

L'évaluation du coût social de l'alcoolisme en France

Thérèse Lebrun

Chercheur Inserm, président-recteur de
l'université catholique de Lille

Bernard Selke

Chargé de recherche au Cresge
(Université catholique de Lille)

**L'alcoolisme
représente un poids
financier très lourd
pour la collectivité :
au coût médical
direct, il faut ajouter
le coût social.**

De nombreuses études ont été consacrées à l'évaluation des coûts que génère l'alcoolisme pour la collectivité. Ces travaux s'intègrent pour la plupart dans le cadre de la problématique de l'abus de drogues et se basent sur la méthodologie des études du coût de la maladie.

L'abus peut être défini comme toute situation dans laquelle la consommation d'alcool produit des effets défavorables pour le consommateur et/ou pour les autres individus de la société. En termes économiques, Collins et Lapsley [1] définissent l'abus de substance psychotrope comme toute consommation qui implique un coût social net, en plus du coût d'acquisition de la substance.

Les études sur le coût de l'abus d'alcool sont intéressantes pour les décideurs en santé, les politiques et les chercheurs. Elles peuvent être utilisées pour informer le public et le monde politique du fardeau que constitue l'alcoolisme et ainsi suggérer des priorités de recherche.

Soins, décès prématurés, criminalité, accidents de la route...

Elles fournissent aussi des éclairages sur les interrogations suivantes :

- Quel recours aux soins est nécessaire pour traiter l'alcoolisme et ses conséquences ? Pour quel coût ?
- Combien de personnes décèdent-elles de l'alcool ? Quel est le coût de ces décès prématurés ?
- Quelle est la criminalité en lien avec l'alcool ? Quel coût implique-t-elle ?

- Quel est l'effet de l'alcool sur les accidents de la circulation ? Quel coût cela engendre-t-il ?...

Trois étapes pour évaluer le coût social

La démarche pour évaluer le coût social de l'alcoolisme comprend trois étapes. Dans un premier temps, on cherche, à partir d'une analyse approfondie de la littérature, à identifier toutes les conséquences, sanitaires ou autres, associées à la consommation d'alcool. Sont ensuite documentés les liens de causalité entre ces conséquences et cette même consommation d'alcool. La troisième étape consiste à assigner à chacun des événements recensés un coût. Malgré la simplicité apparente de la démarche, on constate des variations méthodologiques parfois importantes entre les études [6], ce qui nous amène à préciser certains concepts.

Quels sont les coûts pris en compte ?

On distingue traditionnellement les coûts médicaux (« core costs ») des autres postes de coûts (« other related costs »). Ces deux catégories se subdivisent à leur tour en coût direct et coût indirect (tableau 1).

Kopp et Fenoglio [4] proposent une typologie plus élaborée, tenant compte, en plus des catégories précédentes, des coûts intangibles difficilement monétarisables (pertes de bien-être...) et de l'identité de l'acteur économique supportant la dépense. Les auteurs distinguent ainsi le consommateur de drogue (l'abuseur),

tableau 1

Typologie des coûts utilisés dans les études du coût de l'alcoolisme

	Direct	Indirect
Médical (« core costs »)	Recours aux soins induit par l'alcoolisme et ses pathologies associées	Pertes de productivité induites par la morbidité et la mortalité prématurée du fait de l'alcoolisme
Non médical (« other related costs »)	Autres biens et services non médicaux directement liés à l'alcoolisme et à ses pathologies associées (criminalité, accidents de la route...)	Pertes de productivité résultant des accidents de la route et de la criminalité

Source : Harwood (1998)

le non-consommateur (le non-abuseur), l'État (et les collectivités territoriales) et la Sécurité sociale, le tout constituant la collectivité dans son ensemble (tableau 2).

Coût médical direct en France : de 13,8 à 20 milliards de francs en 1996

Le coût médical direct de l'alcoolisme, analysé par Reynaud et coll. dans le contexte français, se décompose en deux postes :

- coût du dispositif de soins spécialisés pour les alcooliques (158 centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie, et l'Association nationale de prévention de l'alcoolisme), aisément identifiable, car correspondant à

tableau 2

Coût social des drogues dans les études de type coût de la maladie

	Consommateurs de drogues	+ non-consommateurs	+ État, collectivités territoriales	+ Sécurité sociale	= collectivité
Coûts directs	1 Achat de drogues	2	3 Coût public des programmes de prévention et de maintenance	4 Coût de la prise en charge médicale	
Coût des conséquences directes	5 Coût des soins aux individus (part non remboursée), frais de justice non pris en charge	6 Coût des soins des maladies transmises par les consommateurs (part non remboursée), coût des dommages aux biens et aux personnes privées	7 Coût des soins sur budget des administrations, coût judiciaire, aide juridictionnelle	8 Coût des soins aux individus (part remboursée), coût des soins aux victimes des consommateurs de drogues (part remboursée)	
Coût des conséquences indirectes	9 Pertes de revenus	10 Pertes de productivité, pertes de revenus	11 Pertes d'impôts, aides sociales diverses	12 Pertes de cotisations sociales	Coût total infligé à la collectivité
Coût des conséquences intangibles	13 Pertes de bien-être dues aux drogues <i>i. e.</i> aux maladies, aux décès prématurés, à l'emprisonnement	14 Pertes de bien-être dues aux drogues (famille), aux actes délictueux commis par des consommateurs de drogues, aux décès dus aux maladies transmises, etc.			

Source : Kopp et Fenoglio (2000)

Notes :

Externalités au sens strict = 3 + 4 + 6 + 7 + 8 + 10 + 11 + 12.

Externalités au sens large = Externalités au sens strict + 5 + 9.

« Coût social » au sens de la théorie économique = 1 + (5 + 9) + Externalités au sens strict = 1 + Externalités au sens large.

« Coût social » au sens des études COI = Externalités au sens large.

Certaines études incluent également les coûts intangibles : « Coût social » au sens des études COI + coûts intangibles.

une ligne du budget de l'État (220 millions de francs en 1996),

- coût du dispositif de soins général, évalué selon deux méthodes.

La première méthode est fondée sur l'évaluation des proportions de cas attribuables (PCA). La PCA dépend du risque relatif, pour un sujet alcoolique, de contracter chaque maladie et de la prévalence de l'alcoolisme dans la population considérée.

Les résultats indiquent un coût, pour l'année 1996, compris entre 13,8 milliards et 16,4 milliards de francs. Comme l'indique le tableau 3, l'essentiel de ce coût sanitaire est engendré par les pathologies indirectement liées à l'alcool.

La seconde méthode, basée sur la prévalence de l'alcoolisme à l'hôpital et en ambulatoire, ne permet pas de prendre en compte les pathologies pour lesquelles l'alcoolisme est un facteur de risque. Selon cette méthode, le coût sanitaire avoisine 20 milliards de francs, dont 10 pour l'hospitalier et 10 pour l'ambulatoire.

Coût social en France : entre 97 et 115 milliards de francs en 1996

En France, Kopp et Fenoglio [4] ont récemment calculé le coût social des drogues, licites (tabac et alcool) ou non. À l'instar des études précédentes, les auteurs ne limitent pas leur analyse aux seules dépenses de santé (prise en compte des coûts afférents aux accidents de la route et à la criminalité alcool-induite). De plus, ils intègrent le coût des conséquences indirectes de la consommation d'alcool, pour l'État et la Sécurité sociale, sous la forme des pertes d'impôts et de cotisations sociales imputables aux décès prématurés et aux incarcérations.

Selon l'hypothèse adoptée, le coût social de l'alcool est compris entre 97,3 milliards de francs et 115,4 milliards de francs (tableau 4).

Les pertes de revenus et de production représentent le poste de dépense le plus important (49,9 % du coût social total dans le cas de l'hypothèse haute), devant les dépenses supportées par les assurances en cas de sinistres matériels et/ou corporels (20 %).

Les dépenses de santé constituent, par ordre d'importance, le troisième poste de coût (16 %). Bien que n'intégrant pas, faute de données, un grand nombre de pathologies pour lesquelles l'alcool constitue un facteur de risque, les dépenses de santé

évaluées par Kopp et Fenoglio sont d'un ordre de grandeur comparable à celles estimées par Reynaud et coll. [5]. Viennent ensuite les pertes de prélèvements obligatoires, essentiellement du fait de décès prématurés, et les dépenses supportées par la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) au titre de la prévention ou des accidents du travail.

Les dépenses affectées aux ministères, regroupant les subventions (notamment celles versées dans le cadre du dispositif spécialisé de lutte contre l'alcoolisme), la sécurité routière et la justice (tribunaux et système pénitentiaire), ne constituent qu'une partie infime du coût social (0,5 %).

L'emploi d'une méthodologie identique permet aux auteurs de comparer le coût social de l'alcool avec celui du tabac et des drogues illicites (tableau 5).

Ces résultats sont étonnants dans la mesure où ils diffèrent de ceux obtenus à l'étranger selon une méthodologie similaire. Dans le cas présent, le coût associé à l'alcool, par ailleurs sous-estimé faute de données adéquates, excède celui du tabac, créant ainsi, selon l'auteur, une « exception française ». Le niveau de consommation d'alcool considérablement élevé dans notre pays explique, selon les auteurs de ce rapport, ce résultat surprenant.

Conclusion

La diversité des effets potentiels de l'alcoolisme sur l'économie implique des études dépassant le strict cadre de la mesure des répercussions de la maladie sur la santé des individus. Sont ainsi souvent comptabilisés, dans pareilles recherches, en plus des coûts directs médicaux liés à la maladie, les dépenses imputables à la criminalité

tableau 3

Coût sanitaire de l'alcoolisme en hypothèse haute (en millions de francs)

Pathologies directement liées à l'alcool	6 900
Troubles mentaux	4 618
Cirrhose du foie	1 132
Tumeur maligne cavité buccale, pharynx et larynx	918
Tumeur maligne œsophage	231
Ivresse SAI	142
Pathologies indirectement liées à l'alcool	9 500
Schizophrénie	2 871
HTA	1 759
AVC	1 742
Dépression	1 262
Anxiété	561
Total	16 400

Source : Reynaud et coll. [5].

tableau 4

Coût social de l'alcool en France en 1996 (en millions de francs)

	Hypothèse basse	Hypothèse haute
(Consommation)	92 900	92 900
Dépenses de santé	18 422	18 422
Ministères	535	571
Cnam	1 730	3 430
Assurances	22 066	23 120
Pertes de revenus et de production	45 351	57 566
Pertes de prélèvements obligatoires	9 172	12 281
Autres	42	42
Total	97 317	115 421

Source : Kopp et Fenoglio [4].

tableau 5

Coût social des drogues licites et illicites en France en 1996 (en millions de francs)

	Alcool	Tabac	Drogues illicites	Total
Coût social	115 421	89 257	13 350	218 028
Part de chaque substance dans le coût social total	52,94 %	40,94 %	6,12 %	100,00 %
Coût social/PIB	1,42 %	1,10 %	0,16 %	2,68 %
Dépense par habitant (en francs)	1 966	1 521	227	3 714

Source : Kopp et Fenoglio (2000)

et aux accidents de la circulation induits par la consommation d'alcool, ainsi que les coûts indirects (pertes de revenu ou de production potentielles liées à la morbidité et/ou à la mortalité prématurée).

Les études menées en France et à l'étranger mettent en évidence le poids financier très lourd qu'implique l'alcoolisme pour la collectivité et soulignent l'importance de ces coûts indirects.

En France, les études les plus récentes montrent que les dépenses de santé ne représentent que 10 % à 15 % du montant total des dépenses imputables à l'alcool, loin derrière les pertes de revenus et de production (50 %) et les dépenses qu'oc-

casionnent les accidents de la route pour les assurances (20 %).

Une autre question importante, pour l'économiste, est celle de savoir qui supporte les coûts générés par l'alcoolisme. Cela renvoie à la notion de « coûts externes » que font supporter les abuseurs aux non-abuseurs [3]. Selon Harwood et coll. [2], les coûts externes prédominent, la personne à l'origine de la consommation excessive d'alcool ou son conjoint supportant seulement 45 % du coût de l'alcoolisme et de ses conséquences. ■

références

- Collins D. J., Lapsley H. M. *Estimating the economic cost of drug abuse in Australia*. Canberra : Australian Government Publishing Service, 1991 ; Monograph Series No 15.
- Harwood H. J., Fountain D., Livermore G. « Economic costs of alcohol abuse and alcoholism ». *Recent Developments in Alcoholism* 1998, 14 : 307-330.
- Heien D. M., Pittman D. J. « The economic costs of alcohol abuse : an assessment of current methods and estimates ». *J Stud Alcohol* 1989, 50 [6] : 567-579.
- Kopp P., Fenoglio P. *Le coût social des drogues licites (alcool et tabac) et illicites en France*. OFDT 2000 ; étude n° 22.
- Reynaud M., Gaudin-Colombel A.-F., Le Pen C. « Two methods of estimating health costs linked to alcoholism in France (with a note on social costs) ». *Alcohol & Alcoholism* 2001, 36 [1] : 89-95.
- Xie X., Rehm J., Single E., Robson L., Paul J. « The economic costs of alcohol abuse in Ontario ». *Pharmacological Research* 1998, 37 [3] : 241-249.

BRÈVES EUROPÉENNES

10 mars 2004

Campagne antitabac

Une campagne européenne antitabac dont le slogan est « *feel free to say no* » ou « osez dire non » a été lancée à Londres le 10 mars 2004 pour une journée sans tabac. Cette campagne, qui doit se terminer fin juillet, va s'appuyer sur de nombreuses manifestations dans différents pays d'Europe (Rome, journée sans tabac le 31 mai) pour lutter contre le tabagisme des jeunes, en particulier ceux qui ont entre 12 et 18 ans. Elle vise ainsi 36,2 millions de jeunes. Cette campagne comportera également de nombreux spots télévisés et encarts publicitaires.

2 avril 2004

Aide en faveur d'opérations d'aide humanitaire

La Commission européenne a adopté trois décisions allouant une aide de 22,5 millions d'euros destinés au Tadjikistan, à l'Afrique centrale et la corne de l'Afrique, et au Sri Lanka. Ces fonds, gérés par l'Office d'aide humanitaire, doivent contribuer à assurer un meilleur accès aux soins de santé primaire, d'adduction d'eau et de sécurité alimentaire, et à améliorer les installations sanitaires, les services de transports humanitaires et à venir en aide aux réfugiés et aux personnes déplacées. Les

programmes seront mis en œuvre par les ONG qui opèrent dans ces pays.

5 avril 2004

Enquête sur les consommateurs face à la sécurité alimentaire

Cette enquête réalisée dans le cadre du projet « Trust in food in Europe » (confiance dans les aliments) et menée dans six pays, montre que les consommateurs font davantage confiance à la qualité des fruits et légumes qu'aux produits d'origine animale. Les niveaux de confiance varient d'un pays à l'autre : les plus confiants sont les Britanniques, suivis des Danois et des Norvé-

giens. L'Italie, le Portugal et l'Allemagne sont les pays les moins confiants. Dans tous les pays, un faible pourcentage de consommateurs font confiance (15 %) à l'industrie alimentaire, aux chaînes de supermarchés et aux agriculteurs.

6 avril 2004

Charte européenne de la sécurité routière

Trente-neuf entreprises et associations ont signé la Charte européenne de la sécurité routière, dont l'objectif, annoncé en 2003 dans le programme d'action européen pour la sécurité routière, est de réduire de 50 % le nombre de décès d'ici à 2010.