



Le coût social des drogues en France

Pierre Kopp

Professeur à l'université Panthéon-Sorbonne (Paris I), chercheur au Centre d'Economie de la Sorbonne, et à Paris School of Economics

NOTE 2015-04

SAINT-DENIS, LE 10 SEPTEMBRE 2015

Résumé - Le coût social des drogues en France mesure le coût monétaire des conséquences de la consommation des drogues légales (alcool et tabac) et illégales et du trafic de ces dernières. Le coût social est composé du coût externe (valeur des vies humaines perdues, perte de la qualité de vie, pertes de production) et du coût pour les finances publiques (dépenses de prévention, répression et soins, économie de retraites non versées, et recettes des taxes prélevées sur l'alcool et le tabac). Les paramètres de calculs suivent les recommandations du Rapport Quinet (2013) et les données sanitaires ont été collectées dans la littérature scientifique.

Le « coût social » de l'alcool et celui du tabac sont presque identiques, proche de 120 milliards d'euros, suivi par les drogues illicites (8,7 milliards d'euros). Le coût social engendré par le tabac peut être rapproché des 13,4 millions de fumeurs et le coût social de l'alcool des 3,8 millions « d'utilisateurs à risques d'alcool ». Les drogues illicites engendrent un faible « coût social » total, en comparaison de l'alcool et du tabac, parce qu'elles sont moins consommées.

Le « coût externe » représente l'essentiel du « coût social » pour l'alcool, le tabac et les drogues illicites (respectivement 97 %, 86 % et 68 %). L'importance de cette composante s'explique par le nombre très important de vies perdues (respectivement environ 49 000, 79 000, 1 600) et par la valeur de l'année de vie perdue (115 000 euros) qu'il est recommandé d'utiliser en France dans les calculs socio-économiques.

Le « coût externe » de l'alcool est 8 % plus élevé que celui du tabac bien que le nombre des décès par le tabac soit plus important que ceux engendrés par l'alcool. Cette différence s'explique par un âge moyen au décès plus précoce pour l'alcool que pour le tabac (63 ans vs 71 ans) et par le fait que de nombreux décès accidentels engendrés par l'alcool interviennent précocement.

Le « coût des drogues pour les finances publiques » est élevé (1 % du PIB). Chaque année, l'État doit payer respectivement pour l'alcool, le tabac et les drogues illicites, 3,0 milliards, 13,8 milliards et 2,4 milliards d'euros. Ainsi, 33 % du déficit budgétaire français serait constitué par le poids négatif des drogues sur les finances publiques.

Les recettes de taxation sont inférieures au « coût des soins » (respectivement 7,7 et 25,9 milliards d'euros). La taxation sur les alcools ne représente que 42 % du coût des soins des maladies engendrées par l'alcool tandis que les taxes sur le tabac sont également insuffisantes à couvrir le coût des soins engendrés par ce dernier et représentent 40 % des recettes de taxation.

Avertissement - Cet article présente les conclusions d'un rapport subventionné par la Direction générale de la santé (DGS) en réponse à un appel d'offres de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), à qui a été confié le pilotage de l'étude. Le rapport complet sera disponible sur le site de l'OFDT.



Introduction	2
Les données sanitaires et économiques	3
Mortalité et morbidité	3
Pertes de production	4
Les dépenses publiques de soins	4
Les dépenses publiques de répression et de prévention	4
Les résultats	6
Coût social	6
Prépondérance du coût externe	7
Le poids des drogues sur les finances publiques	7
Discussion	8
Références	9-10

INTRODUCTION

Les études de coût social visent à donner aux pouvoirs publics une indication du poids que représente un problème social pour la collectivité. Ces études permettent de hiérarchiser entre eux les problèmes et contribuent à éclairer les choix, toujours difficiles, d'engagement de dépenses publiques, sous la contrainte budgétaire, destinées à traiter tel problème plutôt que tel autre. La méthodologie des études sur le coût social des drogues a été formalisée sous la forme de *guidelines* (Single *et al.*, 2001) à la suite des travaux de Collins et Laspley (1995) et de ceux de la *task force* du *US Public Health Service* (PHS) dirigée par Dorothy Rice (Rice *et al.*, 1986). La mise en œuvre d'une telle étude dans un pays particulier reste cependant tributaire de l'état des systèmes d'information et de la disponibilité des données et doit tenir compte des recommandations nationales en matière de calcul économique. Cette étude utilise ainsi certains paramètres de calcul, notamment la valeur de la vie humaine, fixés par la commission Quinet missionnée par les pouvoirs publics en 2012 pour réactualiser les principes du calcul socio économique (Rapport Quinet, 2013).

La présente étude consacrée au coût social des drogues en France en 2010¹ propose d'exprimer dans une unité commune, en l'occurrence monétaire, l'ensemble des coûts des conséquences des drogues pour la société. En effet, le trafic et la consommation de drogues (légal et illicite) engendrent des décès, des maladies, une perte de qualité de la vie pour les malades, des pertes de production pour les entreprises et des dépenses publiques pour l'État qui doit combattre et traiter les conséquences des drogues. Il convient de prendre également en compte les recettes engendrées par la taxation de l'alcool et du tabac et les économies de retraites non payées aux personnes décédées de manière précoce.

On retient dans cette étude une acceptation du terme « drogues » limitée à l'alcool, au tabac et aux drogues illicites. La présente étude décrit le coût monétarisé des conséquences de la consommation de ces substances, c'est-à-dire la valeur des ressources dont la société se prive du fait des drogues.

Le périmètre de cette étude du coût social des drogues porte principalement sur les coûts tangibles². Certains coûts intangibles, comme les pertes de qualité de vie des malades sont néanmoins pris en compte. D'autres, comme la souffrance psychologique n'ont en revanche pas été inclus dans l'analyse.

Le coût social des drogues est composé de deux parties.

- La première est appelée le « coût externe » et comprend les coûts qui frappent les consommateurs de drogues mais dont on considère qu'ils sont inintentionnels (externalités intrapersonnelles) ainsi que les coûts pour les tiers³ (externalités classiques). Le coût externe mesure le coût d'opportunité des ressources gaspillées du fait des drogues (perte de vies humaines, perte de qualité de vie, pertes de production, etc.).

- La seconde décrit « l'impact sur le bien-être de la variation du solde des finances publiques » engendré par la présence des drogues (différence entre les dépenses pour les soins des malades, pour la recherche, la prévention, l'application de la loi et les recettes de taxation ou les économies de dépenses liées essentiellement à la consommation de l'alcool et du tabac). Cet impact est égal à la variation nette de la position des finances publiques multiplié par le « coût d'opportunité des fonds publics »⁴.

1. Il convient d'attendre quelques années afin que les données nécessaires soient disponibles à la réalisation d'une telle étude.

2. On classe généralement dans les coûts intangibles, les coûts psychologiques (i.e. la souffrance) qui affectent les individus et qui ne peuvent pas être compensés par le marché. La différence avec les coûts tangibles est parfois très subtile. La littérature recommande d'inclure les coûts intangibles pour avoir une photographie la plus complète possible, c'est souvent impossible faute de données. Ici, les seuls coûts intangibles pris en compte sont ceux de la perte de qualité de vie.

3. D'après la méthodologie du coût de la maladie (Cost of Illness) utilisés dans cette étude, les « externalités intrapersonnelles » (Gruber et Koszegi, 2004) sont traitées comme des externalités classiques, ainsi que le préconise la littérature en évaluation des politiques de santé (Drummond *et al.*, 1987) et sont donc intégrées dans le calcul du coût social.

4. Prélever 1 euro par l'impôt a un coût en bien-être de 1,2 euro (Quinet, 2013). Un impôt n'est pas un simple transfert il engendre une perte sèche.

Tableau 1- Le périmètre du coût social

Type de coût	Définition économique	Assignment à un périmètre de coût
Dépenses d'achat des produits Dépenses de santé non remboursées Achat d'assurances privées Amendes	<i>Dépenses privées + surplus du consommateur</i>	<i>Coût privé*</i>
Valeur des vies humaines perdues ou diminuées en qualité Certains coûts associés aux comportements antisociaux Violences sur les marchés illégaux Emprisonnement	<i>Coûts affectant les acteurs des marchés des drogues</i>	<i>Externalités intrapersonnelles</i> +
Pertes de production des entreprises et des administrations Autres coûts associés aux comportements antisociaux Valeur des vies humaines perdues ou diminuées en qualité	<i>Coûts affectant les acteurs extérieurs aux marchés des drogues</i>	<i>Externalités = coût externe</i> <hr/> +
Dépenses publiques de prévention, répression, traitements (ou soins)	<i>Dépenses publiques</i>	<i>Effet sur le bien-être des variations des finances publiques</i>
		= Coût social

Notes : * les coûts privés (dépenses de consommation, par exemple) ne sont pas pris en compte car ils ne sont pas pris en charge par la collectivité mais par les individus consommateurs. Ils sont par ailleurs compensés par le bénéfice que les individus tirent de la consommation.

Soit le coût social :

$$CS = CE + (1 + \alpha) \times \Delta G,$$

CE représente le coût externe ; ce montant correspond à la perte de valeur des vies humaines, à la dégradation de la qualité de vie et aux pertes de production. Il est calculé en reprenant les instructions du rapport Quinet (2013) qui fixe la valeur de l'année de vie à 115 000 euros et le taux d'actualisation à 4 % ; ΔG est la variation du solde des finances publiques, $\alpha = 0,2$ est la valeur du coefficient permettant de calculer le coût d'opportunité des fonds publics $(1 + \alpha)$, soit 1,2 (Quinet, 2013). Le produit du coût d'opportunité des fonds publics et de la variation du solde des finances publiques donne l'impact sur le bien-être des variations des finances publiques.

Le solde des finances publiques varie négativement par les remboursements des soins des personnes victimes d'une pathologie liée aux drogues ; négativement, du fait des dépenses de prévention et de répression (activité de la police, de la justice, puis incarcérations) ; positivement, car les individus qui décèdent, avant un âge normal, du fait des drogues qu'ils consomment, permettent aux finances publiques de faire l'économie des pensions de retraite qui leur auraient été versées et des autres prestations sociales ; positivement par le biais de la fiscalité puisque la consommation d'alcool et de tabac engendre des recettes fiscales (accises et TVA).

Il convient donc d'estimer le solde des effets des drogues sur les finances publiques puis de le multiplier par $(1 + \alpha)$, afin d'obtenir l'impact de la variation des finances publiques sur le bien-être.

LES DONNÉES SANITAIRES ET ÉCONOMIQUES

Il est tout d'abord nécessaire de recenser les données épidémiologiques et les indicateurs économiques qui seront mobilisés pour le calcul du coût social.

MORTALITÉ ET MORBIDITÉ

Le nombre de décès (mortalité) est l'indicateur le plus utilisé pour mesurer les dommages sanitaires associés à un comportement. Un grand nombre de décès peuvent être provoqués par plusieurs causes. Il est nécessaire dans ces cas d'avoir recours à des méthodes spécifiques permettant d'attribuer à une cause particulière, ici la consommation d'alcool, de tabac ou de drogues illicites, une fraction des différents types de décès pour

lesquels les drogues sont impliquées. On utilise dans cette étude les dernières données publiées dans la littérature scientifique sur ces « fractions attribuables » et sur le nombre de décès attribuables à la consommation des trois types de substances considérées. Le nombre de malades souffrant d'une pathologie engendrée par les drogues (morbidity) est calculé en utilisant les données disponibles sur le nombre de malades par pathologie et les fractions attribuables des décès mentionnées plus haut. Les données sur la valorisation des pertes de qualité de vie proviennent de l'Organisation mondiale de la santé (WHO, 2004) ou sont formulées de manière ad hoc, lorsque l'information n'est pas disponible. On remarquera que l'addiction, indépendamment de toute pathologie qui en est la conséquence, peut être en soi considérée comme une maladie à l'origine de perte de qualité de vie mais que, faute de données permettant d'estimer les pertes de qualité de vie liées aux addictions elles-mêmes, ce coût n'a pu être calculé.

PERTES DE PRODUCTION

Les pertes de production sont calculées à partir des données proposées par l'Institut national du cancer (INCa, 2007) ou déduites de cette source. L'INCa a procédé à une étude des pertes de production engendrée par les cancers en suivant la méthode dite du « capital humain »⁵ qui consiste à considérer que les pertes de production sont égales à la valeur actualisée des flux de revenus perdus du fait des décès anticipés. En considérant que le montant de la perte de production est dictée par le nombre d'années de vie perdues et non par les caractéristiques médicales de la pathologie, nous avons utilisé les résultats de l'INCa pour des pathologies non cancéreuses. À partir des données de l'INCa, il est possible de déterminer un coût des pertes de production par année de vie perdue. On applique alors ce coût au nombre d'années de vies perdues pour les décès par pathologies autres que les cancers.

LES DÉPENSES PUBLIQUES DE SOINS

Les soins des pathologies engendrées par les drogues se divisent entre les soins remboursés par le système de sécurité sociale et les soins non remboursés. Les soins non remboursés constituent des coûts privés et ne sont pas comptabilisés dans le coût externe. Les coûts remboursés par les régimes obligatoires affectent les finances publiques.

Les chiffres sur les coûts par pathologies engendrées par l'alcool proviennent des données sur les dépenses annuelles moyennes en euros par personne en affection de longue durée (ALD) selon la pathologie fournies par l'assurance maladie pour l'année 2009. Le coût des soins pour les pathologies engendrées par le tabac est tiré de Kopp et Fenoglio (2006)⁶ et de l'analyse des budgets des centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie, CSAPA (Palle et Rattanatray, 2013). D'autres sources ad hoc sont mobilisées afin de documenter le coût des soins des autres pathologies notamment : Assurance maladie (2009) et DREES (2009) pour les maladies digestives engendrées par l'alcool ; Chapman *et al.* (2006) pour le coût de la BPCO ; Ducret *et al.* (1998) pour le sida ; DREES (2011) ; Paille et Reynaud (2015) pour le coût de l'alcool ; Vallier *et al.* (2006) pour les cirrhoses et les maladies du foie ; MEDICAM (2010) pour la méthadone et la buprénorphine haut dosage.

LES DÉPENSES PUBLIQUES DE RÉPRESSION ET DE PRÉVENTION

Les données relatives au coût des dépenses publiques proviennent de l'OFDT (2013) qui a repris à son compte le chiffre des dépenses publiques avancé par le « Document de Politique Transversale » (ministère de l'Économie et des finances, 2013), institué depuis 2005 par la loi organique relative aux lois de finance (LOLF). Les données nécessaires aux calculs des retraites évitées proviennent de Moreau (2013) et des rapports de la Sécurité sociale (2011).

5. INCa (2007) présente également une évaluation par la méthode des coûts de friction (Koopmanschap *et al.*, 1995).

6. Le coût des soins estimé par la CNAMTS pour 2010 (12 milliards d'euros) est inférieur à celui estimé en 2006 pour l'année 2000 (Kopp et Fenoglio, 2006) qui était compris entre 15,5 et 18,3 milliards d'euro. Ce chiffre semble sous-estimé et il a été impossible d'obtenir de la CNAMTS le détail de son calcul. En conséquence, le chiffre moyen calculé de manière très détaillée par Kopp et Fenoglio (2006) a été retenu comme base de calcul. Afin de rendre compte de l'augmentation du nombre de personnes soignées pour des pathologies engendrées par le tabac, il a été posé que le nombre de personnes en soin avait augmenté au même rythme que le nombre de décès. Un second correctif est apporté afin de prendre en compte l'inflation qui s'est élevée à 18,9 % entre 2000 et 2010.

Tableau 2 - Synthèse des données d'impact sanitaire des drogues en 2010

Pathologies Alcool	Cancers	Maladies cardiologiques	Maladies digestives	Autres maladies*	Causes externes*	Inconnues*	Hypertension	Total
Âge au décès	62	67	59	54	63	59	69	63
Durée de vie en traitement	5	11	7	15	1	0,5	-	6
Nombre d'années de vie perdues	18	13	21	26	17	21	11	17
Nombre de malades	143 080	288 915	55 230	607 537	10 230	1 613	311 632	1 418 237
Nombre de décès	15 200	9 947	7 775	4 076	8 154	1 613	2 286	49 051
Années de vies perdues	213 918	129 311	163 275	105 976	138 618	33 873	25 146	810 117

Pathologies Tabac (actif et passif)	Cancers du poumon	Autres cancers	Maladies cardiolo- giques	Maladies respira- toires	Total
Âge au décès	69	72	71	79	71
Durée de vie en traitement	1,5	10	11	13	8
Nombre d'années de vie perdues	11	8	9	1	9
Nombre de malades	70 754	86 120	387 956	138 566	683 396
Nombre de décès	28 260	18 587	20 788	11 331	78 966
Années de vies perdues	310 860	148 696	193 238**	33 624	686 418

Pathologies Drogues illicites	Surdoses	VIH	Sida	Accidents	VHC	Pathologies chroniques liées au virus de l'hépatite C	Total
Âge au décès	34	-	55	25	-	65	53
Durée de vie en traitement	0	25	7	-	10	2	7
Années de vie perdue	46	-	25	55	15	15	27
Nombre de malades	0	13 600	6 300	2 300	92 000	7 360	121 560
Nombre de décès	300	-	75	230	-	1 000	1 605
Années de vies perdues	13 800	-	1 875	12 650	-	15 000	43 325

Notes : * les « autres maladies » regroupent les pathologies suivantes : diabète de type 2, encéphalopathie de Wernicke, maladies mentales dues à l'alcool, dégénérescence du système nerveux, épilepsie et mal épileptique dus à l'alcool, polynévrite alcoolique. Les « Causes externes » comprennent les accidents. Le groupe « maladies inconnues » regroupe les décès où maladies dont l'alcool est la cause mais la nature mal identifiée.

** Le tabagisme actif entraîne des décès par infarctus, AVC et hypertension. Le tabagisme passif, tel que les données en décrivent les conséquences, n'entraîne des décès que par infarctus et AVC. C'est pourquoi le nombre d'années de vie perdues du fait des maladies cardiovasculaires n'est pas le produit de 20 788 par 9 mais le produit de chacune des causes de décès par le nombre respectif d'années de vie perdues.

Sources : Brisacier et Collin, 2014 ; Cambou *et al.*, 1998 ; Dautzenberg et Ministère de l'emploi et de la solidarité, 2001 ; Dhumeaux *et al.*, 2014 ; Emmerich, 1998 ; Guérin *et al.*, 2013 ; Guérin *et al.*, 2013 ; Hill, 1999 ; Hill, 2011 ; INCa, 2010 ; InVS, 2008 ; Janssen et Palle, 2010 ; Jauffret-Roustide *et al.*, 2006 ; Jauffret-Roustide *et al.*, 2013 ; Laumon *et al.*, 2011 ; May *et al.*, 2011 ; OFDT, 2013a,b ; Paille *et al.*, 2015 ; Rey *et al.*, 2010 ; Thomas, 2011.

LES RÉSULTATS

Cette partie présente les résultats de l'étude et indique leurs limites tout en ouvrant quelques pistes de discussion consacrée à l'interprétation qui peut être faite des chiffres les plus marquants. Le tableau ci-dessous compile l'ensemble des données afin de présenter de manière synthétique le coût social de chacune des drogues.

COÛT SOCIAL

Le « coût social » de l'alcool et celui du tabac sont presque identiques. Chacun est quasiment égal à 120 milliards d'euros (environ 118 milliards pour l'alcool et 122 milliards pour le tabac), suivi par les drogues illicites (9 milliards d'euros). Il n'est pas possible de calculer un « coût social total » des drogues car les fractions attribuables qui déterminent la valeur des vies perdues – donc l'essentiel du coût social – ne prennent pas en compte les comorbidités. Certaines personnes décédées du fait de l'alcool sont également des fumeurs, et inversement. Il en va de même avec les drogues illicites. Face à l'impossibilité de traiter les doubles comptes, le total arithmétique surestime largement le coût social des drogues et ne doit donc pas être utilisé.

Pour chacune des trois substances ou groupe de substances considérés, le montant du coût social peut être rapproché du nombre de consommateurs qui sont à l'origine de la plus grande partie de ces coûts. Par commodité de langage ces consommateurs seront nommés « consommateurs à problèmes ». Pour l'alcool, les données du « Baromètre santé » (Beck *et al.*, 2011) permettent de calculer un nombre de consommateurs à risque, estimé à 3,8 millions en 2010. Dans le cas du tabac, on retiendra le nombre de fumeurs quotidiens, soit 13,4 millions (Beck *et al.*, 2011).

Pour les drogues illicites, on peut se référer à l'indicateur « de l'usage problématique de drogues » calculé par l'OFDT qui comprend les consommateurs réguliers d'opiacés et de stimulants et/ou les personnes qui s'injectent une drogue. Leur nombre a été estimé à 280 000 au début des années 2010 (OFDT, 2013), chiffre auquel on peut ajouter une estimation de 20 000 usagers dépendants au cannabis⁷ pris en charge dans les CSAPA, soit un total de 300 000 usagers. Il faut noter que la délimitation d'un nombre de consommateurs à l'origine des coûts sociaux

Tableau 3 - Coût social des drogues en 2010

	Alcool	Tabac	Drogues illicites
Nombre de décès	49 051	78 966	1 605
Nombre de malades	1 418 237	683 396	121 560
Nombre de « consommateurs à problèmes »	3 800 000	13 400 000	300 000
1. Coût externe (2+3+4)(M€)	-114 399	-105 391	-5 909
2. Coût des vies perdues	-66 218	-65 057	-2 719
3. Coût de la perte de qualité de vie	-39 167	-31 695	-2 655
4. Pertes de production	-9 014	-8 639	-535
5. Coût pour les finances publiques (M€) (6+7+8+9)	-3 049	-13 881	-2 327
6. Coût des soins	-7 696	-25 887	-1 459
7. Économie de retraites	1 726	1 791	45
8. Prévention et répression	-283	-182	-913
9. Taxation	3 204	10 397	0
10. Effet sur le bien-être *(M€)	-3 658	-16 658	-2 792
11. Coût social (1+10) (M€)	-118 057	-122 049	-8 701
12. Finances publiques /PIB (%)	0,15 %	0,69 %	0,12 %
13. Coût social/ « consommateurs à problèmes » (€)	31 068	9 108	29 002

Note : * la ligne 10 est égale au produit de la ligne 5 par 1,2, soit le coût d'opportunité des fonds publics.

7. Donnée non publiée calculée par l'OFDT.

reste un exercice délicat. Pour l'alcool et les drogues illicites, les usages même occasionnels ou « modérés » peuvent aussi parfois engendrer des coûts. Par ailleurs, si le nombre de fumeurs quotidiens est une donnée assez précise, les indicateurs utilisés pour les drogues illicites s'accompagnent soit de marges d'incertitudes importantes et/ou d'une possible sous-estimation de la population à risque. La disparité dans l'échelle de grandeurs de ces chiffres pour les trois catégories de substances montre cependant qu'une partie des différences entre les niveaux de « coût social » engendrés par chacune des drogues s'explique par le « nombre de consommateurs » concernés. Le reste des différences de niveaux est lié aux variations selon les substances du coût social par consommateurs à problèmes.

Les drogues illicites engendrent un faible « coût social », en comparaison de l'alcool et du tabac (ligne 11, tableau 3), parce qu'elles sont moins consommées, mais un fort coût social par consommateur à problèmes (ligne 13, tableau 3).

PRÉPONDÉRANCE DU COÛT EXTERNE

Le « coût externe » représente l'essentiel du « coût social » de chaque drogue (respectivement 97 %, 86 % et 68 %) du « coût social » pour l'alcool, le tabac et les drogues illicites. Cela s'explique par les différences entre les nombre de décès attribuables à chaque substance (respectivement 49 000, 79 000, 1 600) et le coût fixé pour une année de vie perdue (115 000 euros).

Le premier poste du coût social est constitué par les « pertes de vies humaines » qui pèse respectivement pour l'alcool, le tabac et les drogues illicites, 56 %, 53 % et 31 %. Vient en deuxième, la « perte de qualité de la vie » qui représente respectivement 33 %, 26 % et 30 % du coût social. Le « coût des soins » occupe la troisième position pour le tabac et les drogues illicites pesant respectivement pour 21 % et 17 % du coût social. Les pertes de production se classent en quatrième place pour le tabac et les drogues illicites avec 7 % et 6 % du coût social. La position des pertes de production et du coût des soins est inversée pour l'alcool. Les pertes de production pèsent 7 % et le coût des soins 6 %.

Le « coût externe » de l'alcool est 8 % plus élevé que celui du tabac bien que le nombre des décès par le tabac soit plus important que ceux engendrés par l'alcool. La raison tient à l'âge moyen du décès prématuré pour l'alcool (63 ans) contre 71 ans pour le tabac et le fait que de nombreux décès accidentels engendrés par l'alcool interviennent précocement. On observe que le « coût des vies perdues » est 2 % plus élevé pour l'alcool que pour le tabac. En revanche, le « coût de la perte de qualité de la vie » est 24 % plus important pour l'alcool que pour le tabac. Les maladies engendrées par l'alcool sont très nombreuses, très invalidantes durant une longue période de vie ; elles sont donc socialement très coûteuses.

LE POIDS DES DROGUES SUR LES FINANCES PUBLIQUES

Contrairement au coût externe, le « coût des drogues pour les finances publiques » est constitué de dépenses qui doivent effectivement être décaissées par un acteur économique, en l'occurrence l'État. Chaque année celui-ci doit payer respectivement pour l'alcool, le tabac et les drogues illicites, 3,0 milliards, 13,8 milliards et 2,3 milliards. Le message majeur qui ressort de l'observation des flux de finances publiques est que le budget de l'État, quelle que soit la drogue considérée, est impacté négativement par l'existence des drogues.

Les dépenses du budget de l'État se sont élevées à 380 milliards d'euros en 2010. Les dépenses nettes liées aux drogues représentent près de 20 milliards d'euros, soit 5 % des dépenses publiques. Le déficit du budget de l'État est de 65 milliards d'euros. On peut donc dire, pour retenir une image simplificatrice, que 33 % du déficit budgétaire est constitué par le poids négatif des drogues sur les finances publiques.

Malgré les recettes des « taxes » prélevées sur l'alcool et sur le tabac et malgré les « économies de pension de retraite non versées » du fait des décès, le « coût des soins » dépasse le montant de ces recettes. Le tabac et l'alcool et, *a fortiori*, les drogues illicites, coûtent chaque année aux finances publiques (ligne 5, tableau 3) et appauvrissent la collectivité (ligne 11, tableau 3). L'idée que les drogues comme le tabac et l'alcool rapporteraient à l'État des recettes est donc infondée. En comparant les « recettes de taxation » de l'alcool et du tabac (respectivement 3 milliards d'euros et 10,4 milliards d'euros), on constate que ces recettes sont inférieures au « coût des soins » (respectivement 7,7 et 25,9 milliards d'euros). Au total, la « taxation » sur les alcools ne représente que 42 % du « coût des soins » et celle sur le tabac, également insuffisante à couvrir le « coût des soins », représente 40 % de ce montant.

DISCUSSION

Il faut en premier lieu rappeler que les résultats fournis dans cette étude dépendent des choix méthodologiques retenus. Les standards internationaux des études de coût social ont été respectés (Single *et al.*, 1995) et les paramètres de la mise en œuvre du calcul sont conformes à la méthodologie du calcul publique recommandée par les pouvoirs publics (Quinet, 2013). Nonobstant, plusieurs arbitrages spécifiques ont été effectués lorsque plusieurs possibilités de calcul étaient envisageables ce qui affecte le résultat⁸.

Trois commentaires, dépassant le simple rappel des choix méthodologiques et des limites imposées par les données, sont nécessaires pour éclairer les résultats.

Premièrement, il convient d'expliquer pourquoi le montant du coût social des drogues, calculé en France pour l'année 2010 est beaucoup plus élevé que celui obtenu dans les évaluations précédentes. On constate en effet, qu'entre l'estimation faite en 2006 et portant sur le début des années 2000 et la présente estimation (2015) consacrée à 2010, le coût social des drogues a été multiplié par trois.

Kopp et Fenoglio (2006) estimaient le coût social de l'alcool à 37 milliards d'euros, celui du tabac à 47 milliards d'euros et celui des drogues illicites à 3 milliards d'euros. Le présent rapport conduit à des chiffres bien plus élevés. Le « coût social » de l'alcool et celui du tabac atteignent respectivement 118 milliards et 122 milliards d'euros suivi par les drogues illicites (8,7 milliards d'euros). La présente étude conduit à des coûts sociaux par catégories de drogues approximativement trois fois plus élevés que l'étude précédente.

L'explication de cette envolée du coût social des drogues n'est pas la conséquence d'une augmentation de consommation et d'une politique publique inefficace. Cette multiplication est le résultat à la fois d'une amélioration des connaissances épidémiologiques et d'un changement dans la méthodologie du calcul économique public adopté officiellement par les pouvoirs publics.

L'étude de 2006 était basée sur l'hypothèse que 42 000 personnes décédaient prématurément du tabac et 44 000 de l'alcool chaque année et 547 des drogues illicites, au milieu des années quatre-vingt-dix. L'appareil statistique s'est amélioré et la présente étude est basée sur les hypothèses de 49 000 décès pour l'alcool, soit 11 % d'augmentation et près de 79 000 décès pour le tabac, soit une augmentation de 89 %. Pour la croissance du nombre de décès engendrés par le tabac, on peut penser qu'une partie s'explique par l'augmentation du nombre de décès par cancers chez les femmes mais que l'essentiel résulte d'une meilleure prise en compte des causes de décès et notamment des décès pour les maladies cardiovasculaires et les cancers engendrés par le tabac.

La valeur de la vie humaine utilisée en 2006 était calculée à partir du revenu disponible brut des ménages (RDB) actualisé, ce qui était cohérent avec la valeur de la vie de 1,5 million d'euros alors recommandée par le rapport Boiteux (2001). Quinet (2013) préconise désormais une valeur de 3 millions d'euros ce qui multiplie par deux la valeur de chaque vie perdue.

Les calculs de 2006 furent réalisés avec un taux d'actualisation de 6 % (Boiteux 2001) et ceux de la présente étude avec un taux de 4 % (Quinet, 2013), ce qui augmente encore le poids des conséquences futures des décès présents.

L'étude de 2006 ne prenait pas en compte la perte de qualité de vie, contrairement à la présente étude.

En conséquence, l'augmentation spectaculaire du « coût social » des drogues entre 2006 et 2010 s'explique par l'amélioration de nos connaissances épidémiologiques et par les modifications des paramètres de calculs et non par un changement négatif majeur du paysage des drogues en France.

Un deuxième commentaire transversal s'impose. Le « coût des pertes de production » exprimé en pourcentage du coût social, pour chaque drogue semble assez faible (7,5 % pour l'alcool, 7,1 % pour le tabac et 6,1 % pour les drogues illicites) au regard des niveaux atteints dans les rapports précédents où le poids des pertes de production était respectivement de 26 %, 40 % et 30 % pour l'alcool, le tabac et les drogues illicites.

8. On rappellera les choix méthodologiques importants (omission des coûts intangibles, utilisation des fractions attribuables décès pour le calcul de la morbidité, omission de la distribution par âge des décès et des malades et utilisation d'un âge moyen, utilisation des données INCa en flux de revenu actualisé pour le calcul des pertes de production, utilisation des données OMS pour l'évaluation des pertes de qualité de vie). En sus, en l'absence de certaines données, certaines hypothèses ont dû être posées. Nous renvoyons pour leur détail au rapport complet OFDT 2015, à paraître.

Comme il vient d'être indiqué, la valeur de la vie humaine a doublé entre cette évaluation du coût social et la précédente. En revanche, la base sur laquelle est appuyé le calcul du « coût des pertes de production » (INCa, 2007) est le PIB. Or, le PIB n'a pas été multiplié par deux au cours de la dernière décennie. Mécaniquement, le pourcentage des pertes de production a donc baissé dans le coût social. Cette situation tient au fait que, d'un côté, la « valeur de la vie humaine perdue » est calculée à partir d'une valeur fixée arbitrairement qui ne reflète pas la production annuelle de richesses (PIB) et que, de l'autre côté, la méthodologie de calcul des « pertes de production » engendrées par le décès repose sur le PIB.

Un troisième commentaire permet de répondre à une interrogation du lecteur. Pourquoi ne pas proposer une comparaison du coût social en France avec celui d'autres pays ? Il existe un consensus pour éviter ce genre de comparaison (Reuter, 1999) car les conventions de calculs varient d'un pays à l'autre et rendent ces comparaisons impossibles⁹. En effet, la valeur de la vie humaine, le taux d'actualisation, dont on a souligné l'importance dans les calculs n'ont pas la même valeur d'un pays à l'autre. De plus, les différentes études existantes ne portent pas sur le même périmètre du coût social, certaines prennent en compte les coûts intangibles (Jeanrenaud, 1998) d'autres pas. Enfin, les systèmes sociaux sont très différents d'un pays à l'autre. Notamment, la fraction des dépenses de soins qui relève des dépenses publiques et des dépenses privées est affectée par l'organisation du système de financement des dépenses de soins (assurance individuelle versus charges sociales). Les règles mêmes d'enregistrement des dépenses publiques sont assez différentes dans les différents pays même ceux membres de l'Union européenne. Ce rapport adopte une conception large du périmètre de l'État en incluant les comptes sociaux. Chaque étude de coût social a été confrontée au problème de définition du périmètre des coûts publics et privés et de l'articulation spécifique entre finances publiques et comptes sociaux.

9. Une étude Mielecka-Kubie et al. (2014) examine les coûts engendrés par les drogues en Catalogne, Pologne, Espagne. Cette étude indique le nombre de décès prématurés (avant 64 ans) attribuables aux drogues par pays et ne comprend pas une estimation de la valeur des vies perdues mais seulement de la production perdue. Logiquement le coût social ainsi calculé est 4 ou 5 fois plus faible que selon la présente étude puisque la valeur de la vie humaine perdue représente près de 60 % à 85 % du coût social.

Références

- Beck F., Guignard R., Richard J.-B., Tovar M.-L., Spilka S., 2011, Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010. Exploitation des données du Baromètre santé 2010 relatives aux pratiques d'usage de substances psychoactives en population adulte, Tendances, OFDT, n° 76, 6 p.
- Boiteux M., Baumstark L., 2001, Transports : choix des investissements et coût des nuisances, Paris, Commissariat général au Plan, 323 p.
- Brisacier A.C., Collin C., 2014, Les traitements de substitution aux opiacés en France : données récentes, Tendances, OFDT, n° 94, 6 p.
- Cambou J.P., Genes N., Vaur L., Dubroca I., Etienne S., Ferrieres J., Danchin N., 1998, Epidémiologie de l'infarctus du myocarde en France : Survie à 1 an des patients de l'étude USIK, Archives des maladies du coeur et des vaisseaux, Vol. 91, n° 9, 1998, pp. 1103-1110.
- Chapman K.R., Mannino D.M., Soriano J.B., Vermeire P.A., Buist A.S., Thun M.J., Connell C., Jemal A., Lee T.A., Miravittles M., Aldington S., Beasley R., 2006, Epidemiology and costs of chronic obstructive pulmonary disease, European Respiratory Journal, Vol. 27, n° 1, 2006, pp. 188-207.
- Collins D.J., Lapsley H.M., 1996, The social costs of drug abuse in Australia in 1988 and 1992, Canberra, National Drug Strategy, Commonwealth Department of Human Services and Health, coll. Monograph Series No. 30, 74 p.
- Collins D.J., Lapsley H.M., 2010, The social costs of smoking in NSW in 2006/07 and the social benefits of public policy measures to reduce smoking prevalence, Sydney, NSW Department of Health, 42 p.
- Dautzenberg B., Ministère de l'emploi et de la solidarité, 2001, Rapport du groupe de travail relatif au tabagisme passif, Paris, DGS, 121 p.
- Dhumeaux D., ANRS, Association française pour l'étude du foie (AFEF), 2014, Prise en charge des personnes infectées par le virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C. Rapport de recommandations 2014, Les Ulis, EDP Sciences, 527 p.
- DREES, 2011, Comptes nationaux de la santé 2010, coll. Études et statistiques, 277 p.
- Drummond M.F., Stoddard G.L., Torrance G.W., 1987, Methods for the economic evaluation of health care programs, Oxford, Oxford University Press, 182 p.
- Ducrot N., Mercier S., Colin C., Vergnon P., Laroche C., Bailly F., Caillette A., Labeeuw M., Trepo C., 1998, Etude nationale des pratiques de dépistage de l'hépatite C chez les patients hémodialysés, Néphrologie, Vol. 19, n° 4, 1998.
- Emmerich J., 1998, Maladies des vaisseaux, Rueil-Malmaison, Doin, 217 p.
- Gruber J., Köszegi B., 2004, Tax incidence when individuals are time-inconsistent: the case of cigarette excise taxes, Journal of Public Economics, Vol. 88, n° 9-10, 2004, pp. 1959-1987.
- Guérin S., Laplanche A., Dunant A., Hill C., 2013, Alcohol-attributable mortality in France, European Journal of Public Health, Vol. 23, n° 4, 2013, pp. 588-593.

- Guérin S., Laplanche A., Dunant A., Hill C., 2013, Mortalité attribuable à l'alcool en France en 2009, BEH - Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, n° 16-17-18, 2013, pp. 163-168.
- Hill C., 1999, Alcool et risque de cancer, THS La Revue des Addictions, Vol. 1, n° 3, 1999, pp. 46-49.
- Hill C., 2011, Les effets sur la santé du tabagisme passif, BEH - Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, n° 20-21, 2011, pp. 233-235.
- Hodgson T.A., Meiners M., 1979, Guidelines for cost of illness studies in the public health service, Task Force on Cost of Illness Studies, Washington, U.S. Public Health Service.
- INCa, 2007, Analyse économique des coûts du cancer en France, Boulogne-Billancourt, Institut national du cancer (INCa), 146 p.
- INCa, 2010, Survie attendue des patients atteints de cancer : état des lieux, Boulogne-Billancourt, Institut national du cancer (INCa), coll. Rapports & synthèses, 58 p.
- InVS, 2008, Résultats d'une enquête sur l'hépatite C, le VIH et les pratiques à risques chez les consommateurs de drogues. Enquête Coquelicot 2004-2007, Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire (InVS), 8 p.
- Janssen E., Palle C., 2010, Les surdoses mortelles par usage de substances psychoactives en France, Tendances, OFDT, n° 70, 4 p.
- Jauffret-Roustide M., Couturier E., Le Strat Y., Barin F., Emmanuelli J., Semaille C., Quaglia M., Razafindratsima N., Vivier G., Oudaya L., Lefevre C., Desenclos J.C., 2006, Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot, 2004, BEH - Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, n° 33, 2006, pp. 244-247.
- Jauffret-Roustide M., Weill-Barillet L., Leon L., Le Strat Y., Brunet S., Benoit T., Chauvin C., Lebreton M., Barin F., Semaille C., 2013, Estimation de la séroprévalence du VIH et de l'hépatite C chez les usagers de drogues en France - Premiers résultats de l'enquête ANRS-Coquelicot 2011, BEH - Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, n° 39-40, 2013, pp. 504-509.
- Jeanrenaud C., 1998, Le coût social de la consommation de tabac, Dépendances, n° 4, 1998, pp. 20-22.
- Koopmanschap M.A., Rutten F.F.H., van Ineveld B.M., van Roijen L., 1995, The friction cost method for measuring indirect costs of disease, Journal of Health Economics, Vol. 14, n° 2, 1995, pp. 171-189.
- Kopp P., Fenoglio P., 2006, Le coût social des drogues en 2003. Les dépenses publiques dans le cadre de la lutte contre les drogues en France en 2003 (Réactualisation du rapport OFDT, 1998), Saint-Denis, OFDT, 57 p.
- Laumon B., Gadegbeku B., Martin J.L., Groupe Sam, 2011, Stupéfiants et accidents mortels (projet SAM) : Analyse épidémiologique, Saint-Denis, OFDT, 166 p.
- May M., Gompels M., Delpech V., Porter K., Post F., Johnson M., Dunn D., Palfreeman A., Gilson R., Gazzard B., Hill T., Walsh J., Fisher M., Orkin C., Ainsworth J., Bansil L., Phillips A., Leen C., Nelson M., Anderson J., Sabin C., 2011, Impact of late diagnosis and treatment on life expectancy in people with HIV-1: UK Collaborative HIV Cohort (UK CHIC) Study, BMJ, Vol. 343, d6016, 10.1136/bmj.d6016.
- Mielecka-Kubien Z., Okulicz-Kozaryn K., Zin-Sedek M., Oleszczuk M., Brzozka K., Colom J., Garcia-Altés A., Ibanez N., Segura L., Feijao F., 2014, Social costs: a report specifying the costs of addiction to societies. Part I: Abuse of alcohol, illegal drugs and tobacco, ALICE RAP Project, coll. Deliverable 6.1, Work Package 6, 335 p.
- Ministère de l'économie et des finances, 2013, Politique de lutte contre les drogues et les toxicomanies. Document de politique transversale - Projet de loi de finances pour 2013, Paris, Ministère de l'Economie et des Finances, 81 p.
- Moreau Y., 2013, Nos retraites demain, équilibre financier et justice, Commission pour l'avenir des retraites, 37 p.
- OFDT, 2013a, Drogues et addictions, données essentielles, Saint-Denis, OFDT, 399 p.
- OFDT, 2013b, Drogues, chiffres clés (5e édition), Saint-Denis, OFDT, 8 p.
- Paille F., Reynaud M., 2015, L'alcool, une des toutes premières causes d'hospitalisation en France, BEH - Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, n° 24-25, 2015, pp. 440-449.
- Palle C., Rattanatrav M., 2013, Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie en 2010. Situation en 2010 et évolutions sur la période 2005-2010, Saint-Denis, OFDT, 89 p.
- Quinet E., 2013, L'évaluation socioéconomique des investissements publics, Paris, Commissariat général à la stratégie et à la prospective, 354 p.
- Reuter P., 1999, Are calculations of the economic costs of drug abuse either possible or useful?, Addiction, Vol. 94, n° 5, 1999, pp. 635-638.
- Rey G., Boniol M., Jouglu E., 2010, Estimating the number of alcohol-attributable deaths: methodological issues and illustration with French data for 2006, Addiction, Vol. 105, n° 6, 2010, pp. 1018-1029.
- Ribassin-Majed L., Hill C., 2015, Trends in tobacco-attributable mortality in France, European Journal of Public Health, Prépublication 09/05/2015, 10.1093/eurpub/ckv078.
- Rice D.P., Hodgson T.A., Sinsheimer P., Browner W., Kopstein A.N., 1986, The economic costs of the health effects of smoking, 1984, The Milbank Quarterly, Vol. 64, n° 4, 1986, pp. 489-547.
- Sécurité sociale, 2011, Rapport de la Commission des comptes de la Sécurité sociale, Paris, Commission des comptes de la sécurité sociale, 444 p. p.
- Single E., Collins D., Easton B., Harwood H., Lapsley H., Kopp P., Wilson E., 2001, International guidelines for estimating the costs of substance abuse. Second edition, Ottawa, CCSA-CCLAT, 69 p.
- Single E., Collins D., Easton B., Harwood H., Lapsley H., Maynard A., 1995, Proposed international guidelines for estimating the costs of substance abuse, 69 p.
- Thomas D., 2011, Bénéfices cardiovasculaires du sevrage tabagique : revue, BEH - Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, n° 20-21, 2011, pp. 236-239.
- Vallier N., Salanave B., Weill A., 2006, Coût des trente affections de longue durée pour l'assurance maladie, Points de Repère, CNAMTS, n° 3, 8 p.
- WHO, 2004, Global burden of disease 2004 update: disability weights for disease and conditions, 9 p.

Remerciements aux membres du comité de pilotage et en particulier à Christophe Palle, Stéphane Bahrami, Thomas Bayeux, Benjamin Cadier et Serge Karsenty pour leurs précieuses remarques.