention et de recherche	3 675,60	3,18 %	18,50	*	948,88	7,11 %	4 642,98	2,13 %
3. Coûts directs de l'application de la loi	367,36	0,32 %	*		3 911,46	29,30 %	4 278,82	1,96 %
4. Coûts directs de pertes de prélèvements obligatoires	12 280,53	10,64 %	8 361,70	12,8 %	866,24	6,49 %	24 953,07	11,44 %
5. Autres coûts directs imputables	23 120,00	20,03 %	11,70	*	*		23 131,70	10,61 %
6. Coûts indirects des pertes de revenu et des pertes de production	57 555,66	49,80 %	37 255,60	57,18 %	6 099,19	45,69 %	114 101,55	52,33 %
<b>Coût social</b>	<b>115 420,91</b>		<b>65 153,20</b>		<b>13 350,28</b>		<b>218 028,09</b>	
<b>Dépense par tête</b>	<b>1 966,28</b>		<b>1 520,56</b>		<b>227,43</b>		<b>3 714,28</b>	
<b>Coût social en pourcentage du PIB</b>		<b>1,42 %</b>		<b>0,80 %</b>		<b>0,16 %</b>		<b>2,68 %</b>

\* négligeable

ries (soins, prévention et recherche, application de la loi, prélèvements obligatoires, pertes de revenu de production).

On s'intéressera aux trois premières lignes du tableau qui décrivent les coûts engendrés par la mise en œuvre d'actions (privées ou publiques) ciblées sur un objectif. Du point de vue des coûts et pour l'ensemble des drogues, les soins arrivent en tête, suivis par la prévention et la recherche et enfin par l'application de la loi. Si l'on compare les drogues illégales et légales (alcool et tabac) on constate que le coût de la mise en œuvre de la loi dans le domaine des drogues illégales (29,3 %) dépasse la somme du coût des soins (11,4 %) et de la prévention-recherche (7,1 %). Si l'on compare l'alcool et le tabac, on remarque que le coût des soins des maladies associées au tabac dépasse légèrement celui engendré par l'alcool, ce qui tient probablement au plus jeune âge des patients et à la durée plus longue de leurs maladies. On peut être frappé par les sommes extrêmement faibles consacrées à la mise en œuvre des lois sur l'alcool (367 millions) comparées à celles dédiées à la lutte contre les drogues illicites (3,9 milliards). La part du coût social de l'alcool engendré par la mise en œuvre de la loi est très faible (0,32 %) alors qu'une part importante des décès provient pourtant de la non-observation de la loi (3 945 décès sur 43 963, soit 9 %) sachant, par ailleurs, que nos calculs ne tiennent pas compte des crimes et délits commis sous l'emprise de l'alcool. Les sommes relativement plus importantes consacrées à la prévention-recherche pour les problèmes liés à l'alcool comparativement à celles consacrées au tabac (3,6 milliards contre 15,5 millions), pour un nombre de décès imputables quasiment identique, méritent d'être signalées. L'explication tient probablement au fait que les problèmes engendrés par l'alcool sont connus depuis plus longtemps que ceux tenant au tabac.

## Conclusion

La principale conclusion est de souligner le coût important que les drogues exercent sur la société française en termes de mortalité, morbidité, et de coût économique. L'analyse de sensibilité montre que les résultats sont assez stables lorsqu'on fait varier les hypothèses et notamment celles portant sur les risques de contrac-

ter une pathologie attribuable à une drogue.

Les résultats sous-estiment de manière importante le coût social de l'alcool dans la mesure où les crimes et violences associés à la consommation d'alcool ne sont pas pris en compte, faute de données complètes.

Cette étude est actuellement prolongée par une mesure des bénéfices des drogues afin de fournir un bilan coût-bénéfice complet du rôle des drogues dans la société française. ■

## Bibliographie

1. Anguis M., Dubeaux D. « Les fumeurs face aux récentes hausses du prix du tabac », *Insee Première*, 1997, n° 551.
2. Gaudin-Colombel A. F. *Le coût de l'alcoolisme en France*, mémoire de DESS, DESS 210 « Économie et gestion des services de santé », Université Paris Dauphine (Paris IX), année 1996-1997.
3. Got C. & Weill J. *L'alcool à chiffres ouverts*. Seli Arslan, 1997.
4. Hill C. « Mortalité attribuable au tabagisme, bénéfice pour la santé de l'arrêt du tabac, et absence probable d'une réduction de la consommation », in *L'arrêt de la consommation de tabac*, EDK, 1998.
5. Institut national de la statistique et des études économiques. *Tableaux de l'économie française 1998-1999*. Paris : Insee, 1998.
6. Institut national de la santé et de la recherche médicale. *Causes médicales de décès, année 1997, France*. Paris : Inserm, Service d'information sur les causes médicales de décès-SC8, 1998.
7. Kopp P., Palle C. *Le coût de la politique publique de la drogue. Essai de mesure des dépenses des administrations d'État*. Paris : OFDT, 1996.
8. Kopp P. « Economic Cost Calculation and Drug Policy Evaluation », *Addiction*, vol 94, n° 5, mai 1999.
9. Kopp P., Rumeau-Pichon C., Le Pen C. « Typologie et essai de mesure des coûts de la drogue », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, juin 2000, n° 4.
10. Kopp P., Fenoglio Ph. « Le coût social des drogues licites (alcool et tabac) et illicites en France ». OFDT, *Études*, n° 22, septembre 2000.
11. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. *Drogues et Toxicomanies, indicateurs et tendances*. Paris : OFDT, 1999.
12. Observatoire national interministériel de sécurité routière. *Sécurité routière, Bilan annuel, statistiques et commentaires, année 1997*. Paris : Onisr, 1997.
13. Pignon J.-P., Hill C. « Nombre de décès attribuables à l'alcool, en France, en 1985 », *Gastro-entérologie clinique et biologique*, n° 15, 1991.
14. Rosa J. « Le coût social de la consommation de tabac et l'équilibre des finances publiques : le cas de la France », *Cahiers de recherche en économie de l'entreprise*, Institut d'études politiques de Paris, 9402, 1994.
15. Rosa J. « Le coût social de la consommation de tabac et l'équilibre des finances publiques : le cas de la France (actualisation) », *Cahiers de recherche en économie de l'entreprise*, Institut d'études politiques de Paris, 9601, 1996.
16. Service des statistiques, des études et des systèmes d'information, ministère de la Santé. *Les pathologies traitées en 1993 dans les services de soins de courtes durées, enquête de morbidité hospitalière 1992-1993*. Paris : Sesi, 1996, n° 274 et 274bis.
17. Service des statistiques, des études et des systèmes d'information, ministère de la Santé. *Annuaire des statistiques sanitaires et sociales*. Paris : La Documentation française, 1992.
18. Service des statistiques, des études et des systèmes d'information, ministère de la Santé. *Les soins hospitaliers en France*. Paris : La Documentation française, 1992.
19. Single E., Easton B., Collins D., Harwood H., Lapsley H., Maynard A. *International Guidelines for Estimating the Costs of Substance Abuse*. Ottawa : Canadian Center on Substance Abuse, 1995.