

Notes

LE COÛT SOCIAL DES DROGUES : ESTIMATION EN FRANCE EN 2019

RÉSUMÉ

Cette note présente un nouveau calcul du coût social des drogues en France en 2019, après un précédent exercice portant sur l'année 2010. Les résultats ne sont pas directement comparables car plusieurs paramètres de calcul ont été modifiés pour prendre en compte l'amélioration des données statistiques mobilisables. Le coût social des drogues en France mesure le coût monétaire des conséquences de la consommation et du trafic des drogues légales (alcool et tabac) et illégales durant une année moyenne de la décennie. Il 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 calcul suivent les recommandations du rapport Quinet (Quinet, 2013). En 2019, le coût social du tabac et de l'alcool est respectivement de 156 et 102 milliards d'euros, et de 7,7 milliards d'euros pour les drogues illicites. Le coût externe représente l'essentiel du coût social, ce qui explique les écarts entre tabac, alcool et drogues illicites, du fait du différentiel de mortalité (respectivement 73 189, 41 080 et 1 230 vies perdues, dont la valeur est estimée, par convention, à 115 000 euros). Cette nouvelle estimation confirme que le coût social des drogues reste très supérieur aux recettes fiscales induites.

SOMMAIRE

INTRODUCTION

2

LES DONNÉES SANITAIRES ET ÉCONOMIQUES

4

Mortalité et morbidité

4

Pertes de production

6

Les dépenses publiques de traitement

6

Les dépenses publiques de répression,
prévention et autres dépenses sociales

8

Les résultats

8

Coût social

8

Prépondérance du coût externe

9

Le poids des drogues sur les finances
publiques

10

Comparaison des résultats avec ceux
de l'étude de 2015 (données de 2010)

10

Discussion

13

Contributions

13

Méthodologie

14

Bibliographie

15

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 les problèmes et contribuent à éclairer les choix, toujours difficiles, d'engagement de dépenses publiques pour l'État et les organismes de sécurité sociale. La méthodologie des études sur le coût social des drogues a été présentée sous la forme de *guidelines* (Single *et al.*, 2001), à la suite des travaux de Collins et Laspley (Collins et Laspley, 1996) 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, des paramètres nationaux du calcul économique public 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 actualiser les principes du calcul socio-économique (Quinet, 2013).

Cette note de résultats consacrée au coût social des drogues en France en 2019¹ prolonge une étude (publiée en 2015) qui portait sur l'année 2010 (Kopp, 2015) et propose d'exprimer, en unité monétaire, l'ensemble des coûts des conséquences des drogues pour la société. En effet, le trafic et la consommation de drogues (licites et illicites) 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 prématurément. On retient dans cette note une acception 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.

Cette nouvelle estimation 2019 n'est pas comparable à celle de 2010 car plusieurs paramètres de calcul ont été modifiés, notamment l'espérance de vie qui a augmenté, et l'estimation des dépenses de soins qui s'est affinée, afin de prendre en compte l'amélioration des connaissances intervenue sur la période.

Le périmètre de cette étude du coût social des drogues porte principalement sur les coûts tangibles. Certains coûts intangibles², 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, faute d'indicateurs objectivés facilement exploitables³.

Le coût social des drogues est composé de deux parties (voir tableau 1).

- La première est appelée le « coût externe » (CE) et comprend les coûts qui frappent les consommateurs de drogues, mais dont on considère qu'ils sont non intentionnels (externalités intrapersonnelles⁴) ainsi que les coûts pour les tiers⁵ (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.)

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, mais 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. Certains auteurs recommandent de prendre en compte tous les coûts intangibles (Jeanrenaud, 1997, 1998) ce qui renchérit considérablement le coût de l'étude.

4. Les externalités intrapersonnelles sont par exemple les maladies engendrées par le tabac qui frappent les fumeurs. Ces maladies ne sont pas réellement « externes » contrairement au tabagisme passif qui engendre des maladies pour des personnes non fumeuses et donc réellement « externes ».

5. D'après la méthodologie du coût de la maladie (Cost of Illness) utilisée dans cette étude, les « externalités intrapersonnelles » (Gruber et Kószegi, 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.

— 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 multipliée par le « coût d'opportunité des fonds publics »⁶.

Rappelons que 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.

Tableau 1 – Le périmètre du coût social

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

Note : * les coûts privés ne sont pas pris en compte car ils ne sont pas pris en charge par la collectivité, mais par les individus consommateurs.

Soit le coût social :

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

Avec CE qui 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 (Quinet, 2013) qui fixe la valeur de l'année de vie à 115 000 euros et le taux d'actualisation à 4 % ; ΔG qui est la variation du solde des finances publiques multipliée par le coût d'opportunité des fonds publics $(1 + \alpha)$ avec $\alpha = 0,2$, soit 1,2 (Quinet, 2013). Le produit $[(1 + \alpha) \times \Delta G]$ donne l'impact sur le bien-être des variations des finances publiques.

6. Prélever un euro par l'impôt a un coût en bien-être de 1,2 € (Quinet, 2013).

Rappelons que le solde des finances publiques varie :

- négativement du fait des remboursements des soins des personnes victimes d'une pathologie liée aux drogues et des dépenses de prévention et de répression (activité des services d'application de la loi, de la justice, puis des incarcérations), dénomination qui prend en compte la police, la gendarmerie, mais également les douanes pour la lutte contre les stupéfiants ou le contrôle du trafic de tabac et d'alcool ;
- positivement, car les individus qui décèdent, avant un âge « normal », du fait de leurs consommations de drogues, permettent aux finances publiques de faire l'économie des pensions de retraite qui leur auraient été versées et des autres prestations sociales. Mais aussi 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

Un des enjeux pour une estimation du coût social des drogues est de recenser les données épidémiologiques récentes les plus précises possibles et les indicateurs économiques qui seront mobilisés pour le calcul.

Mortalité et morbidité

Le nombre de décès (mortalité) est l'indicateur le plus couramment 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 part (fraction) des différents types de décès pour lesquels les drogues sont impliquées, sachant que ces fractions varient selon le type de maladie (pour les décès du cancer du poumon, la part attribuable au tabagisme est de 85 % tandis que pour le cancer du rein, par exemple, elle n'est que de 1 %). On utilise dans cette étude les dernières données publiées dans la littérature scientifique (Bonaldi *et al.*, 2016 ; Bonaldi et Hill, 2019) sur ces « fractions attribuables » et sur le nombre de décès attribuables à la consommation des trois types de substances considérées. Le nombre de décès est un paramètre qui intervient dans l'estimation des coûts de vies perdues et de la perte de production, mais également pour l'estimation des économies de retraite (part non versée).

Le nombre de malades souffrant d'une pathologie engendrée par les drogues (morbidité), nécessaire à l'évaluation des dépenses de soins et des pertes de production, est estimé en utilisant les données disponibles sur le nombre de malades par pathologie et les fractions attribuables des malades mentionnées calculées à partir des données de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

Les données sur la valorisation des pertes de qualité de vie des personnes en soins proviennent de l'Organisation mondiale de la santé (WHO, 2004) qui propose des estimations de perte de qualité de vie par pathologie (pour les individus atteints d'un cancer, par exemple, ils subiraient une perte de qualité de vie de 75 % relativement à ceux en bonne santé). Lorsque l'information n'était pas disponible, elle a été formulée de manière ad hoc⁷. Ces estimations de l'OMS sont certes anciennes, mais n'ont pas de raison d'avoir changé. On remarquera que l'addiction, indépendamment de toute autre pathologie liée à l'usage, 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 à l'addiction elle-même, ce coût n'a pu être calculé. Afin de calculer la perte de valeur de la qualité de vie engendrée par les symptômes d'une

7. Lorsque l'OMS n'indique pas la perte de qualité de vie pour une pathologie, on retiendra une perte analogue à celle donnée par l'OMS pour une pathologie réputée aussi handicapante.

pathologie due aux drogues, nous n'avons retenu que les classes d'âge supérieures à 55 ans⁸. Ce choix apparaît raisonnable au regard de l'âge de décès moyen des usagers, même s'il exclut ceux qui peuvent mourir encore plus précocement du fait par exemple d'un accident de la route.

Ces données 2019, essentielles dans l'estimation du coût social, présentent toutefois des différences importantes avec l'étude précédente menée sur les données de 2010 (Kopp, 2015).

Premièrement, l'étude portant sur 2010 reposait sur une espérance de vie moyenne pour les hommes et les femmes de 80 ans. Les données récentes montrent que, en France, en 2019, l'espérance de vie à la naissance est de 85,6 ans pour les femmes et de 79,7 ans pour les hommes (Insee, 2020) soit une moyenne (retenue pour l'étude 2019) de 83 ans. Ce simple allongement de la durée de la vie, qui constitue une amélioration du panorama sanitaire en France, conduit à une augmentation du coût social lié aux décès puisque le nombre d'années de vie perdues (à âge de décès constant) augmente avec l'espérance de vie.

Deuxièmement, les données portant sur la morbidité s'avèrent plus précises que celles utilisées lors de l'étude de 2015. Cette dernière déduisait les fractions attribuables de morbidité (part des malades soignés pour une pathologie liée aux drogues) de celles de la mortalité tandis que la présente étude utilise les fractions attribuables de morbidité directement issues des données de l'ATIH. Ces dernières sont plus complètes dans la mesure où elles comptabilisent de nombreuses maladies liées aux drogues qui ne conduisent pas nécessairement au décès et étaient, de ce fait, ignorées dans l'étude précédente. Le nombre de malades des conséquences des drogues est affecté par cette nouvelle méthode de calcul. Lors du calcul de la perte de qualité de vie engendrée par la maladie, la multiplication de la valeur d'une année de vie (115 000 euros) par le nombre d'années en maladie et par le nombre de malades, bien supérieur à celui de l'étude de 2010, puis par le coefficient de perte de qualité de vie (inférieur à 1) donne un chiffre très élevé⁹. Dès lors, le résultat de la présente étude pourrait paraître paradoxal avec un coût social des drogues qui augmente significativement malgré une mortalité en nette diminution. Une meilleure estimation du nombre de malades et une espérance de vie qui progresse en sont les principaux facteurs d'explication. Afin d'éviter les interprétations erronées, nous simulons ce que serait le coût social des drogues en 2019 en conservant les paramètres de l'étude de 2015 portant sur l'espérance de vie et sur la morbidité. On constatera alors que le coût social des drogues baisse légèrement (voir infra tableau 4).

Troisièmement, il existe une différence notable concernant la mortalité routière engendrée par le cannabis. Dans l'étude publiée en 2015, il apparaissait que 230 personnes étaient décédées à la suite d'un accident routier impliquant une consommation de cannabis. Ce chiffre issu des données disponibles (Laumon *et al.*, 2011) à cette période n'est pas repris dans la présente étude. En effet, le bilan 2019 de la sécurité routière recense 731 décès dans un accident de la route impliquant un conducteur testé positif aux stupéfiants et 3 604 blessés dans un accident de la route impliquant un conducteur avec test positif aux stupéfiants. Ces décès ne sont pas directement imputables au cannabis, puisqu'une personne peut avoir consommé du cannabis jusqu'à plusieurs semaines avant la date du décès et voir son test apparaître positif. À la différence de l'alcool, dont il est possible de doser la quantité et qui disparaît en 24 heures du sang¹⁰, le cannabis n'est pas dosable par un test rapide et laisse une trace durable (ONISR, 2020). Il est alors erroné d'imputer tous les décès avec tests positifs au cannabis.

Quatrièmement, concernant la mortalité engendrée par les stupéfiants et retenue dans cette estimation (substitution aux opioïdes : 266 ; héroïne : 147 ; cocaïne : 110 ; autres psychotropes : 104 ; VHC : 543 ; sida : 27 ; cannabis : 33), il convient de noter que les 33 décès « cannabis » proviennent de l'étude DRAMES (CEIP-A Grenoble, 2021). Dans 19 cas parmi les 33, le cannabis a été imputé comme cause principale associée au décès. Il s'agit des cas où la cause du décès est une pathologie cardiovasculaire connue ou révélée à l'autopsie, aggravée par le cannabis, mais pas causée en propre par ce produit. À nouveau, le risque d'imputation infondée des décès au cannabis doit être remarqué, il a donc été convenu de ne pas les prendre en considération.

8. Les personnes souffrant d'une pathologie engendrée par les drogues et pour lesquelles la qualité de vie est réduite de 75 % pour un cancer du poulmon, 50 % pour un autre cancer, 30 % pour une maladie cardiovasculaire, 13 % pour un traitement VIH/VHC et 50 % pour un sida.

9. La réplication du calcul de 2015 est très légèrement faussée pour les drogues illicites où 7 360 malades de cirrhose du fait des drogues illicites n'ont pu être compris dans le calcul, ce qui ne change pas la signification du résultat.

10. L'ONISR (ONISR, 2020) indique 1 052 décès dans un accident de la route impliquant un conducteur dépisté positif avec un taux d'alcool supérieur à 0,5 g/l de sang. 7 875 blessés sont recensés dans un accident de la route impliquant un conducteur testé positif avec un taux d'alcool supérieur à 0,5 g/l de sang.

Pertes de production

Les pertes de production sont calculées à partir des seules données existantes bien qu'anciennes, proposées par l'Institut national du cancer (INCa, 2007) ou déduites de cette source et corrigées de l'inflation. L'INCa a procédé à une étude des pertes de production engendrées par les cancers en suivant la méthode dite du « capital humain »¹¹, 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 principalement dicté 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 cancéreuses, soit 12 349 € par année de vie perdue, pour les décès par pathologies autres que les cancers.

Les dépenses publiques de traitement

Lors de la publication du précédent rapport (Kopp, 2015), l'Assurance maladie (CNAM) a engagé une réflexion pour tester la solidité du calcul du coût des soins, en matière de tabac, réalisé par l'auteur du rapport, dans la mesure où l'Assurance maladie (CNAM) proposait une évaluation plus faible. La différence essentielle tenait au fait que la première étude prenait en compte les coûts des traitements des maladies liées au tabac, qu'elles soient citées en diagnostic principal ou en diagnostic relié ou associé. Il est parfois justifié d'inclure une maladie en diagnostic associé ou relié comme c'est le cas pour les cancers lorsqu'en diagnostic principal est citée par exemple une chimiothérapie. Mais, dans un très grand nombre de cas, il apparaît abusif de considérer que la totalité du coût d'un séjour hospitalier doit être prise en compte pour évaluer les coûts liés aux drogues dès lors qu'une maladie pour laquelle une drogue est un facteur de risque apparaît en diagnostic relié ou associé. Des surcoûts imputables aux drogues peuvent apparaître dans ces cas, mais ils sont difficiles à évaluer. Il est, en définitive, plus prudent de s'en tenir globalement aux diagnostics principaux, même si cela tend à minimiser les coûts, comme en 2015.

Le calcul des coûts des traitements liés aux drogues repose pour la majeure partie sur les données issues de l'outil CNAM de cartographie médicalisée des dépenses (Assurance maladie, 2022). Les regroupements opérés par la CNAM en une liste d'une soixantaine de pathologies ne fournissent cependant parfois pas le détail nécessaire à la prise en compte de certaines pathologies liées au tabac, à l'alcool ou aux drogues illicites. L'OFDT s'est donc adressé à l'ATIH qui lui a transmis les dépenses d'hospitalisation pour les pathologies non individualisées dans la cartographie de la CNAM.

L'ensemble des dépenses liées à une pathologie, qui inclut aussi principalement les dépenses de médecine de ville, a été estimé en appliquant aux coûts d'hospitalisation transmis par l'ATIH un coefficient multiplicateur de 1,17 exprimant le rapport moyen entre dépenses d'hospitalisation et dépenses totales¹². Ce coefficient unique simplifie une réalité hétérogène où le rapport entre coût des soins ambulatoire et coût hospitalier varie d'une pathologie à l'autre. Le nombre de malades engendré par chaque drogue est calculé, lorsque cela est possible, à partir des données de la CNAM¹³ (voir tableau 2).

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

12. Un rapport pour le Sénat indique que 3,4 milliards d'euros sont consacrés aux dépenses de soins dites « interventions médicales en urgence » (Cohen *et al.*, 2017). Il faudrait ventiler cette somme par drogue. Nous ne disposons pas des données nécessaires, mais l'impact d'un tel calcul serait négligeable.

13. Le rapport entre le coût total des soins engendrés par une pathologie et le coût attribué à une drogue par la CNAM donne la fraction attribuable « malades ». Le nombre de malades « Alcool » pour les maladies externes et autres maladies est peu important du fait de faibles fractions attribuables, mais très imprécis, car la nomenclature des pathologie CNAM ne propose pas le niveau de détail qui serait nécessaire pour affiner le calcul.

Tableau 2 – Synthèse des données d'impact sanitaire des drogues en 2019

Pathologies Alcool	Cancers	Maladies cardiolo- giques	Maladies digestives	Autres maladies ¹	Causes externes ¹			Total
Âge moyen pondéré au décès	67	72	61	59	63			66
Durée traitement	5	11	7	15	1			
Per capita vie perdues	14	10	20	22	18			
Nombre de décès	15 931	9 897	6 780	3 040	5 432			41 080
Années de vie perdues*	228 416	103 202	135 502	95 184	105 155			628 983
Nombre de malades	272 360	287 945	152 801	211 680	130 258			1 055 044
FA mortalité ²	10 %	7 %	29 %	14 %	1,6 %			
Pathologie Tabac	Cancers poumon	Autres cancers	Maladies cardio- logiques	Maladies respira- toires	Tous cancers			Total
Âge au décès	67	68	71	75				69
Durée traitement	1,5	10	11	13				
Per capita vie perdues	14	12	12	8				
Nombre de décès	27 686	17 892	16 445	11 166				73 189
Années de vie perdues*	389 320	230 238	130 382	133 906				883 846
Nombre de malades	-	-	729 984	219 878	398 325			1 348 187
FA mortalité ²	91,2 %	28,3 %	18,4 %	26 %				
Pathologie Drogues illicites	Substitut opiacés	Héroïne	Cocaïne	Cannabis	Psycho.	VHC	Sida	Total
Âge au décès ³	45	45	45	45	45	45	45	45
Durée traitement ⁴	15	15	15	nd	nd	20	20	
Per capita vie perdues	38	38	38	38	38	38	38	
Nombre de décès ⁵	266	147	110	33	104	543	27	1 230
Années de vie perdues*	10 042	5 549	4 153	1 246	3 926	20 487	1 031	46 433
Nombre de malades ⁶	-	-	-	-	-	82 500	15 470	97 970
FA mortalité ²	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	- ⁷	-	

Sources : pour l'alcool en 2015 : Bonaldi et Hill, 2019 ; pour le tabac en 2015 : Bonaldi et al., 2016.

nd : données non disponibles

* Ce chiffre est le résultat de l'addition des années de vies perdues pour les différents sous-types de pathologies pour une catégorie donnée (par exemple, concernant la catégorie des cancers, il s'agit de l'addition des années de vies perdues pour les cancers digestifs, du larynx, du sein, ...). Il n'est donc pas directement le résultat de la multiplication du nombre de décès total par le nombre d'années de vies perdues en moyenne.

1. « Autres maladies » regroupe les pathologies suivantes : diabète de type 2, encéphalopathie de Wernicke, maladies mentales dues à l'alcool, dégénérescence du système nerveux, épilepsie et mal épileptique, polynévrite alcoolique. « Causes externes » regroupe les accidents.

2. Les fractions attribuables lorsqu'elles ne sont pas disponibles pour un groupe de pathologie sont calculées par moyenne pondérée.

3. Les âges au décès des conséquences des drogues illégales sont très peu renseignés (DRAMES). Malgré l'hétérogénéité des âges de décès et par produit, on fixe arbitrairement un âge moyen à 45. Une étude de sensibilité est possible car cette hypothèse affecte les résultats du coût externe.

4. La durée de la vie des personnes malades des drogues illicites est mal connue. On considère qu'elle est égale à la durée de la consommation problématique des drogues et on retient le chiffre de 15 ans comme moyenne de durée de carrière d'usager problématique.

5. Le nombre de décès ne prend en compte que les décès suivant une consommation de drogue, c'est pourquoi on ajoute les fractions des décès sida et VHC imputables aux drogues.

6. On ne retiendra que les 300 000 usagers problématiques recensés par l'OFDT, estimation qui ne prend pas en compte les usagers problématiques de cannabis et de nouveaux produits de synthèse. On ajoute les fractions des malades du VHC et sidas imputables aux drogues illicites.

7. La mortalité VHC et sida est connue de manière brute, et nous ignorons la fraction attribuable de ces décès aux drogues.

Les dépenses publiques de répression, de prévention et autres dépenses sociales

La source des données relatives au coût des dépenses publiques provient de l'OFDT (OFDT *et al.*, 2019) qui a repris le chiffre des dépenses publiques avancé par le « Document de politique transversale » (DPT) institué depuis 2005 par la loi organique relative aux lois de finances (LOLF)¹⁴. Il faut également ajouter les 120 millions d'euros mis en œuvre par le Fonds de lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives (FLCA) en 2019. Les dépenses recensées par le DPT ont été ventilées entre les trois catégories de drogues en fonction de leur intitulé¹⁵. Les dépenses recensées par le FLCA sont ventilées par type de drogues en suivant les analyses du cabinet « Planète publique »¹⁶ qui ne ventile que 68 millions d'euros sur 120 millions d'euros. Faute de pouvoir ventiler les 52 millions restants, ils seront exclus du calcul¹⁷.

Il est impossible de ventiler les dépenses publiques selon les fonctions souvent retenues (prévention, soins, répression). Le DPT permet, en revanche, de ventiler les dépenses publiques en cinq catégories (santé : 34 % ; dépenses répressives : 29 % ; coordination de l'action gouvernementale : 24 % ; enseignement et recherche : 12 % ; action sociale : 1 %). Il convient de rappeler que les dépenses de prévention n'apparaissent que rarement libellées comme telles et sont souvent comprises dans des dépenses dites « éducatives » ou de « soins ». Les montants des taxes perçues sur le tabac et l'alcool sont tirés de la comptabilité nationale.

Le calcul des économies sur les pensions de retraite non versées est comptabilisé en considérant qu'en moyenne les Français prennent en pratique leur retraite à 62 ans, 20 % des retraités proviennent du secteur public, la pension de retraite mensuelle moyenne versée aux Français est de 1 503 euros (DREES, 2019), le taux d'actualisation est de 4 % - le calcul ne distingue pas la part des retraites du secteur public (20 %) de celle du secteur privé.

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 engendré par chacune des drogues.

Coût social

Le coût social représente 102 milliards d'euros pour l'alcool, 156 milliards d'euros pour le tabac et 7,7 milliards d'euros pour les drogues illicites (voir tableau 3). Il est préférable de ne pas 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 qui sont décédées du fait de leur consommation d'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 n'est pas affiché.

14. Le DPT ne retrace que les dépenses, pas les recettes. Notons que les avoirs criminels saisis contribuent à financer les dépenses publiques. En 2021, la Police nationale (programme 176) faisait état de 228 189 752 euros saisis pour 2019 et la Gendarmerie (programme 152) de 255 808 092 euros. La Mildeca redistribue ces sommes au titre du fonds de concours « stupéfiants ». La Mildeca fait état d'un total redistribué de 221 226 551 euros sur la période 1998-2021.

15. Ou par tiers lorsque cela était impossible.

16. <https://www.planetepublique.fr>

17. Somme trop faible pour avoir un impact.

Tableau 3 – Coût social des drogues en 2019

	Alcool	Tabac	Drogues illicites
Nombre de décès	41 080	73 189	1 230
1. Coût externe (2+3+4) (M€)	98 457 (96,10 %)	154 200 (99,02 %)	5 277 (68,28 %)
2. Coût des vies perdues	55 349 (54,02 %)	88 216 (56,65 %)	2 740 (35,45 %)
3. Coût de la perte de qualité de vie	35 949 (35,09 %)	55 674 (35,75 %)	2 123 (27,47 %)
4. Pertes de production	7 159 (6,99 %)	10 310 (6,62 %)	414 (5,36 %)
5. Coût pour les finances publiques (M€) (6+7+8+9)	3 332 (3,25 %)	1 691 (0,82 %)	2 042 (26,43 %)
6. Coût des traitements	7 849 (7,66 %)	16 439 (10,56 %)	760 (9,83 %)
7. Économie de retraites	- 1 256 (-1,23 %)	- 2 845 (- 1,83 %)	- 65 (- 0,85 %)
8. Prévention, répression et dépenses sociales	740 (0,72 %)	778 (0,50 %)	1 348 (17,44 %)
9. Taxation	- 4 000 (- 3,90 %)	- 13 100 (8,41 %)	0 (0 %)
10. Effet sur le bien-être* (M€)	3 998	1 527	2 451
11. Coût social (1+10) (M€)	102 455	155 726	7 730

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

Pour chacune des trois substances ou pour chacun des groupes de substances considérées, 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 problématiques ». Pour l'alcool, sachant que 8 % de la population âgée de 18 à 75 ans étaient des consommateurs à risque, on peut estimer à 3,5 millions les consommateurs d'alcool à risque. Dans le cas du tabac, on retiendra le nombre de fumeurs quotidiens, soit 13 millions (OFDT, 2019). 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'opioïdes et de stimulants et/ou les personnes qui s'injectent une drogue. Leur nombre avait été estimé à 300 000 en 2019 (OFDT, 2019), et il conviendrait d'ajouter à cette estimation le million d'usagers pouvant présenter un risque d'usage problématique du cannabis au regard du Cannabis Abuse Screening Test (Spilka *et al.*, 2018). Il faut noter que la délimitation d'un nombre de consommateurs à l'origine des coûts sociaux 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 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.

Prépondérance du coût externe

Le coût externe représente l'essentiel du coût social de chaque drogue, alcool, tabac et drogues illicites, respectivement 96 %, 99 % et 68 %. Cela s'explique par le nombre de vies perdues (respectivement 41 080, 73 189, 1 230) et le coût fixé pour une année de vie perdue (115 000 euros).

Le premier poste du coût social pour les trois drogues est constitué par les pertes de vies humaines, qui pèsent respectivement, pour les trois drogues, pour 54 %, 56 % et 35 %. Le coût des soins occupe la deuxième position pour l'alcool, le tabac et les drogues illicites pesant respectivement pour près de 7 %, 10 % et 10 % du coût social. Les pertes de production arrivent en troisième position respectivement pour l'alcool, le tabac et les drogues illicites : 7 %, 6 % et 5 %.

Le coût externe du tabac est 1,5 fois plus élevé que celui de l'alcool, car le nombre des décès causés par le tabagisme est 1,8 fois plus important que la mortalité engendrée par la consommation d'alcool. La faible

différence entre l'âge moyen du décès prématuré pour l'alcool (66 ans) et celui pour le tabac (69 ans), et le fait que de nombreux décès accidentels engendrés par l'alcool interviennent précocement ne viennent pas contrecarrer cette tendance.

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 et les organismes sociaux. Chaque année, ceux-ci doivent payer pour l'alcool, le tabac et les drogues illicites, respectivement 3,3 milliards, 1,7 milliard et 2 milliards d'euros. Le message majeur qui ressort de l'observation des flux de finances publiques est que les finances publiques sont affectées négativement par l'existence des drogues, quelle que soit la drogue considérée.

Malgré les recettes des taxes prélevées sur l'alcool et 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, 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 apporteraient à l'État des bénéfices est donc infondée. En comparant les recettes de taxation de l'alcool et du tabac (respectivement 4 milliards d'euros et 13 milliards d'euros), on constate que ces recettes sont inférieures au coût des traitements (respectivement 7,8 et 16,5 milliards d'euros). Le déficit public engendré par l'alcool et le tabac est donc respectivement de 3,3 milliards et de 1,7 milliard, et de 2 milliards d'euros pour les drogues illicites.

Comparaison des résultats avec ceux de l'étude de 2015 (données de 2010)

Les changements de plusieurs paramètres de calcul entre 2015 et 2021 perturbent les tentatives de comparaisons entre les coûts évalués pour 2010 et 2019. Il convient également de noter l'écart de près d'une décennie pour les années de références de ces deux études (2010 et 2019).

Le nombre de malades par drogues est très nettement plus élevé dans le présent rapport que dans Kopp (2015)¹⁸ car ce dernier ne prenait en compte que les malades en affection de longue durée (ALD). Notamment, le nombre de malades des conséquences du tabac passe de 683 396 malades dans l'étude de Kopp (2015) à 1 348 000 dans la présente étude, tandis que le coût des soins baisse de 26 milliards d'euros à 16 milliards. D'un côté, le nombre de malades augmente car la précédente étude ne prenait en compte que les malades en affection de longue durée (ALD) ; de l'autre côté, le coût diminue car la précédente étude prenait en compte la totalité du coût d'un séjour pour laquelle le tabac est un facteur de risque qu'il apparaisse en diagnostic relié ou associé. La présente étude ne retient que les coûts associés aux diagnostics principaux, ce qui tend à les minimiser.

De même, l'espérance moyenne de durée de vie a augmenté entre la précédente estimation et celle-ci. En conséquence, le calcul des pertes engendrées par les décès (ligne 2) et la valeur perdue à cause de la mauvaise qualité de vie des personnes malades d'une pathologie engendrée par les drogues (ligne 3) est affectée par les changements des paramètres. Pour faciliter la lecture, il a été mené une simulation partielle des résultats sur le coût externe pour l'année 2019, en maintenant constants ces deux paramètres (l'espérance de vie et le nombre de malades¹⁹) au niveau de l'étude de 2015 (tableau 4). La comparaison demeure imparfaite car nous n'avons pris en compte l'impact du nombre de malades que sur les composantes du coût externe, mais pas sur le coût des soins. Une telle opération serait impossible car la technique de calcul du coût des soins est totalement différente entre les deux études. La comparaison reste quand même intéressante car le coût externe pèse plus de 90 % du coût social.

18. Les deux chiffres entre parenthèses indiquent le nombre de malades calculé dans les études portant sur 2010 et sur 2019 : alcool (1 418 237/1 055 044) ; tabac (683 396/1 348 187 ; drogues illicites (121 560/97 970). Le nombre total de malades a augmenté de 278 000.

19. Observons qu'entre 2010 et 2019, le nombre de malades des conséquences des drogues a certainement très peu évolué. En effet, de nombreux malades de 2010 le sont toujours et ceux qui sont décédés ont été remplacés par de nouveaux patients. La différence entre le nombre de malades de l'étude de 2015 et la présente étude tient donc à un changement de paramètres de calcul et non à un changement drastique de la situation. Ce qui justifie la production du tableau 4.

Tableau 4 – Coût social des drogues en 2019, calculé avec les paramètres de 2015

Alcool	2010	2019	%
1. Coût externe (= 2+3+4)¹	100 452	88 548	- 11,85 %
2. Vies humaines perdues	51 908	47 845	- 7,83 %
3. Qualité de vie perdue	39 530	34 125	- 13,67 %
4. Pertes de production	9 014	6 578	- 27,02 %
5. Finances publiques	3 820	3 332	- 12,78 %
6. Coût des soins	8 565	7 848	- 8,37 %
7. Économie de retraites	- 1 824	- 1 256	- 31,13 %
8. Prévention, répression et dépenses sociales	283	740	161,85 %
9. Taxation	- 3 204	- 4 000	24,84 %
10. Effet sur le bien-être² (M€)	4 584	3 998	- 12,78 %
11. Coût social (1+10) (M€)	105 036	92 546	- 11,89 %
Nombre de décès	49 051	41 080	- 16,25 %
Tabac	2010	2019	%
1. Coût externe (= 2+3+4)	102 274	107 361	4,97 %
2. Vies humaines perdues	61 940	71 235	15,01 %
3. Qualité de vie perdue	31 695	27 185	-14,23 %
4. Pertes de production	8 639	8 941	3,50 %
5. Finances publiques	13 535	1 272	- 90,60 %
6. Coût des soins	25 887	16 439	- 36,50 %
7. Économie de retraites	- 2 137	- 2 845	33,13 %
8. Prévention, répression et dépenses sociales	182	778	326,85 %
9. Taxation	- 10 397	- 13 100	26,00 %
10. Effet sur le bien-être² (M€)	16 243	1 529	- 90,60 %
11. Coût social (1+10) (M€)	118 516	109 390	- 7,30 %
Nombre de décès	78 966	73 189	- 7,32 %
Drogues illégales	2010	2019	%
1. Coût externe (= 2+3+4)	5 869	5 643	- 3,85 %
2. Vies humaines perdues	2 719	2 740	0,77 %
3. Qualité de vie perdue	2 615	2 520	- 3,66 %
4. Pertes de production	535	384	- 28,23 %
5. Finances publiques	2 310	2 042	- 11,51 %
6. Coût des soins	1 459	760	- 47,65 %
7. Économie de retraites	- 61	- 65	- 6,77 %
8. Prévention, répression et dépenses sociales	913	1 348	47,65 %
9. Taxation	0	0	
10. Effet sur le bien-être² (M€)	2 772	2 451	- 11,59 %
11. Coût social (1+10) (M€)	8 641	8 097	- 6,33 %
Nombre de décès	1 605	1 230	- 23 %

Notes :

1. Le coût externe diffère légèrement de celui publié en 2015 (Kopp, 2015), car une erreur dans les paramètres d'actualisation a été corrigée.

2. Lignes 10 : l'espérance de vie est ramenée à 80 ans et le nombre de malades est identique à celui de l'étude de 2015.

Le tableau 4 présente des résultats où l'effet des changements de paramètres utilisés entre l'étude de 2015 et la présente étude est neutralisé. Il apparaît alors, à méthodologie constante, que le coût social a légèrement baissé entre 2010 et 2019 pour les trois catégories de produits (l'alcool : 11,9 % ; le tabac : 7,3 % ; les drogues illégales : 6,3 %). Lorsqu'on examine les composantes du coût social dans les deux études, il doit être noté que le coût de la vie humaine engendré par l'alcool baisse, alors qu'il augmente légèrement pour le tabac. Cette différence s'explique par le fait que, bien que le nombre de décès engendrés par le tabac ait diminué dans la dernière décennie, une ventilation plus précise par type de cancers (hors cancers du poumon) conduit à retenir un âge de décès moyen un peu moins élevé que lors de l'étude précédente, bien que la durée de survie avec un cancer ait augmenté²⁰. Concernant toujours le tabac, la baisse du coût des soins observés entre l'étude 2015 et la présente étude s'explique par le fait que nous ne prenons désormais en compte que les diagnostics principaux de causes de maladie, ce qui vient réduire de manière importante le coût des soins tel que nous le mesurons. Par ailleurs, les dépenses publiques de prévention, répression et autres dépenses sociales augmentent de manière importante d'une étude à l'autre : d'une part parce que la prise en charge du problème des drogues par l'État a engendré de nouvelles dépenses, d'autre part parce qu'une meilleure connaissance des dépenses publiques a conduit à affecter aux dépenses publiques « drogues » des coûts, par exemple relevant du ministère de l'action de la France dans le monde ou d'administration territoriale, qui ne l'étaient pas lors de l'étude de 2015. Toutefois, l'augmentation de ce poste est importante en pourcentage, mais n'a pas d'impact sur le coût social total. Enfin, la recette totale de taxation prélevée sur l'alcool augmente de manière significative entre 2015 et 2019. Ce n'est pas la conséquence d'une augmentation de la taxation unitaire qui n'a pas été observée dans les faits, mais celle d'une nouvelle ventilation de la consommation qui se porte sur des boissons plus taxées (vins vs alcools forts et bières). A contrario, dans le cas du tabac, l'augmentation de la recette des taxes collectées est mécaniquement produite par l'augmentation du prix unitaire. Dernière observation, le coût social des drogues illégales ne baisse que de 6 % alors que la mortalité baisse de 23 %. Ce hiatus n'apparaît pas dans les cas de l'alcool et du tabac où la mortalité et le coût social baissent de manière parallèle. L'explication tient au fait que la mortalité routière engendrée par le cannabis était évaluée à 230 décès en 2015, ce qui était surévalué car les données disponibles ne mesurent que le nombre de personnes décédées qui étaient positives au cannabis sans que la causalité entre le décès et la prise de cannabis puisse être établie. Le nombre de morts imputables aux drogues illégales est donc largement revu à la baisse.

20. C'est la ventilation des « autres cancers » entre les différents cancers, chacun conduisant à des décès à des âges différents, qui explique ce changement.

DISCUSSION

Les résultats de cette nouvelle estimation du coût social des drogues en France à partir des données 2019 suggèrent plusieurs remarques.

Premièrement, il faut rappeler que les résultats fournis dans cette étude dépendent avant tout des choix méthodologiques retenus. Les standards internationaux des études de coût social ont été respectés (Single *et al.*, 1996) et les paramètres de la mise en œuvre du calcul sont conformes à la méthodologie de calcul 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 résultat. On rappellera les choix méthodologiques importants comme l'omission des coûts intangibles, l'utilisation des fractions attribuables pour le calcul de la morbidité, l'utilisation d'un âge moyen des décès et des malades sans tenir compte de la distribution par âge, l'utilisation des données INCa en flux de revenu actualisé pour le calcul des pertes de production enfin l'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. Il est donc peu pertinent de comparer des études de coût social portant sur différents pays.

Deuxièmement, les chiffres les plus marquants de cette étude sont la baisse du nombre de décès engendrés par l'alcool, le tabac et les drogues illicites (respectivement – 8 000 décès, – 5 777 décès, – 375 décès ; soit 16 %, 7 %, 23 % de décès en moins). Ce résultat vient donner des signes encourageants à une politique publique qui a permis de réduire nettement la consommation de tabac, d'améliorer la prise en charge des usagers de drogues illicites et à renforcer (plus modestement) la prise en compte des dangers de l'alcool ce qui se traduit par une réduction de la mortalité.

Troisièmement, la réduction de la mortalité ne se traduit pas nécessairement par une très forte baisse du coût social. Par exemple, l'amélioration des soins dispensés aux malades augmente la durée de survie des personnes et le coût de leurs traitements, contribuant à l'allongement de la durée de la vie moyenne des Français et augmentant donc le nombre d'années de vie perdues pour chaque décès prématuré et donc, paradoxalement, le coût social. La réduction du nombre de décès engendrés par les drogues vient donc simultanément diminuer le coût social et l'augmenter. Ce double impact de plusieurs paramètres sur le résultat final vient expliquer que la réduction de la mortalité engendre une baisse du coût social, certes observable, une fois neutralisés les changements de paramètres de calcul, mais modeste.

Contributions

La révision du coût social des drogues en France a été réalisée par le professeur Pierre Kopp (université Paris 1 Panthéon-Sorbonne) dans le cadre d'une convention avec l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT) financée par le Fonds de lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives (2019).

La partie relative à une nouvelle estimation du coût des traitements a fait l'objet d'échanges approfondis entre Pierre Kopp, Christophe Palle (OFDT), l'ATIH et l'Assurance maladie. D'autres échanges méthodologiques ont été organisés avec l'OCDE (Marion Devaux) dans le cadre de l'estimation réalisée par cet organisme pour l'alcool (rapport final sur le modèle international de simulation des politiques de lutte contre la consommation nocive d'alcool, OCDE 2021).

Dans le cadre de ce projet, un comité de pilotage scientifique qui réunissait des experts du champ (Christian Ben Lakhdar, Karine Chevreul et Claude Jeanrenaud), des représentants des administrations concernées comme la Mildeca (Amélie Dieudé, Corinne Drougard, David Weinberger) et la DGS (Sylvie Chazalon, Maria Cardenas (DGS) ainsi que l'OFDT (Julien Morel d'Arleux, Ivana Obradovic, Christophe Palle, Stanislas Spilka) s'est réuni à quatre reprises.

L'auteur remercie Sophie Bienenstock (maître de conférences à l'université de Paris I), Sophie Massin (professeure en sciences économiques à l'université de Lille), Gaspard Tissandier (docteur en sciences économiques, à l'université de Panthéon-Sorbonne, Paris I) pour leur aide durant la réalisation de cette recherche.

Repères méthodologiques

Le coût social des drogues exprime, en unité monétaire, l'ensemble des coûts des conséquences des drogues pour la société. Le terme « drogue » est retenu selon une acception limitée à l'alcool, au tabac et aux drogues illicites. Le trafic et la consommation de drogues (licites et illicites) 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 prématurément.

Le périmètre de cette étude porte principalement sur les coûts tangibles. 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, faute d'indicateurs objectivés facilement exploitables.

Le coût social des drogues est composé de deux parties :

- La première est appelée le « coût externe » (CE) et comprend les coûts qui frappent les consommateurs de drogues, mais dont on considère qu'ils sont non intentionnels (externalités intrapersonnelles) ainsi que les coûts pour les tiers (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 multipliée par le « coût d'opportunité des fonds publics ».

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.

Le coût social s'écrit :

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

CE représente le coût externe dont le 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 %.

La valeur des vies humaines perdues est égale à la somme des valeurs actualisées des années de vie perdues pour chaque groupe de pathologies en utilisant le taux d'actualisation de 4 %. Le montant ainsi calculé représente l'équivalent monétaire pour un individu des années de vie perdues. Le produit de cette valeur par le nombre de décès donne les coûts des vies humaines perdues.

Le coût des années en mauvaise santé (qualité de vie perdue) est obtenu en multipliant le nombre de malades durant une année donnée par la valeur d'une année de vie en bonne santé (115 000 euros) puis par le coefficient de perte de qualité de vie (OMS). Le nombre de malades est calculé à partir des fractions attribuables des décès à chaque pathologie.

Le coût des pertes de production est calculé selon la méthode du flux de revenu actualisé égal au nombre d'années de vie perdues multiplié par le nombre de personnes décédées

par la pathologie multiplié par le coût moyen de la perte de production pour un an de vie perdue, soit 12 349 euros (INca).

ΔG est la variation du solde des finances publiques multiplié par le coût d'opportunité des fonds publics $(1 + \alpha)$ avec $\alpha = 0,2$, soit 1,2 (Quinet, 2013). Le produit $[(1 + \alpha) \times \Delta G]$ donne l'impact sur le bien-être des variations des finances publiques.

Le solde des finances publiques varie :

- négativement du fait des remboursements des soins des personnes victimes d'une pathologie liée aux drogues et des dépenses de prévention et de répression (activité des services d'application de la loi, de la justice, puis des incarcérations), dénomination qui prend en compte la police, la gendarmerie, mais également les douanes pour la lutte contre les stupéfiants ou le contrôle du trafic de tabac/d'alcool ;

- positivement, car les individus qui décèdent, avant un âge « normal », du fait de leurs consommations de drogues, permettent aux finances publiques de faire l'économie des pensions de retraite qui leur auraient été versées et des autres prestations sociales, mais aussi 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.

Le calcul des coûts des traitements liés aux drogues repose pour la majeure partie sur les données issues de l'outil CNAM de cartographie médicalisée des dépenses. Les regroupements opérés par la CNAM en une liste d'une soixantaine de pathologies ne fournissent cependant parfois pas le détail nécessaire à la prise en compte de certaines pathologies liées au tabac à l'alcool ou aux drogues illicites. L'OFDT s'est donc adressé à l'ATIH qui lui a transmis les dépenses d'hospitalisation pour les pathologies non individualisées dans la cartographie de la CNAM. L'ensemble des dépenses liées à une pathologie, qui inclut également principalement les dépenses de médecine de ville, a été estimé en appliquant aux coûts d'hospitalisation transmis par l'ATIH un coefficient multiplicateur exprimant le rapport moyen entre dépenses d'hospitalisation et dépenses totales. Le nombre de malades engendré par chaque drogue est calculé, lorsque cela est possible, à partir des données de la CNAM.

Le coût des économies de retraites est calculé en multipliant le nombre de décès durant une année donnée multiplié par la pension moyenne versée la même année.

Il était impossible de comparer la nouvelle estimation du coût social en 2019 avec portant sur 2010 sans retraiter au préalable les données. En effet plusieurs paramètres de calcul ont été modifiés, notamment l'espérance de vie qui a augmenté, l'estimation des dépenses de soins qui s'est affinée, afin de prendre en compte l'amélioration des connaissances intervenue sur la période. Le tableau 4 présente une comparaison où l'effet des changements de paramètres utilisés entre les deux études est neutralisé.

Enfin, il convient d'observer que l'estimation du coût social de l'alcool présentée dans le rapport OCDE de 2021 est de près de 70 milliards d'euros contre 102 milliards pour la présente étude. L'estimation de l'OCDE ne porte pas, contrairement aux études classiques, sur une année mais sur un scénario contre-factuel où est calculé la différence de coût social entre le coût social actuel et celui qui aurait prévalu si les Français avaient arrêté de fumer boire et consommer des stupéfiants à une date X. Une grande partie du résultat repose sur un modèle de simulation dont les paramètres demeurent inconnus.

Bibliographie

Liens accessibles au 16/06/2023

Assurance maladie (2022) [Fiches sur les pathologies](#).

Bonaldi C., Andriantafika F., Chyderiotis S., Boussac-Zarebska M., Cao B., Benmarhnia T., Gremy I. (2016) [Les décès attribuables au tabagisme en France. Dernières estimations et tendance, années 2000 à 2013](#). *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, n° 30-31, p. 528-540.

Bonaldi C., Hill C. (2019) [La mortalité attribuable à l'alcool en France en 2015](#). *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, n° 5-6, p. 97-108.

CEIP-A Grenoble (2021) [DRAMES \(Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances\). Principaux résultats de l'enquête 2019](#). Saint-Denis, ANSM, 2 p.

Cohen L., Génisson C., Savary R.-P. (2017) [Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé](#). Rapport d'information n° 685. Paris, Sénat, 109 p.

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.

DREES (2019) [Les retraités et les retraites. Édition 2019](#). Paris, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, coll. Panoramas de la DREES, 276 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.

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, p. 1959-1987.

INCa (2007) [Analyse économique des coûts du cancer en France](#). Boulogne-Billancourt, Institut national du cancer (INCa), 146 p.

Insee (2020) [Espérance de vie – Mortalité](#). In : Tableaux de l'économie française. Édition 2020. Paris, Institut national de la statistique et des études économiques, coll. Insee Références, p. 32-33.

Jeanrenaud C. (1997) Quel est le coût social de la consommation d'alcool ? *Newsletter de la Société suisse d'alcoologie*, n° 1, p. 5-6 et 9-10.

Jeanrenaud C. (1998) Le coût social de la consommation de tabac. *Dépendances*, n° 4, p. 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, p. 171-189.

Kopp P. (2015) [Le coût social des drogues en France](#). Note 2015-04. Saint-Denis, OFDT, 10 p.

Laumon B., Gadegbeku B., Martin J.L., Groupe Sam (2011) [Stupéfiants et accidents mortels \(projet SAM\) : Analyse épidémiologique](#). Saint-Denis, OFDT, 166 p.

OFDT (2019) [Drogues et addictions, données essentielles](#). Paris, OFDT, 200 p.

OFDT, Díaz Gómez C., Adès J.-E. (2019) [Drug policy workbook \(Politique et stratégie nationale\)](#). In : 2019 National report (2018 data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point France, OFDT (Dir.). Paris, OFDT, 19 p.

ONISR (2020) [La sécurité routière en France. Bilan de l'accidentalité de l'année 2019](#). Paris, Observatoire national interministériel de sécurité routière, 201 p.

Quinet E. (2013) [L'évaluation socioéconomique des investissements publics](#). Paris, Commissariat général à la stratégie et à la prospective, 354 p.

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, p. 489-547.

Single E., Collins D., Easton B., Harwood H., Lapsley H., Maynard A. (1996) *International guidelines for estimating the costs of substance abuse*. Ottawa, CCSA-CCLAT, 71 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.

Spilka S., Richard J.-B., Le Nézet O., Janssen E., Brissot A., Philippon A., Shah J., Chyderiotis S., Andler R., Cogordan C. (2018) [Les niveaux d'usage des drogues illicites en France en 2017](#). *Tendances*, OFDT, n° 128, 6 p.

WHO (2004) [Global burden of disease 2004 update: Disability weights for disease and conditions](#), 9 p.



Observatoire français des drogues et des tendances addictives

69 rue de Varenne 75007 Paris

Tél : 01 41 62 77 16

e-mail : ofdt@ofdt.fr

www.ofdt.fr

ISBN : 979-10-92728-75-0

Photo copyrights : © Rafa Irusta / © Wrangler (Adobe Stock)