

OFDT

Observatoire français des drogues et des toxicomanies

105 rue La Fayette

75 010 Paris

Tél : 01 53 20 16 16

Fax : 01 53 20 16 00

e-mail : ofdt@ofdt.fr

Les études publiées par l'OFDT sont consultables sur le site web :
www.drogues.gouv.fr

ARMI

Association de recherche
sur les marchés informels

Pierre KOPP

6 rue Duméril
75 013 Paris
pkopp@easynet.fr

ISBN : 2-11-091923-X



Observatoire français des drogues et des toxicomanies

OFDT 2000 - Étude n° 22 Le coût social des drogues licites (alcool et tabac) et illicites en France

Le coût social des drogues licites (alcool et tabac) et illicites en France

Pierre KOPP
Philippe FENOGLIO

Le coût social des drogues licites (alcool et tabac) et illicites en France

**Pierre KOPP
Philippe FENOGLIO**

**Septembre 2000
Étude n° 22**

Sous la direction scientifique de :

Pierre Kopp

Professeur à l'université de Panthéon-Sorbonne (Paris I)
Pkopp@easynet.fr

Avec la collaboration de **Philippe Fenoglio**

Maître de conférences à l'université de Nancy II

Le présent rapport présente les conclusions de deux missions de recherches, menées sous la direction scientifique de Pierre Kopp, économiste, professeur à l'université de Panthéon-Sorbonne (Paris I) avec la collaboration de Philippe Fenoglio, économiste, maître de conférences à l'université de Nancy II.

La première répond à un appel d'offre MILDT/INSERM¹ de 1997².

La seconde, intitulée « Le coût social des drogues illicites », est réalisée pour le compte de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT³).

1. INSERM, 101, rue de Tolbiac 75654 Paris cedex 13.

2. Référence de la convention : MILDT/INSERM - EHESS/CETSAH N° MILDT 96C04.

3. OFDT, 105, rue Lafayette, 75010 Paris. Référence de la convention : OFDT-ARMI 97-11.

Sommaire

INTRODUCTION	11
CHAPITRE I	
MÉTHODOLOGIE DÉTAILLÉE DU CALCUL DU COÛT SOCIAL DES DROGUES	25
1 - MÉTHODOLOGIE	25
1.1 - « Philosophie générale »	25
1.2 - Outils méthodologiques	35
1.2.1 - Point de départ de l'analyse de la méthode dite du « Risque attribuable » (RA)	36
1.2.2 - Calcul du « Risque relatif » (RR)	36
1.2.3 - Calcul du « Risque attribuable » (RA)	38
1.2.4 - L'actualisation	39
CHAPITRE II	
LE COÛT SOCIAL DU TABAC	41
2 - LE COÛT SOCIAL DU TABAC EN FRANCE	41
2.1 - Consommation française de tabac et structure de la consommation	42
2.2 - Résultat sur les « Risques attribuables » au facteur de risque « tabac »	46
2.3 - Les dépenses de santé imputables à la consommation de tabac	49
2.3.1 - Les coûts hospitaliers liés à la consommation de tabac	49
2.3.2 - Les coûts ambulatoires liés à la consommation de tabac	57
2.3.3 - Conclusion sur les dépenses de santé imputables au tabac	58
2.4 - Les dépenses de prévention imputables à la consommation de tabac	59
2.4.1 - La campagne de prévention du CFES	60
2.4.2 - Les dépenses de prévention du CNCT	60

2.5 - Pertes de revenus et pertes de production imputables au tabac	61
2.5.1 - Les pertes de revenus des individus	62
2.5.2 - Les pertes de production sur le lieu de travail	74
2.6 - Pertes de prélèvements obligatoires imputables au tabac	95
2.7 - Les associations à financements privés	100
2.8 - Autres coûts imputables au tabac : les incendies et la lutte contre le trafic de cigarettes	100
2.8.1 - Le coût des incendies imputable au tabac	100
2.8.2 - Le problème de la lutte contre le trafic de cigarettes	102
Conclusion	102

CHAPITRE III

LE COÛT SOCIAL DE L'ALCOOL **105**

3 - LE COÛT SOCIAL DE L'ALCOOL EN FRANCE	105
3.1 - Consommation française d'alcool et structure de la consommation	106
3.2 - Résultat sur les « Risques attribuables » à l'alcool	112
3.3 - Les dépenses de santé imputables à la consommation d'alcool	116
3.3.1 - Les coûts hospitaliers liés à la consommation d'alcool	116
3.3.2 - Les coûts ambulatoires liés à la consommation d'alcool	122
3.3.3 - Conclusion sur les dépenses de santé imputables à l'alcool	123
3.4 - Les dépenses des Administrations publiques	124
3.4.1 - Le ministère de l'Emploi et de la Solidarité	125
3.4.2 - Les ministères de l'Intérieur et de la Défense	130
3.4.2.1 - Le problème de la sécurité routière	131
3.4.2.2 - Autres crimes et délits commis sous l'emprise de l'alcool	137
3.4.3 - Le ministère de la Justice	137
3.4.3.1 - Le problème de la sécurité routière	138
a - Les tribunaux	138
b - Le système pénitentiaire	140
3.4.3.2 - Autres crimes et délits commis sous l'emprise de l'alcool	147

3.5 - La Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM)	148
3.5.1 - Le financement par la CNAM des campagnes du CFES	148
3.5.2 - La participation de la CNAM au financement de l'ANPA et de cinq associations d'anciens buveurs	150
3.5.3 - La CNAM et le problème des accidents du travail	150
3.6 - Les sociétés d'assurances	153
3.7 - Pertes de revenus et pertes de production imputables à l'alcool	156
3.7.1 - Les pertes de revenus des individus	160
3.7.2 - Les pertes de production sur le lieu de travail	173
3.8 - Les pertes de prélèvements obligatoires imputables à l'alcool	196
3.9 - Les associations à financements privés	199
3.10 - Autres coûts supportés par les agents privés	202
3.10.1 - Les amendes des personnes condamnées pour problème d'alcoolémie au volant	202
3.10.2 - Autres peines liées aux condamnations pour problème d'alcoolémie au volant	203
3.10.3 - Les frais d'avocats	203
Conclusion	205

CHAPITRE IV

LE COÛT SOCIAL DES DROGUES ILLICITES EN FRANCE **209**

4 - LE COÛT SOCIAL DES DROGUES ILLICITES EN FRANCE	209
4.1 - Consommation française de drogues et structure de la consommation	210
4.2 - Les dépenses de santé imputables à la consommation de drogue	216
4.2.1 - Les coûts liés au Sida imputables à la drogue	217
4.2.2 - Le Subutex® et son coût	218
4.2.3 - Conclusion sur les dépenses de santé imputables à la drogue	219
4.3 - Les dépenses des Administrations publiques	220
4.3.1 - Le ministère de la Justice	220
a - Les services judiciaires	221
b - L'administration pénitentiaire	224
c - Coût des services de la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ)	231

4.3.2 - Direction générale des douanes et des droits indirects	232
4.3.3 - La gendarmerie nationale	233
a - Mission de police judiciaire	233
b - Mission de sécurité publique générale	234
c - Autres dépenses	234
4.3.4 - La police nationale	235
4.3.5 - Le ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville	236
a - Direction générale de la santé (DGS)	239
b - Direction des Affaires sociales (DAS)	239
c - Délégation interministérielle à la Ville (DIV)	239
d - Personnel et fonctionnement de la DDASS et de la DRASS)	240
4.3.6 - Le ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche	240
a - L'Éducation nationale	240
b - La Recherche	241
4.3.7 - Le ministère de la Jeunesse et des Sports	242
4.3.8 - Le ministère des Affaires étrangères	243
4.3.9 - Le ministère de la Coopération	243
4.3.10 - La contribution de la France au budget de l'Union européenne	244
4.3.11 - Récapitulatif des dépenses des administrations	244
4.4 - Pertes de revenus et pertes de production imputables à la drogue	246
4.4.1 - Les pertes de revenus des individus	246
4.4.2 - Les pertes de production sur le lieu de travail	250
4.5 - Les pertes de prélèvements obligatoires imputables à l'alcool	259
4.6 - Les associations à financements privés	262
4.7 - Autres coûts supportés par les agents privés	263
4.7.1 - Les amendes des personnes condamnées pour ILS	263
4.7.2 - Les autres peines liées aux condamnations pour ILS	264
4.7.3 - Les frais d'avocats	264
Conclusion	264
CONCLUSION	269
ANNEXE	271
LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES	271

INTRODUCTION

Le présent rapport présente les conclusions de deux missions de recherches en cours, menées sous la direction scientifique de Pierre Kopp, économiste, professeur à l'université de Panthéon-Sorbonne (Paris I). La première, intitulée « Le coût social des drogues illicites », est réalisée pour le compte de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT⁴). La seconde, intitulée « L'impact des modalités organisationnelles et de la réglementation publique sur la consommation de substances addictives », est menée dans le cadre de la convention de coopération signée le 26 octobre 1995 entre la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) et l'INSERM⁵.

Le présent rapport se propose de mesurer, en France, le « coût social » des drogues⁶ (alcool, tabac et drogues illicites).

1 - PRINCIPES DU CALCUL DU « COÛT SOCIAL » DES DROGUES

Les drogues imposent des coûts à la collectivité. La consommation de drogues licites (alcool, tabac) et illicites, ainsi que le trafic de ces dernières, engendrent un large éventail de conséquences sociales, tant au niveau individuel que collectif. En termes économiques, ces conséquences peuvent

4. OFDT, directeur Jean-Michel Costes, 105, rue Lafayette, 75010 Paris. Convention n° 97-11. Direction scientifique Pierre Kopp, économiste, professeur à l'université de Panthéon-Sorbonne (Paris I).

5. INSERM, 101, rue de Tolbiac 75654, Paris cedex 13.

6. Ce rapport adopte la terminologie recommandée par l'OFDT. On définit la drogue comme « un produit naturel ou synthétique, consommé en vue de modifier son état de conscience, ayant un potentiel d'usage nocif, d'abus ou de dépendance dont l'usage peut être légal ou non ». Par convention, le terme « drogue » couvre les quatre sous-ensembles suivants : alcool, tabac, médicaments psychoactifs, drogues illicites. Les médicaments psychoactifs comprennent les quatre classes suivantes : hypnotiques, neuroleptiques, anxiolytiques, antidépresseurs. Les drogues illicites comprennent les produits stupéfiants (hors cadre de prescription médicale) et certains produits non classés comme stupéfiants et détournés de leur usage normal (colle, solvants, champignons hallucinogènes, substances de synthèse, médicaments détournés, etc.).

se mesurer à travers l'estimation du « coût social » généré par la consommation et le trafic de ces substances. Les calculs sont « *prevalence-based* », c'est-à-dire que sont estimés les coûts des problèmes de drogues dont la source peut-être lointaine, mais qui se manifestent au cours d'une année.

Le « coût social », mesuré dans ce rapport, est engendré par le trafic des drogues illicites et par la consommation (abusives ou non) de toutes les substances. Il serait erroné de n'imputer ce « coût social » qu'aux consommations dites « abusives », alors qu'on ignore s'il existe un plafond de consommation au-dessous duquel le risque serait nul. Cette question est particulièrement discutée, notamment dans le cas de l'alcool et du cannabis⁷. Il est en revanche établi que le risque zéro est incompatible avec une consommation aussi faible soit-elle de tabac⁸ et des drogues illicites dites « dures ».

Notre rapport s'inscrit dans la tradition de la littérature anglo-saxonne traitant des substances psychotropes selon la méthode « *Cost of Illness* » (COI). L'approche en terme de « coût social », utilisée ici, ne fait intervenir que les dépenses engagées par l'ensemble des agents privés et publics sans comptabiliser, à aucun moment, l'aspect « recette » ou « bénéfice » lié à la consommation de ces substances. Ainsi, une approche basée sur le concept de « coût social » se révèle bien différente de la méthode « coûts - bénéfices » traditionnellement utilisée en économie publique, et qui recommande de retenir entre deux projets susceptibles d'être réalisés⁹, celui qui engendre la recette nette la plus élevée, c'est-à-dire, la plus forte différence positive entre les recettes et les coûts.

Faute d'être placé devant un véritable choix opérationnel (il n'est pas possible de décréter un monde sans drogue¹⁰), il est logique de se contenter de

7. OMS, 1999.

8. Hill (C.), « Tabac et risque de cancer » *THS*, n° 2, 1999.

9. Comparer, par exemple, deux stratégies destinées à soigner les toxicomanes.

10. Nous avons déjà montré que même une question plus simple comme celle de la comparaison de la prohibition et de la légalisation des drogues illicites reste sans réponse. La question est de savoir si la société se porterait mieux en autorisant l'usage d'une ou plusieurs nouvelles drogues. La réponse ne peut être positive que si le bien-être collectif augmente (ou que le « coût social » de la drogue diminue). Nul ne sait quel serait l'impact sur le « coût social » de la légalisation des drogues illicites. L'augmentation du niveau de consommation, les effets de substitution entre les drogues actuellement illicites, le tabac et l'alcool, la baisse des effets négatifs des drogues imputables à l'illégalité actuelle et, *a fortiori*, le résultat de toutes ces variations combinées sont imprévisibles. Il est impossible de prouver la supériorité de la prohibition sur la légalisation, ni d'ailleurs le contraire. La controverse est donc amenée à se prolonger, bien qu'elle soit sans issue et qu'elle retarde l'ouverture de discussions plus riches de résultats opérationnels. L'opposition stérile entre des croyances opposées retarde d'autant la discussion rationnelle de la politique de la drogue. P. Kopp, « *Drogues : réduire le coût social* », Fondation Saint-Simon, 1998.

mesurer le « coût social » des drogues afin de mettre en évidence le fardeau que celles-ci représentent pour la collectivité. À défaut de comparer deux projets effectifs, le recours à un artifice de calcul devient inévitable. En fait, deux hypothèses sont retenues : d'une part, que le plein emploi des facteurs est assuré (i.e. que l'ensemble des ressources existantes est utilisé en vue de produire des biens et des services) et, d'autre part, qu'une réallocation des ressources supprimant les drogues n'affecterait pas le niveau des bénéfices sociaux. Sous ces deux hypothèses, toutes les conséquences des drogues sont traitées comme un « coût social », source de perte de bien-être collectif.

À titre d'exemple, ceci revient à considérer qu'en l'absence de consommation et d'activités économiques dans les secteurs de l'alcool, du tabac et des drogues illicites, l'ensemble des ressources mobilisées dans ces « secteurs » économiques trouverait à être employé de manières différentes dans d'autres types d'activités ; ensuite, et sous cette première hypothèse, la réallocation de ces ressources permettrait, *ceteris paribus*, de générer le même montant de bénéfices, sans en supporter les coûts précédemment engendrés (seconde hypothèse). Cette nouvelle affectation des ressources permettrait donc de garder constant le montant global des bénéfices générés par l'ensemble des activités économiques, mais, parallèlement, de diminuer le montant global des coûts induits par ce même ensemble d'activités et, en conséquence, d'augmenter le bien-être collectif.

Dans l'esprit, ce raisonnement rejoint le concept de *coût d'opportunité* utilisé en théorie économique, celui-ci décrivant la possibilité d'utiliser de façon alternative et plus avantageuse des ressources allouées à une activité. Par exemple, dans le cadre de ce rapport, et plus généralement dans les études de type COI, si nous supposons qu'une maladie liée à la consommation de tabac, d'alcool ou de drogues illicites n'existait pas, les ressources que la société mobilise pour les soins liés au traitement de cette maladie pourraient être utilisées d'une autre manière. À cet effet, on parlera alors de scénario « *contre-factuel* » qui correspond à un état des affaires alternatif.

Bien sûr, le contenu de ce scénario « *contre-factuel* » ne prétend pas au réalisme, sa mise en œuvre exigeant que les consommateurs de substances psychoactives déplacent leur consommation vers des biens ou des services non dommageables, i.e. vers des activités qui n'engendrent pas de coûts comparables (en valeur) à ceux générés par la consommation et le trafic de drogues licites et illicites.

2 - NATURE DES COÛTS CONSIDÉRÉS

Notre étude se limite aux « coûts tangibles¹¹ » et exclut de son champ les « coûts intangibles » comme les souffrances des victimes des drogues et de leur famille.

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

En effet, les études COI ne retiennent pas le coût d'achat des produits dans le calcul du « coût social ». La raison d'une telle position repose sur le fait que les dépenses de consommation en alcool, tabac ou drogues illicites correspondent à des dépenses qui seraient transférées vers d'autres biens ou services si ces substances n'existaient pas. En conséquence, les dépenses de consommation n'ont aucune influence sur le montant du coût social.

Cette définition du « coût social » COI correspond à ce que la théorie économique désigne sous le vocable « d'externalités ». On qualifie « d'externalité », au sens strict, les dommages causés par un agent (ou un groupe d'agents) à un autre agent (ou à un autre groupe d'agents). Or, dans le cas des drogues, les consommateurs sont les premières victimes des conséquences de la consommation de drogues. D'où une acception plus large où les « externalités », au sens large, comprennent également les dommages que s'imposent involontairement les consommateurs et ceux qu'ils infligent aux tiers.

Concernant les *coûts privés*, ceux-ci incorporent, outre les *coûts supportés directement par les consommateurs de substances psychotropes* (dépenses de consommation, pertes de revenus liées, par exemple, à des décès prématurés, certains frais médicaux non remboursables, etc.), les *coûts indirects ou externes privés supportés par les agents privés non-consommateurs de substances* (individus et organisations). Dans cette seconde catégorie sont comptabilisés des coûts infligés par les consommateurs de substances à d'autres agents privés non-consommateurs (par exemple, les entreprises supportent des coûts liés aux pertes de production du fait de l'absentéisme de consommateurs de substances,

11. Les coûts tangibles mesurent les pertes monétaires (pertes de revenus, par exemple), les coûts intangibles correspondent à la valorisation monétaire de dommages subjectifs (peine et souffrance, par exemple).

hospitalisés en raison directe de leur consommation d'alcool, de tabac ou de drogues illicites), mais aussi des dépenses engagées directement par des agents privés (principalement par les associations¹²).

Tableau 1 - Le « coût social » des drogues dans les études « Cost of Illness » (COI)

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

Notes :

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

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

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

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

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

12. Cette classification pose un problème de théorie économique. On qualifie d'externalité au sens strict les dommages causés par un individu ou une institution à autrui (individu, entreprise, collectivité). Or, dans le cas des drogues, les consommateurs sont les premières victimes des conséquences de la consommation de drogues. On considère généralement que les externalités, au sens large, comprennent les dommages que s'imposent involontairement les consommateurs et ceux qu'ils infligent aux autres. Le montant des externalités est donc égal à celui du « coût social » tel qu'il est calculé dans une étude COI.

Les *coûts publics* recouvrent, quant à eux, trois types de dépenses liées à la consommation de drogues (et au trafic, principalement dans le cas de substances illégales) par des agents privés. La première catégorie de dépenses incorpore les *dépenses publiques au sens de la comptabilité nationale*, i.e. celles retracées dans le budget de l'État. Dans ce cadre, nous retrouvons les dépenses engagées par les différents ministères (par exemple, le ministère de l'Emploi, de la Solidarité et de la Santé publique, le ministère de la Justice, le ministère de l'Intérieur, le ministère de la Défense nationale, etc.). La seconde catégorie de dépenses représente l'ensemble des *ressources engagées par les collectivités locales* (régions, départements, communes). Enfin, l'ensemble des *transferts sociaux* est comptabilisé dans les coûts publics, ces transferts sociaux concernent essentiellement ceux engagés dans le domaine de la santé. En fait, ces dépenses ne sont généralement pas considérées comme un coût public (au sens de la comptabilité nationale) dans les études réalisées en France, ou dans la plupart des pays européens, puisque ces coûts sont financés par l'ensemble de la collectivité, i.e. y compris les ménages ou les entreprises qui correspondent à des agents privés. Néanmoins, dans le cadre de comparaisons des différentes études au niveau international, nous devons noter que, par exemple, les approches américaines ou britanniques sur le sujet incorporent dans les dépenses publiques l'ensemble des coûts liés au système de santé.

Enfin, signalons que les pertes de revenus et de productivité dues aux décès prématurés sont estimées selon la méthode du « capital humain » à l'aide de la valeur présente des revenus futurs. Cette approche, qui est la plus fréquemment utilisée, diffère de celle dite de la « *willingness to pay*¹³ » qui évalue la valeur de la vie humaine à partir de la somme que les individus sont disposés à payer pour modifier leur espérance de vie. En règle générale, les résultats obtenus avec la méthode « *human capital* » sont plus faibles que ceux issus d'un calcul suivant la technique de la « *willingness to pay* ».

3 - LIMITES

Il convient d'émettre certaines réserves qui sont de rigueur pour toute tentative d'estimation dans un domaine où les données sont souvent peu fiables. Nous recenserons donc, dans les lignes suivantes, les principales

13. Hodgson (T.A.) ; Meiners (M.), « *Cost of Illness Methodology : A Guide to Current Practices and Procedures* », Milbank Memorial Fund Quarterly 60(3) : 429-462, 1982.

réserves que le lecteur devra garder à l'esprit afin de se former une opinion quant aux limites du présent rapport.

Tout d'abord, il convient de mentionner que l'ensemble des éléments constituant le « coût social » n'a pas pu être comptabilisé. En effet, il apparaît que certaines données sont inexistantes, cet obstacle étant particulièrement criant pour le cas des drogues illicites. Ainsi, la contribution de ces dernières au « coût social » est sensiblement sous-évaluée.

Le second aspect concerne plus généralement les dépenses de santé. Sur ce point, nous devons reconnaître que nous nous sommes heurtés à de sérieuses difficultés. Tout d'abord, les données font souvent défaut, même si certains outils ont été mis en place par les autorités compétentes en la matière (par exemple, le PMSI). Néanmoins, ces outils ne sont pas toujours exhaustifs et, malheureusement, pas toujours fiables. D'une part, nous devons notamment signaler que le nombre de séjours hospitaliers que nous avons retenu correspond au nombre de séjours dans les services de soins de courte durée estimé par la DRESS. Concernant la mission PMSI (par l'intermédiaire de laquelle nous n'avons pu obtenir de données), les éléments contenus dans cette base de données ne concernent qu'un certain nombre d'établissements hospitaliers. Ainsi, que ce soit les études de la DRESS ou les données PMSI, un certain nombre de séjours hospitaliers n'apparaissent pas. D'autre part, il semble que des écarts, souvent importants, existent entre les différentes sources existantes. Nous avons donc tenté, dans la mesure du possible, de recouper les différents éléments et de vérifier la cohérence des chiffres avancés dans ce rapport.

Il est manifeste que les dépenses de santé imputables à l'alcool sont sous-évaluées relativement à celles afférant au tabac. En effet, les coûts de santé imputables à l'alcool devraient être bien supérieurs. En fait, il apparaît qu'une grande proportion de patients hospitaliers a des problèmes d'alcoolisme, bien que les diagnostics principaux et secondaires ne les mentionnent pas¹⁴. Ainsi, un grand nombre de patients hospitalisés pour une pathologie particulière présente parallèlement une seconde pathologie liée à l'alcool. Malheureusement, les diagnostics secondaires, qui devraient relater cet aspect, ne sont que trop peu souvent mentionnés.

Toujours concernant les dépenses de santé, il est apparu que certains coûts hospitaliers n'étaient pas toujours disponibles. Afin de pallier cette difficulté, nous avons effectué une moyenne sur les pathologies pour lesquelles nous disposons des coûts hospitaliers.

14. Discussion téléphonique avec madame Burette (responsable de la mission PMSI).

De même, concernant les risques attribuables, il est apparu que les pathologies retenues ne couvraient pas l'ensemble des pathologies pour lesquelles le tabac, l'alcool ou la drogue constituaient des facteurs de risques. Ceci est particulièrement vrai pour les drogues illicites puisque, à notre connaissance, aucune étude n'a été entreprise en France sur le sujet. En conséquence, les coûts de santé imputables aux drogues illicites ne comprennent que les coûts liés au « Sida - VIH » imputables aux drogues illicites et le coût lié au traitement par Subutex®. Pour l'ensemble des autres pathologies pour lesquelles les drogues illicites correspondent à un facteur de risque, nous n'avons malheureusement pu donner d'estimations.

Concernant les dépenses des assurances dans le cadre de l'alcool, nous ne disposons que du coefficient correspondant aux décès routiers imputables à l'alcool. Aussi, pour évaluer les dégâts matériels, ainsi que les dégâts corporels (tués et blessés), nous avons appliqué le même coefficient de 0,34 qui correspond au nombre de tués sur les routes imputable à l'alcool. Il peut sembler que ce coefficient se révèle élevé pour les dégâts matériels. Néanmoins, la gravité des accidents de la route impliquant l'alcool doit, selon toute vraisemblance, compenser le nombre inférieur d'accidents de la route impliquant l'alcool comparativement au nombre plus élevé de petits accrochages en milieu urbain.

De la même manière, concernant les accidents de la route, certains aspects n'ont pu être comptabilisés, ces éléments renvoyant à des dépenses publiques ou à des dépenses de santé. Par exemple, les coûts liés à l'intervention des sapeurs-pompiers n'ont pu être comptabilisés. D'un autre côté, aucune donnée n'a pu être recueillie concernant les coûts des premiers secours (SAMU et SMUR), ainsi que les coûts liés au centre de soins spécialisé dans les problèmes des grands accidentés de la route.

Enfin, un ensemble de coûts lié au problème des crimes et délits imputables à l'alcool ou à la drogue (crimes et délits autres que les infractions au code de la route imputables à l'alcool et infractions à la loi sur les stupéfiants) n'a pu être intégré dans cette étude. En effet, les affaires jugées concernant les vols, les viols, les violences conjugales, les violences sur enfants, les homicides (excepté pour l'alcool), les blessures involontaires et la petite délinquance imputables à l'alcool ou à la drogue, ainsi que les coûts associés à ces aspects (coût d'enquête, coût de justice, coût d'incarcération, pertes de revenus, pertes de production et pertes de prélèvements obligatoires), ne sont pas évalués du fait d'un manque crucial de statistiques.

Au total, les principaux aspects que nous venons de mentionner constituent des biais minorants dans l'évaluation du coût social. Aussi, il nous apparaît

raisonnable d'avancer le fait que les évaluations données ici pourraient être revues à la hausse. C'est pourquoi nous présenterons les résultats en retenant le haut de la fourchette de nos calculs, niveau qui se situe encore au-dessous de la réalité, mais qu'en absence des données précitées nous ne pouvons améliorer.

4 - PRINCIPAUX RÉSULTATS

En France, au total, pour l'ensemble des trois types de substances, le « coût social » s'élève à 218 milliards de francs soit 2,68 % du PIB. Ce « coût social » se répartit approximativement en 115 milliards de francs pour l'alcool (1,42 % du PIB) qui arrive ainsi en tête, 90 milliards de francs pour le tabac (1,1 % du PIB), et 13 milliards de francs pour les drogues illicites (0,16 % du PIB).

Tableau 2 - Indicateurs du coût social des drogues (alcool, tabac, substances illicites)

	Alcool	Tabac	Drogues illicites	Total
Coût social (millions de francs)	115 420,91	89 256,90	13 350,28	218 028,09
Part de chaque substance dans le coût social total	52,94 %	40,94 %	6,12 %	100,00 %
Coût social / PIB	1,42 %	1,10 %	0,16%	2,68 %
Dépense par habitant (francs)	1 966,28	1 520,56	227,43	3 714,28

Ces résultats sont étonnants dans la mesure où ils diffèrent notablement de ceux d'études¹⁵ menées à l'étranger selon une méthodologie analogue¹⁶.

15. Single (E.), Robson (L.), Xie (X.), Rehm (J.), « *The Cost of Substance Abuse in Canada* », *Addiction*, 93 (7), 1998.

16. Voir Harwood (H.), Fountain (D.), Livermore (G.), « *Economic Cost of Alcohol and Drug Abuse in the United States, 1992 : a Report* », *Addiction*, vol 94, n° 5, p. 631-635, 1999.

En France, le « coût social » de l'alcool arrive en tête, avant celui du tabac, alors que le contraire est observable au Canada (1,4 % contre 1,1 %) et en Australie (2,4 % contre 1 %). Le « coût social » de l'alcool en France (1,42 %) est approximativement 50 % plus élevé que dans ces deux pays. Cette « exception française » est certainement encore plus marquée que ce qu'indique nos chiffres. En effet, contrairement aux études canadienne et australienne nous ne comptabilisons comme source du coût des crimes et délits attribuables à l'alcool que les infractions au code de la route et les homicides causés par des personnes sous l'emprise de l'alcool. Nous ne tenons pas compte, faute de données et contrairement aux études étrangères, des vols, viols, violences conjugales, violences sur enfants, blessures involontaires et petite délinquance imputables à l'alcool, ainsi que les coûts associés à ces aspects (coût d'enquête, coût de justice, coût d'incarcération, pertes de revenus, pertes de production et pertes de prélèvements obligatoires).

En revanche, le coût social des drogues illicites en France s'inscrit dans la norme des autres pays (0,16 % du PIB en France, 0,2 % au Canada, 0,2 % dans la Confédération helvétique, 0,4 % en Australie, 0,4 % au Royaume-Uni), c'est-à-dire bien loin derrière l'alcool et le tabac¹⁷.

Les décès imputables aux drogues constituent la composante la plus visible du coût social des drogues. Ce rapport ne prend en compte que les « décès prématurés », et non pas l'ensemble des décès imputables aux trois substances étudiées¹⁸. En conséquence, la ligne intitulée « *Décès prématurés imputables aux drogues* » correspond au nombre de décès retenus pour effectuer le calcul du « coût social », alors que la ligne intitulée

17. Les États-Unis constituent un cas particulier. Le coût social des drogues illégales y atteint 1 % du PIB et celui de l'alcool 2 %. Ces données s'expliquent sans doute par le niveau de prévalence élevé aux drogues illicites qu'a connu ce pays et en raison de la part importante des crimes et délits qui sont imputés à l'alcool. Le rapport du NIDA (1998) « *The Economic Costs of Alcohol and Drugs Abuse in the United States* » souligne que le coût social de la délinquance imputable à l'alcool représente le tiers de celui associé aux drogues illicites, ce qui est très important eut égard au fait que l'alcool est légal.

18. En effet, dans une approche de type « coût social », nous ne devons retenir que les décès générant des « coûts » pour la collectivité. En d'autres termes, lorsque nous calculons des pertes de revenus pour des individus décédés prématurément, ces décès étant imputables par exemple au tabac ou à l'alcool, nous ne devons retenir que la fraction de la population ayant décédé avant l'âge correspondant à l'espérance de vie moyenne (77 ans pour les hommes et 82 ans pour les femmes). Ce n'est que sous cette seule condition que nous pouvons considérer que ces décès prématurés (i.e. avant l'âge statistique moyen de 77 ans ou de 82 ans) occasionnent une perte de revenus. Dépassé cet âge statistique, les décès imputables au tabac, à l'alcool ou aux drogues illicites ne peuvent plus être considérés comme engendrant une perte de revenus pour les décédés. En fait, les revenus perçus au-delà de l'âge moyen correspondant à l'espérance de vie reflètent un « bonus » lié à une durée de vie supérieure à la moyenne. Bien évidemment, ce raisonnement est identique pour le cas des pertes de prélèvements obligatoires, ou des pertes de production, bien que dans ce dernier cas, les décès prématurés doivent être calculés comparativement à l'âge de la retraite, i.e. 65 ans.

Tableau 3 - Décès prématurés estimés et décès totaux imputables aux drogues¹⁹ (alcool, tabac, drogues illicites)

	Alcool	Tabac	Drogues illicites (1)	Total
Décès imputables aux drogues (2)	60 000	60 000	547	115 000
Décès prématurés imputables aux drogues	43 963	41 777	547	82 287
Nombre total de décès en France en 1997 (3)	529 640			
Part des décès imputables dans le total des décès	11,33 %	11,33 %	0,10 %	22,76 %
Part des décès prématurés imputables dans le total des décès	8,30 %	7,89 %	0,10 %	16,29 %

(1) Ne sont comptabilisés que les décès imputables au « Sida - VIH » et aux morts par surdoses. Chiffres approximatifs cités par : OFDT (1999) « *Drogues et toxomanies. Indicateurs et tendances* », tirés pour l'alcool de Got (C.) ; Weill (J.) (1997) « *L'alcool à chiffres ouverts* » Seli Arslan et du rapport Parquet Reynaud ; pour le tabac de Hill (C.) ; Doyon (F.) ; Sancho-Garnier (H.), « *Épidémiologie des cancers* », Médecine-sciences Flammarion, Paris, 1997. « *Causes médicales de décès : année 1997* », INSERM, service commun n° 8.

« *Décès imputables aux drogues* » correspond au nombre total de décès imputables à chacune des trois substances étudiées, ce nombre étant celui traditionnellement retenu pour décrire l'ensemble des décès imputables à l'alcool, au tabac, ou aux drogues illicites. Aussi, les chiffres de la première ligne sont nécessairement supérieurs à ceux de la seconde ligne.

Ainsi, avec 82 287 décès prématurés imputables aux trois substances, nous pouvons estimer que l'alcool, le tabac, et les drogues illicites sont la cause de 16,29 % des décès recensés en France en 1997, ce pourcentage étant certainement sous-évalué. Pris isolément, les décès prématurés imputables au tabac représentent 7,89 % de l'ensemble des décès en France en 1997 (41 777 personnes décédées du fait du tabac), ceux imputables à l'alcool représentant 8,3 % de ce même total (43 963 personnes), les drogues illicites ne représentant que 0,1 % des décès en France²⁰.

19. Selon nos estimations, la population de référence étant âgée de 20 ans jusqu'à la classe d'âge 75-79 ans pour les hommes et jusqu'à la classe d'âge 80-84 ans pour les femmes. En revanche, le nombre total de décès donné par l'INSERM correspond à l'ensemble des décès ayant eu lieu en France en 1997, i.e. que cette population est bien supérieure à celle que nous avons retenue. En d'autres termes, en prenant la population totale de l'INSERM, nos chiffres avancés ici devraient être supérieurs.

20. Rappelons que pour la drogue, seuls les décès liés au « Sida - VIH » et aux surdoses sont comptabilisés ici.

Tableau 4 - Répartition par poste du coût social des drogues (alcool, tabac, substances illicites)

	Alcool	Tabac	Drogues illicites	Total	Part de chaque poste dans le total
Dépenses de santé (1)	18 421,76	26 973,70	1 524,51	46 919,97	21,520 %
Dépenses des Administrations publiques (2)	570,70		4 855,08	5 425,78	2,489 %
CNAM	3 430,34			3 430,34	1,573 %
Dépenses de prévention		18,5		18,5	0,008 %
Assurances	23 120,00			23 120,00	10,604 %
Pertes de revenus et pertes de production (3)	57 555,66	50 446,70	6 099,19	114 101,55	52,333 %
<i>dont :</i> <i>- pertes de revenus des agents privés</i>	25 159,96	24 188,20	1 774,73	51 122,89	23,448 %
<i>- pertes de production sur le lieu du travail</i>	32 395,70	26 258,50	4 324,46	62 978,66	28,886 %
Pertes de prélèvements obligatoires (3)	12 280,53	11 806,30	866,24	24 953,07	11,445 %
Associations à financements privés	5,70	nd	nd	5,7	0,003 %
Autres coûts imputables aux drogues	36,22	11,70	5,26	53,18	0,024 %
Total	115 420,91	89 256,90	13 350,28	218 028,09	100,00 %

(Hypothèse haute en millions de francs)

(1) Pour les drogues illicites, les dépenses de santé ne comptabilisent que les coûts imputables au traitement du Sida - HIV et du traitement par Subutex®. Aussi, ce chiffre est loin de refléter la réalité puisque les séjours hospitaliers et les dépenses en médecine de ville n'ont pu être pris en compte.

(2) En fait, selon les substances, les différents coûts sont comptabilisés différemment entre les dépenses des

Administrations publiques, les dépenses de la CNAM et les dépenses de prévention. Par exemple, pour l'alcool et le tabac, la campagne publicitaire du CFES (aspect préventif) est financée par la CNAM. Néanmoins, d'autres dépenses importantes de la CNAM nous ont incités à traiter la CNAM de façon séparée pour l'alcool. Autre exemple, pour le tabac une partie des dépenses de prévention est prise en charge par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité. En conséquence, ces dépenses devraient entrer dans les dépenses des Administrations publiques pour l'alcool nous comptons, pour le ministère de l'Emploi et de la Solidarité, l'ensemble des dépenses liées au dispositif spécialisé de lutte contre l'alcoolisme piloté par le ministère (chapitre 47-17), bien que certaines dépenses soient financées par la sphère privée ou par d'autres acteurs que le ministère.

(3) Les pertes de revenus, de production et de prélèvements obligatoires ne prennent en compte que les décès prématurés liés au Sida - HIV imputables à la toxicomanie, les décès prématurés par surdoses et les incarcérations pour cause ILS. Là encore, ce chiffre est loin de refléter la réalité puisque les séjours hospitaliers n'ont pu être pris en compte.

La répartition par grand poste du « coût social » (toutes substances confondues) nous indique que les « pertes de revenus et de production » représentent plus de la moitié (52,33 %) du « coût social » total supporté par la collectivité. Viennent ensuite les dépenses de santé (21,52 %), puis les pertes de prélèvements obligatoires (11,45 % du total), les dépenses supportées par les assurances (10,6 %) et enfin, loin derrière, les dépenses des Administrations publiques, (2,5 %).

Cette première étude française permet pour la première fois de chiffrer approximativement le poids économique des drogues en France. Il se dégage des premières données chiffrées présentées dans ce rapport que les drogues (licites et illicites) imposent un coût social important à la collectivité.

Chaque année, 2,68 % du PIB, selon nos calculs, et près de 3 % (une fois corrigés les biais minorants) sont gaspillés. La moitié de cette somme correspond aux pertes de revenus et de productivité engendrées par les décès et l'absentéisme et 20 % aux dépenses de santé, le reste se partageant entre les autres postes.

Le coût pour la collectivité du tabac et des drogues illicites semble « normal » au regard des études étrangères. En revanche, le poids des problèmes posés par la consommation d'alcool semble élevé (1,65 % du PIB), ce qui suggère l'hypothèse d'une « exception française » où le fait que la France se place au premier rang de l'Europe des 15, en matière de consommation d'alcool pur, trouverait sa traduction en terme de « coût social ».

CHAPITRE I

MÉTHODOLOGIE DÉTAILLÉE DU CALCUL DU COÛT SOCIAL DES DROGUES

1 - MÉTHODOLOGIE

Cette partie aura pour unique objectif de décrire la méthodologie qui sera utilisée dans le cadre de cette étude. Dans un premier temps, la « philosophie générale » dans laquelle s'inscrit ce travail fera l'objet d'un rapide développement (1.1). Ensuite, les aspects méthodologiques à proprement parler seront exposés afin de donner au lecteur les principaux outils utilisés pour évaluer certains des éléments constitutifs du « coût social » (1.2).

1.1 « Philosophie générale »

La consommation de drogues (alcool, tabac ou drogues illicites) ainsi que le trafic génèrent une large variété de conséquences sociales, tant au niveau individuel que collectif. En termes économiques, ces conséquences peuvent s'apprécier à travers l'estimation du « *coût social* » généré par la consommation et le trafic de telles substances.

La notion de « coût social » renvoie donc à l'*ensemble des coûts supportés par la collectivité*, i.e. aussi bien par les agents privés que publics, et induits par la consommation et le trafic de substances psychotropes, comme le montre le tableau 1.1 ci-après.

En réalité, les *coûts externes* peuvent être scindés entre *coûts privés* et *coûts publics* afin de distinguer ce que supporte effectivement l'ensemble des agents privés, d'une part, et la sphère publique, d'autre part.

Ainsi, les *coûts privés* incorporent, en plus des *coûts supportés directement par les consommateurs de drogues* (dépenses de consommation, frais d'avocat non pris en charge par la collectivité, certains frais médicaux non

remboursables, etc.), les *coûts externes privés supportés par les agents privés non-consommateurs de substances* (individus et organisations). Dans cette seconde catégorie sont comptabilisés des coûts infligés par les consommateurs de substances à d'autres agents privés non-consommateurs (individus et entreprises), mais aussi des dépenses engagées par des agents privés (principalement par les associations).

Tableau 1.1 - Le coût social des substances psychotropes

Dépenses privées	+ Dépenses publiques	+ Coûts externes	= Coût social
Dépenses des consommateurs de substances psychotropes destinées à acheter ces substances, et dépenses ne faisant pas l'objet d'un remboursement (frais d'avocat, certains frais médicaux, etc.)	Ensemble des dépenses engagées par l'État et les collectivités locales afin de lutter contre la consommation de substances psychotropes (et le trafic). Ces dépenses sont regroupées dans trois chapitres principaux : la répression, les soins et la prévention.	Ensemble des dépenses infligées indirectement à la collectivité par la consommation de substances (et le trafic). Ces coûts externes recouvrent, par exemple, les pertes de productivité, l'absentéisme sur le lieu de travail, les décès prématurés, les remboursements des frais de soins, la prise en charge de maladies liées à la consommation ou non de ces substances, etc.	Coût total infligé à la collectivité

In Kopp et Palle, « Le coût de la politique publique de la drogue : essai de mesure des dépenses des administrations d'État », rapport MILDT, 1998.

Les *coûts publics* recouvrent, quant à eux, trois types de dépenses liées à la consommation de drogues (et au trafic) par des agents privés. La première catégorie de dépenses incorpore les *dépenses publiques au sens de la comptabilité nationale*, i.e. celles retracées dans le budget de l'État. Dans ce cadre, nous retrouvons les dépenses engagées par les différents ministères (par exemple, le ministère de l'Emploi, de la Solidarité et de la Santé publique, le ministère de la Justice, le ministère de l'Intérieur, le ministère de la Défense nationale, etc.). La seconde catégorie de dépenses représente l'ensemble des *ressources engagées par les collectivités locales* (régions, départements, communes). Enfin, l'ensemble des *transferts sociaux* est comptabilisé dans les coûts publics, ces transferts sociaux concernent essentiellement ceux engagés dans le domaine de la santé. En fait, ces dépenses ne sont généralement pas considérées comme un coût public (au sens de la comptabilité nationale) dans les études réalisées en France ou dans la plupart des pays européens, puisque ces coûts sont financés par l'ensemble de la collectivité, i.e. y compris les ménages ou les entreprises qui correspondent à des agents privés. Néanmoins, dans le cadre de comparaisons des différentes études au niveau international, nous devons noter que, par exemple, les approches américaines ou britanniques sur le

sujet incorporent dans les dépenses publiques l'ensemble des coûts liés au système de santé.

Dans le cadre d'une présentation plus conforme à celle traditionnellement retenue en France, le tableau 1.1 correspondrait au tableau 1.2 ci-après où une distinction claire est, d'une part, effectuée sur la nature des coûts (coûts directs, coûts directs et indirects des conséquences de la toxicomanie, coûts intangibles) et, d'autre part, sur la nature des agents qui supportent ces coûts (consommateurs de drogues, État et collectivités territoriales, Sécurité sociale et société civile).

En définitif, l'approche en terme de « coût social » utilisée ici ne fait intervenir que les coûts supportés par l'ensemble des agents privés et publics (hors coûts intangibles) sans comptabiliser, à aucun moment, l'aspect « recette » ou « bénéfice » lié à la consommation de ces substances. En d'autres termes, une approche basée sur le concept de « coût social » se révèle bien différente de la méthode « coûts - bénéfices » traditionnellement utilisée en économie publique, et qui consiste à mettre en regard l'ensemble des coûts générés par une activité quelconque et l'ensemble des bénéfices retirés de cette même activité. Aussi, l'approche « coûts - bénéfices » permet-elle, *in fine*, de dégager un solde, correspondant à la différence entre les recettes et les coûts, ce solde étant positif (recettes nettes) ou négatif (coûts nets).

Intuitivement, il semblerait que la méthode « coûts - bénéfices » permette de mieux appréhender la réalité des activités économiques, comparativement au « coût social », dans le sens où celle-ci fournit un bénéfice *net* ou un coût *net*. En d'autres termes, l'ensemble des dimensions économiques (i.e. dimension positive et dimension négative) serait abordé par cette méthode, et donnerait une idée claire et globale du bénéfice retiré ou du coût supporté via le calcul d'un solde net, alors que le « coût social » ne donnerait qu'une vision tronquée de la réalité en ne s'intéressant qu'à la dimension négative (i.e. le coût global supporté par la collectivité, tout en laissant en dehors du champ de l'analyse le côté recette).

Le problème, à ce stade du raisonnement, devient alors d'identifier les éléments permettant de justifier et de privilégier une approche basée uniquement sur les coûts plutôt que de s'inscrire dans une méthodologie qui mettrait en correspondance les coûts et les bénéfices. En d'autres termes, quelle *philosophie générale* sous-tend l'approche en terme de « coût social » ?

L'approche en terme de « coût social », que l'on retrouve dans la littérature anglo-saxonne traitant des substances psychotropes sous le vocable d'approche « *Cost of Illness* ²¹ » (COI), pose tout d'abord l'hypothèse du

21. Sur ce point se référer à Single, Collins, Easton, Harwood, Lapsley et Maynard, 1996.

Tableau 1.2 - Le « coût social » des drogues dans les études « Cost of Illness » (COI)

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

Notes :

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

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

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

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

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

plein emploi des facteurs (i.e. que l'ensemble des ressources existantes sont utilisées en vue de produire des biens et des services).

Néanmoins, à cette hypothèse de plein emploi des facteurs doit s'ajouter celle de minimisation des coûts sous contrainte de recettes constantes. Traditionnellement, la théorie économique standard suppose que l'ensemble des ressources mises en œuvre est utilisé (ou combiné) de manière efficiente ou, en d'autres termes, que l'hypothèse d'allocation optimale des ressources est respectée. Or, dans le cadre de la notion de « coût social », l'allocation optimale des ressources n'est pas recherchée. En revanche, cette approche implique une meilleure allocation des ressources que celle existante.

Ainsi, et transposées dans le cadre de cette étude, ces deux hypothèses permettent de tenir le raisonnement suivant : tout d'abord, l'hypothèse de plein emploi des ressources conduit à supposer une situation où l'ensemble des ressources mobilisées dans une activité économique quelconque serait affecté à d'autres activités, si l'activité étudiée n'existait pas. À titre d'exemple, ceci revient à considérer qu'en absence d'activités économiques dans le tabac, l'alcool ou les drogues illicites, l'ensemble des ressources mobilisées dans ces « secteurs » économiques trouverait à être employé de manières différentes dans d'autres types d'activités ; ensuite, et sous cette première hypothèse, la réallocation de ces ressources permettrait, *ceteris paribus*, de générer le même montant de bénéfices, sans en supporter les coûts précédemment engendrés. Ceci implique donc la seconde hypothèse, puisque cette nouvelle affectation des ressources permet de garder constant le montant global des bénéfices générés par l'ensemble des activités économiques, mais, parallèlement, de diminuer le montant global des coûts induits par ce même ensemble d'activités.

Dans l'esprit, ce raisonnement rejoint le concept de *coût d'opportunité* utilisé en théorie économique, celui-ci correspondant à la possibilité d'utiliser de façon alternative et plus avantageuse des ressources allouées à une activité. Par exemple, dans le cadre de cette étude, et plus généralement dans les études de type COI, si nous supposons qu'une maladie liée à la consommation de tabac, d'alcool ou de drogues illicites n'existait pas, les ressources que la société mobilise pour les soins liés au traitement de cette maladie pourraient être utilisées d'une autre manière. Dans ce cadre, Single et al. (1996) parlent de *scénario « contre-factuel »* qui correspond à un état des affaires alternatif.

Un des points importants à retenir repose sur le fait qu'un scénario contre-factuel à une situation impliquant la consommation d'une substance psychotrope implique que les consommateurs de ces substances déplacent leur consommation vers des biens ou des services non dommageables, i.e.

vers des activités qui n'engendrent pas de coûts comparables (en valeur) à ceux générés par la consommation et le trafic de substances psychotropes.

La question qui émerge alors repose sur le fait de savoir ce que recouvre effectivement les coûts qui doivent être considérés dans ce type d'analyse. En effet, le plus souvent le désaccord entre économistes porte sur ce qui doit être inclus ou non comme un coût dans le « coût social », ainsi que sur la façon dont doivent être évalués les différents éléments constitutifs du « coût social ».

Concernant le premier point²², si le tableau 1.1 donne une première représentation générale du « coût social », il se révèle néanmoins nécessaire de circonscrire de manière plus explicite les différents coûts qui doivent être intégrés et analysés.

De manière générale, et selon Single et Al. (1996), l'étude économique du coût social induit par la consommation de substances psychotropes recouvre les six éléments suivants :

- une comptabilisation de l'ensemble des dépenses engagées par les consommateurs de substances à laquelle s'ajoute,
- une étude des coûts des maladies liées aux substances consommées dans laquelle,
- les impacts de la consommation de ces substances sur le bien-être matériel de la société sont estimés en examinant,
- les ressources dépensées pour les traitements, la prévention, la recherche et les problèmes légaux, auxquels sont ajoutés,
- les pertes de production dues à l'accroissement de la morbidité et de la mortalité, auxquelles sont ajoutées,
- certaines mesures sur la perte de qualité de vie correspondant à un scénario contraire dans lequel il n'y a pas de consommation de substance, ces mesures correspondant à une tentative d'évaluation de coûts traditionnellement qualifiés d'intangibles.

Globalement, le tableau 1.3 ci-après donne les différentes composantes du « coût social » pour la France que devrait inclure ce type d'analyse, en distinguant, d'une part, coûts privés et coûts publics, et, d'autre part, la catégorie d'agent qui supporte effectivement chaque coût mentionné²³.

22. Le second élément sera traité dans le point ci-après.

23. Ce tableau inclus dans la partie « coûts publics » les dépenses de santé prises en charge par la sécurité sociale. Nous nous inscrivons donc, afin de simplifier ce tableau, dans une approche de type nord-américaine.

Néanmoins, ce rapport ne pourra étudier la totalité de ces coûts, soit du fait d'un manque de données inhérent à ce type de travail, soit du fait d'un choix délibéré de notre part. Pour chacune de ces composantes, les croix inscrites dans les colonnes « Alcool », « Tabac » et « Drogues illicites » indiquent quelles composantes interviennent dans le calcul du coût social pour chacune des drogues analysées.

Concernant le tableau 1.3, des commentaires peuvent être effectués. Tout d'abord, certains éléments du « coût social » peuvent prêter à discussion. Considérons, par exemple, un individu qui a consommé de l'alcool ou des drogues illicites, et qui commet un crime. Même si cette personne a été intoxiquée, il n'est pas clair que le crime puisse être attribué à la consommation d'alcool ou de drogues illicites. Bien que cette consommation ait pu rendre cette personne agressive et la pousser au meurtre, d'un autre côté, il est tout à fait envisageable que cette personne ait décidé de consommer une de ces substances avant d'aller commettre son crime. Dans ce cas, l'attribution à la consommation d'alcool ou de drogues illicites des coûts associés à ce décès (perte des revenus futurs pour la victime, perte de recettes fiscales liée à un décès précoce, etc.) et à ce crime (coûts engagés pour l'arrestation, le jugement et la détention du criminel) n'est pas évidente. Il en va de même, par exemple, en matière de soins. On sait, en effet, qu'une part importante des infections par le virus du VIH est liée à la toxicomanie. Doit-on pour autant inclure dans le « coût social de la drogue », le coût des soins des malades du Sida contaminés du fait de leur toxicomanie ? Si le Sida des consommateurs de drogues illicites est bien la conséquence directe de leur toxicomanie, les dispositifs et les dépenses ne s'adressent plus à des toxicomanes, mais à des malades du Sida. Il y a donc, dans ces différents cas, matière à discussion.

Dans le même ordre d'idée, les décès précoces d'individus liés à l'existence de ces drogues (que ces individus soient consommateurs ou non) impliquent d'associer une valeur à la vie humaine (en comptabilisant, par exemple, les revenus non perçus par ces individus du fait de leurs décès précoces), mais aussi de prendre en considération le fait que ces décès réduisent la population et, en conséquence, restreignent la consommation, diminuent la production, etc. Ce type de raisonnement peut paraître troublant, et le lecteur peut légitimement se demander de quel droit les économistes évaluent la vie humaine. Néanmoins, il n'est pas toujours possible d'éviter de donner une valeur monétaire à celle-ci.

Tableau 1.3 - Les différentes composantes du coût social

	Alcool	Tabac	Drogues illicites
Coûts privés			
Coûts pour les consommateurs de substances	X	X	X
- Dépenses pour l'achat de substances	X	X	X
- Frais d'avocat	X		X
- Frais médicaux non remboursés	X	X	X
dont :			
- médicaments non remboursés par la SS	x	x	x
- part non remboursée par la SS sur les médicaments	x	x	x
- part des frais d'hospitalisation non remboursés par la SS	x	x	x
- Perte d'années de vie des consommateurs de substances	X	X	X
Dépenses d'organismes privés pour la prévention et la recherche	X	X	X
- frais de personnels	X	X	X
- frais de fonctionnement	X	X	X
- campagne de prévention (radio, télé, affichage, etc.)	X	X	X
- recherche médicale effectuée par des organismes privés	X	X	X
Aide aux malades et aux familles de malades et victimes (dépenses d'organismes privés)	X	X	X
- frais de personnels	X	X	X
- frais de fonctionnement	X	X	X
- versements d'aides directes	X	X	X
Coûts sur le lieu de travail	X	X	X
- Absentéisme	X	X	X
- Pertes de productivité	X	X	X
dont :			
- celles dues aux jours d'absence d'un salarié liés aux maladies	x	x	x
- celles dues à la perte de compétences liée au décès d'un salarié	x	x	x
- Coûts de recrutement dus au décès d'un salarié	X	X	X
- Coûts de formation dus au décès d'un salarié	X	X	X
- Coûts liés à la destruction de matériels	X		X
- Coûts liés aux accidents du travail	X		X
Autres coûts supportés par des individus privés	X	X	X
- Maladies dues à une consommation passive		X	
- Destructures de biens privés (véhicules, forêts, etc.)	X	X	X
- Vols	X		X

- Perte d'années de vie (victimes de crimes, fumeurs passifs...)	X	X	X
- Surcoût sur primes d'assurance	X		X
Coûts privés intangibles	X	X	X
- Peine des consommateurs liée à la maladie	X	X	X
- Peine des proches d'un consommateur liée à son décès	X	X	X
- Peine des proches d'une victime de crime	X	X	X
Coûts publics			
Dépenses publiques de santé	X	X	X
- Frais médicaux pris en charge par la SS	X	X	X
dont :			
- consultations médicales	x	x	x
- médicaments	x	x	x
- frais d'hospitalisation	x	x	x
- SAMU (intervention sur accidents – premiers soins)	X		X
- Sapeurs-pompiers (intervention sur accidents – premiers soins)	X		X
- Dépenses de santé des collectivités locales	X	X	X
- Recherche médicale	X	X	X
- Dépenses du ministère de l'Emploi et de la Solidarité	X	X	X
Dépenses publiques engagées pour la prévention	X	X	X
- Dépenses de prévention engagées par l'Éducation nationale	X	X	X
- Dépenses de prévention du ministère de la Jeunesse et des Sports	X	X	X
- Dépenses de prévention engagées par la police nationale	X		X
- Dépenses de prévention engagées par la gendarmerie nationale	X		X
- Aides aux associations privées (budget de l'État)	X	X	X
- Aides aux associations privées (budget des collectivités locales)	X	X	X
- Campagne d'organismes publics relevant du budget de l'État	X	X	X
- Campagne d'organismes publics relevant des collectivités locales	X	X	X
Dépenses publiques engagées pour la répression	X		X
- Dépenses du ministère de la Justice	X		X
- Dépenses de la Direction générale des douanes et des droits indirects	X		X
- Dépenses de la gendarmerie	X		X
- Dépenses de la police nationale	X		X
- Dépenses de police de la part de collectivités locales	X		X
Autres coûts publics			X
- Dépenses publiques pour des actions au niveau international			X
dont :			
- Dépenses du ministère des Affaires étrangères			X
- Contribution de la France au budget de l'Union européenne			X
- Contribution du ministère de la Coopération			X

En effet, considérons la simple question de savoir s'il est utile ou non de placer un feu tricolore à un croisement, ce feu permettant de réduire les accidents à cet endroit et d'éviter un certain nombre de morts. Si l'évaluation économique de la pertinence d'un tel projet ignore les vies humaines ainsi sauvées, ceci serait équivalent à donner à la vie humaine une valeur monétaire nulle. Comme résultat, le feu tricolore ne serait jamais installé. D'un autre côté, donner à la vie humaine une valeur monétaire infinie conduirait à installer des feux tricolores à chaque croisement afin de réduire au maximum le risque d'accidents et donc de décès. Dans ces conditions, la fluidité du trafic serait gravement remise en cause. En conséquence, le lecteur comprendra aisément que l'évaluation monétaire de la vie humaine doit être considérée dans ce type d'étude, même si une discussion sur la façon d'évaluer la vie humaine peut être engagée.

De la même manière, certains pourraient poser la question de savoir si chaque vie doit être traitée de façon équivalente. En d'autres termes, et si nous forçons volontairement un peu le trait, la vie d'un conducteur alcoolique chronique a-t-elle la même valeur que celle du « bon citoyen » que ce conducteur alcoolique vient de tuer dans un accident de la route. Là encore, cette question peut choquer. En réalité, la réponse à ce problème peut devenir triviale si le lecteur garde à l'esprit la méthodologie utilisée basée sur un scénario « contre-factuel ». En effet, dans ce scénario « contre-factuel », la consommation de drogues (dans notre exemple de l'alcool) est éliminée. Ainsi, le conducteur alcoolique chronique est, dans ce scénario « contre-factuel », considéré comme un « bon citoyen » et, en conséquence, sa vie dispose de la même valeur monétaire que celle d'un « bon citoyen ».

Le second commentaire concernant le tableau 1.3 renvoie à la partie qui traite des « coûts privés intangibles ». Dans le cadre de cette étude, ces coûts ne feront pas l'objet d'une quantification, puisque, par définition, ceux-ci sont intangibles (i.e. qui échappe à la quantification). Néanmoins, ceci serait possible, et une analyse véritablement exhaustive en terme de « coût social » devrait inclure de tels éléments, puisque la peine des proches d'une personne décédée a, par exemple, une influence évidente sur leur productivité.

Le dernier commentaire général à effectuer sur le tableau 1.3, repose sur le fait que deux catégories de coûts peuvent être distinguées : premièrement, ceux qui sont, sur un plan comptable, directement identifiables. Dans cette catégorie nous retrouvons les dépenses pour l'achat de substances supportées par les consommateurs, les frais d'avocats engagés par ces mêmes consommateurs, les dépenses d'organismes privés pour la prévention et la recherche, les dépenses pour l'aide aux malades et aux familles de malades et de victimes réalisées par des organismes privés,

les aides publiques aux associations privées, les campagnes de prévention organisées par des organismes publics, les dépenses publiques pour des actions au niveau international, etc. Le second type de coûts, en revanche, nécessite soit de calculer des clefs de répartition lorsque les budgets consacrés aux problèmes induits par la consommation et le trafic de substances psychotropes ne sont pas directement identifiables sur un plan comptable (e.g., dans le cadre des budgets des administrations centrales), soit de déterminer des coefficients traduisant les risques imputables à un facteur de risque tel que le tabac, l'alcool ou les drogues illicites. Ce dernier point est notamment important pour évaluer un ensemble de coûts tels que les dépenses de santé, les coûts sur le lieu de travail, ainsi que les pertes d'années de vie qui, une fois converties en termes monétaires, permettent de donner, dans ce travail, une évaluation monétaire des pertes de revenus des personnes décédées prématurément.

Cependant, le calcul de ces coefficients repose sur une méthode particulière dont l'exposé dépasse largement le cadre de ce premier point. Aussi, le point suivant traitant des outils méthodologiques abordera cette question en présentant les étapes et les calculs nécessaires à la détermination de ces coefficients.

1.2 - Outils méthodologiques

En définitif, parmi l'ensemble des coûts à considérer dans une approche en terme de « coût social », seuls les coûts qui ne sont pas directement identifiables sur un plan comptable nécessitent la mise en œuvre d'outils particuliers. En effet, pour les coûts qui apparaissent directement sous forme d'une ligne comptable dédiée à l'une des drogues étudiées, il suffit de reprendre le montant indiqué sans appliquer de traitement particulier. En revanche, lorsque les dépenses engagées pour le tabac, l'alcool ou les drogues illicites sont « noyées » parmi d'autres dépenses non spécifiquement dédiées à ces substances, des règles d'imputations spécifiques doivent être établies.

Comme il est indiqué à la fin du point précédent, deux types d'outils seront utilisés : les clefs de répartition et les coefficients traduisant le « Risque attribuable » à un facteur de risque quelconque. Concernant le premier type d'outils, à savoir les clefs de répartition, aucune méthode générale ne sera utilisée dans ce travail, ces clefs étant déterminées au cas par cas. Aussi, ce point ne traitera-t-il que des coefficients basés sur la méthode dite du « Risque attribuable », cette dernière étant utilisée pour deux des trois drogues analysées dans cette étude : le tabac et l'alcool.

Néanmoins, un dernier outil (*l'actualisation*) nécessaire à ce rapport peut être mentionné et sera présenté dans le point 1.2.4, celui-ci permettant de ramener à aujourd'hui l'ensemble des pertes futures.

1.2.1 - Point de départ de l'analyse de la méthode dite du « Risque attribuable » (RA)

La relation « facteur de risque - santé » est le point de départ de l'analyse visant à établir certains coûts attribuables à un facteur de risque (e.g. le tabac, l'alcool ou les drogues illicites). Quantifier cette relation permet de calculer les coefficients de risque de décès imputable à un facteur de risque quelconque. La proportion de décès due à un facteur de risque étant définie, il devient alors possible d'imputer à ce facteur de risque les montants monétaires relatifs à certains éléments du « coût social ».

Ainsi, dans la perspective de quantifier les effets d'un facteur de risque sur l'apparition et le développement d'une pathologie et/ou sur le nombre de décès, il devient nécessaire de calculer la proportion de pathologies et de décès imputables à ce facteur de risque. Néanmoins, le nombre de décès attribuables à un facteur de risque ne peut être obtenu directement. Pour cette raison, la procédure visant à évaluer le nombre des maladies et/ou des décès attribuables à un facteur de risque se limite à extrapoler les résultats obtenus à partir d'observations directes, généralement une fois mesuré le nombre de décès chez les personnes exposées au facteur de risque et celles qui n'y sont pas exposées. Cette procédure se déroule en deux étapes :

1 - La première consiste à observer directement le nombre de malades et/ou de décès chez les personnes exposées au facteur de risque et ce même nombre chez les personnes qui n'y sont pas exposées afin de mesurer le « Risque relatif » (RR).

2 - La seconde permet de mesurer la surmortalité des personnes exposées au facteur de risque dans la population totale. Ce « Risque attribuable » (RA) est calculé par la différence entre le « Risque relatif » (RR) et le risque encouru par la même population pour d'autres causes que le facteur de risque étudié.

1.2.2 - Calcul du « Risque relatif » (RR)

Le Risque relatif²⁴ (RR) est une « mesure d'association entre une maladie et un facteur de risque à deux modalités (présence ou absence). Le facteur

définit deux groupes de population, exposé et non exposé. Le Risque relatif est le rapport $RR = \frac{\text{risque dans le groupe exposé}}{\text{risque dans le groupe non exposé}}$

Différentes mesures du « risque » peuvent être utilisées : taux d'incidence, incidence instantanée, incidence cumulée, ou même prévalence.

La méthode de calcul du Risque relatif diffère selon les caractéristiques des enquêtes épidémiologiques effectuées. En effet, les deux types d'études en épidémiologie généralement utilisées pour estimer les effets d'un facteur de risque sur la santé sont les *études prospectives* et les *études rétrospectives*.

Dans le cas des enquêtes prospectives, on obtient une mesure du Risque relatif proprement dit (RR). Les études prospectives (ou études dites longitudinales) consistent à suivre un groupe exposé au facteur de risque analysé et un groupe non exposé pendant plusieurs années. À partir des observations obtenues, les chercheurs analysent dans chacun des deux groupes l'incidence de la maladie, i.e. le nombre de cas nouveaux de maladies ou de décès dans un groupe pendant un temps donné. Le risque RR est alors défini comme le ratio du nombre de malades ou de morts (n1) dans le groupe exposé au facteur de risque (N1) et du nombre de malades ou de morts (n2) dans le groupe non exposé (N2). Si les deux groupes sont de même taille (i.e. N1 = N2), RR se calcule par la formule suivante :

$$RR = (n1/N1) / (n2/N2) = n1/n2$$

Dans le cas des enquêtes rétrospectives, seul le Risque relatif estimé (RR') peut être calculé. Les études rétrospectives (appelées aussi études cas-témoins) partent d'un échantillon de sujets atteints de la maladie ou décédés et d'un second échantillon de sujets non atteints ou vivants. Dans ce cadre, les chercheurs regardent dans chacun d'eux la fréquence du facteur de risque, i.e. le nombre de personnes exposées au facteur de risque. Aussi, supposons deux échantillons dont l'un est constitué d'individus atteints ou décédés (M1) et l'autre d'individus non atteints ou vivants (M2). Parallèlement, le nombre de personnes exposées au facteur de risque est « a » dans M1 et « c » dans le groupe M2, le nombre de personnes non exposées étant égales à « b » dans M1 et « d » dans M2. Ainsi, le coefficient RR' correspond à la formule suivante :

$$RR' = (a \times d) / (b \times c)$$

i.e. que les individus exposés au facteur de risque sont RR' fois plus susceptibles de développer la maladie ou de décéder que les personnes non exposées. Si RR' = 1, le nombre de cas de morbidité ou de mortalité

24. Leclerc (A.), Papoz (L.), Breart (G.), Lellouch (J.), « Dictionnaire d'épidémiologie », éditions Frison-Roche, 1990.

est le même chez les personnes exposées que chez les personnes non exposées. Si RR' est supérieur à l'unité, le facteur de risque est source de maladie ou de décès. Ainsi, contrairement à RR qui détermine les probabilités de maladie et de décès pour un individu exposé à un facteur de risque, RR' estime les facteurs de prévalence du risque. Néanmoins, les études rétrospectives soulèvent une difficulté particulière dans l'interprétation de la relation de causalité « facteur de risque - santé ». En effet, les sujets dans ce type d'études sont interrogés lorsqu'ils sont déjà atteints de la maladie. La relation chronologique entre le facteur causal et la maladie n'est pas toujours évidente, ni objectivement constatée puisqu'elle se fonde sur leur déclaration.

C'est pourquoi la majorité des épidémiologistes retient comme hypothèse de travail les résultats des enquêtes prospectives en dépit de leur ancienneté, car elles sont systématiquement plus fiables et plus rigoureuses malgré la difficulté à isoler les conséquences directes et indirectes du facteur de risque d'autres facteurs endogènes.

1.2.3 - Calcul du « Risque attribuable » (RA)

Le Risque relatif n'est pas directement utilisable pour imputer une partie des coûts liés aux substances étudiées. En effet, savoir qu'il existe, par exemple, deux fois plus de décès de cancer des poumons chez les fumeurs ne résout pas la détermination du nombre de décès que l'on peut imputer au tabac. Il est donc nécessaire d'estimer la proportion de maladies liées au facteur de risque étudié, i.e. de calculer le « Risque attribuable » (RA).

Par rapport à RR, le Risque attribuable est la partie du risque dont la cause directe est le facteur de risque. Il permet d'estimer la proportion des cas de maladie ou de décès liés au facteur de risque étudié.

Le coefficient de risque de décès imputables à un facteur de risque, i.e. RA, dépend à la fois de RR et de la proportion de personnes exposées au facteur de risque dans la population totale. Il s'agit donc du rapport entre le nombre de décès imputables au facteur de risque, i.e. le nombre de décès observé chez les personnes exposées au facteur de risque diminué du nombre de décès que cette population aurait eu de toute façon, même si ces individus n'avaient pas été soumis au risque, et le nombre de malades total. Afin d'être plus explicite, supposons que P soit le pourcentage de personnes exposées au facteur de risque dans la population totale N, n1 le nombre de décès chez les personnes exposées au facteur de risque et n2 chez les individus non exposés. En conséquence, le nombre de décès dus au facteur de risque dans la population exposée à ce facteur de risque est égal

à $(N \times P \times n1)$. Mais si le nombre d'individus, $(N \times P)$, n'avait pas été exposé au facteur de risque, seuls $(N \times P \times n2)$ auraient été atteints. En conséquence, parmi le nombre total de décès dans la population, $(n \times N)$, seuls $(N \times P \times n1) - (N \times P \times n2)$ sont imputables au facteur de risque considéré. Ceci revient à dire que la proportion de décès dus au facteur de risque par rapport au nombre de décès total dans la population se traduit par la formule suivante :

$$RA = ((N \times P \times n1) - (N \times P \times n2)) / (N \times n) = P \times (n1 - n2) / n$$

où $\{P \times (n1 - n2) / n\}$ correspond à la surmortalité en pourcentage du nombre total de malades imputables au facteur de risque dans la population totale.

Il est à noter que RA n'est pas un indice, mais qu'il s'agit toujours d'un pourcentage exprimant le nombre de décès attribuable au facteur de risque étudié par rapport au nombre de décès total. Enfin, cette méthode d'estimation de RA est généralement approuvée par les autorités scientifiques, car elle limite les biais dus à d'éventuelles interactions entre différents facteurs endogènes (sexe, âge, etc.) et exogènes (tabac, alcool, drogues illicites, etc.).

1.2.4 - L'actualisation

L'actualisation est une méthode permettant de ramener au présent des pertes (ou des gains) futures en tenant compte de la plus ou moins grande aversion des individus pour le futur. À titre d'exemple, en considérant un montant de pertes de revenus réalisé dans le futur par des individus décédés prématurément et un taux d'actualisation, il est possible de valoriser aujourd'hui le montant de revenus futurs qui sera perdu.

En d'autres termes, considérons que :

- chacune des n pathologies identifiées comme une cause médicale de décès est repérée par l'indice i (avec $i = 1, \dots, n$) ;
- les hommes sont identifiés par l'exposant 1 et les femmes par l'exposant 2 ;
- n^1_i correspond au nombre d'hommes décédés pour la cause médicale de décès i et au nombre de femmes décédées pour la même cause médicale de décès i ;
- t^1_i représente la différence entre l'espérance de vie des hommes et l'âge moyen du décès des hommes pour la cause médicale de décès i et la différence entre l'espérance de vie des femmes et l'âge moyen du décès des femmes pour la cause médicale de décès i ;

- r est égal au taux d'actualisation (6 %) ;
- R est le revenu moyen identique pour les deux sexes ;
- FRA_i désigne le Flux de Revenu Actualisé perdu par les hommes et les femmes décédés prématurément pour la cause médicale de décès i .

$$FRA_i = n_i^1 \left[\frac{(t_i^1 \times R)}{(1+r)^{t_i^1}} \right] + n_i^2 \left[\frac{(t_i^2 \times R)}{(1+r)^{t_i^2}} \right]$$

Les questions primordiales qui se posent dans ce type d'analyse reposent, d'une part, sur le niveau de revenus à prendre en compte et, d'autre part, sur le taux d'actualisation à retenir. Sur ce second point, notons que plus le taux d'actualisation sera élevé, plus le futur sera déprécié, puisque ceci accroît le dénominateur et diminue donc FRA_i , et inversement.

CHAPITRE II

LE COÛT SOCIAL DU TABAC

2 - LE COÛT SOCIAL DU TABAC EN FRANCE

Le calcul du « coût social » du tabac, proposé dans cette partie, s'efforcera de quantifier les différents éléments constitutifs du coût social qui ont été exposés lors de la première partie traitant de la méthodologie.

Les deux principales sources utilisées ici en vue d'évaluer le coût social du tabac sont essentiellement tirées d'une analyse sur la consommation de tabac réalisée par Anguis²⁵ (1996), et de deux études réalisées par Rosa²⁶ (1994, 1996).

Concernant la première source, celle-ci retrace principalement la consommation de tabac en 1996, ainsi que sa structure. Les différentes données exposées dans le point 2.1 ci-après auront donc pour objectif essentiel de connaître le profil de population des consommateurs de tabac, ainsi que les dépenses effectuées par cette population pour consommer du tabac. Concernant les études de Rosa (1994, 1996), celles-ci constituent, à n'en pas douter, des sources d'informations appréciables. Néanmoins, les résultats obtenus dans ces deux rapports nécessitent d'être tout d'abord réévalués (des données plus récentes étant disponibles), et ensuite

25. Les différentes données avancées ici proviennent de l'analyse de la consommation de tabac effectuée par Anguis (1997) de la Direction des études et synthèses économiques de l'INSEE, Département des Comptes nationaux, Division synthèse des biens et services, Section « Consommation des Ménages ».

26. Rosa (1994), « Le coût social de la consommation de tabac et l'équilibre des finances publiques : le cas de la France », Cahiers de recherche en économie de l'entreprise - 9402, Institut d'études politiques de Paris ; Rosa (1996), « Le coût social de la consommation de tabac et l'équilibre des finances publiques : le cas de la France (actualisation) », Cahiers de recherche en économie de l'entreprise - 9601, Institut d'études politiques de Paris.

complétés Rosa - (1994/1996) omettant de nombreux coûts tels que, par exemple, les pertes de revenus liés à des décès prématurés ou les pertes de production sur le lieu de travail. Aussi, il apparaît évident que le résultat global obtenu, quant au coût social du tabac, sera supérieur dans cette recherche à celui obtenu par Rosa (1994, 1996).

Cette section s'articule donc autour de 8 points qui s'intéressent aux aspects suivants :

- la consommation française de tabac ainsi que la structure de cette consommation afin de mieux cerner la population des fumeurs ;
- les résultats concernant les risques attribuables au facteur de risque « tabac », ceux-ci étant réutilisés par la suite en vue de calculer certains coûts imputables au tabac ;
- les dépenses de santé liées à la consommation de tabac ;
- les dépenses de prévention du Comité français de l'éducation à la santé (CFES) financées par la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) et celles du Comité national contre le tabac (CNCT) financées sur le budget du ministère de l'Emploi et de la Solidarité ;
- les pertes de revenus et de production imputables au tabac ;
- les pertes de prélèvements obligatoires imputables au tabac ;
- les associations à financements privés travaillant dans le domaine de la prévention et de l'information concernant les risques liés à la consommation de tabac ;
- les autres coûts représentés essentiellement par les dépenses engagées pour la lutte contre les incendies et la lutte contre le trafic de cigarettes.

2.1 - Consommation française de tabac et structure de la consommation

Le poste « tabac » regroupe différentes sortes de tabac : le tabac à priser et le tabac à mâcher (ou à chiquer), le tabac à rouler (vendu en vrac par paquet), la cigarette.

En terme de volume, les 6 998 tonnes de tabac vendues sur le marché français en 1996 se décomposent en 373 tonnes de tabac à priser et à mâcher (5,33 % du marché), 490 tonnes de tabac à rouler (7 % du marché) et 6 135 tonnes sous forme de cigarettes (87,67 % du marché), ceci représentant quelque 86 milliards de cigarettes vendues sur le marché français en 1996.

En valeur, **le montant des dépenses consacrées par les ménages à la consommation de tabac s'est élevé, en 1996, à 72,3 milliards de francs**, ce qui représente environ 1,5 % de la consommation des ménages²⁷. Durant les 35 dernières années, cette part a fluctué, oscillant entre 1 et 2 %.

Si, à n'en pas douter, la consommation de tabac génère des recettes fiscales importantes pour l'État²⁸ (en 1995, la charge globale fiscale sur la cigarette était d'environ 76 %), les problèmes liés à la consommation de tabac ont conduit différents gouvernements à proposer certains textes (loi Veil de 1976 et loi Evin de 1991), ainsi qu'à effectuer des augmentations de prix en vue de réduire la consommation de tabac.

Cependant, et malgré l'ensemble de ces mesures, la France comptait environ 13,5 millions de fumeurs en 1996²⁹ (soit 23,13 % de la population totale), dont approximativement 8 millions d'hommes et 5,5 millions de femmes. En rapportant ce nombre de fumeurs à la dépense globale de tabac, chaque fumeur a donc dépensé 445 francs par mois, les 95 milliards de cigarettes consommées (ou équivalent) correspondant à 19 cigarettes par jour et par fumeur.

Néanmoins, et si pour l'objet de cette étude nous nous limitons au nombre de fumeurs réguliers de 18 ans et plus (i.e. déclarant fumer au moins une cigarette par jour), le nombre de fumeurs passe à 12,3 millions pour 1996, 35 % d'hommes se déclarant fumeur régulier, contre 21 % de femmes³⁰. D'un autre côté, les enquêtes du Comité français pour l'éducation à la Santé (CFES) montrent que sur les 1,2 millions de jeunes fumeurs (12-18 ans), les filles sont aussi nombreuses que les garçons à fumer. En conséquence, la France comptait environ 7,4 millions de fumeurs hommes de 18 ans et plus et 4,9 millions de femmes de 18 ans et plus déclarant fumer régulièrement en 1996.

D'un autre côté, l'enquête de l'INSEE (1997) donne une répartition de la population des fumeurs par catégorie socioprofessionnelle et par sexe pour les fumeurs de 18 ans et plus en 1996.

27. En 1997, les dépenses consacrées par les ménages à la consommation de tabac s'élevaient à 75,3 milliards de francs (INSEE, 1998).

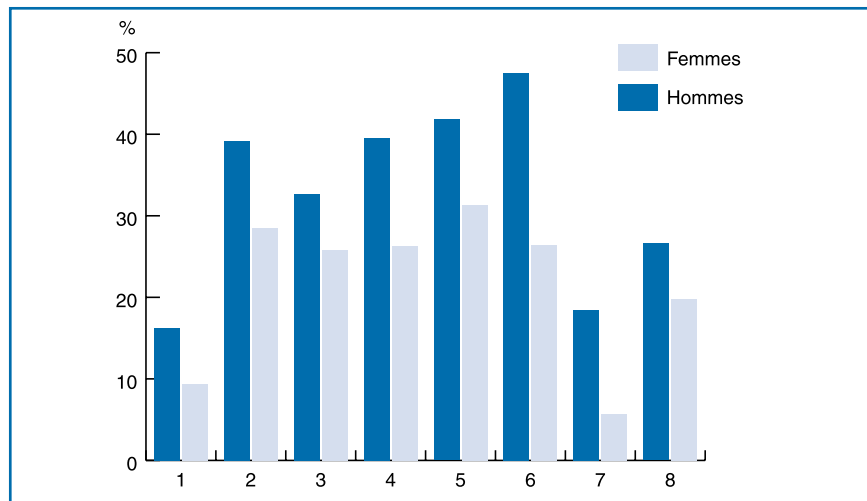
28. La charge globale fiscale comprend 20,6 % de TVA, la taxe perçue au profit du budget annexe des prestations sociales agricoles (BAPSA, moins de 1 %) et le droit de consommation. Il est à noter que le droit de consommation se décompose en une part spécifique fixée à 36,6651 francs pour 1 000 cigarettes vendues et une part proportionnelle actuellement de 54,5 % calculée de sorte que, pour le paquet de cigarettes le plus vendu, le droit de consommation global s'élève à 58,3 % du prix de vente.

29. La France comptait 58,37 millions d'habitants en 1996 (Statistiques financières internationales du FMI).

30. En conséquence, les 12-18 ans représentent 1,2 millions de fumeurs.

Comme le retrace le graphique 2.1 ci-dessous, chez les hommes en activité, ce sont les ouvriers qui sont proportionnellement les plus nombreux à fumer (50 % contre 44 % chez les employés et 39 % chez les cadres), alors que chez les femmes, l'activité de bureau apparaît comme la plus favorable au tabagisme (31 % des professions intermédiaires et 29 % des employés fument contre 25 % des ouvrières). Enfin, et hormis les retraité(e)s, ce sont les agriculteurs qui sont proportionnellement les moins nombreux à fumer.

Graphique 2.1 - Proportion de fumeurs de 18 ans et plus par CSP et par sexe en 1996



NB : 1 = agriculteurs, 2 = professions libérales ; 3 = cadres ; 4 = professions intermédiaires ; 5 = employés ; 6 = ouvriers ; 7 = retraités ; 8 = autres inactifs.

En nombre de fumeurs par CSP et par sexe, le tableau 2.1 ci-contre donne le « stock » de fumeurs, ce « stock » s'élevant à 12 350 043 fumeurs.

Enfin, le tableau 2.2 ci-contre donne, pour chaque sexe, la part de chaque CSP dans le total des fumeurs de 1996. Ainsi, chez les hommes, les ouvriers représentent le contingent de fumeurs le plus important (36,23 % de l'ensemble des fumeurs), alors que pour les femmes les employées, avec 34,25 % du total, devancent toutes les autres CSP. Inversement, ce sont les agriculteurs qui, aussi bien pour les hommes que pour les femmes, disposent de la part la plus faible (respectivement 1,32 % et 0,61 % du total).

Tableau 2.1 - Nombre de fumeurs par CSP et par sexe en 1996

	Hommes			Femmes		
	Effectif (1)	Proportion de fumeurs	Nombre de fumeurs	Effectif (1)	Proportion	Nombre de fumeurs
Agriculteurs	0,47	21,00 %	97 989	0,27	11,00 %	29 875
Prof. libérales	1,16	31,00 %	358 183	0,52	23,00 %	119 255
Cadres	2,02	29,50 %	596 490	1,04	19,00 %	197 030
Prof. interm.	2,69	38,60 %	1 037 797	2,35	31,00 %	727 135
Employés	1,73	43,80 %	759 117	5,80	29,00 %	1 682 656
Ouvriers	5,42	49,70 %	2 694 549	1,43	25,00 %	358 012
Retraités	4,89	17,80 %	870 127	5,16	3,70 %	190 931
Autres inactifs	3,84	26,60 %	1 022 510	8,12	19,80 %	1 608 387
Total	22,22		7 436 762	24,69		4 913 281

Sources : INSEE 1997, 1998

(1) en millions

Tableau 2.2 - Part de chaque CSP dans le total des fumeurs en 1996

	Hommes	Femmes
Agriculteurs	1,32 %	0,61 %
Prof. libérales	4,82 %	2,43 %
Cadres	8,02 %	4,01 %
Prof. interm.	13,95 %	14,80 %
Employés	10,21 %	34,25 %
Ouvriers	36,23 %	7,29 %
Retraités	11,70 %	3,89 %
Autres inactifs	13,75 %	32,74 %
Total	100,00 %	100,00 %

Néanmoins, cette répartition de la consommation ne suffit pas à elle seule à quantifier les coûts imputables au tabac, le calcul des « Risques attribuables » au facteur de risque « tabac » étant nécessaire.

2.2 - Résultat sur les « Risques attribuables » au facteur de risque « tabac »

La méthode dite des « Risques attribuables³¹ » (RA) permet d'identifier les différentes pathologies pour lesquelles le tabac peut être considéré comme un facteur de risque, et d'attribuer, pour chaque pathologie, un coefficient correspondant au risque de morbidité ou de décès qui peut être imputable au facteur de risque étudié : le tabac.

Comme le note Rosa (1994), les grandes enquêtes épidémiologiques ont toutes mise en évidence le rôle du tabac dans le déclenchement de certaines pathologies ou comme facteur associé à certains décès, même si les résultats obtenus par les études épidémiologiques diffèrent. Ainsi une étude du US Department of Health and Human Services (USDHHS), menée en 1982, recense les résultats principaux de 9 enquêtes épidémiologiques prospectives menées dans différents pays³². D'un autre côté, Doll et Peto (1976) ont réalisé une enquête épidémiologique suite à un questionnaire adressé en 1951 à 34 440 hommes-médecins et à 6 194 femmes-médecins suivis à partir de cette date respectivement pendant 20 et 22 ans, ce qui a permis à Doll et Peto de mesurer le nombre de décès de la cohorte fumeurs par rapport à la cohorte non-fumeurs. Par la suite, Peto (1992) a actualisé ces résultats en se basant sur une étude prospective réalisée à partir de 1982 sur un million d'Américains âgés de 30 ans et plus³³.

Au niveau français, les études épidémiologiques de ce type sont inexistantes. L'une des rares sources françaises disponibles est l'étude de l'épidémiologiste française Hill (1993), étude réactualisée en 1996. Spécialisée dans les questions relatives au tabac, Hill calcule les coefficients pour chacune des pathologies retracées dans le tableau 2.3 ci-contre.

Néanmoins, devant l'hétérogénéité des résultats obtenus par chacune des études épidémiologiques, il apparaît raisonnable, dans la perspective de mesurer les conséquences du tabac en termes de coûts, de prendre, parmi les études recensées par le USDHHS (1982), les coefficients les plus

Tableau 2.3 - Risques Attribuables à la consommation de tabac par pathologie

Pathologies	HOMMES			FEMMES		
	Coeff. de Hill	Hyp. forte	Hyp. faible	Coeff. de Hill	Hyp. forte	Hyp. faible
<i>Pathologies infectieuses</i>						
Tuberculose respiratoire	0,50	0,66	0,11	0,00	0,57	0,00
<i>Cancers</i>						
Cavité buccale et pharynx	0,74	0,85	0,46	0,13	0,79	0,13
Œsophage	0,53	0,73	0,26	0,13	0,65	0,13
Pancréas	0,38	0,70	0,22	0,04	0,62	0,04
Larynx	0,87	0,87	0,71	0,29	0,81	0,29
Trachée, bronches, poumons	0,85	0,86	0,56	0,19	0,81	0,19
Col de l'utérus	-	-	-	0,06	0,16	0,03
Vessie	0,50	0,50	0,50	0,13	0,13	0,13
Rein et voies urinaires	0,39	0,39	0,10	0,06	0,07	0,06
<i>Maladies cardio-vasculaires</i>						
Hypertension	0,19	0,42	0,00	0,01	0,33	0,00
Cardiopathie ischémique	0,43	0,43	0,20	0,11	0,15	0,11
Arrêt cardiaque	0,42	0,42	0,11	0,02	0,08	0,02
Maladie cérébro-vasculaire	0,11	0,28	0,00	0,01	0,21	0,00
Artériosclérose	0,24	0,52	0,16	0,03	0,43	0,03
Anévrisme de l'aorte	0,63	0,73	0,22	0,11	0,65	0,11
Artérite	0,68	0,68	0,68	0,04	0,04	0,04
<i>Maladies respiratoires</i>						
Pneumonie, grippe	0,36	0,81	0,22	0,00	0,75	0,00
Bronchite chronique, emphysème	0,88	0,88	0,11	0,14	0,57	0,08
Maladie pulmonaire obstructive	0,88	0,88	0,88	0,14	0,14	0,14
<i>Maladies digestives</i>						
Ulcère gastro-duodéal	0,49	0,74	0,34	0,02	0,66	0,02

In Hill (1996) et Rosa (1994, 1996)

élevés et les plus faibles (notés respectivement « hypothèse forte » et « hypothèse faible » dans le tableau 2.3), afin de décrire plusieurs scénarios et d'établir une fourchette dans laquelle se situeront certains éléments du « coût social » imputables à la consommation de tabac. Ainsi, concernant les coefficients, ceux-ci se lisent de la manière suivante : par exemple, pour les hommes « Coeff. de Hill » attribue 50 % des décès par tuberculose respiratoire à la consommation de tabac, alors que l'hypothèse forte en attribue 66 % et l'hypothèse faible 11 %. Chez les femmes, en revanche, « Coeff. de Hill » n'attribue au tabac aucun décès par tuberculose respiratoire, alors que l'hypothèse forte lui en impute 57 % et l'hypothèse faible n'en

31. Sur la méthode dite du « Risque attribuable », se référer à la partie « Méthodologie » et plus particulièrement au point 1.2.

32. Ces enquêtes ont respectivement été menées par Doll et Hill (1956), Hammond et Horn (1958), Dunn, Linden et Breslow (1960), Best, Josie et Walker (1961), Hammond (1966), Kahn (1966), Hirayama (1967), Cederlof et al. (1975), USDHEW (1979).

33. « American Cancer Society's Second Cancer Prevention Study » in Peto et al. (1992).

attribue aucun. Ce cas est quelque peu particulier puisque dans l'étude de Rosa l'hypothèse faible donne 8 % de cas de tuberculose respiratoire attribuables au tabac, ce qui implique une hypothèse faible supérieure à celle de Hill. Il nous est cependant apparu préférable dans des situations où l'hypothèse forte et/ou faible étaient inférieures et/ou supérieures aux coefficients de Hill de reporter directement le coefficient de Hill, de manière à véritablement donner une estimation haute et une estimation basse. De plus, puisque l'étude de Hill correspond à l'une des seules sources existantes au niveau français, ceci nous permet de voir si les coefficients donnés par Hill sont plutôt proches d'une hypothèse haute ou d'une hypothèse basse. Ainsi, dans 5 pathologies sur 19 pour les hommes (cancer du larynx, cancer du rein et des voies urinaires, cardiopathie ischémique, arrêt cardiaque et bronchite chronique-emphysème) les coefficients de Hill correspondent à l'hypothèse haute (soit dans 26,32 % des pathologies), alors que dans aucune pathologie ceux-ci sont égaux à l'hypothèse basse. Seuls trois autres cas sont particuliers parmi ces 19 pathologies, puisque dans le cancer de la vessie, l'artérite et les maladies pulmonaires obstructives nous ne disposons ni d'hypothèse haute, ni d'hypothèse basse. Concernant les femmes, il semble que les coefficients de Hill se révèlent assez bas, puisque dans 13 cas sur 20 pathologies ceux-ci correspondent à l'hypothèse basse (soit dans 68,42 % des pathologies), les trois cas particuliers décrits pour les hommes se retrouvant pour les femmes, aucun des coefficients de Hill ne correspondant à l'hypothèse haute. Ainsi, si une légère surestimation peut exister chez les hommes en utilisant les coefficients de Hill, ces derniers semblent sous-estimer de façon assez importante les cas attribuables au tabac pour les femmes.

Il faut également noter que les coefficients présentés dans le tableau 2.3 correspondent au risque de décès attribuable à la consommation de tabac, alors qu'à côté de ces risques de décès, il faudrait tenir compte des risques de morbidité imputables au tabac. Toutefois, si des enquêtes ont permis d'établir le risque de décès dû au tabac, il est beaucoup plus difficile de définir le même type de coefficients en terme de morbidité. De plus, l'ensemble des études en terme de « coût social », ou COI, retient le risque de décès attribuable à un facteur de risque.

Enfin, nous devons signaler que, selon les études retenues, d'autres pathologies peuvent avoir comme facteur de risque le tabac. Il semblerait que tel soit le cas, par exemple, pour le cancer du sein chez la femme qui n'apparaît pas dans le tableau 2.3.

2.3 - Les dépenses de santé imputables à la consommation de tabac

Les dépenses de santé, ou coûts médicaux, peuvent se décomposer de deux manières différentes. Tout d'abord, une première représentation (celle retracée dans le tableau 1.3, cf. supra section sur la méthodologie) distingue les frais médicaux non remboursés par la Sécurité sociale et supportés par les agents privés consommateurs ou non de tabac (i.e., les médicaments non remboursés par la Sécurité sociale, la part non remboursée par la Sécurité sociale sur les médicaments et la part des frais d'hospitalisation non remboursée par la Sécurité sociale) et les dépenses publiques de santé qui correspondent aux transferts sociaux en matière de santé, i.e. la part de l'ensemble des frais médicaux remboursée par la Sécurité sociale (consultations médicales, médicaments, frais d'hospitalisation). Ce type de représentation permet donc d'affecter à chaque catégorie d'agents les coûts effectifs qu'elle supporte.

Néanmoins, une seconde décomposition distingue simplement les coûts hospitaliers et les coûts ambulatoires (i.e. la médecine de ville). Si l'information sur les coûts effectivement supportés par chaque catégorie d'agent est perdue dans ce type d'approche, cette dernière se révèle cependant plus facile à mettre en œuvre. Aussi, nous utiliserons cette seconde démarche pour déterminer les dépenses de santé imputables à la consommation de tabac, l'éclatement de ces dépenses pouvant ensuite s'effectuer par catégorie d'agents.

2.3.1 - Les coûts hospitaliers liés à la consommation de tabac

À partir des coefficients de risque de décès attribuables à la consommation de tabac exposés précédemment dans le tableau 2.3, il est possible d'estimer les coûts d'hospitalisation liés au tabac. Pour ce faire, la démarche ci-dessous sera suivie :

- dans un premier temps, le nombre d'hospitalisés par pathologie imputable à la consommation de tabac est déterminé en multipliant le nombre total d'hospitalisés par le coefficient de risque de décès imputable au tabac ;
- ensuite, il suffit de calculer le coût total d'hospitalisation par pathologie en multipliant le nombre d'hospitalisés par pathologie imputable à la consommation de tabac par le coût moyen d'hospitalisation par hospitalisé ;
- enfin, il suffit de sommer l'ensemble des coûts totaux d'hospitalisation par pathologie pour obtenir le coût total d'hospitalisation imputable à la consommation de tabac.

Les informations nécessaires à un tel calcul, i.e. le nombre total d'hospitalisés, le nombre d'hospitalisés par pathologie imputable à la consommation de tabac et le coût moyen d'hospitalisation par hospitalisé, se retrouvent tout d'abord dans les enquêtes nationales de morbidité hospitalière réalisées par la DRESS (ancien SESI³⁴). Celles-ci ont permis de constituer une base statistique nationale représentative des pathologies traitées dans les établissements hospitaliers français et de fournir, en conséquence, des informations relatives au nombre de séjours hospitaliers, au nombre d'hospitalisés, etc. D'autre part, le coût moyen d'hospitalisation par hospitalisé est retracé par la mission PMSI (1996) qui a effectué un suivi des coûts hospitaliers³⁵.

De même, deux types de coûts hospitaliers doivent être considérés : les coûts hospitaliers avec actes opératoires, et les coûts ambulatoires sans actes opératoires délivrés en milieu hospitalier.

Ainsi, à partir des différentes données recueillies, il devient possible d'établir les tableaux 2.4 et 2.5 ci-après, le premier retraçant les coûts hospitaliers avec actes opératoires pour les hommes, le second fournissant les coûts hospitaliers avec actes opératoires pour les femmes.

Comme nous l'avons signalé précédemment, il doit être noté que dans le cadre des pathologies pour lesquelles nous ne disposons pas des hypothèses hautes et/ou basses, les coefficients de Hill ont été appliqués.

En conséquence, cette méthode permet d'évaluer les coûts hospitaliers avec actes opératoires (pour les hommes) imputables à la consommation de tabac entre 5 470,7 millions de francs et 11 665,1 millions de francs. Concernant l'estimation basée sur les coefficients de Hill, **le coût hospitalier avec actes opératoires s'élève à 9 732,5 millions de francs pour les hommes.**

Le tableau 2.5, équivalent du tableau 2.4, donne les coûts hospitaliers avec actes opératoires pour les femmes. Là encore, les pathologies pour lesquelles nous ne disposons pas des hypothèses hautes et/ou basses, les coefficients de Hill ont été appliqués.

Au total, les coûts hospitaliers avec actes opératoires (pour les femmes) imputables à la consommation de tabac peuvent être évalués entre 1 135,2 millions de francs et 5 708,3 millions de francs. Dans le cadre des coefficients

34. SESI (1992), « *Les soins hospitaliers en France* », La Documentation française ; SESI (1996), « Informations rapides » ; DRESS (1996), « *Les pathologies traitées en 1993 dans les services de soins de courte durée - enquête de morbidité hospitalière 1992 - 1993* ».

35. PMSI (1996), données non publiées.

de Hill, **les coûts hospitaliers avec actes opératoires (pour les femmes) imputables à la consommation de tabac s'élèvent à 1 200,7 millions de francs.**

La construction de ces tableaux nécessite certains commentaires. Tout d'abord, le nombre de séjours hospitaliers correspond pour partie aux données de la DRESS (1996), et pour une autre partie aux données retracées dans Rosa (1996), celles-ci étant elles-mêmes tirées d'une enquête identique de la DRESS pour des années antérieures. Le problème repose sur le fait que, d'une part, la DRESS a réalisé une enquête auprès d'un certain nombre d'établissements hospitaliers pour ensuite *estimer* le nombre de séjours total pour l'ensemble des services de soins de courte durée, et, d'autre part, que les données de la DRESS ne prennent en compte que les services de soins de courte durée.

Si, sur l'estimation de la DRESS, nous pouvons penser qu'aucun problème particulier n'existe³⁶, en revanche, ces enquêtes ne retenant que les services de soins de courte durée, il apparaît qu'un certain nombre de centres hospitaliers ne sont pas inclus dans le champ des enquêtes de la DRESS. Ainsi, par services de soins de courte durée, la DRESS retient les services de médecine générale et de spécialités médicales, les services de chirurgie générale et de spécialités chirurgicales, ainsi que les services de gynécologie - obstétrique. En conséquence, sont exclus les hôpitaux locaux, les établissements de soins de suite et de réadaptation, les CHS psychiatriques, les établissements de soins de longue durée, les établissements de lutte contre les toxicomanies et les établissements sociaux.

En conséquence, un certain nombre de séjours hospitaliers pour les pathologies étudiées ici doivent nécessairement manquer dans les estimations de la DRESS.

Pour cette raison, nous avons retenu, pour chaque pathologie, le nombre de séjours le plus élevé entre les données fournies par Rosa (1996) et celles exposées dans l'enquête de la DRESS (1996). Même si cette méthode ne permet pas d'être exhaustif sur le nombre de séjours pour les pathologies traitées dans ce travail, il apparaît cependant préférable de retenir les données les plus élevées afin de nous rapprocher le plus possible de la réalité.

36. Néanmoins, Marie-Claude Mouquet (contact DRESS) nous signale que les fiches concernant la tuberculose respiratoire, la tumeur maligne du col de l'utérus et l'anévrisme de l'aorte peuvent comporter une incertitude sur les résultats compte tenu de l'effectif observé pour chacune de ces pathologies.

Tableau 2.4 - Évaluation des coûts hospitaliers avec actes opératoires imputables au tabac (hommes)

Pathologies	Risque attribuable au tabac			Nombre de séjours	Nombre de séjours imputables au tabac			Coût moyen d'un séjour hospitalier	Coûts hospitaliers totaux imputables au tabac (en millions de francs)		
	Coeff. Hill	Hyp. Forte	Hyp. Faible		Coeff. Hill	Hyp. Forte	Hyp. Faible		Coeff. Hill	Hyp. Forte	Hyp. Faible
Pathologies infectieuses											
Tuberculose respiratoire	0,50	0,66	0,11	14 829	7 415	9 787	1 631	33 605,00	249,2	328,9	54,8
Cancers											
Cavité buccale et pharynx	0,74	0,85	0,46	32 200	23 828	27 370	14 812	18 573,00	442,6	508,3	275,1
Œsophage	0,53	0,73	0,26	17 644	9 351	12 880	4 587	19 280,50	180,3	248,3	88,4
Pancréas	0,38	0,70	0,22	12 375	4 703	8 663	2 723	20 338,00	95,6	176,2	55,4
Larynx	0,87	0,87	0,71	15 543	13 522	13 522	11 036	18 573,00	251,2	251,2	205,0
Trachée, bronches, poumons	0,85	0,86	0,56	60 200	51 170	51 772	33 712	21 657,00	1 108,2	1 121,2	730,1
Vessie	0,50	0,50	0,50	20 400	10 200	10 200	10 200	59 904,00	611,0	611,0	611,0
Rein et voies urinaires	0,39	0,39	0,10	12 838	5 007	5 007	1 284	17 052,50	85,4	85,4	21,9
Maladies cardio-vasculaires											
Hypertension	0,19	0,42	0,00	27 341	5 195	11 483	0	15 869,00	82,4	182,2	0,0
Cardiopathie ischémique	0,43	0,43	0,20	193 500	83 205	83 205	38 700	21 352,00	1 776,6	1 776,6	826,3
Arrêt cardiaque	0,42	0,42	0,11	41 011	17 225	17 225	4 511	35 707,00	615,0	615,0	161,1
Maladie cérébro-vasculaire	0,11	0,28	0,00	79 300	8 723	22 204	0	24 434,00	213,1	542,5	0,0
Artériosclérose	0,24	0,52	0,16	38 200	9 168	19 864	6 112	34 634,00	317,5	688,0	211,7
Anévrisme de l'aorte	0,63	0,73	0,22	80 047	50 430	58 434	17 610	21 352,00	1076,8	1 247,7	376,0
Artérite	0,68	0,68	0,68	31 239	21 243	21 243	21 243	23 746,00	504,4	504,4	504,4
Maladies respiratoires											
Pneumonie, grippe	0,36	0,81	0,22	57 000	20 520	46 170	12 540	21 165,00	434,3	977,2	265,4
Bronchite chronique, emphysème	0,88	0,88	0,11	32 300	28 424	28 424	3 553	21 616,00	614,4	614,4	76,8
Maladie pulmonaire obstructive	0,88	0,88	0,88	47 200	41 536	41 536	41 536	20 584,00	855,0	855,0	855,0
Maladies digestives											
Ulcère gastro-duodéal	0,49	0,74	0,34	28 200	13 818	20 868	9 588	15 884,00	219,5	331,5	152,3
Total									9 732,5	11 665,1	15 470,7

Tableau 2.5 - Évaluation des coûts hospitaliers avec actes opératoires imputables au tabac (femmes)

Pathologies	Risque attribuable au tabac			Nombre de séjours	Nombre de séjours imputables au tabac			Coût moyen d'un séjour hospitalier	Coûts hospitaliers totaux imputables au tabac (millions de FF)		
	Coeff. Hill	Hyp. Forte	Hyp. Faible		Coeff. Hill	Hyp. Forte	Hyp. Faible		Coeff. Hill	Hyp. Forte	Hyp. Faible
Pathologies infectieuses											
Tuberculose respiratoire	0,00	0,57	0,00	15 621	0	8 904	0	33605,00	0,0	299,2	0,0
Cancers											
Cavité buccale et pharynx	0,13	0,79	0,13	19 038	2 475	15 040	2 475	18 573,00	46,0	279,3	46,0
Œsophage	0,13	0,65	0,13	18 000	2 340	11 700	2 340	19 280,50	45,1	225,6	45,1
Pancréas	0,04	0,62	0,04	12 625	505	7 828	505	20 338,00	10,3	159,2	10,3
Larynx	0,29	0,81	0,29	15 857	4 599	12 844	4 599	18 573,00	85,4	238,6	85,4
Trachée, bronches, poumons	0,19	0,81	0,19	35 956	6 832	29 124	6 832	2 1657,00	148,0	630,7	148,0
Col de l'utérus	0,06	0,16	0,03	23 100	1 386	3 696	693	20 437,00	28,3	75,5	14,2
Vessie	0,13	0,13	0,13	14 992	1 949	1 949	1 949	59 904,00	116,8	116,8	116,8
Rein et voies urinaires	0,06	0,07	0,06	19 622	1 177	1 374	1 177	17 052,50	20,1	23,4	20,1
Maladies cardio-vasculaires											
Hypertension	0,01	0,33	0,00	31 400	314	10 362	0	15 869,00	5,0	164,4	0,0
Cardiopathie ischémique	0,11	0,15	0,11	95 810	10 539	14 372	10 539	21 352,00	225,0	306,9	225,0
Arrêt cardiaque	0,02	0,08	0,02	35 789	716	2 863	716	35 707,00	25,6	102,2	25,6
Maladie cérébro-vasculaire	0,01	0,21	0,00	81 700	817	17 157	0	24 434,00	20,0	419,2	0,0
Artériosclérose	0,03	0,43	0,03	25 257	758	10 861	758	34 634,00	26,2	376,1	26,2
Anévrisme de l'aorte	0,11	0,65	0,11	69 853	7 684	45 404	7 684	21 352,00	164,1	969,5	164,1
Artérite	0,04	0,04	0,04	27 261	1 090	1 090	1 090	23 746,00	25,9	25,9	25,9
Maladies respiratoires											
Pneumonie, grippe	0,00	0,75	0,00	41 400	0	31 050	0	21 165,00	0,0	657,2	0,0
Bronchite chronique, emphysème	0,14	0,57	0,08	20 347	2 849	11 598	1 628	21 616,00	61,6	250,7	35,2
Maladie pulmonaire obstructive	0,14	0,14	0,14	48 600	6 804	6 804	6 804	20 584,00	140,1	140,1	140,1
Maladies digestives											
Ulcère gastro-duodéal	0,02	0,66	0,02	23 638	473	15 601	473	15 884,00	7,5	247,8	7,5
Total									1 200,7	5 708,3	1 135,2

Ainsi, dans les tableaux 2.4 et 2.5 les pathologies indiquées en italique correspondent aux données de la DRESS (i.e., pour les hommes, « cancer cavité buccale, pharynx », « cancer trachée, bronches, poumons », « cancer vessie », « cardiopathie ischémique », « maladie cérébro-vasculaire », « artériosclérose », « pneumonie, grippe », « bronchite chronique, emphysème », « maladie pulmonaire obstructive », « ulcère gastro-duodéal » et pour les femmes, « hypertension », « maladie cérébro-vasculaire », « pneumonie, grippe », « Maladie pulmonaire obstructive »).

Le second commentaire concerne les données liées à chacune des pathologies. En fait, chaque pathologie est associée à un ou plusieurs code(s) de la CIM 9 (Codification internationale des maladies - 9^e révision). Le tableau 2.6, retrace donc les codes retenus pour chaque pathologie.

Tableau 2.6 - Code(s) de la CIM 9 associé(s) à chaque pathologie

Pathologies	Code CIM 9	Pathologies	Code CIM 9
Tuberculose respiratoire	010 à 012, 137.0	Cardiopathie ischémique	410 à 414
Cavité buccale et pharynx	140 à 149	Arrêt cardiaque	nd
Œsophage	150	Maladie cérébro-vasculaire	430 à 438
Pancréas	157	Artériosclérose	440
Larynx	161	Anévrisme de l'aorte	441
Trachée, bronches, poumons	nd	Artérite	nd
Col de l'utérus	180	Pneumonie, grippe	480 à 487
Vessie	nd	Bronchite chronique, emphysème	490 à 492
Rein et voies urinaires	189	Maladie pulmonaire obstructive	493 à 496
Hypertension	nd	Ulcère gastro-duodéal	nd

Le second type de coûts à considérer dans les coûts hospitaliers correspond aux coûts ambulatoires sans actes opératoires délivrés en milieu hospitalier. Le tableau 2.7 donne directement une évaluation de ces coûts pour les hommes et pour les femmes. En effet, et afin de simplifier, connaissant par les tableaux 2.4 et 2.5 le nombre de séjours hommes et femmes imputables au tabac, il suffit de multiplier, pour chacune de ces catégories, le nombre de séjours par le coût moyen des soins ambulatoires sans actes opératoires délivrés en milieu hospitalier (ce coût moyen étant lui aussi tiré de la source PMSI) afin d'obtenir ce coût ambulatoire par sexe et par pathologie.

Tableau 2.7 - Évaluation des coûts ambulatoires sans actes opératoires délivrés en milieu hospitalier imputables au tabac (hommes & femmes)

Pathologies	Coût moyen des soins ambulatoires (en FF)	Coûts ambulatoires en milieu hospitalier imputables au tabac (hommes et millions de francs)			Coûts ambulatoires en milieu hospitalier imputables au tabac (femmes et millions de francs)		
		Coeff. Hill	Hyp. Forte	Hyp. Faible	Coeff. Hill	Hyp. Forte	Hyp. Faible
Pathologies infectieuses							
Tuberculose respiratoire	3 077,0	22,8	30,1	5,0	0,0	27,4	0,0
Cancers							
Cavité buccale et pharynx	3 615,0	86,1	98,9	53,5	8,9	54,4	8,9
Œsophage	3 615,0	33,8	46,6	16,6	8,5	42,3	8,5
Pancréas	3 422,0	16,1	29,6	9,3	1,7	26,8	1,7
Larynx	3 615,0	48,9	48,9	39,9	16,6	46,4	16,6
Trachée, bronches, poumons	3 615,0	185,0	187,2	121,9	24,7	105,3	24,7
Col de l'utérus	3 011,0	-	-	-	4,2	11,1	2,1
Vessie	3 615,0	36,9	36,9	36,9	7,0	7,0	7,0
Rein et voies urinaires	4 412,0	22,1	22,1	5,7	5,2	6,1	5,2
Maladies cardio-vasculaires							
Hypertension	3 778,0	19,6	43,4	0,0	1,2	39,1	0,0
Cardiopathie ischémique	3 778,0	314,3	314,3	146,2	39,8	54,3	39,8
Arrêt cardiaque	3 778,0	65,1	65,1	17,0	2,7	10,8	2,7
Maladie cérébro-vasculaire	3 778,0	33,0	83,9	0,0	3,1	64,8	0,0
Artériosclérose	3 778,0	34,6	75,0	23,1	2,9	41,0	2,9
Anévrisme de l'aorte	3 778,0	190,5	220,8	66,5	29,0	171,5	29,0
Artérite	3 778,0	80,3	80,3	80,3	4,1	4,1	4,1
Maladies respiratoires							
Pneumonie, grippe	3 193,0	65,5	147,4	40,0	0,0	99,1	0,0
Bronchite chronique, emphysème	3 193,0	90,8	90,8	11,3	9,1	37,0	5,2
Maladie pulmonaire obstructive	3 193,0	132,6	132,6	132,6	21,7	21,7	21,7
Maladies digestives							
Ulcère gastro-duodéal	3 243,0	44,8	67,7	31,1	1,5	50,6	1,5
	Total	1 522,8	1 821,5	837,0	192,0	921,1	181,8

Au total, ces coûts ambulatoires sans actes opératoires délivrés en milieu hospitalier peuvent être évalués entre 837,0 millions et 1 821,5 millions pour les hommes, l'évaluation basée sur les coefficients de Hill donnant un coût de 1 522,8 millions de francs. Pour les femmes, ces coûts sont compris entre 181,8 millions et 921,1 millions de francs, l'évaluation par les coefficients de Hill s'élevant à 192,0 millions de francs. En conséquence, les coûts hospitaliers sans acte opératoire sont compris entre 1 018,8 et 2 742,6 millions de francs, l'estimation par les coefficients de Hill permettant de considérer que **les coûts hospitaliers sans acte opératoire s'élèvent à 1 714,8 millions de francs**³⁷.

En résumé, **les coûts hospitaliers** (i.e., avec et sans acte opératoire) **sont compris entre 7 624,7 millions de francs et 20 116,0 millions de francs selon l'hypothèse retenue**, comme le montre le tableau 2.8 qui récapitule les résultats obtenus précédemment. Quant à l'évaluation basée sur les coefficients de Hill qui, rappelons-le, concernent une étude épidémiologique française, **le total des coûts hospitaliers liés à la consommation de tabac s'élève à 12 648,0 millions de francs**.

Tableau 2.8 - Évaluation des coûts hospitaliers imputables à la consommation de tabac (millions de francs)

		Coeff.Hill	Hyp. forte	Hyp. faible
Coûts hospitaliers avec actes opératoires	Hommes	9 732,5	11 665,1	5 470,7
	Femmes	1 200,7	5 708,3	1 135,2
	Total 1	10 933,2	17 373,4	6 605,9
Coûts ambulatoires en milieu hospitalier sans acte opératoire	Hommes	1 522,8	1 821,5	837,0
	Femmes	192,0	921,1	181,8
	Total 2	1 714,8	2 742,6	1 018,8
	Total général (1 + 2)	12 648,0	20 116,0	7 624,7

37. Le risque de décès « toutes pathologies » attribuable au tabac tiré des études de Hill (soit 0,21 pour les hommes et 0,1 pour les femmes), et permettant de calculer la surconsommation de la population « fumeurs » en médecine de ville, masque un effet retard de la consommation de tabac de la part des femmes. En effet, ces coefficients sont calculés sur la base des décès. Or, la consommation de tabac des femmes ayant un caractère relativement récent, il apparaît que les femmes qui consomment du tabac ne sont pas pleinement entrées dans les phases d'hospitalisation ou de décès, mais que beaucoup d'entre elles se trouvent dans une phase de forte consommation de médecine de ville du fait de leur consommation de tabac. En conséquence, il pourrait sembler plus pertinent de retenir, pour les femmes, un risque égal à celui des hommes, à savoir 0,21. Sous cette nouvelle hypothèse, le surcoût en médecine de ville pour les femmes et imputable au tabac s'élèverait à 4,565 milliards de francs (i.e., 3.952,56 x 0,21 x 5.500.000) au lieu des 217,4 millions de francs avancés, soit une augmentation finale du coût social du tabac de 5 % dans l'hypothèse haute, soit 93 818 millions de francs au lieu de **89 256,9 (voir tableau 2.36)**.

2.3.2 - Les coûts ambulatoires liés à la consommation du tabac

Si les coûts hospitaliers représentent une part importante des dépenses de santé attribuables à la consommation de tabac, les soins ambulatoires (médecine de ville) constituent, quant à eux, le second volet des dépenses de santé.

Pour l'évaluation de cette partie des coûts de santé, l'enquête décennale de l'INSEE sur la santé et les soins médicaux réalisée durant les années 1991 et 1992 offre un certain nombre de données concernant la consommation médicale de ville moyenne. Le tableau 2.9 donne les principaux éléments nécessaires quant à la consommation médicale moyenne par an et par habitant.

Tableau 2.9 - Consommation moyenne de médecine de ville par an et par habitant

	Nombre de séances	Prix moyen des séances	Total
Consommation médicale moyenne par individu pour les séances de praticiens	15,12	170	2 570,40
Consommation médicale moyenne par individu et pour toute la pharmacie et les appareils	35,44	39	1 382,16
			3 952,56

Source : INSEE (1994), « Enquête sur la santé et les soins médicaux 1991 - 1992 »

Ainsi, la dépense moyenne en soins ambulatoires par habitant et par an s'élevait à 3 952,56 francs en 1991. De plus, sachant que la France comptait 13,5 millions de fumeurs en 1996 (8 millions d'hommes et 5,5 millions de femmes), et, d'autre part, que le risque de décès attribuable au tabac pour l'ensemble des pathologies est égal à 0,21 pour les hommes et 0,01 pour les femmes (Hill, 1996³⁸), il devient alors possible d'imputer à la consommation de tabac sa part dans les dépenses de soins ambulatoires, comme le montre le tableau 2.10 ci-après.

Au total, **les dépenses en soins ambulatoires imputables au tabac s'élèvent à 6 857,7 millions de francs** (6 640,3 millions de francs pour les hommes et 217,4 millions de francs pour les femmes).

38. Nous ne disposons malheureusement pas du risque de décès attribuable au tabac pour l'ensemble des pathologies dans le cas des hypothèses haute et basse.

Tableau 2.10 - Dépenses en soins ambulatoires attribuables à la consommation de tabac

	Consommation moyenne en soins ambulatoires par habitant et par an (francs)	Nombre de fumeurs	Risque de décès attribuable au tabac - toutes pathologies (coeff. Hill)	Dépenses en soins ambulatoires imputables au tabac (millions de francs)
Hommes	3 952,56	8 000 000	0,21	6 640,3
Femmes	3 952,56	5 500 000	0,01	217,4

2.3.3 - Conclusion sur les dépenses de santé imputables au tabac

En comptabilisant l'ensemble des dépenses en soins hospitaliers (i.e. les soins hospitaliers avec acte opératoire et les soins ambulatoires sans acte opératoire délivrés en milieu hospitalier) et celles correspondant aux soins ambulatoires, **le total des dépenses de santé imputables au tabac peut être évalué entre 14 482,4 millions de francs en hypothèse basse et 26 973,7 millions de francs en hypothèse haute. Ces dépenses s'élèvent à 19 505,7 millions de francs en se basant sur les coefficients de Hill (tableau 2.11).**

Tableau 2.11 - Évaluation de l'ensemble des coûts de santé imputables à la consommation de tabac (millions de francs)

		Coeff. Hill	Hyp. forte	Hyp. faible
Coûts hospitaliers	Hommes	11 255,3	13 486,6	63 707,7
	Femmes	1 392,7	6 629,4	1 317,0
	Total 1	12 648,0	20 116,0	7 624,7
Médecine de ville	Hommes	6 640,3	nd	nd
	Femmes	217,39	nd	nd
	Total 2	6 857,7	nd	nd
	Total général (1 + 2)	19 505,7	26 973,7	14 482,4

Nous pouvons tout d'abord noter que sur cet ensemble des dépenses de santé, la part des hommes constitue la partie la plus importante en représentant 91,75 % de l'ensemble des dépenses de santé imputables au tabac, les femmes ne représentant, en conséquence, que 8,25 % de ces dépenses.

Ensuite, si nous comparons les chiffres avancés ici avec les résultats obtenus par Rosa (1996), nous pouvons constater un écart positif de 551,7 millions de francs, Rosa (1996) n'évaluant qu'à 18 954 millions de francs les coûts de santé imputables au tabac. Cette différence s'explique par le fait que nous avons retenu les chiffres les plus élevés (entre les données de Rosa 1996 et celles fournies par la DRESS) concernant le nombre de séjours hospitaliers. Néanmoins, nous devons signaler qu'un certain nombre de coefficients de Hill sont réactualisés par rapport à ceux utilisés par Rosa (1996). Or, pour tous ces coefficients (essentiellement pour les femmes) les nouvelles données de Hill renvoient à la baisse les coefficients utilisés par Rosa (1996). Aussi, en gardant les coefficients de Hill utilisés par Rosa (1996), l'écart positif constaté ici aurait été beaucoup plus grand. De plus, nous devons rappeler que les chiffres fournis par la DRESS, et utilisés par Rosa (1996), quant au nombre de séjours hospitaliers, ne sont pas complets puisque certains établissements hospitaliers ne sont pas comptabilisés dans l'enquête de la DRESS de 1996, mais aussi pour les enquêtes antérieures de la DRESS retenues par Rosa (1996).

En fait, il semble que l'estimation de 19 505,7 millions de francs avancée ici doit être considérée comme le bas de la fourchette, puisqu'en plus du fait que certains séjours hospitaliers sont manquants dans les estimations de la DRESS, nous savons que d'autres pathologies, pour lesquelles le tabac peut être considéré comme un facteur de risque, pourraient être intégrées dans ce rapport, augmentant en conséquence les dépenses de santé imputables au tabac.

2.4 - Les dépenses de prévention imputables à la consommation de tabac

Si les dépenses en soins constituent une part importante des coûts imputables à la consommation de tabac, le volet prévention ne peut être négligé. En effet, nombre de campagnes antitabac sont réalisées pour inciter les fumeurs à stopper leur consommation.

Dans ce cadre, l'évaluation des dépenses consacrées à la prévention se révèle relativement aisée, bien que plusieurs agents puissent intervenir. En effet, concernant les campagnes antitabac (TV, radio, presse, affichage et cinéma), celles-ci ne sont gérées qu'au niveau national soit par le Comité français de l'éducation à la santé (CFES), dont les actions sont financées par la CNAM (Caisse nationale d'assurance maladie), soit par le CNCT, dont les actions sont financées par le budget du ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

2.4.1 - La campagne de prévention du CFES

Concernant le CFES, une campagne triennale financée par la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) a débuté en 1997 et s'est poursuivie en 1998 et 1999. Les axes stratégiques définis par le CFES dans son plan de communication comportent deux dimensions : « conforter les stratégies individuelles d'arrêt de consommation de tabac » et « sensibiliser les fumeurs à la protection de la santé des non-fumeurs ». D'un autre côté, les objectifs pour la campagne 1998 consistaient à « poursuivre et amplifier la communication sur l'arrêt individuel de consommation de tabac » et à « engager un travail sur le tabagisme passif ». La réalisation de ces objectifs passe, selon le CFES, par les éléments suivants :

- la mise en œuvre d'une articulation entre les campagnes nationales et les actions locales à travers les représentants de sites pilotes qui seront chargés de produire un certain nombre d'outils pédagogiques (partie « agir » du classeur, coffrets pédagogiques), de contribuer à la définition du dispositif hors média et de mener des actions de prévention innovantes s'inscrivant dans le cadre du programme national et plus particulièrement le dispositif hors média ;
- la mise en œuvre d'une information régulière entre le CFES et ses partenaires dans le cadre des campagnes ;
- la poursuite et l'amplification du travail des relations presse à travers la diffusion de faits et chiffres actualisés ;
- la poursuite et l'amplification de la démarche du partenariat radio ;
- la poursuite et l'amplification de la communication en direction des professionnels de la santé ;
- la mise en œuvre d'une communication en milieu scolaire via le coffret pédagogique « Léo et l'air » pour les classes primaires, et par le biais d'un coffret pédagogique spécifique pour les collèves.

Au total, la campagne de communication triennale du CFES s'est élevée à 50,5 millions de francs pour la période 1997-1999. En conséquence, en supposant que le CFES alloue une part équivalente de ce budget chaque année, ceci revient à considérer que **les dépenses de prévention engagées par le CFES pour une année correspondent à 16,8 millions de francs.**

2.4.2 - Les dépenses de prévention du CNCT

L'action du Centre national contre le tabac (CNCT), quant à elle, est financée par une partie des crédits d'État votés au titre du chapitre 47-17

« Programmes et dispositifs de lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme ». Au sein de ce chapitre (services votés et mesures nouvelles), les crédits se répartissent entre les « actions nationales » (chapitre 47-17-10) et les « actions déconcentrées » (chapitre 47-17-20). Néanmoins, aucune répartition entre le tabac et l'alcool n'est réalisée sur ces crédits d'État. Un entretien avec l'une des personnes chargées du dossier « tabac » à la DGS (Direction générale à la santé) du ministère de l'Emploi et de la Solidarité permet de confirmer que sur les crédits alloués au chapitre 47-17, seul le financement du CNCT est à mettre au crédit du tabac, le reste du 47-17 étant alloué à l'alcool. En conséquence, **le budget alloué au CNCT pour 1997 s'élevait à 1,7 millions de francs** selon la DGS.

Au total, **la dépense globale en actions de prévention réalisées via les campagnes antitabac peut être évaluée pour 1997 à 18,5 millions de francs** (16,8 pour le CFES et 1,7 pour le CNCT).

2.5 - Pertes de revenus et pertes de production imputables au tabac

En règle générale, les pertes de revenus et les pertes de production correspondent à une partie des coûts comptabilisés dans un ensemble plus large appelé le « coût de la vie humaine ». Le « coût de la vie humaine » correspond, globalement, à l'ensemble des coûts passés, présents et futurs supportés par la société et l'individu lorsque ce dernier décède. Cette notion de « coût de la vie humaine » (ou encore « prix de la vie humaine ») est principalement mise en œuvre, comme nous l'avons signalé dans le chapitre méthodologique, lors des évaluations économiques réalisées pour la prise de décision concernant les investissements publics dans des infrastructures (comme, par exemple, dans le domaine routier pour la construction d'un rond-point, la mise en place d'un feu tricolore, la construction d'une autoroute, etc.). Dans ce cadre, les pertes de revenus d'un individu décédé, les pertes de production sur le lieu de travail lié à un décès prématuré, les coûts de formation des personnes décédées, le transfert du *pretium doloris* du mort aux héritiers, etc. sont autant d'éléments à prendre en compte pour évaluer ce que coûte socialement un décès³⁹.

39. Nous reprenons ces propos dans la partie 3 traitant du « coût social de l'alcool en France » en donnant un exemple d'étude sur le prix de la vie humaine. Le lecteur intéressé par cette question peut donc se référer au point 3.7 du présent rapport.

Néanmoins, et pour notre part, nous ne retiendrons pas l'approche en terme de « coût de la vie humaine » dans ce point, puisque seuls sont traités ici les problèmes du flux actualisé des revenus futurs perdus par un individu décédé prématurément et de la somme actualisée des pertes de production imputables à un décès précoce, ainsi que les autres pertes de revenus et de production imputables au tabac d'individus non décédés. Ce choix s'explique pour trois raisons principales : tout d'abord, nous avons, lors de l'exposé du chapitre méthodologique, exclu de notre analyse l'ensemble des coûts intangibles, i.e. des coûts tels que le *pretium mortis* ou le transfert du *pretium doloris* du mort aux héritiers. Or, dans l'évaluation donnée précédemment ces coûts sont comptabilisés ; ensuite, nous traitons l'ensemble des décédés dus aux pathologies imputables au tabac, mais aussi l'ensemble des pertes de revenus ou de production dues, par exemple, aux arrêts maladies. Or, ces pertes ne peuvent être incluses dans le calcul du « coût de la vie humaine » ; enfin, certains des autres coûts donnés dans l'évaluation précédente sont comptabilisés dans d'autres points de ce rapport. Tel est le cas, par exemple, des frais médicaux, transport sanitaire, coûts des premiers secours, etc.

2.5.1 - Les pertes de revenus des individus

Le calcul des pertes de revenus imputables au tabac implique, d'une part, d'identifier les catégories d'individus concernés et, d'autre part, de définir les étapes permettant de valoriser en termes monétaires le temps perdu par les individus.

Tout d'abord, à propos des catégories d'individus concernées par des pertes de revenus, les deux classes d'individus suivantes peuvent être retenues dans le cadre du tabac :

- les individus décédés prématurément pour cause tabagique. Ces décès correspondent, en fait, à des pathologies liées à la consommation de tabac,
- les personnes hospitalisées ou en arrêt maladie pour des raisons de tabagisme qui connaissent une perte de revenus.

Concernant la première catégorie d'individus (i.e. les décès prématurés dont la cause est directement imputable au tabac), les étapes nécessaires pour l'évaluation monétaire des pertes de revenus sont les suivantes : tout d'abord, définir la notion de décès prématuré ; ensuite calculer le nombre d'années perdues par les individus du fait d'un décès prématuré ; enfin valoriser ces années perdues en retenant un niveau de revenus et en actualisant les flux de revenus futurs perdus par le biais d'un taux d'actualisation.

La notion de décès prématuré peut se définir simplement par la différence entre l'âge correspondant à l'espérance de vie à un instant t donné et l'âge auquel l'individu étudié est décédé à ce même instant t . Dans ce cadre, et selon les estimations effectuées, l'espérance de vie en France en 1997 correspondait à 77 ans pour les hommes et à 82 ans pour les femmes. Ainsi, un jeune homme décédé en 1997 à l'âge de vingt ans est considéré comme une personne décédée prématurément, le nombre d'années perdues par ce jeune homme s'élevant à 57. En revanche, un homme décédé à l'âge de 77 ans, ou à un âge supérieur à 77 ans, sera considéré comme un décès « normal », ce décès n'étant pas pris en compte dans l'évaluation des pertes de revenus.

Le tableau 2.12 ci-après, établi à partir des causes médicales de décès déterminées en 1996 et 1997 par le service commun n° 8 de l'INSERM, reprend les différentes pathologies pour lesquelles le tabac peut être considéré comme un facteur de risque. Pour chacune de ces causes de décès, nous indiquons le nombre de décès imputable au tabac et l'âge moyen du décès pour toutes les populations décédées (i.e. les populations « fumeurs » et « non-fumeurs »), ces données étant établies pour chaque sexe.

Ainsi, ce sont, selon nos estimations, 41 777 personnes qui décèdent de façon prématurée à cause du tabac (39 131 hommes et 2 646 femmes). Il est cependant intéressant de constater que **les hommes représentent 96,67 % de ces décès prématurés, les femmes ne représentant, en conséquence, que 3,33 % des décès prématurés imputables au tabac.**

De même, nous pouvons remarquer que certaines causes de décès ont un poids important dans ces décès prématurés. Ainsi, pour les hommes, les trois principales causes de décès imputables au tabac sont le cancer « trachée, bronches, poumons » (38,64 % du total homme), la « cardiopathie ischémique » (17,73 %) et le cancer « cavité buccale et pharynx » (7,44 %) suivis par les « maladies pulmonaires obstructives » (6,06 %). Au total, les trois principales causes de décès chez les hommes représentent 63,81 % de l'ensemble des décès prématurés masculins imputables au tabac. Pour les femmes, en revanche, les trois principales causes de décès imputables au tabac sont la « cardiopathie ischémique » (40,02 % du total femme), le cancer « trachée, bronches, poumons » (23,32 %) et les « maladies pulmonaires obstructives » (7,63 %). Au total, les trois principales causes de décès chez les femmes représentent 70,97 % de l'ensemble des décès prématurés féminins imputables au tabac. Enfin, sur l'ensemble « hommes - femmes », on retrouve comme principales causes de décès imputables au tabac le cancer « trachée, bronches, poumons » (37,67 % du total), la « cardiopathie ischémique » (19,14 %), le cancer « cavité buccale et

pharynx » (7,14 %) et les « maladies pulmonaires obstructives » (6,16 %). Au total, les trois principales causes de décès représentent 63,95 % de l'ensemble des décès prématurés liés au tabac.

Sur la base de ce tableau, une première évaluation peut être donnée en considérant, pour chaque cause médicale de décès et pour chaque sexe, la différence entre l'espérance de vie (par sexe) et l'âge moyen du décès.

Tableau 2.12 - Décès imputables au tabac (hommes et femmes âgés de 20 ans et plus⁴⁰)

Causes médicales de décès	Nbr. de décès imputables au tabac (homme)	Nbr. De décès imputables au tabac (femme)	Âge moyen du décès (homme)	Âge moyen du décès (femme)
Pathologies infectieuses				
Tuberculose respiratoire	150	0	68	74
Cancers				
Cavité buccale et pharynx	2 912	70	60	63
Œsophage	1 677	70	63	68
Pancréas	1 073	93	66	71
Larynx	1 569	46	62	64
Trachée, bronches, poumons	15 122	617	64	66
Col de l'utérus	-	37	-	60
Vessie	1 133	86	68	73
Rein et voies urinaires	708	70	64	70
Maladies cardio-vasculaires				
Hypertension	238	17	68	75
Cardiopathie ischémique	6 937	1 059	67	75
Arrêt cardiaque	2 053	109	69	77
Maladie cérébro-vasculaire	974	104	68	75
Artériosclérose	nd	nd	nd	nd
Anévrisme de l'aorte	nd	nd	nd	nd
Artérite	nd	nd	nd	nd
Maladies respiratoires				
Pneumonie, grippe	1 151	0	68	75
Bronchite chronique, emphysème	864	61	70	76
Maladie pulmonaire obstructive	2 370	202	70	75
Maladies digestives				
Ulcère gastro-duodéal	198	7	66	76
Total	39 131	2 646		

Source : Causes médicales de décès : années 1996 et 1997, INSERM

40. L'âge maximum retenu pour les hommes correspond à la tranche d'âge 75-79 ans et à la tranche 80-84 ans pour les femmes.

En considérant ensuite un niveau de revenu moyen et un taux d'actualisation, il devient alors possible d'évaluer en termes monétaires le montant des revenus perdus par l'ensemble des individus décédés prématurément pour cause tabagique.

En d'autres termes, considérons que :

- chaque cause médicale de décès soit identifiée par l'indice i (avec $i = 1, \dots, 20$) ;
- les hommes soient identifiés par l'exposant 1 et les femmes par l'exposant 2 ;
- n_i^1 corresponde au nombre d'hommes décédés pour la cause médicale de décès i et n_i^2 au nombre de femmes décédées pour la même cause médicale de décès i ;
- t_i^1 soit la différence entre l'espérance de vie des hommes et l'âge moyen du décès des hommes pour la cause médicale de décès i et t_i^2 la différence entre l'espérance de vie des femmes et l'âge moyen du décès des femmes pour la cause médicale de décès i ;
- r corresponde au taux d'actualisation ;
- R soit le revenu moyen identique pour les deux sexes ;

et FRA_i traduise le flux de revenu actualisé perdu par les hommes et les femmes décédés prématurément pour la pathologie i ;

alors, FRA_1 , qui représente le flux actualisé de revenus perdu par les hommes et les femmes décédés prématurément pour la pathologie 1 (i.e. Tuberculose respiratoire) se traduit par :

$$FRA_1 = n_1^1 [(t_1^1 \times R) / (1+r)^{t_1^1}] + n_1^2 [(t_1^2 \times R) / (1+r)^{t_1^2}]$$

où $(t_1^1 \times R)$ et $(t_1^2 \times R)$ représente le flux de revenus non actualisé perdu respectivement par un homme décédé prématurément et une femme décédée prématurément. Pour sa part, le flux actualisé de revenus perdu par les hommes et les femmes pour l'ensemble des causes médicales de décès correspond à :

$$FRA = \sum_{i=1}^{20} FRA_i$$

Les questions qui se posent alors sont de déterminer, d'une part, le niveau de revenus à prendre en compte et, d'autre part, le taux d'actualisation à retenir.

Concernant le niveau de revenus, nous retiendrons le Revenu disponible brut (RDB) après impôts par habitant de 1997 calculé par l'INSEE. En fait, le RDB correspond à la part du revenu primaire qui reste à la disposition

de l'individu pour la consommation et l'épargne. De façon plus précise, le revenu primaire retrace la masse des revenus qu'un individu tire de sa contribution à l'activité économique, soit directement (revenus d'activité salariée ou non salariée), soit indirectement (revenus de placements mobiliers ou immobiliers). Dans les comptes nationaux, ce revenu est brut et inclut les cotisations sociales y compris la part patronale. Pour sa part, le RDB correspond au revenu primaire augmenté des transferts reçus (prestations sociales) et diminué des impôts et des cotisations sociales versées. Ainsi, le RDB après impôts par habitant s'élevait en 1997 à 97 012 francs.

Concernant le taux d'actualisation, nous retiendrons le taux standard de 6 % utilisé dans la plupart des études internationales, comme par exemple dans le rapport de 1998 du National Institute on Drug Abuse (NIDA) et du National Institute on Alcohol and Alcoholism (NIAA) intitulé *The Economics Costs of Alcohol and Drug Abuse in the United States, 1992*. Il est à noter que plus le taux d'actualisation est élevé, plus le futur est déprécié puisque ceci accroît le dénominateur et diminue donc le flux de revenus actualisé, et inversement.

Le tableau ci-contre donne pour chaque cause médicale de décès une évaluation des pertes de revenus pour les individus décédés prématurément pour cause tabagique.

Au total, **ce seraient donc 23 249,99 millions de francs de pertes de revenus pour les individus décédés prématurément du fait du tabac** (21 908,59 millions de francs pour les hommes et 1 341,4 millions pour les femmes). Comme pour le nombre de décès prématurés, il est intéressant de constater que **les pertes de revenus des hommes liées à un décès prématurés imputables au tabac représentent 94,23 % de l'ensemble de ces pertes de revenus, alors que les pertes de revenus pour les femmes ne représentent que 5,77 % de l'ensemble.**

D'un autre côté, une estimation plus fine peut être réalisée si, au lieu de prendre l'âge moyen des décès pour chaque cause médicale de décès, nous retenons l'âge moyen de décès par quintile. En fait, les causes médicales de décès, fournies par le service commun n° 8 de l'INSERM, donnent pour chaque cause médicale de décès le nombre d'individus décédés par tranche de 5 ans. En d'autres termes, nous disposons des effectifs pour les tranches d'âge suivantes :

- < 1 an ;
- 1 à 4 ans ;
- 5 à 9 ans ;
- etc. ;
- 95 ans et plus.

Tableau 2.13 - Pertes de revenus liées aux décès prématurés imputables au tabac (hommes et femmes âgés de 20 ans et plus⁴¹)

Causes médicales	Années perdues (hommes)	Années perdues (femmes)	Nbr. de décès (hommes)	Nbr. de décès (femmes)	Revenus perdus (hommes) (1)	Revenus perdus (femmes) (1)
Pathologies infectieuses						
Tuberculose respiratoire	9	8	150	0	78,26	0,00
Cancers						
Cavité buccale et pharynx	17	19	2 912	70	1 783,31	43,00
Œsophage	14	14	1 677	70	1 006,83	41,82
Pancréas	11	11	1 073	93	611,89	52,28
Larynx	15	18	1 569	46	949,74	27,88
Trachée, bronches, poumons	13	16	15 122	617	8 900,77	376,89
Col de l'utérus	77	22	0	37	0,00	21,79
Vessie	9	9	1 133	86	572,07	43,83
Rein et voies urinaires	13	12	708	70	415,80	40,22
Maladies cardio-vasculaires						
Hypertension	9	7	238	17	122,26	7,63
Cardiopathie ischémique	10	7	6 937	1 059	3 795,88	475,48
Arrêt cardiaque	8	5	2 053	109	1 012,19	41,15
Maladie cérébro-vasculaire	9	7	974	104	498,24	48,19
Artériosclérose	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Anévrisme de l'aorte	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Artérite	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Maladies respiratoires						
Pneumonie, grippe	9	7	1 151	0	583,85	0,00
Bronchite chronique, emphysème	7	6	864	61	397,26	25,98
Maladie pulmonaire obstructive	7	7	2 370	202	1 069,92	92,29
Maladies digestives						
Ulcère gastro-duodéal	11	6	198	7	110,32	2,97
				Total	21 908,59	1 341,40

(1) Millions de francs

41. L'âge maximum retenu pour les hommes correspond à la tranche d'âge 75-79 ans et à la tranche 80-84 ans pour les femmes.

Les tableaux 2.14 et 2.15 sont donc construits en considérant l'âge moyen de chaque classe (e.g., pour la classe d'âge 20-24 ans l'âge moyen correspond à 22 ans, une pondération par l'effectif étant impossible puisque nous ne disposons que de l'effectif total pour chaque année compris entre 20 et 24 ans). La seconde étape de construction de ces tableaux consiste à effectuer la différence entre l'espérance de vie et l'âge moyen de chaque classe d'âge (e.g., dans le tableau 2.14 qui donne les estimations pour les hommes âgés de 20 ans et plus, le nombre 55 correspond à : (77 ans - 22 ans), ceci donnant le nombre d'années perdues qui traduit les t_i^1 dans la formule de l'actualisation des flux de revenus perdus. Bien évidemment, les calculs s'arrêtent dès que l'espérance de vie est atteinte (i.e. pour la classe d'âge 75-79 ans pour les hommes, l'âge moyen de cette classe d'âge étant égal à 77 ans, et pour la classe 80-84 ans pour les femmes, l'âge moyen de cette classe étant égal à 82 ans). Enfin, en reprenant le même niveau de RDB (soit 97 012 francs) et le même taux d'actualisation (6 %) que ceux retenus dans l'estimation précédente, et en utilisant les effectifs des décédés pour chaque cause médicale de décès et chaque classe d'âge, nous pouvons actualiser les flux de revenus perdus liés aux décès prématurés imputables au tabac. Ainsi, pour le cancer « cavité buccale et pharynx », les décès des jeunes hommes de la classe d'âge 20-24 ans se traduisent par une perte de revenus égale à 0,22 millions de francs. Néanmoins, ce chiffre ne correspond pas aux pertes de revenus imputables au tabac supportées par les jeunes hommes de la classe 20-24 ans décédés prématurément, mais bien aux pertes totales de revenus supportées par l'ensemble des jeunes hommes âgés de 20 à 24 ans, que ceux-ci soient morts pour cause tabagique ou non. En fait, nous n'appliquons le coefficient de Hill que sur le total des pertes de revenus⁴².

En règle générale, les totaux fournis en ligne et en colonne peuvent constituer des indicateurs intéressants dans l'identification de groupes cibles pour des politiques de prévention, les totaux en lignes permettant de cibler les causes médicales de décès à traiter en priorité du fait de pertes de revenus élevées, alors que les totaux en colonne peuvent indiquer les classes d'âges vers lesquelles des campagnes de sensibilisation peuvent se révéler prioritaires. À titre d'exemple, le cancer « trachée, bronches, poumons » avec 6 537,5 millions de francs de pertes de revenus imputables au tabac arrive « en tête » des pathologies dans le domaine des pertes de revenus pour décès prématurés imputables au tabac. Cette pathologie représente à elle seule

42. Néanmoins, il serait tout à fait envisageable d'appliquer les coefficients de Hill à chaque classe d'âge pour chacune des pathologies étudiées afin de déterminer, par exemple, quel est la classe d'âge qui supporte les pertes de revenus les plus importantes du fait du tabac. Cependant, pour une pathologie donnée, chacune des classes étudiées se verrait appliquer le même coefficient de Hill. En conséquence, les totaux donnés en colonnes seraient multipliés par un ensemble de coefficients identiques. Ceci impliquerait donc que l'ordre établi dans les tableaux 2.14 et 2.15 serait inchangé en terme de totaux par colonne.

41,83 % des pertes de revenus pour décès prématurés liés au tabac. En revanche, et contrairement à ce que nous avançons dans les lignes précédentes, le fait que les classes d'âges les plus anciennes représentent les populations où les pertes de revenus sont les plus élevées ne signifie pas que les campagnes de prévention doivent cibler prioritairement ces populations. En effet, l'effet cumulatif sur la santé d'une consommation régulière de tabac au cours de la vie augmente fortement les risques de développer des pathologies liées à ce facteur de risque. Il apparaît donc évident que l'effort de prévention doit se porter principalement vers les jeunes populations.

Comparativement au résultat obtenu avec la première méthode d'évaluation, **les pertes de revenus des hommes liées à des décès prématurés imputables au tabac s'élèvent, avec cette seconde méthode, à 15 627,2 millions de francs**, soit un écart de 6 281,39 millions de francs.

Concernant les femmes, les pertes de revenus liées à des décès prématurés imputables au tabac s'élèvent, avec cette seconde méthode, à 923,5 millions de francs. Comparativement au résultat obtenu avec la première méthode d'évaluation, l'écart des pertes de revenus des femmes liées à des décès prématurés imputables au tabac s'élève à 417,9 millions de francs.

Au total, **cette seconde méthode permet d'évaluer les pertes de revenus liées à des décès prématurés imputables au tabac à 16 550,7 millions de francs** (15 627,2 millions de francs pour les hommes et 923,5 millions pour les femmes), soit une différence de 6 699,3 millions de francs comparativement à la première méthode.

La seconde catégorie d'individus connaissant une perte de revenus imputable au tabac correspond aux individus hospitalisés ou en arrêt maladie pour cause tabagique. Dans ce cadre, l'estimation se révèle plus complexe dans le sens où, d'une part, nous ne disposons pas des arrêts maladie imputables au tabac et, d'autre part, l'estimation des pertes de revenus que nous pouvons effectuer pour ce type de catégorie d'individus est biaisée par des cas particuliers tels que l'existence de complémentaires maladies prenant en charge ces pertes de revenus en compensant la part de revenus non prise en charge par la Sécurité sociale.

En conséquence, nous posons l'hypothèse suivante : nous considérons que l'ensemble des individus composant la population étudiée connaît, lors d'une hospitalisation ou d'un arrêt maladie, un délai de carence de 3 jours. Au-delà de ces 3 jours, nous supposons que les individus ne perçoivent que 75 % de leur salaire.

Tableau 2.14 - Pertes de revenus liées aux décès prématurés imputables au tabac par quintile d'âge (hommes âgés de 20 ans et plus et en millions de francs)

Causes médicales de décès	Pertes de revenus imputables au tabac par quintile d'âge (1)											Total	Total Hill
	55	50	45	40	35	30	25	20	15	10	5		
Pathologies infectieuses													
Tuberculose respiratoire	0,00	0,00	0,32	1,13	3,53	5,07	10,74	9,07	16,39	23,29	29,00	98,5	49,3
Cancers													
Cavité buccale et pharynx	0,22	0,53	1,27	15,09	92,33	232,08	312,50	329,71	391,03	350,49	198,99	1 924,2	1 423,9
Œsophage	0,00	0,26	2,22	8,30	41,08	126,17	170,09	221,42	331,53	332,07	215,67	1 448,8	767,9
Pancréas	0,43	0,26	1,59	9,81	28,71	65,37	111,32	163,95	247,74	284,40	225,09	1 138,7	432,7
Larynx	0,00	0,00	0,32	3,02	30,04	84,12	121,49	130,67	176,09	173,35	103,30	822,4	715,5
Trachée, bronches, poumons	0,43	1,58	7,61	51,69	220,88	559,93	869,68	1 137,96	1 605,43	1 944,20	1 291,83	7 691,2	6 537,5
Vessie	0,00	0,00	0,95	1,89	5,74	20,27	61,03	90,75	163,94	256,23	215,67	816,5	408,2
Rein et voies urinaires	2,81	4,21	6,66	12,07	17,67	42,56	65,55	103,45	140,26	189,06	148,97	733,3	286,0
Maladies cardio-vasculaires													
Hypertension	0,22	0,26	0,00	3,40	8,84	18,75	27,12	52,03	87,44	120,26	112,00	430,3	81,8
Cardiopathie ischémique	0,65	3,42	17,44	69,04	176,70	379,54	491,06	663,66	1 076,56	1 529,79	1 432,82	5 840,7	2511,5
Arrêt cardiaque	1,73	3,95	7,61	15,47	34,90	56,75	97,20	128,86	268,38	452,33	467,94	1 535,1	644,8
Maladie cérébro-vasculaire	2,38	5,53	18,71	33,95	86,14	140,87	205,13	249,86	509,44	754,06	803,22	2 809,3	309,0
Artériosclérose	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Anévrisme de l'aorte	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Artérite	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Maladies respiratoires													
Pneumonie, grippe	3,90	3,42	7,29	9,43	25,62	57,26	53,68	94,38	178,52	251,90	292,51	977,9	352,0
Bronchite chronique, emphys.	0,00	0,26	0,95	0,38	5,30	5,57	15,26	30,25	71,65	54,71	119,98	304,3	267,8
Maladie pulmonaire obst.	0,43	0,79	0,32	0,75	2,21	17,23	31,65	71,99	170,01	281,15	296,50	873,0	768,3
Maladies digestives													
Ulcère gastro-duodéal	0,00	0,26	1,27	3,02	4,86	8,61	11,87	15,12	26,72	42,80	30,45	145,0	71,0
Total	13,2	24,8	74,5	238,4	784,6	1 820,1	2 655,4	3 493,1	5 461,1	7 040,1	5 983,9	27 589,3	15 627,2

(1) millions de francs

Tableau 2.15 - Pertes de revenus liées aux décès prématurés imputables au tabac par quintile d'âge (femmes âgées de 20 ans et plus et en millions de francs)

Causes médicales de décès	Pertes de revenus imputables au tabac par quintile d'âge (1)												Total	Total Hill
	60	55	50	45	40	35	30	25	20	15	10	5		
Pathologies infectieuses														
Tuberculose respiratoire	0,00	0,22	0,26	0,63	1,13	1,33	0,00	1,70	4,23	6,68	15,71	9,42	41,3	0,0
Cancers														
Cavité buccale et pharynx	0,00	0,65	1,84	2,54	7,92	17,67	36,48	31,08	38,72	48,58	36,84	22,47	244,8	31,8
Œsophage	0,00	0,00	0,00	0,00	5,28	14,14	15,20	28,82	29,04	46,75	51,46	35,52	226,2	29,4
Pancréas	0,00	0,43	0,79	3,81	7,17	23,41	45,61	66,12	121,60	209,48	248,64	205,16	932,2	37,3
Larynx	0,00	0,00	0,00	0,95	2,26	5,30	7,60	8,48	10,89	18,22	11,38	9,42	74,5	21,6
Trachée, bronches, poumons	0,35	1,08	3,42	15,22	53,57	94,98	114,01	135,62	198,43	322,42	330,44	181,59	1 450,8	275,7
Col de l'utérus	0,00	0,87	5,00	10,15	19,62	30,48	24,32	28,82	33,27	44,33	43,88	25,01	265,7	15,9
Vessie	0,00	0,22	0,00	1,27	1,13	3,53	8,11	20,34	18,75	46,15	61,75	63,43	224,7	29,2
Rein et voies urinaires	0,35	1,08	1,32	2,54	7,92	11,49	21,79	33,34	52,03	109,30	131,09	94,24	466,1	28,0
Maladies cardio-vasculaires														
Hypertension	0,00	0,22	0,79	0,95	3,77	8,39	14,69	14,69	42,35	95,94	159,26	153,32	494,4	4,9
Cardiopathie ischémique	0,71	0,65	2,37	10,78	22,26	43,29	77,02	97,76	216,58	520,37	890,03	959,81	2 840,9	312,5
Arrêt cardiaque	1,06	0,65	1,32	3,49	5,66	14,58	29,39	35,04	101,03	191,27	411,70	501,65	1 295,8	25,9
Maladie cérébro-vasculaire	1,94	5,19	9,74	17,44	43,39	70,68	95,77	118,67	229,89	477,86	851,57	964,52	2 884,7	28,8
Artériosclérose	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Anévrisme de l'aorte	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Artérite	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Maladies respiratoires														
Pneumonie, grippe	0,35	1,52	1,84	6,03	16,22	16,35	17,74	31,08	66,55	108,69	211,81	250,10	727,9	0,0
Bronchite chronique, emphys.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,38	3,53	0,51	6,78	7,86	21,86	40,63	41,32	122,9	17,2
Maladie pulmonaire obst.	0,00	0,00	0,53	1,27	4,15	2,21	8,11	6,22	47,79	100,79	153,85	127,23	452,1	63,3
Maladies digestives														
Ulcère gastro-duodéal	0,00	0,00	0,00	0,32	1,13	3,09	1,01	1,70	7,86	17,00	28,71	33,35	94,2	1,9
Total	4,8	12,8	29,2	77,4	203,0	364,5	517,4	666,2	1 226,9	2 385,7	3 678,8	3 677,6	12 839,3	923,5

(1) millions de francs

D'un autre côté, les seules données dont nous disposons correspondent aux chiffres de la DRESS (1996) concernant les séjours hospitaliers dans les services de soins de courte durée. Bien évidemment, ces chiffres nous amènent loin de la situation réelle et le lecteur doit garder à l'esprit que cette estimation correspond à un minimum.

Les résultats fournis par l'enquête de la DRESS (1996) avancent le chiffre de 6,8 jours comme durée moyenne des séjours hospitaliers, chiffre que nous arrondissons à 7 jours⁴³. En conséquence, sur ces 7 jours nous obtenons 3 jours de carence qui correspondent à une perte totale du revenu journalier moyen et 4 jours payés à 75 % du salaire journalier moyen, soit une perte de 25 % de ce même salaire.

D'un autre côté, en reprenant dans les tableaux 2.4 et 2.5 la colonne intitulée « Nombre de séjours imputables au tabac » et que nous effectuons la somme des séjours pour l'ensemble des pathologies, nous obtenons un nombre de séjours égal à 477 987 avec les coefficients de Hill (424 681 séjours pour les hommes et 53 306 pour les femmes), 769 477 dans le cas de l'hypothèse haute (509 857 séjours pour les hommes et 259 620 pour les femmes) et 285 639 en retenant l'hypothèse basse (235 378 séjours pour les hommes et 50 261 pour les femmes). En conséquence, et selon l'hypothèse retenue, nous pouvons évaluer le nombre total de jours d'hospitalisation imputable au tabac à 3 345 909 (coefficient de Hill), 5 386 339 (hypothèse haute) ou 1 999 473 (hypothèse basse).

Enfin, nous supposons que le revenu journalier moyen s'élève à 265,77 francs (97 012 francs équivalant au RDB annuel divisé par 365 jours).

En conséquence, pour 3 jours de carence la perte de revenus pour un séjour hospitalier s'élève à 797,31 francs (265,77 x 3), la perte de revenus pour les 4 jours restant étant de 265,77 francs (265,77 x 0,25 x 4). Au total, chaque séjour hospitalier équivaut à une perte de revenus égale à 1 063,08 francs. Le tableau 2.16 retrace les résultats obtenus pour chaque hypothèse.

Tableau 2.16 - Pertes de revenus liées aux séjours hospitaliers imputables au tabac (millions de francs)

	Coeff. Hill	Hypothèse haute	Hypothèse basse
Perte de revenus par séjour hospitalier	1 063,08	1 063,08	1 063,77
Nombre de séjours hospitaliers	477 987,00	769 477,00	285 639,00
Total	508,14	818,02	303,66

43. « Les pathologies traitées en 1993 dans les services de soins de courte durée - enquête de morbidité hospitalière 1992 - 1993 », tome 2, n° 274 bis, p. 14.

Ainsi, les pertes de revenus liées aux séjours hospitaliers imputables au tabac sont comprises entre 303,66 et 818,02 millions de francs. En retenant l'hypothèse moyenne basée sur les coefficients de Hill, nous obtenons un montant total de pertes de revenus liées aux séjours hospitaliers imputables au tabac égal à 508,14 millions de francs.

En fait, le rapport Rosa (1996), dans sa partie sur les coûts liés à l'absentéisme des fumeurs sur le lieu de travail, nous donne une information plus fine sur le nombre moyen de jours d'hospitalisation par pathologie. Le tableau 2.17 ci-après donne, dans ces deux premières colonnes de chiffres, les nombres de séjours hospitaliers estimés pour les hommes et les femmes, alors que les troisième et quatrième colonnes de chiffres utilisent les durées moyennes des séjours avancées dans le rapport Rosa (1996). Sur cette base, les cinquième et sixième colonnes de chiffres évaluent les pertes de revenus liées aux 3 premiers jours de carence non pris en charge, alors que les septième et huitième colonnes de chiffres évaluent les pertes de revenus liées aux jours d'hospitalisation supplémentaires et pris en charge à hauteur de 75 %. Enfin, les deux dernières colonnes donnent les pertes totales supportées par les hommes (colonnes 5 + 7) et les pertes de revenus supportées par les femmes (colonnes 6 + 8).

Au total, les hommes dont l'hospitalisation est imputable au tabac supportent une perte de revenus égale à 516,1 millions, alors que les femmes, dont l'hospitalisation est imputable au tabac, supportent une perte de revenus d'un montant équivalant à 64,3 millions de francs. En conséquence, **ce sont donc 580,4 millions de francs de pertes de revenus que supportent les personnes dont l'hospitalisation est imputable au tabac.**

Il est à noter que cette évaluation, comparativement à la précédente, utilise les mêmes coefficients de Hill mais pour une durée moyenne de séjours légèrement supérieure. Ainsi, le total des troisième et quatrième colonnes de chiffres correspond à la durée moyenne de l'ensemble des pathologies pondérée par le nombre de séjours estimés pour les hommes et les femmes. En d'autres termes, l'estimation précédente ne retenait que 7 jours comme durée moyenne des séjours hospitaliers (hommes et femmes), alors que dans cette nouvelle estimation nous utilisons une durée moyenne de 9,3 jours pour les hommes et 9,2 jours pour les femmes.

En étendant cette nouvelle estimation aux hypothèses haute et basse, nous obtenons (hypothèse haute) une perte de revenus totale de 938,2 millions de francs (621 millions pour les hommes et 317,2 millions pour les femmes) avec des durées moyennes de séjour hospitalier de 9,3 jours pour les hommes et de 9,4 jours pour les femmes. **Pour sa part, en**

hypothèse basse, la perte de revenus totale liée aux hospitalisations imputables au tabac s'élève à 344,9 millions de francs (284,4 millions pour les hommes et 60,5 millions pour les femmes) avec des durées moyennes de séjour hospitalier de 9,2 jours pour les hommes et de 9,1 jours pour les femmes.

Au total, il apparaît que cette seconde estimation soit plus proche de la réalité que la précédente dans le sens où la durée moyenne d'un séjour hospitalier basée sur les données de la DRESS ne concerne que les séjours dans les services de soins de courte durée. Aussi, un léger accroissement de la durée moyenne du séjour hospitalier ne peut que permettre d'améliorer notre estimation. Néanmoins, les chiffres de Rosa (1996) étant eux-mêmes tirés d'études similaires de la DRESS sur les années antérieures, ou provenant du PMSI qui sert de référence à ces enquêtes, nous pouvons, là encore, penser que ces évaluations fournissent des montants sous-évalués par rapport à la réalité.

2.5.2 - Les pertes de production sur le lieu de travail

Les pertes de production sur le lieu de travail liées aux décès prématurés et aux journées d'hospitalisation imputables au tabac ne représentent pas une grandeur facile à évaluer, puisque aucun indicateur satisfaisant n'est à notre disposition. Cependant, cette évaluation peut passer par la construction d'un agrégat constitué par la valeur ajoutée produite au cours de l'année, d'une part, et par le volume d'heures travaillées annuellement par l'ensemble de la population, d'autre part. En fait, cette mesure correspond à la « valeur ajoutée horaire apparente du travail », en référence à la « productivité horaire apparente du travail ».

Comme le note l'INSEE (1998), « l'indice de productivité horaire apparente du travail met en relation la variation en volume de la valeur ajoutée brute d'une année par rapport à la précédente et la variation sur la même période du volume d'heures travaillées. Ce dernier est évalué par la somme des heures travaillées par les salariés, les non-salariés, les inactifs, les multi-actifs agricoles et le volume d'heures travaillées « au noir ». La croissance de la productivité horaire apparente du travail résulte souvent d'une plus grande consommation de capital, et le qualificatif « apparente » prévient qu'il ne faut pas en attribuer les causes à la seule productivité du travail.

Sous les réserves émises par l'INSEE quant à la productivité horaire apparente du travail, nous retiendrons globalement ce principe, excepté que notre calcul ne correspondra pas à un rapport de variation, mais bien au rapport de deux variables : la valeur ajoutée brute produite au cours de l'année, d'une part, et le nombre d'heures travaillées annuellement, d'autre part.

Tableau 2.17 - Pertes de revenus liées aux séjours hospitaliers imputables au tabac et basées sur la durée moyenne des séjours de Rosa (millions de francs)

Causes médicales de décès	Nombre de séjours (hommes)	Nombre de séjours (femmes)	Séjour moyen (hommes)	Séjour moyen (femmes)	Pertes 3 jours (hommes)	Pertes 3 jours (femmes)	Pertes jours restants (hommes)	Pertes jours restants (femmes)	Pertes totales (hommes)	Pertes totales (femmes)
Pathologies infectieuses										
Tuberculose respiratoire	7 415	0	16,0	16,0	5,91	0,00	6,40	0,00	12,32	0,00
Cancers										
Cavité buccale et pharynx	23 828	2 475	7,5	7,5	19,00	1,97	7,12	0,74	26,12	2,71
Œsophage	9 351	2 340	9,0	9,0	7,46	1,87	3,73	0,93	11,18	2,80
Pancréas	4 703	505	9,5	9,5	3,75	0,40	2,03	0,22	5,78	0,62
Larynx	13 522	4 599	7,5	7,5	10,78	3,67	4,04	1,37	14,82	5,04
Trachée, bronches, poumons	51 170	6 832	9,7	9,7	40,80	5,45	22,78	3,04	63,58	8,49
Col de l'utérus	-	1 386	-	8,6	-	1,11	-	0,52	-	1,62
Vessie	10 200	1 949	17,3	17,3	8,13	1,55	9,69	1,85	17,82	3,41
Rein et voies urinaires	5 007	1 177	7,0	7,0	3,99	0,94	1,33	0,31	5,32	1,25
Maladies cardio-vasculaires										
Hypertension	5 195	314	7,5	7,5	4,14	0,25	1,55	0,09	5,70	0,34
Cardiopathie ischémique	83 205	10 539	8,9	8,9	66,34	8,40	32,62	4,13	98,96	12,53
Arrêt cardiaque	17 225	716	9,0	9,0	13,73	0,57	6,87	0,29	20,60	0,86
Maladie cérébro-vasculaire	8 723	817	11,4	11,4	6,95	0,65	4,87	0,46	11,82	1,11
Artériosclérose	9 168	758	7,5	7,5	7,31	0,60	2,74	0,23	10,05	0,83
Anévrisme de l'aorte	50 430	7 684	8,9	8,9	40,21	6,13	19,77	3,01	59,98	9,14
Artérite	21 243	1 090	7,5	7,5	16,94	0,87	6,35	0,33	23,29	1,20
Maladies respiratoires										
Pneumonie, grippe	20 520	0	10,5	10,5	16,36	0,00	10,23	0,00	26,59	0,00
Bronchite chronique, emphys.	28 424	2 849	10,8	10,8	22,66	2,27	14,73	1,48	37,39	3,75
Maladie pulmonaire obst.	41 536	6 804	9,0	9,0	33,12	5,42	16,56	2,71	49,68	8,14
Maladies digestives										
Ulcère gastro-duodénal	13 818	473	7,4	7,4	11,02	0,38	4,04	0,14	15,06	0,52
Total	424 681	53 306	9,3	9,2	338,6	42,5	177,5	21,8	516,1	64,3

Notons que le choix de la variable « valeur ajoutée brute » annuelle s'explique par le fait que cette dernière exprime, dans des termes rapides, la création de richesses d'une entreprise ou d'une branche d'activité au cours de l'année une fois déduite la valeur des consommations intermédiaires et sans prendre en compte les amortissements⁴⁴. De plus, il faut mentionner le fait que cette valeur ajoutée se répartit, par la suite, et de manière générale, entre l'entreprise, l'État et les salariés. Aussi, dans nos calculs ultérieurs nous devons faire attention de ne pas omettre de retirer les salaires déjà comptabilisés précédemment et les prélèvements obligatoires traités dans le point suivant. Enfin, et d'une manière générale, cet indicateur nous semble intéressant, puisqu'il nous permettra, dans un premier temps, de calculer la perte infligée par le tabac à la collectivité dans son ensemble en terme de création de richesses.

Concernant les données, L'INSEE avance, pour 1997, un montant de valeur ajoutée brute de 7 491 414,0 millions de francs pour un PIB total de 8 137 000,0 millions de francs⁴⁵. D'un autre côté, l'INSEE avance le chiffre d'une durée hebdomadaire du travail de 39,8 heures en 1996, soit 1 870,6 heures annuelles (39,8 heures x 47 semaines⁴⁶). Aussi, en considérant que le nombre d'emplois intérieurs⁴⁷, en 1997, s'élevait à 22,337 millions de personnes (cf. INSEE, 1998, p. 131), et que le nombre d'heures travaillées par salarié n'a pas évolué entre 1996 et 1997, nous obtenons 41 783,6 millions d'heures travaillées annuellement (1 870,6 x 22,337).

44. Notons qu'une fois les amortissements déduits, nous obtenons la valeur ajoutée nette. De plus, l'agrégat traditionnellement retenu pour exprimer la création de richesses annuelles d'un pays correspond au PIB. Celui-ci correspond à la somme des valeurs ajoutées brutes, augmentée de la TVA grevant les produits et les droits de douanes moins les subventions à l'importation (cf. INSEE, 1998, p.102). Néanmoins, et pour nos propos, il nous apparaît plus pertinent de retenir la valeur ajoutée.

45. Notons que le PIB peut être divisé en PIB marchand (6 724 000,00 millions de francs en 1997) et un PIB non-marchand (1 413 000,00 millions de francs pour 1997). « Ce dernier est défini comme l'ensemble de l'activité des administrations, y compris une activité de production "non-marchande", c'est-à-dire disponible gratuitement ou quasi gratuitement (Éducation nationale, musées, dépistage médical, etc.) », (cf. INSEE, 1998, p. 102).

46. Cette durée hebdomadaire du travail de 39,8 heures correspond à celle des salariés à temps complet. Les 47 semaines, quant à elles, correspondent à 52 semaines desquelles sont retirées 5 semaines de congés payés.

47. Il semble préférable, ici, de retenir le nombre d'emplois intérieurs plutôt que la population active. En effet, « l'emploi intérieur comprend toutes les personnes physiques (résidentes ou non) ayant un emploi dans une unité de production résidente. Il s'agit d'une population évaluée en moyenne annuelle où chaque personne compte pour une unité, quelle que soit la durée de son travail. Tous les types d'emplois sont comptabilisés, y compris les emplois précaires. On distingue l'emploi civil et l'emploi militaire, l'emploi salarié et non-salarié » (cf. INSEE, 1998, p. 130). La population active, quant à elle, « comprend la population active occupée (ayant un emploi) et les chômeurs », (cf. INSEE, 1998, p. 72). En 1997, la population active comptait 25 582 millions de personnes.

En conséquence, la valeur ajoutée créée par heure de travail s'élève à 179,3 francs (7 491 414 / 47 853,689), soit 1 427,23 francs par jour de travail⁴⁸.

Enfin, en terme annuel, la valeur ajoutée créée par chaque emploi intérieur s'élève à 335 399,05 francs.

Sur cette base, nous pouvons, comme pour les pertes de revenus, calculer les pertes de production sur le lieu de travail liées aux décès prématurés et aux hospitalisations imputables au tabac.

Tout d'abord, concernant les décès prématurés, nous devons recalculer ces décès en fonction de l'âge de la retraite. En effet, ici la notion de décès prématuré peut se définir simplement par la différence entre l'âge correspondant à l'âge de la retraite à un instant t donné et l'âge auquel l'individu étudié est décédé à ce même instant t . Dans ce cadre, nous retiendrons, dans nos propos, l'âge de 65 ans pour les hommes et les femmes. Ainsi, un jeune homme décédé en 1997 à l'âge de vingt ans est considéré comme une personne décédée prématurément, le nombre d'années de travail perdues par ce jeune homme s'élevant à 45 ans. En revanche un homme décédé à l'âge de 65 ans, ou à un âge supérieur à 65 ans, sera considéré comme un décès « normal », ce décès n'étant pas pris en compte dans l'évaluation des pertes de production.

Le tableau 2.18 ci-après, établi à partir des causes médicales de décès recensées en 1996 et 1997 par le service commun n° 8 de l'INSERM, reprend les différentes pathologies pour lesquelles le tabac peut être considéré comme un facteur de risque. Pour chacune de ces causes de décès, nous indiquons le nombre de décès imputable au tabac et l'âge moyen du décès pour toutes les populations décédées (i.e. les populations « fumeurs » et « non-fumeurs »), ces données étant établies pour chaque sexe.

Ainsi, ce sont, selon nos estimations, 15 695 personnes qui décèdent de façon prématurée vis-à-vis de l'âge de la retraite à cause du tabac (15 176 hommes et 519 femmes). Il est cependant intéressant de constater que **les hommes représentent 96,7 % de ces décès prématurés, les femmes ne représentant, en conséquence, que 3,3 % des décès prématurés imputables au tabac.**

48. En considérant qu'une semaine de travail se compose de 5 jours, nous obtenons 7,96 heures de travail par jour (39,8 / 5).

Tableau 2.18 - Décès imputables au tabac (hommes et femmes âgés de 20 ans et plus⁴⁹)

Causes médicales de décès	Nbr. de décès imputables au tabac (hommes)	Nbr. De décès imputables au tabac (femmes)	Âge moyen du décès (hommes)	Âge moyen du décès (femmes)
Pathologies infectieuses				
Tuberculose respiratoire	42	0	54	53
Cancers				
Cavité buccale et pharynx	1 817	35	54	53
Œsophage	840	23	55	54
Pancréas	420	20	55	56
Larynx	839	20	54	53
Trachée, bronches, poumons	6 662	231	55	53
Col de l'utérus	-	20	-	49
Vessie	295	13	57	55
Rein et voies urinaires	282	15	53	54
Maladies cardio-vasculaires				
Hypertension	66	2	56	55
Cardiopathie ischémique	2 211	98	54	55
Arrêt cardiaque	465	7	54	55
Maladie cérébro-vasculaire	250	12	54	52
Artériosclérose	nd	nd	nd	nd
Anévrisme de l'aorte	nd	nd	nd	nd
Artérite	nd	nd	nd	nd
Maladies respiratoires				
Pneumonie, grippe	286	0	53	52
Bronchite chronique, emphysème	196	5	57	56
Maladie pulmonaire obstructive	442	18	58	57
Maladies digestives				
Ulcère gastro-duodénal	64	1	53	54
Total	15 176	519		

49. L'âge maximum retenu pour les hommes et les femmes correspond à la tranche d'âge 60-64 ans. Notons que nous ne retenons donc pas les personnes dans leur dernière année d'activité (i.e. la 65^e année) ce qui devrait avoir pour effet de très légèrement sous-estimer les résultats du fait d'une perte des personnes décédées à 65 ans.

Comme pour les pertes de revenus, nous pouvons, sur la base de ce tableau, donner une première évaluation. En effet, en calculant tout d'abord pour chaque cause médicale de décès et chaque sexe, la différence entre l'âge de la retraite et l'âge moyen du décès calculé, et en retenant ensuite le montant moyen de valeur ajoutée annuelle créée par emploi intérieur (soit 335 399,05 francs) et le taux d'actualisation retenu précédemment (soit 6 %), il devient possible de donner la perte totale de valeur ajoutée imputable au tabac et liée aux décès prématurés, i.e. ceux ayant lieu avant l'âge de la retraite.

Ainsi, le tableau 2.19 (p. 80) donne pour chaque cause médicale de décès et chaque sexe, une évaluation des pertes en terme de valeur ajoutée pour les individus décédés prématurément pour cause tabagique. En d'autres termes, ce tableau permet de fournir une estimation des pertes en termes de richesses créées avant répartition entre entreprises, État et salariés.

Au total, **ce seraient donc 29 730,18 millions de francs de pertes de valeur ajoutée pour les individus décédés prématurément du fait du tabac** (28 711,5 millions de francs pour les hommes et 1 018,68 millions pour les femmes).

Il faut cependant noter que cette estimation ne correspond pas aux pertes de production sur le lieu de travail, puisque nous savons qu'une partie de la valeur ajoutée est versée à l'État et qu'une autre partie est versée aux salariés sous forme de revenus. Or, ces deux aspects sont comptabilisés, d'une part, dans les pertes de revenus traitées dans le point précédent et, d'autre part, dans les pertes de prélèvements obligatoires traitées dans le point suivant. De plus, comparativement au point précédent, ainsi qu'au point suivant, nous devons signaler que les calculs sont effectués sur la population âgée de 20 ans jusqu'à la tranche d'âge 60-64 ans pour les hommes et les femmes, alors que dans les deux autres points mentionnés, les calculs sont effectués sur une population âgée de 20 ans jusqu'à la tranche d'âge 75-79 ans pour les hommes et 80-84 ans pour les femmes.

Ainsi, une évaluation exacte des pertes de production sur le lieu de travail liées aux décès prématurés imputables au tabac doit retrancher de ces pertes de valeur ajoutée, les pertes de revenus et les pertes de prélèvements obligatoires pour les personnes âgées de 20 ans jusqu'à la tranche d'âge 60-64 ans.

Le tableau 2.20 (p. 82) retrace les pertes en terme de revenu primaire, le revenu primaire étant la masse des revenus que les ménages tirent de leur contribution à l'activité économique. Dans les comptes nationaux, ce revenu est brut et inclut les cotisations sociales y compris la part patronale.

Tableau 2.19 - Pertes de valeur ajoutée liées aux décès prématurés imputables au tabac (hommes et femmes âgés de 20 ans et plus⁵⁰)

Causes médicales de décès	Années perdues (hommes)	Années perdues (femmes)	Nbr. de décès (hommes)	Nbr. de décès (femmes)	Perte de valeur ajoutée (hommes) (1)	Perte de valeur ajoutée (femmes) (1)
Pathologies infectieuses						
Tuberculose respiratoire	11	12	42	0	81,15	0,00
Cancers						
Cavité buccale et pharynx	11	12	1 817	35	3 572,24	70,83
Œsophage	10	11	840	23	1 578,83	43,48
Pancréas	10	9	420	20	778,01	36,03
Larynx	11	12	839	20	1 606,77	39,71
Trachée, bronches, poumons	10	12	6 662	231	12 539,14	466,52
Col de l'utérus	-	16	-	20	-	41,84
Vessie	8	27	295	13	493,52	24,36
Rein et voies urinaires	12	11	282	15	566,11	30,10
Maladies cardio-vasculaires						
Hypertension	9	10	66	2	119,02	3,00
Cardiopathie ischémique	11	10	2 211	98	4 271,48	184,95
Arrêt cardiaque	11	10	465	7	897,01	13,38
Maladie cérébro-vasculaire	11	13	250	12	490,50	23,98
Artériosclérose	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Anévrisme de l'aorte	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Artérite	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Maladies respiratoires						
Pneumonie, grippe	12	13	286	0	570,99	0,00
Bronchite chronique, emphysème	8	9	196	5	326,35	8,75
Maladie pulmonaire obstructive	7	8	442	18	692,32	30,63
Maladies digestives						
Ulcère gastro-duodénal	12	11	64	1	128,04	1,12
				Total	28 711,50	1 018,68

(1) Millions de francs

50. L'âge maximum retenu pour les hommes et les femmes correspond à la tranche d'âge 60-64 ans. Notons que nous ne retenons donc pas les personnes dans leur dernière année d'activité (i.e. la 65^e année) ce qui devrait avoir pour effet de très légèrement sous-estimer les résultats du fait d'une perte des personnes décédées à 65 ans.

Or, en 1997 le revenu primaire s'élevait, selon l'INSEE (1998), à 115 199,57 francs par habitant (le revenu disponible brut par habitant et avant impôts s'élevant à 107 942 francs et représentant 93,7 % du revenu primaire⁵¹).

Ainsi, en terme de revenu primaire, les pertes liées aux décès prématurés imputables au tabac et pour les personnes âgées de 20 ans jusqu'à la tranche d'âge 60-64 ans s'élèvent à 10 211,44 millions de francs (9 861,55 millions de francs pour les hommes et 349,89 millions de francs pour les femmes).

Nous devons signaler que le tableau 2.20 ne donne que les pertes en revenu primaire, les autres colonnes présentes dans le tableau 2.19 (à savoir le nombre d'années perdues par les hommes et par les femmes, ainsi que le nombre de décès pour les hommes et pour les femmes) étant identiques entre ces deux tableaux. En conséquence, il nous est apparu préférable, dans un souci de simplicité, de ne pas redonner ces colonnes de chiffres.

À présent, il devient possible d'estimer « grossièrement » les pertes de production sur le lieu de travail liées aux décès prématurés imputables au tabac en effectuant la différence entre les pertes de valeur ajoutée et les pertes en terme de revenu primaire. En effet, cette différence retrace à peu près la part de richesses perdues par les entreprises (dans un sens large) après avoir versé les salaires et les cotisations patronales (i.e. globalement le revenu primaire), mais avant les diverses taxes pesant sur les entreprises. C'est en ce sens (du fait des taxes versées par les entreprises à l'État) que nous signalons que cette estimation retrace « à peu près » la part de richesses perdues par les entreprises puisque pour être véritablement correcte, nous devrions prendre en compte, dans nos calculs, les diverses taxes versées par les entreprises.

Néanmoins, et à la réserve près mentionnée précédemment, le tableau 2.21 ci-après retrace les pertes de production liées aux décès prématurés imputables au tabac. Les résultats obtenus correspondent donc à la différence entre les colonnes de pertes des tableaux 2.19 et 2.20. En fait, nous devrions dire que les véritables pertes de production correspondent aux pertes de valeur ajoutée, mais, par souci de répartition des pertes entre les différentes catégories d'agents, il semble préférable d'effectuer un éclatement des pertes pour savoir ce que supportent effectivement les individus, les entreprises et l'État.

51. Pour plus de précisions sur le passage du revenu primaire au revenu disponible brut, nous renvoyons le lecteur au point suivant traitant des pertes de prélèvements obligatoires.

Tableau 2.20 - Pertes de revenu primaire liées aux décès prématurés imputables au tabac (hommes et femmes âgés de 20 ans et plus⁵²)

Causes médicales de décès	Perte de revenu primaire (hommes) (1)	Perte de revenu primaire (femmes) (1)
Pathologies infectieuses		
Tuberculose respiratoire	27,87	0,00
Cancers		
Cavité buccale et pharynx	1 226,96	24,33
Œsophage	542,28	14,93
Pancréas	267,22	12,37
Larynx	551,88	13,64
Trachée, bronches, poumons	4 306,82	160,24
Col de l'utérus	-	14,37
Vessie	169,51	8,37
Rein et voies urinaires	194,44	10,34
Maladies cardio-vasculaires		
Hypertension	40,88	1,03
Cardiopathie ischémique	1 467,13	63,53
Arrêt cardiaque	308,10	4,60
Maladie cérébro-vasculaire	168,47	8,24
Artériosclérose	nd	nd
Anévrisme de l'aorte	nd	nd
Artérite	nd	nd
Maladies respiratoires		
Pneumonie, grippe	196,12	0,00
Bronchite chronique, emphysème	112,09	3,01
Maladie pulmonaire obstructive	237,79	10,52
Maladies digestives		
Ulcère gastro-duodénal	43,98	0,38
	9 861,55	349,89

(1) Millions de francs

52. L'âge maximum retenu pour les hommes et les femmes correspond à la tranche d'âge 60-64 ans. Notons que nous ne retenons donc pas les personnes dans leur dernière année d'activité (i.e. la 65^e année) ce qui devrait avoir pour effet de très légèrement sous-estimer les résultats du fait d'une perte des personnes décédées à 65 ans.

Tableau 2.21 - Pertes de production liées aux décès prématurés imputables au tabac (hommes et femmes âgés de 20 ans et plus⁵³)

Causes médicales de décès	Perte de production (hommes) (1)	Perte de production (femmes) (1)
Pathologies infectieuses		
Tuberculose respiratoire	53,28	0,00
Cancers		
Cavité buccale et pharynx	2 345,28	46,50
Œsophage	1 036,55	28,54
Pancréas	510,79	23,65
Larynx	1 054,89	26,07
Trachée, bronches, poumons	8 232,32	306,29
Col de l'utérus	-	27,47
Vessie	324,01	16,00
Rein et voies urinaires	371,67	19,76
Maladies cardio-vasculaires		
Hypertension	78,14	1,97
Cardiopathie ischémique	2 804,36	121,43
Arrêt cardiaque	588,91	8,79
Maladie cérébro-vasculaire	322,03	15,74
Artériosclérose	nd	nd
Anévrisme de l'aorte	nd	nd
Artérite	nd	nd
Maladies respiratoires		
Pneumonie, grippe	374,87	0,00
Bronchite chronique, emphysème	214,26	5,75
Maladie pulmonaire obstructive	454,53	20,11
Maladies digestives		
Ulcère gastro-duodénal	84,06	0,73
	18 849,96	668,79

(1) Millions de francs

53. L'âge maximum retenu pour les hommes et les femmes correspond à la tranche d'âge 60-64 ans. Notons que nous ne retenons donc pas les personnes dans leur dernière année d'activité (i.e. la 65^e année) ce qui devrait avoir pour effet de très légèrement sous-estimer les résultats du fait d'une perte des personnes décédées à 65 ans.

Au total, les pertes de production sur le lieu de travail (ou pertes de richesses des entreprises après salaires et cotisations patronales) liées aux décès prématurés imputables au tabac s'élèvent à 19 515,75 millions de francs (18 849,96 millions de francs pour les hommes et 668,79 millions de francs pour les femmes).

D'un autre côté, nous savons qu'une estimation plus fine peut être réalisée si, au lieu de prendre l'âge moyen des décès pour chaque cause médicale de décès, nous retenons l'âge moyen de décès par quintile d'âge (pour plus de précisions, se référer au point traitant des pertes de revenus).

Comme précédemment, les tableaux 2.22 et 2.23 ci-après sont construits en considérant l'âge moyen de chaque classe (e.g., pour la classe d'âge 20-24 ans l'âge moyen correspond à 22 ans, une pondération par l'effectif étant impossible puisque nous ne disposons que de l'effectif total pour chaque année compris entre 20 et 24 ans). La seconde étape de construction de ces tableaux consiste à effectuer la différence entre l'âge de la retraite et l'âge moyen de chaque classe d'âge (e.g., dans le tableau 2.22 qui donne les estimations pour les hommes âgés de 20 ans et plus, le nombre 43 correspond à : 65 ans - 22 ans), ceci donnant le nombre d'années perdues qui traduit les t_i^1 dans la formule de l'actualisation des flux de pertes de valeur ajoutée. Néanmoins, les calculs s'arrêtent pour un âge légèrement inférieur à l'âge de la retraite (i.e. 62 ans qui correspond à la moyenne de la classe d'âge 60-64 ans). Enfin, en reprenant les données pour la valeur ajoutée (soit 355 399,05 francs) et le même taux d'actualisation (6 %) que ceux retenus dans les estimations précédentes, et en utilisant les effectifs des décédés pour chaque cause médicale de décès et chaque classe d'âge, nous pouvons actualiser les flux de valeur ajoutée perdus liés aux décès prématurés imputables au tabac.

Comparativement au résultat obtenu avec la première méthode d'évaluation, **les pertes de valeur ajoutée des hommes liées à des décès prématurés imputables au tabac s'élèvent, avec cette seconde méthode, à 23 505,2 millions de francs**, soit un écart de 5 206,3 millions de francs.

Concernant les femmes, les pertes de valeur ajoutée liées à des décès prématurés imputables au tabac s'élèvent, avec cette seconde méthode, à 820,7 millions de francs. Comparativement au résultat obtenu avec la première méthode d'évaluation, l'écart des pertes de valeur ajoutée des femmes liées à des décès prématurés imputables au tabac s'élève à 197,98 millions de francs.

Au total, **cette seconde méthode permet d'évaluer les pertes de valeur ajoutée liées à des décès prématurés imputables au tabac à 24 325,9 millions de francs** (23 505,2 millions de francs pour les hommes et 820,7 millions de francs pour les femmes), soit une différence de 5 404,28 millions de francs comparativement à la première méthode.

À présent, afin de calculer les pertes de production, nous devons effectuer la même démarche pour les pertes de revenu primaire, ce qui nous permettra, *in fine*, d'effectuer la différence entre les pertes de valeur ajoutée et les pertes de revenu primaire. Les tableaux 2.24 et 2.25 retracent donc les pertes en revenu primaire pour les hommes et les femmes âgés de 20 ans jusqu'à la tranche d'âge 60-64 ans et étant décédés prématurément avant l'âge de la retraite.

Ainsi, les pertes en revenu primaire liées aux décès prématurés imputables au tabac pour les hommes s'élèvent à 8 073,3 millions de francs, soit un écart de 1 788,25 millions de francs comparativement à la première méthode utilisée.

Concernant les femmes (tableau 2.25), la démarche est identique à celle utilisée précédemment. **Ainsi, les pertes en revenu primaire liées aux décès prématurés imputables au tabac pour les femmes s'élèvent à 282,4 millions de francs**, soit un écart de 67,49 millions de francs comparativement à la première méthode utilisée.

Au total, les pertes de revenu primaire liées aux décès prématurés imputables au tabac s'élèvent à 8 355,7 millions de francs (8 073,3 millions de francs pour les hommes et à 67,49 millions de francs pour les femmes). Comparativement à la première méthode d'estimation, nous obtenons un écart de 1 855,74 millions de francs quant aux pertes de revenu primaire liées aux décès prématurés imputables au tabac.

Enfin, les tableaux 2.26 et 2.27 donnent les pertes de production sur le lieu de travail liées aux décès prématurés imputables au tabac, ces tableaux étant construits par différence entre les tableaux 2.22 et 2.24 et 2.23 et 2.25.

En conséquence, les pertes de production liées aux décès prématurés imputables au tabac s'élèvent, pour les hommes, à 15 431,9 millions de francs, soit un écart de 3 418,06 millions de francs comparativement à la première méthode d'estimation retenue.

En conséquence, les pertes de production liées aux décès prématurés imputables au tabac s'élèvent, pour les femmes à 583,3 millions de francs, soit un écart de 130,49 millions de francs comparativement à la première méthode d'estimation retenue.

Tableau 2.22 - Pertes de valeur ajoutée liées aux décès prématurés imputables au tabac par quintile d'âge (hommes âgés de 20 ans et plus et en millions de francs)

Causes médicales de décès	Pertes de valeur ajoutée imputables au tabac par quintile d'âge									Total	Total Hill
	43	38	33	28	23	18	13	8	3		
Pathologies infectieuses											
Tuberculose respiratoire	0,00	0,00	1,62	5,51	16,16	21,15	38,84	25,25	22,81	131,3	65,7
Cancers											
Cavité buccale et pharynx	1,18	2,78	6,47	73,49	422,09	968,71	1 130,46	917,49	544,07	4 066,7	3 009,4
Œsophage	0,00	1,39	11,33	40,42	187,82	526,66	615,31	616,15	461,27	2 460,3	1304,0
Pancréas	2,35	1,39	8,09	47,77	131,27	272,85	402,71	456,22	344,69	1 667,3	633,6
Larynx	0,00	0,00	1,62	14,70	137,33	351,10	439,51	363,63	245,00	1 552,9	1 351,0
Trachée, bronches, poumons	2,35	8,35	38,83	251,70	1 009,78	2 337,17	3 146,06	3 166,60	2 233,71	12 194,6	10 365,4
Vessie	0,00	0,00	4,85	9,19	26,25	84,60	220,78	252,52	228,10	826,3	413,1
Rein et voies urinaires	15,30	22,28	33,98	58,79	80,78	177,67	237,13	287,87	195,15	1 109,0	432,5
Maladies cardio-vasculaires											
Hypertension	1,18	1,39	0,00	16,53	40,39	78,26	98,12	144,78	121,65	502,3	95,4
Cardiopathie ischémique	3,53	18,10	88,99	336,21	807,82	1 584,20	1 776,43	1 846,76	1 497,87	7 959,9	3 422,8
Arrêt cardiaque	9,42	20,88	38,83	75,33	159,54	236,89	351,61	358,58	373,41	1 624,5	682,3
Maladie cérébro-vasculaire	12,95	29,24	95,46	165,35	393,81	587,99	742,05	695,27	708,81	3 430,9	377,4
Artériosclérose	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Anévrisme de l'aorte	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Artérite	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Maladies respiratoires											
Pneumonie, grippe	21,19	18,10	37,21	45,93	117,13	239,01	194,20	262,62	248,38	1 183,8	426,2
Bronchite chronique, emphy.	0,00	1,39	4,85	1,84	24,23	23,27	55,19	84,17	99,69	294,6	259,3
Maladie pulmonaire obstr.	2,35	4,18	1,62	3,67	10,10	71,91	114,48	200,33	236,55	645,2	567,8
Maladies digestives											
Ulcère gastro-duodénal	0,00	1,39	6,47	14,70	22,22	35,96	42,93	42,09	37,17	202,9	99,4
Total	71,8	130,9	380,2	1 161,1	3 586,7	7 597,4	9 605,8	9 720,3	7 598,3	39 852,6	23 505,2

Tableau 2.23 - Pertes de valeur ajoutée liées aux décès prématurés imputables au tabac par quintile d'âge (femmes âgées de 20 ans et plus et en millions de francs)

Causes médicales de décès	Pertes de valeur ajoutée imputables au tabac par quintile d'âge									Total	Total Hill
	43	38	33	28	23	18	13	8	3		
Pathologies infectieuses											
Tuberculose respiratoire	0,00	1,39	1,62	3,67	6,06	6,35	0,00	5,05	10,98	35,1	0,0
Cancers											
Cavité buccale et pharynx	0,00	4,18	11,33	14,70	42,41	84,60	147,18	92,59	54,07	451,1	58,6
Œsophage	0,00	0,00	0,00	0,00	28,27	67,68	61,33	85,86	40,55	283,7	36,9
Pancréas	0,00	2,78	4,85	22,05	38,37	112,10	183,98	196,97	169,81	730,9	29,2
Larynx	0,00	0,00	0,00	5,51	12,12	25,38	30,66	25,25	15,21	114,1	33,1
Trachée, bronches, poumons	2,35	6,96	21,03	88,19	286,78	454,74	459,95	404,03	277,10	1 998,8	379,8
Col de l'utérus	0,00	5,57	30,74	58,79	105,02	145,94	98,12	85,86	46,47	576,5	34,6
Vessie	0,00	1,39	0,00	7,35	6,06	16,92	32,71	60,60	26,19	151,2	19,7
Rein et voies urinaires	2,35	6,96	8,09	14,70	42,41	54,99	87,90	99,32	72,65	387,0	23,2
Maladies cardio-vasculaires											
Hypertension	0,00	1,39	4,85	5,51	20,20	40,19	59,28	43,77	59,14	234,3	2,3
Cardiopathie ischémique	4,71	4,18	14,56	62,46	119,15	207,28	310,72	291,24	302,45	1 312,0	144,3
Arrêt cardiaque	7,06	4,18	8,09	20,21	30,29	69,80	118,57	104,38	141,09	496,6	9,9
Maladie cérébro-vasculaire	12,95	33,41	59,87	101,05	232,25	338,41	386,36	353,53	321,03	1 825,9	18,3
Artériosclérose	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Anévrisme de l'aorte	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Artérite	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Maladies respiratoires											
Pneumonie, grippe	2,35	9,75	11,33	34,91	86,84	78,26	71,55	92,59	92,93	478,1	0,0
Bronchite chronique, emphy.	0,00	0,00	0,00	0,00	2,02	16,92	2,04	20,20	10,98	52,2	7,3
Maladie pulmonaire obstr.	0,00	0,00	3,24	7,35	22,22	10,58	32,71	18,52	66,74	161,3	22,6
Maladies digestives											
Ulcère gastro-duodénal	0,00	0,00	0,00	1,84	6,06	14,81	4,09	5,05	10,98	42,8	0,9
Total	31,8	82,1	179,6	448,3	1 086,5	1 744,9	2 087,2	1 984,8	1 718,4	9 331,8	820,7

Tableau 2.24 - Pertes de revenu primaire liées aux décès prématurés imputables au tabac par quintile d'âge (hommes âgés de 20 ans et plus et en millions de francs)

Causes médicales de décès	Pertes de revenu primaire imputables au tabac par quintile d'âge										Total	Total Hill	
	43	38	33	28	23	18	13	8	3				
Pathologies infectieuses													
Tuberculose respiratoire	0,00	0,00	0,56	1,89	5,55	7,26	13,34	8,67	7,83		45,1	22,6	
Cancers													
Cavité buccale et pharynx	0,40	0,96	2,22	25,24	144,97	332,72	388,28	315,13	186,87		1 396,8	1 033,6	
Œsophage	0,00	0,48	3,89	13,88	64,51	180,89	211,34	211,63	158,43		845,1	447,9	
Pancréas	0,81	0,48	2,78	16,41	45,09	93,71	138,32	156,70	118,39		572,7	217,6	
Larynx	0,00	0,00	0,56	5,05	47,17	120,59	150,96	124,90	84,15		533,4	464,0	
Trachée, bronches, poumons	0,81	2,87	13,34	86,45	346,83	802,75	1 080,58	1 087,63	767,21		4 188,5	3 560,2	
Vessie	0,00	0,00	1,67	3,16	9,02	29,06	75,83	86,73	78,35		283,8	141,9	
Rein et voies urinaires	5,26	7,65	11,67	20,19	27,75	61,02	81,45	98,88	67,03		380,9	148,5	
Maladies cardio-vasculaires													
Hypertension	0,40	0,48	0,00	5,68	13,87	26,88	33,70	49,73	41,78		172,5	32,8	
Cardiopathie ischémique	1,21	6,22	30,57	115,48	277,46	544,13	610,15	634,31	514,47		2 734,0	1 175,6	
Arrêt cardiaque	3,23	7,17	13,34	25,87	54,80	81,36	120,77	123,16	128,26		558,0	234,3	
Maladie cérébro-vasculaire	4,45	10,04	32,79	56,79	135,26	201,96	254,87	238,81	243,45		1 178,4	129,6	
Artériosclérose	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd		nd	nd	
Anévrisme de l'aorte	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd		nd	nd	
Artérite	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd		nd	nd	
Maladies respiratoires													
Pneumonie, grippe	7,28	6,22	12,78	15,78	40,23	82,09	66,70	90,20	85,31		406,6	146,4	
Bronchite chronique, emphy.	0,00	0,48	1,67	0,63	8,32	7,99	18,96	28,91	34,24		101,2	89,1	
Maladie pulmonaire obstr.	0,81	1,43	0,56	1,26	3,47	24,70	39,32	68,81	81,25		221,6	195,0	
Maladies digestives													
Ulcère gastro-duodénal	0,00	0,48	2,22	5,05	7,63	12,35	14,74	14,46	12,77		69,7	34,2	
Total	24,7	45,0	130,6	398,8	1 231,9	2 609,5	3 299,3	3 338,6	2 609,8		13 688,2	8 073,3	

Au total, les pertes de production liées aux décès prématurés imputables au tabac s'élevaient, dans cette seconde méthode, à 15 970,2 millions de francs (15 431,9 millions de francs pour les hommes et 538,3 millions de francs pour les femmes), soit un écart de 3 545,55 millions de francs comparativement à la première méthode d'estimation retenue.

La seconde catégorie d'individus engendrant une perte de production imputable au tabac correspond aux individus hospitalisés ou en arrêt maladie pour cause tabagique. Dans ce cadre, l'estimation se révèle plus facile que celle effectuée dans le cadre des pertes de revenus puisque l'absence d'un individu sur son lieu de travail engendre une perte sèche pour l'entreprise. Néanmoins, comme pour le cas des décès prématurés, nous devons passer par différentes étapes (valeur ajoutée et revenu primaire) pour déterminer les pertes de production liées aux séjours hospitaliers imputables au tabac.

Nous savons que la valeur ajoutée générée par jour de travail et par emploi intérieur s'élève à 1 427,23 francs. Aussi, chaque jour d'hospitalisation d'un individu fait perdre à l'entreprise l'équivalent de cette valeur ajoutée journalière. Or, si nous nous basons sur les données de la DRESS (1996) concernant les séjours hospitaliers dans les services de soins de courte durée, ainsi que sur le chiffre de 6,8 jours comme durée moyenne des séjours hospitaliers (DRESS, 1996), chiffre que nous arrondissons à 7 jours, nous pouvons estimer les pertes de valeur ajoutée liées aux séjours hospitaliers imputables au tabac.

En d'autres termes, en reprenant dans les tableaux 2.4 et 2.5 la colonne intitulée « Nombre de séjours imputables au tabac » et que nous effectuons la somme des séjours pour l'ensemble des pathologies, nous obtenons un nombre de séjours égal à 477 987 avec les coefficients de Hill (424 681 séjours pour les hommes et 53 306 pour les femmes), 769 477 dans le cas de l'hypothèse haute (509 857 séjours pour les hommes et 259 620 pour les femmes) et 285 639 en retenant l'hypothèse basse (235 378 séjours pour les hommes et 50 261 pour les femmes). En conséquence, et selon l'hypothèse retenue, nous pouvons évaluer le nombre total de jours d'hospitalisation imputable au tabac à 3 345 909 (coefficient de Hill), 5 386 339 (hypothèse haute) ou 1 999 473 (hypothèse basse).

En conséquence, en appliquant à ces journées d'hospitalisation le montant de la valeur ajoutée journalière moyenne par emploi intérieur, soit 1 427,23 francs, il devient possible de calculer la perte totale de valeur ajoutée imputable aux séjours hospitaliers.

Tableau 2.25 - Pertes de revenu primaire liées aux décès prématurés imputables au tabac par quintile d'âge (femmes âgées de 20 ans et plus et en millions de francs)

Causes médicales de décès	Pertes de revenu primaire imputables au tabac par quintile d'âge									Total	Total Hill
	43	38	33	28	23	18	13	8	3		
Pathologies infectieuses											
Tuberculose respiratoire	0,00	0,48	0,56	1,26	2,08	2,18	0,00	1,73	3,77	12,1	0,0
Cancers											
Cavité buccale et pharynx	0,00	1,43	3,89	5,05	14,57	29,06	50,55	31,80	18,57	154,9	20,1
Oesophage	0,00	0,00	0,00	0,00	9,71	23,25	21,06	29,49	13,93	97,4	12,7
Pancréas	0,00	0,96	1,67	7,57	13,18	38,50	63,19	67,65	58,32	251,0	10,0
Larynx	0,00	0,00	0,00	1,89	4,16	8,72	10,53	8,67	5,22	39,2	11,4
Trachée, bronches, poumons	0,81	2,39	7,22	30,29	98,50	156,19	157,98	138,77	95,18	687,3	130,6
Col de l'utérus	0,00	1,91	10,56	20,19	36,07	50,13	33,70	29,49	15,96	198,0	11,9
Vessie	0,00	0,48	0,00	2,52	2,08	5,81	11,23	20,82	9,00	51,9	6,8
Rein et voies urinaires	0,81	2,39	2,78	5,05	14,57	18,89	30,19	34,12	24,95	133,7	8,0
Maladies cardio-vasculaires											
Hypertension	0,00	0,48	1,67	1,89	6,94	13,80	20,36	15,03	20,31	80,5	0,8
Cardiopathie ischémique	1,62	1,43	5,00	21,45	40,93	71,19	106,72	100,03	103,88	452,3	49,7
Arrêt cardiaque	2,43	1,43	2,78	6,94	10,40	23,97	40,72	35,85	48,46	173,0	3,5
Maladie cérébro-vasculaire	4,45	11,48	20,56	34,71	79,77	116,24	132,70	121,43	110,27	631,6	6,3
Artériosclérose	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Anévrisme de l'aorte	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Artérite	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Maladies respiratoires											
Pneumonie, grippe	0,81	3,35	3,89	11,99	29,83	26,88	24,57	31,80	31,92	165,0	0,0
Bronchite chronique, emphy.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,69	5,81	0,70	6,94	3,77	17,9	2,5
Maladie pulmonaire obstr.	0,00	0,00	1,11	2,52	7,63	3,63	11,23	6,36	22,92	55,4	7,8
Maladies digestives											
Ulcère gastro-duodéal	0,00	0,00	0,00	0,63	2,08	5,09	1,40	1,73	3,77	14,7	0,3
Total	10,9	28,2	61,7	154,0	373,2	599,3	716,9	681,7	590,2	3 216,1	282,4

Tableau 2.26 - Pertes de production liées aux décès prématurés imputables au tabac par quintile d'âge (hommes âgés de 20 ans et plus et en millions de francs)

Causes médicales de décès	Pertes de production imputables au tabac par quintile d'âge									Total	Total Hill
	43	38	33	28	23	18	13	8	3		
Pathologies infectieuses											
Tuberculose respiratoire	0,00	0,00	1,06	3,62	10,61	13,89	25,50	16,58	14,98	86,2	43,1
Cancers											
Cavité buccale et pharynx	0,77	1,83	4,25	48,25	277,11	635,99	742,18	602,36	357,20	2 669,9	1 975,7
Oesophage	0,00	0,91	7,44	26,54	123,31	345,77	403,97	404,52	302,84	1 615,3	856,1
Pancréas	1,55	0,91	5,31	31,36	86,18	179,13	264,39	299,52	226,30	1 094,7	416,0
Larynx	0,00	0,00	1,06	9,65	90,16	230,51	288,55	238,73	160,85	1 019,5	887,0
Trachée, bronches, poumons	1,55	5,48	25,49	165,25	662,95	1 534,42	2 065,48	2 078,97	1 466,50	8 006,1	6 805,2
Vessie	0,00	0,00	3,19	6,03	17,24	55,54	144,95	165,79	149,76	542,5	271,2
Rein et voies urinaires	10,05	14,63	22,31	38,60	53,04	116,64	155,68	189,00	128,12	728,1	283,9
Maladies cardio-vasculaires											
Hypertension	0,77	0,91	0,00	10,86	26,52	51,38	64,42	95,05	79,87	329,8	62,7
Cardiopathie ischémique	2,32	11,88	58,43	220,73	530,36	1 040,08	1 166,28	1 212,46	983,40	5 225,9	2 247,1
Arrêt cardiaque	6,18	13,71	25,49	49,45	104,75	155,53	230,84	235,42	245,16	1 066,5	447,9
Maladie cérébro-vasculaire	8,50	19,20	62,67	108,56	258,55	386,04	487,18	456,47	465,35	2 252,5	247,8
Artériosclérose	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Anévrisme de l'aorte	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Artérite	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Maladies respiratoires											
Pneumonie, grippe	13,91	11,88	24,43	30,15	76,90	156,91	127,50	172,42	163,07	777,2	279,8
Bronchite chronique, emphy.	0,00	0,91	3,19	1,21	15,91	15,27	36,24	55,26	65,45	193,4	170,2
Maladie pulmonaire obstr.	1,55	2,74	1,06	2,41	6,63	47,21	75,16	131,52	155,30	423,6	372,8
Maladies digestives											
Ulcère gastro-duodéal	0,00	0,91	4,25	9,65	14,58	23,61	28,18	27,63	24,40	133,2	65,3
Total	47,1	85,9	249,6	762,3	2 354,8	4 987,9	6 306,5	6 381,7	4 988,5	26 164,5	15 431,9

Tableau 2.27 - Pertes de production liées aux décès prématurés imputables au tabac par quintile d'âge (femmes âgées de 20 ans et plus et en millions de francs)

Causes médicales de décès	Pertes de production imputables au tabac par quintile d'âge										Total	Total Hill	
	43	38	33	28	23	18	13	8	3				
Pathologies infectieuses													
Tuberculose respiratoire	0,00	0,91	1,06	2,41	3,98	4,17	0,00	3,32	7,21			23,1	0,0
Cancers													
Cavité buccale et pharynx	0,00	2,74	7,44	9,65	27,84	55,54	96,63	60,79	35,50			296,1	38,5
Œsophage	0,00	0,00	0,00	0,00	18,56	44,44	40,26	56,37	26,62			186,3	24,2
Pancréas	0,00	1,83	3,19	14,47	25,19	73,60	120,79	129,31	111,48			479,9	19,2
Larynx	0,00	0,00	0,00	3,62	7,96	16,66	20,13	16,58	9,98			74,9	21,7
Trachée, bronches, poumons	1,55	4,57	13,81	57,90	188,28	298,55	301,97	265,26	181,93			1 311,5	249,2
Col de l'utérus	0,00	3,66	20,18	38,60	68,95	95,81	64,42	56,37	30,51			378,5	22,7
Vessie	0,00	0,91	0,00	4,82	3,98	11,11	21,47	39,79	17,19			99,3	12,9
Rein et voies urinaires	1,55	4,57	5,31	9,65	27,84	36,10	57,71	65,21	47,70			253,3	15,2
Maladies cardio-vasculaires													
Hypertension	0,00	0,91	3,19	3,62	13,26	26,38	38,92	28,74	38,83			153,8	1,5
Cardiopathie ischémique	3,09	2,74	9,56	41,01	78,23	136,08	204,00	191,21	198,57			859,8	94,6
Arrêt cardiaque	4,64	2,74	5,31	13,27	19,89	45,82	77,84	68,53	92,63			323,6	6,5
Maladie cérébro-vasculaire	8,50	21,94	39,30	66,34	152,48	222,18	253,66	232,10	210,77			1 194,3	11,9
Artériosclérose	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd			nd	nd
Anévrisme de l'aorte	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd			nd	nd
Artérite	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd			nd	nd
Maladies respiratoires													
Pneumonie, grippe	1,55	6,40	7,44	22,92	57,01	51,38	46,97	60,79	61,01			313,1	0,0
Bronchite chronique, emphy.	0,00	0,00	0,00	0,00	1,33	11,11	1,34	13,26	7,21			34,3	4,8
Maladie pulmonaire obst.	0,00	0,00	2,12	4,82	14,58	6,94	21,47	12,16	43,82			105,9	14,8
Maladies digestives													
Ulcère gastro-duodénal	0,00	0,00	0,00	1,21	3,98	9,72	2,68	3,32	7,21			28,1	0,6
Total	20,9	53,9	117,9	294,3	713,3	1 145,6	1 370,3	1 303,1	1 128,2			6 115,7	538,3

Le tableau 2.28 ci-dessous donne les résultats d'un tel calcul pour chacune des hypothèses avancées.

Tableau 2.28 - Pertes de valeur ajoutée liées aux séjours hospitaliers imputables au tabac (millions de francs)

	Coef. Hill	Hypothèse haute	Hypothèse basse
Pertes de revenus par séjour hospitalier	1 427,23	1 427,23	1 427,23
Nombre de séjours hospitaliers	3 345 909,00	5 386 339,00	1 999 473,00
Total	4 775,38	7 687,54	2 853,71

Ainsi, les pertes de valeur ajoutée liées aux séjours hospitaliers imputables au tabac sont comprises entre 2 853,71 et 7 687,54 millions de francs. En retenant l'hypothèse moyenne basée sur les coefficients de Hill, nous obtenons un montant total de pertes de valeur ajoutée liées aux séjours hospitaliers imputables au tabac égal à 4 775,38 millions de francs.

En fait, la question est de savoir si ce montant de pertes de valeur ajoutée doit être considéré comme l'ensemble des pertes de production liées aux séjours hospitaliers imputables au tabac. Si, sur un plan théorique, la valeur ajoutée représente bien la richesse créée par l'entreprise ou par une branche d'activité, nous savons que nous avons déjà affecté, dans le point précédent, une partie de cette valeur ajoutée aux pertes de revenus, et que nous affecterons, dans le point suivant, une autre partie aux prélèvements obligatoires. Or, si sur les pertes de revenus nous avons adopté le point de vue de l'individu, nous devons considérer, ici, le point de vue de l'entreprise.

En d'autres termes, comme pour le cas des décès prématurés, nous devons retenir le revenu primaire qui comprend les charges patronales, soit 115 199,57 francs. Aussi, si nous considérons, comme pour le cas des décès prématurés, que le nombre de jours travaillés par un emploi intérieur s'élève annuellement à 235 (47 semaines x 5 jours de travail hebdomadaire), le revenu primaire journalier s'élève à 490,21 francs. En conséquence, en appliquant le nombre de jours perdus du fait des séjours hospitaliers imputables au tabac, nous obtenons le tableau 2.29.

Tableau 2.29 - Pertes de revenu primaire liées aux séjours hospitaliers imputables au tabac (millions de francs)

	Coef. Hill	Hypothèse haute	Hypothèse basse
Pertes de revenus par séjour hospitalier	490,21	490,21	490,21
Nombre de séjours hospitaliers	3 345 909,00	5 386 339,00	1 999 473,00
Total	1 640,20	2 640,44	980,16

Ainsi, les pertes de revenu primaire liées aux séjours hospitaliers imputables au tabac sont comprises entre 980,16 et 2 640,44 millions de francs. En retenant l'hypothèse moyenne basée sur les coefficients de Hill, nous obtenons un montant total de pertes de revenu primaire liées aux séjours hospitaliers imputables au tabac égal à 1 640,2 millions de francs.

De même, en effectuant la différence entre les pertes de valeur ajoutée et les pertes de revenu primaire, nous pouvons évaluer les pertes de production liées aux séjours hospitaliers imputables au tabac entre 1 873,55 millions de francs et 5 047,10 millions de francs, l'hypothèse moyenne basée sur les coefficients de Hill permettant d'évaluer les pertes de production à 3 135,18 millions de francs (tableau 2.30).

Tableau 2.30 - Pertes de production liées aux séjours hospitaliers imputables au tabac (millions de francs)

	Coeff. Hill	Hypothèse haute	Hypothèse basse
Perte de valeur ajoutée	4 775,38	7 687,54	2 853,71
Pertes de revenu primaire	1 640,20	2 640,44	980,16
Total	3 135,18	5 047,10	1 873,55

En fait, le rapport Rosa (1996), dans sa partie sur les coûts liés à l'absentéisme des fumeurs sur le lieu de travail, nous donne une information plus fine sur le nombre moyen de jours d'hospitalisation par pathologie. En réutilisant ces chiffres, nous construisons le tableau 2.31 (p. 96) pour évaluer les pertes de valeur ajoutée, les pertes de revenu primaire et, *in fine*, les pertes de production par pathologie et par sexe.

Au total, l'hospitalisation des hommes imputable au tabac génère une perte de production égale à 3 696,4 millions de francs, alors que l'hospitalisation des femmes imputable au tabac provoque une perte de production d'un montant équivalant à 457,9 millions de francs. En conséquence, **ce sont donc 4 154,3 millions de francs de pertes de production que supportent les entreprises du fait d'hospitalisations imputables au tabac.**

En étendant cette nouvelle estimation aux hypothèses haute et basse, nous obtenons (hypothèse haute) une perte de production totale de 6 742,7 millions de francs (4 458,7 millions pour les hommes et 2 284,0 millions pour les femmes) avec des durées moyennes du séjour hospitalier de 9,3 jours pour les hommes et de 9,4 jours pour les femmes. Pour sa part, en hypothèse basse la perte de production totale liée aux hospitalisations imputables au tabac s'élève à 2 454,3 millions de francs (2 025,2 millions pour les hommes et 429,1 millions pour les femmes)

avec des durées moyennes du séjour hospitalier de 9,2 jours pour les hommes et de 9,1 jours pour les femmes.

Au total, nous ne pouvons dire si cette seconde estimation se révèle plus proche ou non de la réalité comparativement à l'estimation précédente, dans le sens où nous comptabilisons l'ensemble des séjours hospitaliers dont nous disposons (même si la durée moyenne d'un séjour hospitalier basée sur les données de la DRESS ne concerne que les séjours dans les services de soins de courte durée), i.e. que nous comptabilisons les hospitalisations des personnes ayant dépassées 65 ans et n'étant plus en activité. Aussi, la question que nous pouvons nous poser est de savoir si la prise en compte des séjours hospitaliers des personnes de plus de 65 ans ne compense pas le fait que les chiffres de Rosa (1996), qui sont eux-mêmes tirés d'études similaires de la DRESS sur les années antérieures, ou provenant du PMSI qui sert de référence à ces enquêtes, ne prennent pas en compte l'ensemble des séjours hospitaliers ?

2.6 - Les pertes de prélèvements obligatoires

Si les pertes de revenus et de production imputables au tabac constituent une part importante du coût lié aux décès prématurés et aux hospitalisations, un second volet concernant des pertes engendrées par les décès prématurés et les hospitalisations existe et est représenté par les pertes de prélèvements obligatoires. D'après l'INSEE (1998), le poids des prélèvements obligatoires dans le PIB s'élevait à 46 % en 1997, ce qui correspond à 3 748 milliards de francs. Parmi les grands postes de ces prélèvements obligatoires, les *prélèvements de l'État* ne représentaient plus que le tiers de l'ensemble des prélèvements obligatoires en 1997, alors que les *cotisations sociales* représentaient 42 % et que les *impôts prélevés au profit des collectivités locales* correspondaient à 16 % de l'ensemble.

Concernant une évaluation du coût social, il apparaît donc normal d'intégrer les pertes de prélèvements obligatoires liées à des décès prématurés et aux séjours hospitaliers imputables au tabac. En effet, ces décès et séjours hospitaliers entraînent une diminution du montant des prélèvements obligatoires et affectent donc les ressources ainsi mises à la disposition de la collectivité.

Le calcul de ces pertes de prélèvements obligatoires passe par l'utilisation des données précédemment utilisées, mais nécessite aussi de traduire le pourcentage des prélèvements obligatoires au niveau individuel. Ainsi, lors du point 2.5, nous avons utilisé comme revenu des individus le RDB

Tableau 2.31 - Pertes de valeur ajoutée, de revenu primaire et de production liées aux séjours hospitaliers imputables au tabac et basées sur la durée moyenne des séjours de Rosa (millions de francs)

Pathologies	HOMMES					FEMMES				
	Nombre de séjours	Durée du séjour	Perte valeur ajoutée	Perte revenu primaire	Perte de prod.	Nombre de séjours	Durée du séjour	Perte valeur ajoutée	Perte revenu primaire	Perte de prod.
Pathologies infectieuses										
Tuberculose respiratoire	7 415	16,0	169,32	58,15	111,16	0	16,0	0,00	0,00	0,00
Cancers										
Cavité buccale et pharynx	23 828	7,5	255,06	87,61	167,45	2475	7,5	26,49	9,10	17,39
Œsophage	9 351	9,0	120,12	41,26	78,86	2 340	9,0	30,06	10,32	19,73
Pancréas	4 703	9,5	63,76	21,90	41,86	505	9,5	6,85	2,35	4,50
Larynx	13 522	7,5	144,75	49,72	95,03	4 599	7,5	49,22	16,91	32,32
Trachée, bronches, poumons	51 170	9,7	708,40	243,32	465,09	6 832	9,7	94,58	32,48	62,09
Col de l'utérus	-	-	-	-	-	1 386	8,6	17,01	5,84	11,17
Vessie	10 200	17,3	251,85	86,50	165,35	1 949	17,3	48,12	16,53	31,59
Rein et voies urinaires	5 007	7,0	50,02	17,18	32,84	1 177	7,0	11,76	4,04	7,72
Maladies cardio-vasculaires										
Hypertension	5 195	7,5	55,61	19,10	36,51	314	7,5	3,36	1,15	2,21
Cardiopathie ischémique	83 205	8,9	1 056,90	363,01	693,89	10 539	8,9	133,87	45,98	87,89
Arrêt cardiaque	17 225	9,0	221,25	75,99	145,26	716	9,0	9,19	3,16	6,04
Maladie cérébro-vasculaire	8 723	11,4	141,93	48,75	93,18	817	11,4	13,29	4,57	8,73
Artériosclérose	9 168	7,5	98,14	33,71	64,43	758	7,5	8,11	2,79	5,32
Anévrisme de l'aorte	50 430	8,9	640,57	220,02	420,56	7 684	8,9	97,60	33,52	64,08
Artérite	21 243	7,5	227,38	78,10	149,28	1 090	7,5	11,67	4,01	7,66
Maladies respiratoires										
Pneumonie, grippe	20 520	10,5	307,51	105,62	201,89	0	10,5	0,00	0,00	0,00
Bronchite chronique, emphy.	28 424	10,8	438,13	150,48	287,65	2 849	10,8	43,91	15,08	28,83
Maladie pulmonaire obstruct.	41 536	9,0	533,53	183,25	350,28	6 804	9,0	87,40	30,02	57,38
Maladies digestives										
Ulcère gastro-duodénal	13 818	7,4	145,94	50,13	95,81	473	7,4	4,99	1,71	3,28
Total	424 681	9,3	5 630,2	1 933,8	3 696,4	53 306	9,2	697,5	233,7	457,9

(Revenu Disponible Brut), mais en retenant le RDB après impôts. Or, nous savons que le RDB avant impôts s'élève à 107 942 francs (INSEE, 1998), ce qui correspond au revenu primaire (masse des revenus que les ménages tirent de leur contribution à l'activité économique, soit directement (revenus d'activité salariée ou non salariée), soit indirectement (revenus de placements mobiliers ou immobiliers) augmenté des transferts reçus (prestations sociales) et diminués des impôts et cotisations sociales versés. En d'autres termes, le passage du revenu primaire au RDB se traduit par le tableau 2.32.

Tableau 2.32 - Du revenu primaire au revenu disponible brut des ménages (en % du revenu primaire et en francs)

	En % du revenu primaire (1997)	Montant en francs (1997)
Revenu primaire		
dont :		
- Rémunération des salariés	100 %	115 199,57
- EBE des entreprises individuelles	69,8 %	80 409,30
- Revenus du patrimoine	12,3 %	14 169,55
Transferts nets de redistribution	- 6,3 %	- 7 257,57
dont :		
- Impôts courants sur le revenu et le patrimoine	- 10,6 %	- 12 211,15
- Cotisations sociales versées	- 30,5 %	- 35 135,87
- Cotisations sociales reçues	33,8 %	38 937,45
- Autres transferts nets	1,0 %	1 152,00
Revenu disponible brut	93,7 %	107 942,00

Source : INSEE (1998), p. 93

Ainsi, si nous retenons les prélèvements liés aux impôts et aux cotisations sociales versés nous obtenons une part de prélèvement égale à 47 347,02 francs, soit un poids de prélèvements de l'ordre de 41,1 % par rapport au revenu primaire.

En conséquence, en utilisant la même méthodologie que pour les pertes de revenus et de production, nous pouvons estimer, tout d'abord, les pertes de prélèvements liées aux décès prématurés imputables au tabac. En fait, l'ensemble des données retenues précédemment étant inchangé, excepté le RDB de 97 012 francs (coefficient multiplicateur dans la méthode d'estimation) remplacé par un montant de prélèvements égal à 47 347,02 francs, nous pouvons dire que les pertes de prélèvements s'élèvent à 48,81 % des pertes de revenus liées au décès prématurés. En conséquence, le tableau 2.33 ci-après applique ce pourcentage aux deux méthodes d'évaluation des pertes de revenus imputables aux décès prématurés afin de déterminer les pertes de prélèvements obligatoires liées aux décès prématurés imputables au tabac.

Ainsi, les pertes de prélèvements obligatoires liées aux décès prématurés imputables au tabac s'élèvent, selon la méthode de calcul, à **8 078,4 millions de francs (hypothèse basse)** avec une répartition de 7 627,64 millions pour les hommes et 450,76 millions pour les femmes, et à **11 348,3 millions de francs (hypothèse haute)** avec une répartition « hommes - femmes » correspondant respectivement à 10 693,58 et 654,74 millions de francs.

D'un autre côté, si nous considérons que les personnes hospitalisées ne supportent pas de prélèvements obligatoires sur les pertes de salaires liées aux journées d'hospitalisation (3 jours de carence et 25 % non pris en charge pour chaque jour d'hospitalisation supplémentaire), nous pouvons là encore calculer les pertes de prélèvements obligatoires liées aux séjours hospitaliers imputables au tabac.

Tableau 2.33 - Pertes de prélèvements obligatoires liées aux décès prématurés imputables au tabac (millions de francs)

	Méthode 1	Méthode 2
Pertes de revenus liées aux décès prématurés (hommes)	21 908,59	15 627,2
Pertes de revenus liées aux décès prématurés (femmes)	1 341,40	923,5
Total des pertes de revenus liées aux décès prématurés	23 249,99	16 550,7
Pertes de prélèvements obligatoires liées aux décès prématurés (hommes)	10 693,58	7 627,64
Pertes de prélèvements obligatoires liées aux décès prématurés (femmes)	654,74	450,76
Total des pertes de prélèvements obligatoires liées aux décès prématurés	11 348,32	8 078,40

Ainsi, en prenant la première méthode de calcul utilisée dans le point 2.5.1, nous obtenons un montant de « prélèvements obligatoires » journaliers de 129,72 francs (47 347,02 francs / 365 jours). Il en résulte que pour une durée moyenne d'hospitalisation de 7 jours (DRESS, 1996), nous obtenons pour les 3 jours de carence une perte de prélèvements obligatoires par hospitalisation d'un montant égal à 389,16 francs (129,72 x 3), alors que pour les 4 jours restant nous obtenons une perte de prélèvements obligatoires par séjour hospitalier de 129,72 francs (129,72 x 0,25 x 4). Au total, la perte de prélèvements obligatoires par séjour hospitalier s'élève à 518,88 francs (389,16 + 129,72). Le tableau 2.34 ci-contre retrace les résultats obtenus pour chaque hypothèse.

En conséquence, **les pertes de prélèvements obligatoires liées aux hospitalisations imputables au tabac sont comprises entre 148,21 et 399,27 millions de francs avec cette première méthode d'estimation.**

Tableau 2.34 - Pertes de prélèvements obligatoires liées aux séjours hospitaliers imputables au tabac (millions de francs)

	Coeff. Hill	Hypothèse haute	Hypothèse basse
Pertes de revenus par séjour hospitalier	518,88	518,88	518,88
Nombre de séjours hospitaliers	477 987,00	769 477,00	285 639,00
Total	248,02	399,27	148,21

Néanmoins, en retenant la seconde méthode basée sur les données avancées par Rosa (1996) quant à la durée des séjours hospitaliers et en retenant les coefficients de Hill (tableau 2.35), **nous estimons les pertes de prélèvements obligatoires liées aux hospitalisations imputables au tabac à 283,3 millions de francs** (251,9 millions de francs pour les hommes et 31,4 millions de francs pour les femmes) avec des durées moyennes d'hospitalisation de 9,3 jours pour les hommes et de 9,2 jours pour les femmes.

En étendant cette nouvelle estimation aux hypothèses haute et basse, nous obtenons (hypothèse haute) une perte de prélèvements obligatoires totale de 458,0 millions de francs (303,2 millions pour les hommes et 154,8 millions pour les femmes) avec des durées moyennes du séjour hospitalier de 9,3 jours pour les hommes et de 9,4 jours pour les femmes. **Pour sa part, en hypothèse basse la perte de prélèvements obligatoires totale liée aux hospitalisations imputables au tabac s'élève à 168,3 millions de francs** (138,8 millions pour les hommes et 29,5 millions pour les femmes) avec des durées moyennes du séjour hospitalier de 9,2 jours pour les hommes et de 9,1 jours pour les femmes.

Comme pour le cas des pertes de revenus, il apparaît que cette seconde estimation est plus proche de la réalité que la précédente dans le sens où la durée moyenne d'un séjour hospitalier basée sur les données de la DRESS ne concerne que les séjours dans les services de soins de courte durée. Aussi, un léger accroissement de la durée moyenne du séjour hospitalier ne peut que permettre d'améliorer notre estimation. Néanmoins, les chiffres de Rosa (1996) étant eux-mêmes tirés d'études similaires de la DRESS sur les années antérieures, ou provenant du PMSI qui sert de référence à ces enquêtes, nous pouvons là encore penser que ces évaluations fournissent des montants sous-évalués par rapport à la réalité.

Au total, les pertes de prélèvements obligatoires imputables au tabac (dues aux décès prématurés et aux séjours hospitaliers) sont évaluées entre 8 226,6 et 11 747,6 millions de francs.

2.7 - Les associations à financements privés

Dans le domaine de la prévention et de la recherche, certaines associations, dont le financement est strictement assuré par la sphère privée, i.e. dont le financement est indépendant du budget de l'État ou de la CNAM, agissent sur le terrain. Malheureusement, nous n'avons pu recueillir d'informations quant au budget de ces associations. Néanmoins, l'intégration de ces dépenses des associations à financements privés ne devrait pas sensiblement modifier les résultats obtenus, puisque au total les financements consentis ne devraient pas dépasser quelques millions de francs.

2.8 - Autres coûts imputables au tabac : les incendies et la lutte contre le trafic de cigarettes

Les autres coûts imputables au tabac sont essentiellement représentés par les incendies provoqués par les fumeurs (dont la quasi-totalité correspond aux incendies de forêts), ainsi que par les dépenses consacrées par les douanes pour lutter contre le trafic de cigarettes importées principalement via les pays du sud de l'Europe et les pays d'Afrique du Nord.

2.8.1 - Le coût des incendies imputable au tabac

Comme le note Rosa (1996) : « Il est très difficile d'évaluer le coût des incendies et feux de forêts imputable au tabac. En effet, 60 à 70 % des feux ont des causes d'origines inconnues. Les seules informations données par la Sécurité civile en France sont que les imprudences (parmi lesquelles sont comptabilisés les feux dus aux fumeurs) sont majoritaires et en surface (36 %). »

La seule statistique disponible (cf. Rosa, 1996, p. 19) remonte à 1988 et indique que le pourcentage des feux imputable aux fumeurs à pied s'élève à 1,67 %. Or, le budget consacré à la lutte contre les feux de forêts étant de 700 millions de francs en 1994 (cf. Rosa, 1996, p. 19), **le coût de lutte contre les incendies et associé à la négligence des fumeurs serait donc de 11,7 millions de francs.**

Tableau 2.35 - Pertes de prélèvements obligatoires liées aux séjours hospitaliers imputables au tabac et basées sur la durée moyenne des séjours de Rosa (millions de francs)

Causes médicales de décès	Nombre de séjours (hommes)	Nombre de séjours (femmes)	Séjour moyen (hommes)	Séjour moyen (femmes)	Pertes 3 jours (hommes)	Pertes 3 jours (femmes)	Pertes jours restants (hommes)	Pertes jours restants (femmes)	Pertes totales (hommes)	Pertes totales (femmes)
Pathologies infectieuses										
Tuberculose respiratoire	7 415	0	16,0	16,0	2,89	0,00	3,13	0,00	6,01	0,00
Cancers										
Cavité buccale et pharynx	23 828	2 475	7,5	7,5	9,27	0,96	3,48	0,36	12,75	1,32
Œsophage	9 351	2 340	9,0	9,0	3,64	0,91	1,82	0,46	5,46	1,37
Pancréas	4 703	505	9,5	9,5	1,83	0,20	0,99	0,11	2,82	0,30
Larynx	13 522	4 589	7,5	7,5	5,26	1,79	1,97	0,67	7,24	2,46
Trachée, bronches, poumons	51 170	6 832	9,7	9,7	19,91	2,66	11,12	1,48	31,03	4,14
Col de l'utérus	-	1 386	-	8,6	-	0,54	-	0,25	-	0,79
Vessie	10 200	1 949	17,3	17,3	3,97	0,76	4,73	0,90	8,70	1,66
Rein et voies urinaires	5 007	1 177	7,0	7,0	1,95	0,46	0,65	0,15	2,60	0,61
Maladies cardio-vasculaires										
Hypertension	5 195	314	7,5	7,5	2,02	0,12	0,76	0,05	2,78	0,17
Cardiopathie ischémique	83 205	10 539	8,9	8,9	32,38	4,10	15,92	2,02	48,30	6,12
Arrêt cardiaque	17 225	716	9,0	9,0	6,70	0,28	3,35	0,14	10,05	0,42
Maladie cérébro-vasculaire	8 723	817	11,4	11,4	3,39	0,32	2,38	0,22	5,77	0,54
Artériosclérose	9 168	758	7,5	7,5	3,57	0,29	1,34	0,11	4,91	0,41
Anévrisme de l'aorte	50 430	7 684	8,9	8,9	19,63	2,99	9,65	1,47	29,27	4,46
Artérite	21 243	1 090	7,5	7,5	8,27	0,42	3,10	0,16	11,37	0,58
Maladies respiratoires										
Pneumonie, grippe	20 520	0	10,5	10,5	7,99	0,00	4,99	0,00	12,98	0,00
Bronchite chronique, emphys.	28 424	2 849	10,8	10,8	11,06	1,11	7,19	0,72	18,25	1,83
Maladie pulmonaire obst.	41 536	6 804	9,0	9,0	16,16	2,65	8,08	1,32	24,25	3,97
Maladies digestives										
Ulcère gastro-duodénal	1 3818	473	7,4	7,4	5,38	0,18	1,97	0,07	7,35	0,25
Total	42 468 1	53 306	9,3	9,2	165,3	20,7	86,6	10,7	251,9	31,4

2.8.2 - Le problème de la lutte contre le trafic de cigarettes

Depuis quelques années, le trafic de cigarettes s'accroît sensiblement en provenance des pays d'Afrique du Nord et des pays de l'Est européen (notamment l'Albanie), via l'Italie et l'Espagne. Si certaines zones frontalières telles que celles du sud de la France étaient auparavant connues comme des zones de fortes activités pour le passage de cigarettes du fait des taxes quasi inexistantes de l'autre côté de la frontière, aujourd'hui la douane doit faire face à un véritable trafic organisé de cigarettes.

Néanmoins, aucun chiffre n'est disponible sur la question et ce pour deux raisons : d'une part, la saisie de cigarettes sur les individus rentrant de voyage et ayant dépassé le quota légal de cartouches ou paquets de cigarettes fait partie d'une des missions traditionnelles du service des douanes et ne peut être, en conséquence, comptabilisé comme un coût spécifiquement dédié au tabac ; d'autre part, et concernant le trafic de cigarettes véritablement organisé, les douanes ne font pas de suivi de cette activité, et nous ne pouvons, contrairement aux drogues illicites, réaliser une estimation. Ceci s'explique en partie du fait qu'aucun service n'est spécialisé contre le trafic de cigarettes, contrairement à celui de la drogue.

Conclusion

Le tableau 2.36 ci-contre retrace l'ensemble des coûts que nous avons pu comptabiliser. Bien évidemment, cet ensemble de coûts, ainsi que l'estimation finale que nous avançons, peuvent prêter à discussion.

Néanmoins, **le coût social du tabac serait compris, d'après nos estimations, entre 58 079,4 millions de francs et 89 256,9 millions de francs (hors consommation)**. Le fait de ne pas retenir les dépenses de consommation repose sur le fait que la méthodologie à laquelle nous nous référons (i.e. le scénario contre-factuel) suppose qu'en absence de tabac, les consommateurs reporteraient leur consommation vers d'autres biens qui ne généreraient pas les coûts engendrés par la consommation de tabac. **Basé sur une hypothèse moyenne, le coût social du tabac en France serait de l'ordre de 65 153,2 millions de francs.**

À titre de comparaison, le Produit Intérieur Brut (PIB) s'élevait à 8 137 000,0 millions de francs en 1997. En d'autres termes, **les dépenses supportées par la collectivité du fait de la consommation de tabac correspondent approximativement à 0,71 % du PIB de 1997 (hypothèse basse) ou à 1,1 % du PIB (hypothèse haute) ou à 0,8 % du PIB si nous nous en tenons à l'hypothèse moyenne basée sur les coefficients de Hill.**

Un autre chiffre, qui permet de situer l'importance des dépenses, correspond au coût moyen imputable au tabac et supporté par chaque Français. Si nous retenons le chiffre de 58,7 millions d'habitants au 1/01/98 (cf. INSEE, 1998, p. 24), **chaque Français supporte un coût moyen de 989,43 francs tous les ans en raison directe du tabac (hypothèse basse), le coût supporté par chaque habitant du fait du tabac pouvant atteindre 1 520,56 francs par an (hypothèse haute).**

Tableau 2.36 - Synthèse des dépenses imputables au tabac (en millions de francs)

	Hypothèse Hill	Hypothèse haute	Hypothèse basse
Consommation	72 300,0	72 300,0	72 300,0
Dépenses de santé	19 505,7	26 973,7	14 482,4
dont : - hospitalisation avec acte opératoire	10 933,2	17 373,4	6 605,9
- hospitalisation sans acte opératoire	1 714,8	2 742,6	1 018,8
- médecine de ville	6 857,7	6 857,7	6 857,7
Dépenses de prévention	18,5	18,5	18,5
dont : - Campagne du CFES	16,8	16,8	16,8
- CNCT	1,7	1,7	1,7
Pertes de revenus et pertes de production	37 255,6	50 446,7	35 320,1
dont : - Pertes de revenus des agents privés	17 131,1	24 188,2	16 895,6
dont : - décès prématurés	16 550,7	23 250,0	16 550,7
- hospitalisation	580,4	938,2	344,9
- pertes de production sur le lieu du travail	20 124,5	26 258,5	18 424,5
dont : - décès prématurés	15 970,2	19 515,8	15 970,2
- hospitalisation	4 154,3	6 742,7	2 454,3
Pertes de prélèvements obligatoires	9 361,7	11 806,3	8 246,7
dont : - décès prématurés	8 078,4	11 348,3	8 078,4
- hospitalisation	283,3	458,8	168,3
Associations à financements privés	nd	nd	nd
Autres coûts imputables au tabac	11,7	11,7	11,7
dont : - incendies	11,7	11,7	11,7
- lutte contre le trafic de cigarettes	nd	nd	nd
Total (1)	137 453,2	161 556,9	130 379,4
Total (2)	65 153,2	89 256,9	58 079,4

(1) Total comprenant la dépense des agents liée à leur consommation de tabac.

(2) Total hors dépense de consommation de tabac.

CHAPITRE III

LE COÛT SOCIAL DE L'ALCOOL

3 - LE COÛT SOCIAL DE L'ALCOOL EN FRANCE

Le calcul du « coût social » de l'alcool, proposé dans cette section, s'efforcera de quantifier les différents éléments constitutifs des coûts imputables à l'alcool et supportés par la collectivité. Comme nous le verrons, ces divers éléments sont bien plus nombreux que ceux recensés dans le cadre du tabac, puisque des aspects tels que les problèmes d'alcoolémie au volant, d'assurance, de répression de certains comportements (meurtres et viols sous l'emprise de l'alcool, etc.) apparaissent dans l'estimation du coût social de l'alcool, alors que ces problèmes étaient inexistantes dans le cadre du tabac.

Il est à noter que diverses sources ont été utilisées : certaines publications de l'INSEE relatives à la consommation d'alcool, des données de l'INSERM, de la DRESS ou du PMSI, des éléments fournis par les divers ministères concernés, le rapport de 1997 de l'Observatoire national interministériel de sécurité routière, des informations obtenues auprès des assureurs et de certaines associations à financements privés, etc.

Bien évidemment, ces sources se révèlent hétérogènes quant aux années étudiées ainsi qu'au contenu. Aussi, un effort de recoupement et de vérification a dû être réalisé afin d'essayer d'homogénéiser les chiffres recueillis et de donner une vision aussi pertinente que possible sur l'évaluation du coût social de l'alcool en France. Néanmoins, il est apparu, au cours de ce travail, qu'un grand nombre de données manquait, soit du fait d'une inexistence totale, soit du fait d'un éparpillement des chiffres entre les différents acteurs intervenant sur le problème de l'alcool qui utilisent des techniques comptables (ou autres) incompatibles entre elles.

Néanmoins, cette section abordera un large ensemble d'éléments du coût social en s'articulant autour de 10 points qui s'intéressent aux aspects suivants :

- La consommation française d'alcool ainsi que la structure de cette consommation afin de mieux cerner la population des consommateurs d'alcool.
- Les résultats concernant les risques attribuables au facteur de risque « alcool », ceux-ci étant réutilisés par la suite en vue de calculer certains coûts imputables à l'alcool.
- Les dépenses de santé liées à la consommation d'alcool.
- Les dépenses des Administrations publiques intervenant dans les secteurs de la prévention et de la répression (ministère de l'Emploi et de la Solidarité, ministère de la Défense, ministère de l'Intérieur, ministère de la Justice).
- Les dépenses de la CNAM au travers du financement des campagnes de prévention du CFES, du financement de l'ANPA, et du problème des accidents du travail.
- Les dépenses imputables à l'alcool consacrées par les sociétés d'assurances.
- Les pertes de revenus et de production.
- Les pertes de prélèvements obligatoires.
- Les associations à financements privés travaillant dans le domaine de la prévention et de la recherche concernant les risques liés à la consommation d'alcool.
- Les autres coûts représentés essentiellement par les amendes infligées aux conducteurs en état alcoolique.

3.1 - Consommation française d'alcool et structure de la consommation

Traditionnellement, la catégorie « alcool » recouvre différents types de produits classés par groupe en fonction du volume d'alcool (tableau 3.1). Ainsi, un premier groupe concerne les cidres, alors que les bières et les panachés sont inclus dans un deuxième groupe auxquels sont ajoutés les vins qui rassemblent les vins courants, les vins « Appellation d'origine contrôlée » (AOC) et les Vins de qualité supérieure (VDQS). Le troisième groupe, quant à lui, comprend l'ensemble des apéritifs, les quatrième et cinquième groupes concernant, pour leur part, les alcools forts.

Tableau 3.1 - Typologie des boissons alcoolisées

Type de boissons	Groupe	Volume d'alcool
Cidre	1 ^{er}	3 à 4 % Vol.
Bières et panachés		
Vins	2 ^e	5 à 14 % Vol.
dont : - Vins courants		
- Vins AOC		
- Vins de qualité supérieure		
Apéritifs	3 ^e	15 à 23 % Vol.
Alcools forts	4 ^e et 5 ^e	40 à 70 % Vol.

Néanmoins, une dernière catégorie de boissons alcoolisées est apparue depuis l'été 1996 visant prioritairement les adolescents et les jeunes adultes : les « premix ». Le « premix » est un mélange de soda sucré et d'alcool fort de quatrième et cinquième groupe, l'ensemble titrant de 5 à 8 % en volume d'alcool et vendu sous forme de cannette en fer.

D'un autre côté, l'INSEE regroupe les différents produits alcoolisés en quatre catégories⁵⁴ : « Vin » (y compris vins mousseux et Champagne), « apéritifs - eaux de vie - liqueurs », « bière » et « cidre ».

En volume, 14,9 litres d'alcool pur⁵⁵ ont été vendus en 1996 aux « adultes » de plus de quinze ans, ce qui place la France au premier rang de l'Europe des Quinze devant l'Autriche (13,4 litres), la Suède figurant à la dernière place avec seulement 6,4 litres en 1996. D'un autre côté, en s'intéressant à la consommation d'alcool pur par habitant (i.e. en considérant la population totale), la France redescend au troisième rang de l'Europe des Quinze avec **11,1 litres d'alcool pur consommés par habitant en 1996**, derrière le Luxembourg (11,8 litres) et le Portugal (11,2 litres), mais loin devant la Suède (4,9 litres).

54. Voir « Le budget des ménages en 1995 », série INSEE résultats - consommation-modes de vie, n° 90, juillet 1997.

55. L'indication % Vol. sur les étiquettes des boissons alcoolisées exprime le volume d'alcool pur contenu dans une boisson. Ainsi, un litre de vin (1 000 ml) à 10 % Vol. contient 100 ml d'alcool pur (1 000 x 10/100). Aussi, il ne faut pas confondre litre d'alcool pur et litre d'alcool. D'un autre côté, la quantité d'alcool pur contenu dans un litre d'alcool peut s'exprimer par le poids d'alcool (en grammes) contenu dans une boisson, la densité spécifique de l'alcool étant de 0,8. Ainsi, le même litre de vin à 10 % Vol. contient 80 grammes d'alcool pur (100 ml x 0,8), i.e. le volume d'alcool pur multiplié par sa densité.

Aussi, puisque la France comptait 58,37 millions d'habitants en 1996, ce sont quelque **647,91 millions de litres d'alcool pur qui ont été consommés par l'ensemble des Français en 1996**⁵⁶.

D'un autre côté, le tableau 3.2 donne les quantités moyennes de boissons alcoolisées consommées en France et par personne en 1996⁵⁷.

Tableau 3.2 - Quantités moyennes par personne consommées de boissons alcoolisées en 1996 (1)

Type de boissons	C.A.
Vins	> 64,72
dont : - Vins courants	38,90
- Vins AOC	25,82
- Vins de qualité supérieure	nd
Apéritifs, eaux-de-vie, liqueurs	nd
Bières	37,80
Cidre	nd
Total	nd

(1) en litres

En valeur, la consommation d'alcool des ménages français s'élevait à 92,9 milliards de francs en 1997⁵⁸. Selon les données de l'INSEE⁵⁹, la dépense annuelle moyenne par ménage en 1995 s'élevait à 1 581 francs pour les vins (58,71 % du total), 766 francs pour les apéritifs, eaux-de-vie et liqueurs (28,44 %), 299 pour les bières (11,10 %) et 47 francs pour la catégorie cidre (1,75 %), soit une dépense totale de 2 693 francs pour les boissons alcoolisées. Le chiffre d'affaires (CA) par catégorie de boissons alcoolisées est retracé dans le tableau 3.3 ci-contre, en supposant que la structure de la consommation d'alcool en valeur n'a pas évolué durant ces deux dernières années.

56. Ces données sont tirées du site d'EUROCARE qui représente les organismes spécialisés en alcoologie. Pour plus de détails, se référer à <http://www.eurocare.org/familyreport/french/contents.htm>.

57. « Tableaux de l'économie française 1998-1999 », INSEE, 1998.

58. Voir note précédente.

59. « Le budget des ménages en 1995 », série INSEE résultats - consommation-modes de vie, n° 90, juillet 1997.

Tableau 3.3 - Chiffre d'affaires des différentes catégories de boissons alcoolisées en 1997 (1)

Type de boissons	CA
Vins	54,54
Apéritifs, eaux-de-vie, liqueurs	26,42
Bières	10,31
Cidre	1,63
Total	92,90

(1) en milliards de francs

En fait, la consommation d'alcool varie en fonction de divers indicateurs dont principalement la région d'appartenance, la catégorie socio-professionnelle, l'âge et le sexe. Sur ce point, l'INSEE (1997) retrace certains de ces indicateurs sur la base de l'unité comptable dite du ménage – un ménage au sens de l'INSEE étant constitué par l'ensemble des personnes vivant à l'intérieur d'un même logement occupé comme résidence principale.

Concernant la consommation d'alcool par région, le tableau 3.4 indique la dépense annuelle moyenne effectuée par un ménage selon sa zone de résidence.

Tableau 3.4 - Dépense annuelle moyenne par ménage en 1995 selon la région (1)

	Région parisienne	Bassin parisien	Nord	Est	Ouest	Sud-Ouest	Centre-Est	Méditer.
Vins	1 736	1 562	1 794	1 793	1 571	1 677	1 285	1 221
Apéritifs, eaux-de-vie, liqueurs	831	951	1 111	550	717	617	687	650
Bière	271	300	743	441	276	191	197	201
Cidre	45	75	47	24	79	30	30	22
Total	2 883	2 888	3 695	2 808	2 643	2 515	2 199	2 094

(1) en francs

Comme le montre ce tableau, la dépense annuelle moyenne par ménage est la plus élevée dans la région nord (3 695 francs), alors que la région méditerranéenne correspond, avec 2 094 francs en moyenne, à la région française où les ménages dépensent le moins pour la consommation d'alcool.

Ainsi, un ménage du nord de la France dépense, en moyenne, 76,46 % de plus en consommation d'alcool qu'un ménage de la région méditerranéenne. Cette dépense moyenne est d'autant plus élevée pour la région nord qu'un ménage de cette zone géographique dépense environ 30 % de plus (27,94 %) qu'un ménage du Bassin parisien qui correspond à la seconde région où la dépense moyenne par ménage en alcool est la plus élevée.

En revanche, le Centre-Est et la région méditerranéenne constituent les deux zones où la dépense annuelle moyenne est inférieure à 2 500 francs, un ménage des régions ouest, est, sud-ouest, de la région parisienne et du Bassin parisien dépensant en moyenne annuelle entre 2 500 et 3 000 francs.

Concernant la dépense moyenne par âge, le tableau 3.5 ci-dessous fournit une indication, bien que celui-ci soit peu satisfaisant dans le sens où n'est retracée que la dépense annuelle moyenne par ménage selon l'âge de la personne de référence (i.e. le « chef de famille »). En fait, tout dépend de la structure du ménage (nombre de personnes composant le ménage, âge et sexe des membres du ménage).

Néanmoins, on peut constater que la dépense moyenne par ménage s'accroît avec l'âge de la personne de référence (838 francs pour les ménages dont la personne de référence a moins de 25 ans) pour atteindre son maximum dans les ménages dont la personne de référence est âgée de 45 à 64 ans (3 297 francs pour la catégorie 45-54 ans et 3 298 francs pour la catégorie 55-64 ans) et décroître pour les ménages dont la personne de référence est âgée de plus de 65 ans. Ainsi, ce sont les ménages dont la personne de référence est jeune ou âgée qui ont une dépense annuelle moyenne pour leur consommation d'alcool la plus faible.

Tableau 3.5 - Dépense annuelle moyenne par ménage en 1995 selon l'âge de la personne de référence (1)

	Moins de 25 ans	De 25 à 35 ans	De 35 à 44 ans	De 45 à 54 ans	De 55 à 64 ans	De 65 à 74 ans	75 ans et plus
Vins	310	1 086	1 546	1 936	1 999	1 791	1 494
Apéritifs, eaux-de-vie, liqueurs	360	681	873	915	918	732	466
Bière	150	309	371	391	318	225	131
Cidre	18	39	47	55	63	49	34
Total	838	2 115	2 837	3 297	3 298	2 797	2 125

(1) en francs

Enfin, concernant la dépense des ménages par catégorie socio-professionnelle (CSP), le tableau 3.6 donne la dépense annuelle moyenne par ménage selon la catégorie socio-professionnelle de la personne de référence. Là encore, un effet structure du ménage peut jouer, bien que celui-ci soit moins important que dans le cas précédent. Néanmoins, deux personnes (ou plus) de catégories socio-professionnelles différentes peuvent cohabiter sous le même toit.

Tableau 3.6 - Dépense annuelle moyenne par ménage en 1995 selon la catégorie socio-professionnelle de la personne de référence (1)

	Exploit. agricole	Art. com chef. ent	Cadres	Prof. interm	Employés	Ouvriers	Retraités	Autres inactifs
Vins	1 545	1 780	2 392	1 741	1 000	1 227	1 841	677
Apéritifs, eaux-de-vie, liqueurs	748	902	837	968	655	830	725	358
Bière	364	350	346	303	296	426	217	187
Cidre	112	41	48	47	32	54	51	24
Total	2 769	3 073	3 623	3 059	1 983	2 537	2 834	1 246

(1) en francs

Ce tableau fait apparaître que les catégories socio-professionnelles (représentées par la personne de référence) qui réalisent la dépense annuelle moyenne la plus importante en terme d'alcool correspondent aux cadres (3 623 francs), aux artisans, commerçants, chefs d'entreprise (3 073 francs) et aux professions intermédiaires (3 059 francs), alors que les catégories autres inactifs (1 246 francs) et employés (1 983 francs) réalisent les plus faibles dépenses en alcool, les ouvriers (2 537 francs), les exploitants agricoles (2 769 francs) et les retraités (2 834 francs) se situant entre les deux autres groupes.

Néanmoins, il est important de noter que cette dépense moyenne ne traduit pas la consommation de tel ou tel type de ménage en terme de litres (ou grammes) d'alcool, mais donne bien le budget moyen consacré à la consommation d'alcool par tel ou tel type de ménage. En effet, les prix des produits consommés ont une forte influence sur ce type de présentation. Ainsi, selon qu'un ménage consomme un litre de vin de qualité supérieur ou un litre de vin courant, la dépense réalisée ne sera pas équivalente.

3.2 - Résultat sur les « Risques attribuables » à l'alcool

Comme pour le tabac, la méthode des Risques attribuables permet d'identifier les différentes pathologies pour lesquelles l'alcool peut être considéré comme un facteur de risque, et d'attribuer un coefficient à chacune de ces pathologies, correspondant au risque qui peut être imputé au facteur de risque « alcool ».

Le tableau 3.7 ci-après donne les différentes pathologies liées à la consommation d'alcool ainsi que les coefficients par sexe associés à ces pathologies en fonction du facteur risque « alcool ». Ces coefficients proviennent du travail de Hill et Pignon publié dans la revue *Gastroentérologie clinique et biologique*⁶⁰.

Il peut être noté que certaines pathologies sont spécifiques à l'alcool, ce qui implique un coefficient unitaire, i.e. que l'ensemble des cas recensés pour ces pathologies sont liés à la consommation d'alcool. Ainsi, entrent dans cette catégorie, les psychoses et syndromes de dépendance alcoolique, l'hépatite alcoolique aiguë, la cardiomyopathie alcoolique et le syndrome d'alcoolisme fœtal que nous avons ajouté par rapport au travail de Hill et Pignon.

Concernant le choix des différents cancers, Hill et Pignon ont retenu comme localisations cancéreuses liées à la consommation d'alcool, celles considérées par le Centre international de recherche contre le cancer comme ayant une relation causale avec la consommation de boissons alcoolisées, auxquelles a été ajouté le cancer du rectum. Néanmoins, dans son ouvrage intitulé *Épidémiologie des cancers*, publié en 1997⁶¹, Hill rajoute les cancers du pancréas et du sein. Les coefficients que nous avons retenus pour ces deux derniers cancers sont tirés du travail de Gaudin-Colombel⁶² avec un coefficient de 0,16 pour le cancer du sein chez la femme, et de 0,2 pour le cancer du pancréas chez l'homme et la femme.

D'autre part, notons que Hill et Pignon (1991) donnent dans leur travail la part imputable à la consommation d'alcool des accidents de la circulation (0,34 pour les femmes et les hommes), des chutes accidentelles avant 75 ans (0,49 pour les hommes et 0,11 pour les femmes), des suicides (0,53 pour les hommes et 0,13 pour les femmes) et des homicides (0,5 pour les femmes et les hommes). Néanmoins, ces données n'apparaissent pas dans

60. Hill (C.) et Pignon (J.-P.), « Nombre de décès attribuables à l'alcool, en France, en 1985 », *Gastroentérologie clinique et biologique*, vol. 15, p. 51-56, 1991.

61. Hill (C.), Doyon (F.) et Sancho-Garnier (H.), *Épidémiologie des cancers*, éd. Flammarion, 1997.

62. Gaudin-Colombel (A.-F.), « Le coût de l'alcoolisme en France », Mémoire de DESS de l'université Paris Dauphine, 1997.

le tableau ci-dessous puisque ces décès ne correspondent pas à des pathologies traitées en milieu hospitalier et ne relèvent donc pas du système de santé⁶³.

Tableau 3.7 - Risques attribuables à la consommation d'alcool par pathologie

Pathologies	Coeff. Hill (hommes)	Coeff. Hill (femmes)
Troubles mentaux		
Psy et syndr. de dépendance alc.	1,00	1,00
Maladies de l'appareil digestif		
Hépatite alcoolique aiguë	1,00	1,00
Cirrhose du foie	0,91	0,69
Pancréatite aiguë	0,40	0,40
Pancréatite chronique	0,70	0,55
Cancers		
Cavité buccale	0,84	0,24
Pharynx	0,89	0,30
Œsophage	0,86	0,55
Rectum	0,12	0,05
Foie	0,71	0,54
Larynx	0,76	0,15
Pancréas	0,20	0,20
Sein	-	0,16
Maladies cardio-vasculaires		
Cardiopathie ischémique	0,39	0,07
Cardiomyopathie alcoolique	1,00	1,00
Maladie vasculaire cérébrale	0,26	0,08
Maladies respiratoires		
Pneumonie, grippe	0,36	0,07
Autres pathologies		
Syndrome d'alcoolisme fœtal	1,00	1,00

Sources : Hill et pignon (1991) ; Hill, Doyon et Sancho-Garnier (1997) ; Gaudin-Colombel (1997)

Enfin, il faut signaler que selon d'autres spécialistes traitant les questions d'alcoolisme, le nombre de pathologies dont l'alcool est un facteur de risque est bien plus important que celui donné par Hill et Pignon. Ainsi, Gaudin-Colombel (1997) recense, parmi les différentes sources existantes, les pathologies suivantes : dans les troubles mentaux nous retrouvons l'ivresse pathologique, le syndrome de dépendance alcoolique, le syndrome de sevrage alcoolique, le delirium tremens, les psychoses alcooliques,

63. Notons que ces données sont reprises dans le point traitant des pertes de revenus et de production.

l'alcoolisme chronique avec autre psychose, le syndrome de Korsakoff alcoolique, la démence alcoolique autre que Korsakoff, la schizophrénie, la dépression majeure, l'anxiété et la personnalité asociale. Pour les maladies du foie, nous avons l'hépatite alcoolique aiguë, la fibrose, la cirrhose et stéatose. Pour les maladies du pancréas, nous retrouvons, la pancréatite chronique et la pancréatite aiguë. Pour les cancers, nous retrouvons les cancers du pancréas, du foie, de la cavité buccale et du pharynx, du larynx, de l'œsophage et du sein chez la femme. Enfin, pour les autres alcoolopathies, nous retrouvons l'hypertension artérielle, les accidents vasculaires cérébraux, la névrite optique, la gastrite hémorragique, la polynévrite alcoolique, le Marchiafava Bignami, le myélinolyse centrale du pont, l'atrophie corticale, la myocardie non obstructive, le syndrome d'alcoolisme fœtal et le psoriasis.

En conséquence, il apparaît qu'un grand nombre de pathologies pour lesquelles l'alcool est considéré comme un facteur de risque important ne sera pas pris en compte ici. Les raisons pour lesquelles il ne s'avère pas possible d'inclure ces pathologies dans le présent travail repose, d'une part, sur l'inexistence des coefficients du type coefficient de Hill pour les hommes et les femmes⁶⁴ et, d'autre part, certaines de ces pathologies ne disposent pas de codification dans la CIM9 et ne sont donc pas recensées par la DRESS, le PMSI ou l'INSERM. En d'autres termes, aucune donnée n'est disponible pour les pathologies n'apparaissant pas dans la CIM9 (e.g., nombre de séjours hospitaliers, nombre de décès, etc.). Il en résulte que les coûts de santé estimés ici, comparativement à la réalité, devraient être sensiblement sous-évalués. Ainsi, et comme l'indique madame Burette (responsable du PMSI), la grande majorité des patients hospitalisés souffre, en France, d'un problème lié à l'alcool, mais les chiffres qui ressortent du PMSI ne font pas apparaître cet état de fait. En d'autres termes, il n'est pas possible de donner une évaluation précise des coûts de santé engendrés par l'alcool, le PMSI ne pouvant fournir de données sur ce sujet dans sa configuration actuelle.

Néanmoins, pour les pathologies recensées ici et pour lesquelles nous disposons des coefficients associés pour le facteur de risque « alcool », nous pouvons calculer les dépenses de santé imputables à la consommation d'alcool.

64. En fait, il existe des coefficients globaux (i.e., sans distinction homme - femme) selon un taux de prévalence donné (e.g., 10 %, 15 % ou 20 %).

Tableau 3.8 - Évaluation des coûts hospitaliers avec actes opératoires imputables à l'alcool (hommes)

Pathologies	Risques attribuables à l'alcool	Nombre de séjours	Nombre de séjours imputables à l'alcool	Coût moyen d'un séjour hospitalier (francs)	Coûts hospitaliers totaux imputables à l'alcool (millions de francs)
Troubles mentaux					
Psy et syndr. de dépendance alc.	1,00	68 077	68 077	24 490,84	1 667,26
Maladies de l'appareil digestif					
Hépatite alcoolique aiguë	1,00	4 250	4 250	24 490,84	104,09
Cirrhose du foie	0,91	35 250	32 078	24 490,84	785,60
Pancréatite aiguë	0,40	13 800	5 520	24 490,84	135,19
Pancréatite chronique	0,70	3 681	2 577	24 490,84	63,11
Cancers					
Cavité buccale	0,84	15 300	12 852	24 490,84	314,76
Pharynx	0,89	16 900	15 041	24 490,84	368,37
Œsophage	0,86	17 644	15 174	19 280,50	292,56
Rectum	0,12	16 100	1 932	24 490,84	47,32
Foie	0,71	12 500	8 875	24 490,84	217,36
Larynx	0,76	15 543	11 813	18 573,00	219,40
Pancréas	0,20	12 375	2 475	20 338,00	50,34
Maladies cardio-vasculaires					
Cardiopathie ischémique	0,39	193 500	75 465	21 352,00	1 611,33
Cardiomyopathie alcoolique	1,00	nd	nd	nd	nd
Maladie vasculaire cérébrale	0,26	79 300	20 618	24 434,00	503,78
Maladies respiratoires					
Pneumonie, grippe	0,36	57 000	20 520	21 165,00	434,31
Autres pathologies					
Syndrome d'alcoolisme fœtal	1,00	nd	nd	nd	nd
Total				Total	6 814,75

3.3 - Les dépenses de santé imputables à la consommation d'alcool

Comme pour le tabac, les dépenses de santé seront décomposées en deux catégories : les coûts hospitaliers (3.3.1), eux-mêmes subdivisés en coûts hospitaliers avec et sans acte opératoire, et les coûts ambulatoires, médecine de ville (3.3.2).

3.3.1 - Les coûts hospitaliers liés à la consommation d'alcool

Les informations nécessaires à un tel calcul, i.e. le nombre total de séjours hospitaliers, le nombre de séjours hospitaliers par pathologie imputable à la consommation d'alcool et le coût moyen d'hospitalisation, se retrouvent tout d'abord, comme pour le tabac, dans les enquêtes nationales de morbidité hospitalière réalisées par la DRESS (ancien SESI⁶⁵). D'autre part, le coût moyen d'hospitalisation par séjour hospitalier est retracé par la mission PMSI⁶⁶ (1996) qui a effectué un suivi des coûts hospitaliers.

Néanmoins, certains commentaires doivent être effectués concernant les données utilisées dans les tableaux 3.8 et 3.9. Tout d'abord, et comme pour le tabac, nous avons retenu, pour les pathologies communes avec le tabac, les données les plus élevées entre celles avancées par Rosa et la DRESS de manière à augmenter le nombre de séjours hospitaliers. En effet, nous savons que les enquêtes de la DRESS ne prennent en compte que les séjours hospitaliers dans les services de soins de courte durée et, en conséquence, qu'un certain nombre de séjours hospitaliers n'est pas comptabilisé.

D'un autre côté, les coûts moyens notés en gras pour certaines pathologies correspondent à la moyenne des coûts moyens donnés pour les pathologies retenues pour le tabac. En effet, ne disposant pas des coûts moyens d'un séjour hospitalier pour certaines des pathologies pour lesquelles le coût moyen est noté en gras, il nous est apparu préférable d'utiliser une moyenne des coûts moyens pour lesquels nous disposons de données chiffrées, plutôt que de ne pas les comptabiliser.

Nous devons également signaler qu'un problème est apparu pour l'hépatite alcoolique aiguë et la cirrhose du foie. En effet, les données de la DRESS concernant ces deux pathologies sont regroupées sur une seule et même

fiche sans distinguer les deux pathologies. D'un autre côté, le site internet du PMSI donne les effectifs totaux pour chacune de ces deux pathologies, mais sans effectuer de distinction entre les hommes et les femmes. En conséquence, nous avons, par les chiffres du PMSI, calculé le poids respectif de l'hépatite alcoolique aiguë et de la cirrhose du foie que nous avons appliqué aux chiffres de la DRESS pour les hommes et les femmes. Ainsi, le poids de l'hépatite alcoolique aiguë selon les données du PMSI correspond à 10,76 % de l'ensemble « Cirrhose et maladies chroniques du foie » (fiche de la DRESS), le poids des cirrhoses dans cet ensemble étant donc de 89,24 %. Sachant que la DRESS avance le chiffre de 39 500 séjours hospitaliers pour les hommes pour « Cirrhose et maladies chroniques du foie », nous pouvons estimer que 4 250 séjours ont été effectués pour l'hépatite alcoolique aiguë ($39\,500 \times 0,1076$) et 35 250 séjours ont été effectués pour cause de cirrhose ($39\,500 \times 0,8924$). Concernant les femmes, la DRESS avance le nombre de 20 000 séjours pour cause de « Cirrhose et maladies chroniques du foie ». Nous obtenons donc que 2 152 séjours ont été effectués pour l'hépatite alcoolique aiguë par les femmes ($20\,000 \times 0,1076$) et 17 848 séjours ont été effectués pour cause de cirrhose ($20\,000 \times 0,8924$).

Un problème similaire s'est retrouvé pour le cas de la pancréatite chronique pour laquelle la DRESS n'a pu produire de données du fait d'un effectif observé trop faible. Néanmoins, le site internet du PMSI donne un effectif total de 3 569 diagnostics principaux de pancréatite chronique. En retenant une hypothèse arbitraire de répartition « hommes - femmes » équivalente à 49,5 % d'hommes et 50,5 % de femmes (répartition pour le cancer du pancréas), nous obtenons 1 767 séjours pour les hommes et 1 802 séjours pour les femmes. Cependant, le PMSI ajoute 2 707 pancréatites alcooliques soit, en appliquant le même pourcentage de répartition, 1 340 séjours pour les hommes et 1 367 pour les femmes. Toutefois, ces pancréatites étant dues à l'alcool à 100 %, nous devons redresser ces chiffres afin de gommer l'effet du coefficient de Hill pour la pancréatite chronique égal à 0,7 pour les hommes et 0,55 pour les femmes. En conséquence, nous comptabiliserons 1 914 séjours hommes ($1\,340 / 0,7$) et 2 485 séjours femmes ($1\,367 / 0,55$). Au total, nous obtenons 3 681 séjours pour les hommes pour pancréatites chroniques ($1\,767 + 1\,914$) et 4 287 séjours pour les femmes ($1\,802 + 2\,485$).

Concernant le nombre de séjours pour psychoses et syndrome de dépendance alcoolique, nous avons retenu le chiffre de 89 918 diagnostics principaux du PMSI qui recouvre les troubles mentaux liés à l'utilisation d'alcool en appliquant la répartition « hommes - femmes » de la DRESS,

65. SESI (1992), « Les soins hospitaliers en France », La Documentation française ; SESI (1996), « Informations rapides » ; DRESS (1996), « Les pathologies traitées en 1993 dans les services de soins de courte durée - enquête de morbidité hospitalière 1992 - 1993 ».

66. PMSI (1996), données non publiées.

Tableau 3.9 - Évaluation des coûts hospitaliers avec actes opératoires imputables à l'alcool (femmes)

Pathologies	Risques attribuables à l'alcool	Nombre de séjours	Nombre de séjours imputables à l'alcool	Coût moyen d'un séjour hospitalier (francs)	Coûts hospitaliers totaux imputables à l'alcool (millions de francs)
Troubles mentaux					
Psy et syndr. de dépendance alc.	1,00	21 841	21 841	24 288,15	530,48
Maladies de l'appareil digestif					
Hépatite alcoolique aiguë	1,00	2 152	2 152	24 288,15	52,27
Cirrhose du foie	0,69	17 848	12 315	24 288,15	299,11
Pancréatite aiguë	0,40	7 800	3 120	24 288,15	75,78
Pancréatite chronique	0,55	4 287	2 358	24 288,15	57,27
Cancers					
Cavité buccale	0,24	2 900	696	24 288,15	16,90
Pharynx	0,30	2 500	750	24 288,15	18,22
Œsophage	0,55	18 000	9 900	19 280,50	190,88
Rectum	0,05	14 500	725	24 288,15	17,61
Foie	0,54	2 900	1 566	24 288,15	38,04
Larynx	0,15	15 857	2 379	18 573,00	44,18
Pancréas	0,20	12 625	2 525	20 338,00	51,35
Sein	0,16	60 300	9 648	24 288,15	234,33
Maladies cardio-vasculaires					
Cardiopathie ischémique	0,07	95 810	6 707	21 352,00	143,20
Cardiomyopathie alcoolique	1,00	nd	nd	nd	nd
Maladie vasculaire cérébrale	0,08	81 700	6 536	24 434,00	159,70
Maladies respiratoires					
Pneumonie, grippe	0,07	41 400	2 898	21 165,00	61,34
Autres pathologies					
Syndrome d'alcoolisme fœtal	1,00	nd	nd	nd	nd
				Total	1 990,65

soit 75,71 % pour les hommes et 24,29 % pour les femmes. En conséquence, nous comptabilisons 68 077 séjours hommes et 21 841 séjours femmes pour les troubles mentaux liés à l'utilisation d'alcool.

Enfin, concernant la cardiomyopathie alcoolique et le syndrome d'alcoolisme fœtal, aucune donnée n'est disponible, que ce soit auprès de la DRESS ou du PMSI.

Ainsi, à partir des différentes données recueillies, il devient possible d'établir les tableaux 3.8 et 3.9, le premier retraçant les coûts hospitaliers avec actes opératoires pour les hommes, le second fournissant les coûts hospitaliers avec actes opératoires pour les femmes.

Nous obtenons donc, dans le cadre du tableau 3.8, un coût hospitalier avec actes opératoires imputable à l'alcool de 6 814,75 millions de francs pour les hommes. Comparativement au même coût imputable au tabac qui, rappelons-le, s'élevait à 9 732,5 millions de francs, nous nous apercevons que le coût hospitalier avec acte opératoire pour les hommes est bien inférieur dans le cadre de l'alcool (l'écart étant de 2 917,75 millions de francs, soit 42,82 % de différence entre ces deux coûts). Néanmoins, nous devons attirer l'attention sur le fait qu'un certain nombre de pathologies impliquant l'alcool comme facteur de risque n'a pas été pris en compte ici. L'exemple qui nous apparaît comme le plus particulièrement significatif concerne l'hypertension. Il apparaît en effet évident qu'une consommation importante d'alcool conduit à des problèmes d'hypertension. Ceci nous amène donc à relativiser ce résultat et à considérer que ce coût est sensiblement sous-estimé.

Concernant les femmes, le coût hospitalier avec acte opératoire est évalué à 1 990,65 millions de francs. Contrairement au cas des hommes, et comparativement au cas du tabac (1 200,7 millions de francs), nous obtenons une différence positive de 789,95 millions de francs, soit un écart de l'ordre de 65,79 %. Cette différence s'explique par des coefficients de Hill bien plus élevés pour les femmes dans le cas de l'alcool, bien que, là encore, un certain nombre de pathologies ayant comme facteur de risque « l'alcool » n'ait pas été intégré dans cette étude. Ainsi, même si pour les femmes le coût calculé dans le cadre de l'alcool se révèle supérieur à celui du tabac, nous pouvons néanmoins raisonnablement estimer que le coût hospitalier avec acte opératoire pour les femmes est sensiblement sous-estimé pour l'alcool.

Au total, **les coûts hospitaliers avec actes opératoires imputables à l'alcool s'élèvent à 8 805,4 millions de francs** (6 814,75 millions pour les hommes et 1 990,65 millions pour les femmes).

Tableau 3.10 - Évaluation des coûts des soins ambulatoires sans acte opératoire en milieu hospitalier imputables à l'alcool

Pathologies	Coût moyen des soins ambulatoires (francs)	Coûts ambulatoires en milieu hospitalier imputables à l'alcool (hommes et millions de francs)	Coûts ambulatoires en milieu hospitalier imputables à l'alcool (femmes et millions de francs)
Troubles mentaux			
Psy et syndr. de dépendance alc.	3 563,3	242,6	77,8
Maladies de l'appareil digestif			
Hépatite alcoolique aiguë	3563,3	15,1	7,7
Cirrhose du foie	3 563,3	114,3	43,9
Pancréatite aiguë	3 563,3	19,7	11,1
Pancréatite chronique	3 563,3	9,2	8,4
Cancers			
Cavité buccale	3 615,0	46,5	2,5
Pharynx	3 615,0	54,4	2,7
Œsophage	3 615,0	54,9	35,8
Rectum	3 563,3	6,9	2,6
Foie	3 563,3	31,6	5,6
Larynx	3 615,0	42,7	8,6
Pancréas	3 422,0	8,5	8,6
Sein	3 563,3	-	34,4
Maladies cardio-vasculaires			
Cardiopathie ischémique	3 778,0	285,1	25,3
Cardiomyopathie alcoolique	nd	nd	nd
Maladie vasculaire cérébrale	3 778,0	77,9	24,7
Maladies respiratoires			
Pneumonie, grippe	3 193,0	65,5	9,3
Autres pathologies			
Syndrome d'alcoolisme fœtal	nd	nd	nd
Total		1 074,8	309,0

Le second type de coûts à considérer dans les coûts hospitaliers correspond aux soins ambulatoires sans acte opératoire délivrés en milieu hospitalier. Le tableau 3.10 donne directement une évaluation de ces coûts pour les hommes et pour les femmes. En effet, et afin de simplifier, connaissant par les tableaux 3.8 et 3.9 le nombre de séjours hospitaliers pour les hommes et les femmes imputable à l'alcool, il suffit de multiplier pour chacune de ces catégories, le nombre de séjours par le coût moyen des soins ambulatoires sans acte opératoire délivrés en milieu hospitalier (ce coût moyen étant lui aussi tiré de la source PMSI) afin d'obtenir le coût ambulatoire par sexe et par pathologie.

Au total, ces coûts ambulatoires sans acte opératoire délivrés en milieu hospitalier sont évalués à 1 074,8 millions de francs pour les hommes. Pour les femmes, ces coûts sont égaux à 309,0 millions de francs. En conséquence, **les coûts hospitaliers sans acte opératoire s'élèvent à 1 383,8 millions de francs** (alors que dans le cas du tabac ceux-ci s'élevaient à 1 714,8 millions de francs soit une différence de 331 millions de francs).

Nous devons noter que, comme pour le cas des coûts hospitaliers avec actes opératoires, les coûts moyens hospitaliers notés en gras ici correspondent à des coûts pour lesquels nous ne disposons pas d'informations. En conséquence, ceux-ci se traduisent par la moyenne des coûts moyens qui étaient disponibles dans le cadre de l'étude sur le tabac.

En résumé, **les coûts hospitaliers imputables à l'alcool** (i.e., avec et sans actes opératoires) **s'élèvent à 10 189,2 millions de francs**, comme le montre le tableau 3.11 qui récapitule les résultats obtenus précédemment. Pour mémoire, rappelons que le total des coûts hospitaliers liés à la consommation de tabac s'élève à 12 648,0 millions de francs, soit un écart de 2 458,8 millions de francs.

Tableau 3.11 - Évaluation des coûts hospitaliers imputables à la consommation d'alcool (millions de francs)

		Coeff. Hill
Coûts hospitaliers avec actes opératoires	Hommes	6 814,75
	Femmes	1 990,65
Total 1		8 805,40
Coûts ambulatoires en milieu hospitalier sans acte opératoire	Hommes	1 074,80
	Femmes	309,00
Total 2		1 383,80
	Total général (1 + 2)	10 189,20

3.3.2 - Les coûts ambulatoires liés à la consommation d'alcool

Si les coûts hospitaliers représentent une part importante des dépenses de santé attribuables à la consommation d'alcool, les soins ambulatoires (médecine de ville) constituent, quant à eux, le second volet des dépenses de santé.

Pour l'évaluation de cette partie des coûts de santé, l'enquête décennale de l'INSEE sur la santé et les soins médicaux, réalisée durant les années 1991 et 1992, offre un certain nombre de données concernant la consommation médicale de ville moyenne. Le tableau 3.12 donne les principaux éléments nécessaires quant à la consommation médicale moyenne par an et par habitant.

Tableau 3.12 - Consommation moyenne de médecine de ville par an et par habitant

	Nombre de séances	Prix moyen des séances	Total
Consommation médicale moyenne par individu pour les séances de praticiens	15,12	170	2 570,40
Consommation médicale moyenne par individu et pour toute la pharmacie et les appareils	35,44	39	1 382,16
			3 952,56

Source : INSEE, « Enquête sur la santé et les soins médicaux 1991 - 1992 », 1994

Ainsi, la dépense moyenne en soins ambulatoires par habitant et par an s'élevait à 3 952,56 francs en 1991. De plus, sachant que la France comptait 4 423 522 millions de buveurs à risque alcoolo-dépendants en 1998 (3 605 951 millions d'hommes et 817 571 millions de femmes⁶⁷), et, d'autre part, que le risque de décès attribuable à l'alcool pour l'ensemble des pathologies retenues ici est égal à 0,53 pour les hommes et 0,21 pour les femmes, il devient alors possible d'imputer à la consommation d'alcool sa part dans les dépenses de soins ambulatoires, comme le montre le tableau 3.13 ci-contre.

67. D'après le rapport 1999 de l'OFDT intitulé « Drogues et Toxicomanies, Indicateurs et Tendances », 23 % des 18-75 ans déclarent consommer de l'alcool quotidiennement ce qui, rapporté à la population totale des 18-75 ans, donne un nombre de 9,3 millions de personnes. Toujours selon ce rapport, 14 % des hommes peuvent être considérés à risque contre 3 % des femmes. D'après l'INSEE (1998) la France comptait au 1/01/98 58,7 millions de Français dont 48,7 % d'hommes contre 51,3 % de femmes (i.e., 28 586 900 hommes et 30 113 100 de femmes). Parmi les hommes, ceux de 15 ans et plus représentent 90,1 % de l'ensemble (soit 25 756 797), alors que parmi les femmes celles de 15 ans et plus représentent 90,5 % de l'ensemble (soit 27 252 356). Ainsi, en appliquant le taux de 14 % d'hommes à risque alcoolo-dépendant à l'ensemble de la population masculine, nous obtenons 3 605 951 hommes à risque alcoolo-dépendant, alors que les femmes à risque alcoolo-dépendant représenteraient 817 571 personnes. Nous retenons donc ici le chiffre des hommes et des femmes à risque alcoolo-dépendant.

Tableau 3.13 - Dépenses en soins ambulatoires attribuables à la consommation d'alcool

	Consommation moyenne en soins ambulatoires par habitant et par an (francs)	Nombre d'alcoolo-dépendants	Risque de décès attribuables à l'alcool - toutes pathologies (Coeff.Hill)	Dépenses en soins ambulatoires imputables à l'alcool (millions de francs)
Hommes	3 952,56	3 605 951	0,53	7 553,95
Femmes	3 952,56	817 571	0,21	678,61

Au total, **les dépenses en soins ambulatoires imputables à l'alcool s'élèvent à 8 232,56 millions de francs** (7 553,95 millions de francs pour les hommes et 678,61 millions de francs pour les femmes).

3.3.3 - Conclusion sur les dépenses de santé imputables à l'alcool

En comptabilisant l'ensemble des dépenses en soins hospitaliers (i.e. les soins hospitaliers avec actes opératoires et les soins ambulatoires sans acte opératoire délivrés en milieu hospitalier) et celles correspondant aux soins ambulatoires, **le total des dépenses de santé imputables à l'alcool peuvent être évaluées à 18 421,76 millions de francs en se basant sur les coefficients de Hill** (tableau 3.14).

Tableau 3.14 - Évaluation de l'ensemble des coûts de santé imputables à la consommation d'alcool (millions de francs)

		Coeff. Hill
Coûts hospitaliers	Hommes	7 889,55
	Femmes	2 299,65
	Total 1	10 189,20
Médecine de ville	Hommes	7 553,95
	Femmes	678,61
	Total 2	8 232,56
Total général (1 + 2)		18 421,76

Nous pouvons tout d'abord noter que sur cet ensemble des dépenses de santé, la part des hommes constitue la partie la plus importante en représentant 83,83 % de l'ensemble des dépenses de santé imputables à l'alcool, les femmes ne représentant, en conséquence, que 16,17 % de ces dépenses.

Comparativement au cas du tabac, où les dépenses de santé étaient évaluées à 19 505,7 millions de francs, l'évaluation de 18 421,76 millions de francs pour l'alcool est à peu près comparable. Cependant, d'après une discussion téléphonique avec madame Burette (Responsable du PMSI), il semble que les coûts de santé imputables à l'alcool devraient être bien supérieurs. En effet, selon notre interlocutrice, dans la grande majorité des cas, un problème d'alcoolisme est détecté auprès des patients, même si leur démarche initiale d'hospitalisation n'est pas liée à l'alcool. Malheureusement, le PMSI ne peut fournir, en l'état actuel, des données précises sur le sujet de l'alcool⁶⁸.

Ainsi, nous devons prendre avec prudence l'estimation de 18 421,76 millions de francs avancée puisqu'il semblerait que les coûts de santé imputables à l'alcool pourraient être sensiblement supérieurs. En effet, outre les propos de notre interlocutrice au PMSI, rappelons que, d'une part, certains séjours hospitaliers sont manquants dans les estimations de la DRESS (celles-ci ne portant que sur les services de soins de courte durée), et que, d'autre part, d'autres pathologies pour lesquelles l'alcool peut être considéré comme un facteur de risque pourraient être intégrées dans ce rapport, augmentant en conséquence les dépenses de santé imputables à l'alcool.

3.4 - Les dépenses des Administrations publiques

Dans le cas de l'alcool, quatre ministères interviennent dans les dépenses des Administrations publiques : le ministère de l'Emploi et de la Solidarité, le ministère de l'Intérieur, le ministère de la Défense et le ministère de la Justice.

Concernant le premier de ces ministères, celui-ci intervient à travers le dispositif spécialisé de lutte contre l'alcoolisme suivi par le Bureau de la santé mentale des toxicomanies et dépendances de la sous-direction de la santé des populations de la direction générale de la santé (3.4.1). Pour leurs parts, les ministères de l'Intérieur et de la Défense sont intégrés dans les dépenses des Administrations publiques du fait de leurs actions, via la police nationale pour le ministère de l'Intérieur et la gendarmerie pour le ministère de la Défense, en terme de sécurité routière ainsi que d'interventions et d'enquêtes pour les problèmes liés à l'alcool (violences conjugales, crimes sous emprise de l'alcool, etc.) (3.4.2). Enfin, les dépenses

68. D'après madame Burette, le PMSI devrait être en mesure d'ici quelques années de fournir des informations à ce sujet.

du ministère de la Justice (tribunaux et système pénitentiaire) apparaissent dans les dépenses des Administrations publiques, d'une part, pour comptabiliser les dépenses des tribunaux afin de traiter les affaires impliquant l'alcool et, d'autre part, pour rendre compte du coût de l'incarcération des personnes ayant commis un délit en état alcoolique (3.4.3).

3.4.1 - Le ministère de l'Emploi et de la Solidarité

Le dispositif spécialisé de lutte contre l'alcoolisme, suivi par le Bureau de la santé mentale des toxicomanies et dépendances de la sous-direction de la santé des populations de la direction générale de la santé, **disposait d'un budget total estimé à près de 240 millions de francs en 1996**⁶⁹.

En fait, sur ces 240 millions de budget, les subventions s'élèvent à 218 millions de francs (i.e. 91 % du total), dont 181,59 millions de francs (i.e. 75,66 % du total) correspondent à des subventions d'État qui comprennent les crédits votés au titre du chapitre 47-17 « Programmes et dispositifs de lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme » (70,7 % du budget total, soit 169,37 millions de francs) auxquelles s'ajoutent des crédits d'État divers (12,22 millions de francs). Au sein du chapitre 47-17, les crédits se répartissent entre les « actions nationales » (chapitre 47-17-10) et les « actions déconcentrées » (chapitre 47-17-20).

Tableau 3.15 - La structure de financement du dispositif spécialisé de lutte contre l'alcoolisme

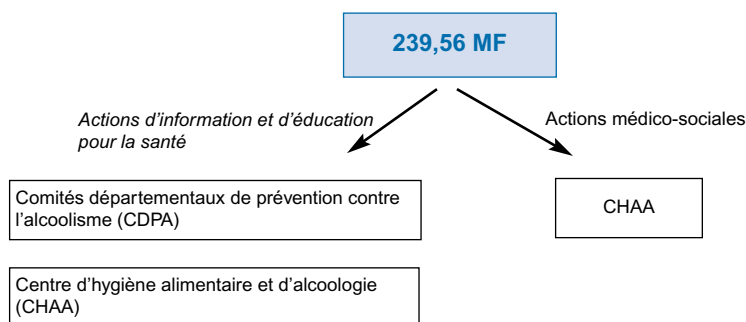
	Millions de francs	Part du budget total
Subventions	218,00	91,0 %
dont : - chapitre 47-17	169,37	70,7 %
divers État	12,22	5,1 %
- territoriales	26,11	10,9 %
- caisses sociales	10,30	4,3 %
Financements privés	21,56	9,0 %
Total	239,56	100,0 %

69. « Le dispositif spécialisé de lutte contre l'alcoolisme en 1996 : informations issues de l'exploitation du rapport-type », ministère de l'Emploi et de la Solidarité, DGS/SP3-CREME 1997, juin 1998.

Ainsi, sur les 240 millions de budget consacré au dispositif spécialisé de lutte contre l'alcoolisme, 24,2 % proviennent d'autres subventions ou de financements divers et privés. Si, d'une part, les subventions territoriales représentent à elles seules 10,9 % du budget total (26,11 millions de francs) et les subventions des caisses sociales (CPAM, CAF, mutuelles, etc.) constituent 4,3 % du budget total (10,30 millions de francs), les financements divers et privés fournissent, d'autre part, 9 % du budget total (soit 21,56 millions).

Comme le montre la figure 3.1, le budget du dispositif de lutte contre l'alcoolisme se scinde en deux types d'actions : tout d'abord, des actions d'information et d'éducation à la santé menées par les Comités départementaux de prévention contre l'alcoolisme (CDPA) et partiellement par les Centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie (CHAA). Ensuite, les actions médico-sociales menées par les seuls CHAA.

Figure 3.1 - Le dispositif spécialisé de lutte contre l'alcoolisme



Globalement, pour la campagne 96, les CDPA et les CHAA comptaient 223 entités juridiques parmi lesquelles 214 ont renvoyé le questionnaire adressé chaque année par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Le traitement des informations recueillies sur les bases de ce questionnaire porte sur 184 entités et permet d'obtenir des informations relatives au statut juridique des entités étudiées, aux types d'actions menées par ces mêmes entités, aux intervenants, au volume d'activité et aux consultants.

Concernant le statut juridique, le secteur privé représente 70 % des 184 entités traitées (tableau 3.16), alors que le secteur public ne constitue que 30 % du dispositif. Néanmoins, ce chiffre doit être pondéré par le fait que les entités qui n'ont pas répondu au questionnaire appartiennent davantage au secteur public.

Les structures associatives, à l'intérieur desquelles l'ANPA est largement majoritaire (66 %), forment la totalité du secteur privé, la catégorie « autres » étant des structures associatives de droit local apparentées au statut associatif général (loi 1901). Pour sa part, le secteur public est largement représenté par l'hôpital (78 %).

Tableau 3.16 - Formes juridiques des entités constituant le dispositif spécialisé de lutte contre l'alcoolisme

Forme juridique	Entités	1996
PRIVÉE	ANPA	86
	Associations	39
	Autres	4
Sous-total		123
PUBLIQUE	Hôpital	51
	Commune	9
	DDASS & autre	3
Sous-total		55
Total		184

Source : Dispositif spécialisé de lutte contre l'alcoolisme en 1996, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, DGS/SP3-CREME 1997, juin 1998

Il est possible de distinguer ces entités par le type d'actions menées. Ainsi, 31 sont portées uniquement (ou essentiellement) sur la prévention (des consultations individuelles dépassant le cadre préventif pouvant être faites occasionnellement), 41 sont axées uniquement (ou principalement) sur le soin et l'accompagnement social (de la prévention et de la formation pouvant être effectuées à la marge) et 112 réalisent les deux types d'actions.

En fait, et de façon schématique, les CDPA ont pour mission essentielle la prévention de la consommation abusive d'alcool. Cette mission s'exerce en direction de tous les publics, sur des multiples lieux : établissements scolaires, entreprises, etc. (par exemple, éducation pour la santé, campagne locale d'information, formation, etc.). Néanmoins, bien que la prise en charge ne soit pas la vocation première des CDPA, il est cependant difficile de ne pas les mentionner dans le réseau de prise en charge. En effet, leur histoire et leur gestion sont très imbriquées avec celles des CHAA. Ainsi, si les CDPA sont nés de l'initiative privée et ne reposent sur aucun texte, ils se sont multipliés à la même époque que les CHAA et sont financés sur la même ligne du budget de l'État. De même, la très grande majorité des CDPA

(80 %) est gérée par l'Association nationale de prévention contre l'alcoolisme (ANPA), et 37 % des CHAA sont gérés par des CDPA de l'ANPA.

Concernant les CHAA, ces derniers correspondent à des structures de soins, d'accueil et de prévention en offrant un accompagnement médical, relationnel et social. Leur vocation médico-sociale est très large et s'adresse à des patients à tous les stades d'alcoolisation : buveurs occasionnels, buveurs excessifs, alcoolo-dépendants.

Plusieurs démarches peuvent conduire un patient ayant un problème d'alcoolisme à s'adresser aux CHAA :

- sur initiative personnelle,
- sur les conseils d'un praticien ou d'une structure avec lesquels il aura eu des contacts.

Dans le second cas, les médecins généralistes, les médecins du travail, les services de la DDASS, les centres d'examen de santé, les services hospitaliers, ou encore les associations d'anciens malades sont amenés à diriger des consultants vers les CHAA. De même, les commissions de permis de conduire ou les services chargés du contrôle d'alcoolémie routière peuvent inciter un automobiliste, buveur occasionnel ou dépendant, à consulter dans un CHAA. Le médecin du CHAA décide de la prise en charge la plus appropriée au consultant : il peut considérer qu'un traitement plus ou moins poussé en ambulatoire suffit ou, au contraire, qu'une hospitalisation est nécessaire (dans un service hospitalier ou dans un centre de cure). Cependant, le mode de prise en charge choisi est fortement corrélé au type de CHAA. Ainsi, les CHAA gérés par les hôpitaux reçoivent un pourcentage plus élevé de malades alcooliques dépendants et n'ont généralement pas la même activité soignante que les autres CHAA. Il est à noter que les prestations fournies dans les CHAA sont gratuites. Leur financement incombe donc à l'État, conformément aux dispositions de l'article L355-1 du code de la santé publique.

La répartition géographique actuelle des CHAA fait apparaître des disparités régionales. Ceci s'explique principalement par la diversité des initiatives locales. En effet, cette dépendance aux initiatives locales découle de la souplesse des textes régissant les CHAA, les circulaires instituant ces derniers offrent un cadre juridique peu contraignant dans la mesure où elles n'imposent pas la création de ces structures, ni de critères ou indicateurs d'implantations géographiques. Ainsi, cette souplesse a permis de s'adapter aux besoins et aux ressources locales, mais elle a également généré des disparités régionales pas toujours justifiées par des différences de besoins.

Au-delà de la prise en charge, les CHAA assurent également une fonction d'information, d'éducation à la santé voire d'enseignement et de recherche. Leurs partenaires privilégiés à cet égard sont les CDPA.

Concernant les intervenants, une quinzaine de professions (médicales et sociales essentiellement) interviennent dans le fonctionnement des structures. Sur l'échantillon exploité, on trouve 1 491 personnes soit 746 Équivalent Temps Plein (ETP), ce qui, ramené au total, correspond à 1 680 professionnels salariés, soit 863 ETP dont la répartition entre le secteur sanitaire (médecins, infirmières, aides-soignants, diététiciens, psychologues et autre paramédical), le secteur social (assistants sociaux, éducateurs spécialisés et visiteurs sociaux), le secteur de la prévention (animateurs, délégués et directeurs) et le secteur de service commun (secrétaires et autres métiers) est retrace dans le tableau 3.17.

Tableau 3.17 - Formes juridiques des entités constituant le dispositif spécialisé de lutte contre l'alcoolisme

% personnel ETP	1996
Sanitaire	34,3 %
Social	18,0 %
Prévention	20,6 %
Service commun	27,0 %

Source : DGSISP3-CREME 1997, juin 1998

Il est important de noter, d'une part, que cette répartition n'est pas si formelle puisque le personnel sanitaire et social peut participer aux actions de prévention, les animateurs et les secrétaires avoir en partie une fonction sociale, etc., et, d'autre part, qu'une forte augmentation du bénévolat a été enregistrée et est estimée à 3 700 personnes correspondant à 200 ETP.

Concernant le volume d'activité, deux types d'actions sont distingués en fonction du public, i.e. celles se déclinant sur un mode collectif et celles visant un public individuel. Le tableau 3.18 ci-après donne le volume d'actions en direction d'un public collectif. Ainsi, sur 516 800 actions effectuées en 1996, 94,04 % correspondent à des actes d'information et de sensibilisation, i.e. que l'aspect préventif est principalement mis en avant dans ce type d'activité⁷⁰.

70. Les estimations des tableaux 3.17 et 3.18 correspondent aux chiffres recueillis sur les 184 questionnaires traités auxquels est appliqué un coefficient d'estimation égal à 1,13.

Tableau 3.18 - Volume d'actions en direction d'un public collectif

	Estimation 96
Information/sensibilisation	486 000
Formation	24 000
Conseil	6 800
Total	516 800

Source : DGS/SP3-CREME 1997, juin 1998

Pour les actes en direction d'un public individuel (tableau 3.19), plus de la moitié de l'activité (58,3 %) concerne des actes de soins, les actes de prévention ne représentant que 3,5 % de la totalité de l'activité visant un public individuel.

Tableau 3.19 - Volume d'actions en direction d'un public individuel

	Estimation 96
Actes de soins	360 000
Interventions sociales	236 000
Actes de prévention	21 600
Total	617 600

Source : DGS/SP3-CREME 1997, juin 1998

Au total, ce sont 1 134 400 actes effectués en direction de tous publics, les actions de type prévention représentant 44,75 % du total (486 000 + 21 600), les soins 31,74 % et les interventions à caractère social s'élevant à 20,8 % du total des actes⁷¹.

Enfin, concernant les consultants, ceux-ci sont estimés à 91 000 dont 53 % sont venus pour la première fois en 1996. Parmi l'ensemble de ces consultants, 19,6 % n'ont consulté qu'une seule fois, 18,8 % sont des proches de buveurs et 42,9 % sont de nouveaux consultants buveurs.

3.4.2 - Les ministères de l'Intérieur et de la Défense

Les ministères de l'Intérieur et de la Défense sont tout d'abord intégrés dans les dépenses des Administrations publiques du fait de leurs actions, via la police nationale pour le ministère de l'Intérieur et la gendarmerie pour le

71. Les actes de formation et de conseil ne sont pas comptabilisés dans ces pourcentages car ils peuvent concerner les trois catégories : prévention, soins et/ou interventions sociales.

ministère de la Défense, en terme de sécurité routière (3.4.2.1). D'un autre côté, ces mêmes ministères supportent les coûts des interventions et des enquêtes liées aux crimes et délits (hors sécurité routière) commis sous l'emprise de l'alcool (3.4.2.2).

3.4.2.1 - Le problème de la sécurité routière

Concernant les coûts liés aux accidents de la route imputables à l'alcool, les ministères de l'Intérieur et de la Défense contribuent à la dépense publique via les contrôles d'alcoolémie réalisés par la police nationale et les CRS pour le ministère de l'Intérieur et par la gendarmerie pour le ministère de la Défense.

En fait, les contrôles d'alcoolémie au volant sont de deux ordres : tout d'abord les *contrôles préventifs* qui s'effectuent en ville ou sur le bord des routes ; ensuite, les *contrôles obligatoires* qui sont réalisés lors des accidents de la circulation et qui impliquent des dommages corporels (blessés et/ou tués).

Ainsi, ces deux ministères participent dans les dépenses des Administrations publiques concernant la question de l'alcool par le biais de moyens matériels⁷² (éthylotests) et par des moyens humains (temps passé par les fonctionnaires de police et les gendarmes à pratiquer les contrôles préventifs où à intervenir sur les lieux d'accidents dont ceux impliquant des personnes en état alcoolique).

Le tableau 3.20 ci-après montre que le nombre de contrôles d'alcoolémie était relativement stable entre 1995 et 1997, 8 491 748 contrôles ayant été réalisés cette dernière année. Parmi l'ensemble de ces contrôles, on peut remarquer que seulement 1,78 % des dépistages se sont révélés positifs. Néanmoins, lorsque ces chiffres sont décomposés entre contrôles préventifs et contrôles après accidents et infractions, on constate que les dépistages sont positifs dans seulement 1,33 % des cas pour la catégorie « contrôles préventifs », alors que la proportion passe à 3,43 % pour les contrôles effectués après accidents et infractions. Cette proportion devient encore plus importante si l'on ne considère que les dépistages effectués après accidents puisque celle-ci atteint 5,54 %.

Concernant les accidents corporels (tableau 3.21), il y a eu, en 1995, 132 949 accidents corporels contre 125 406 en 1996 et 125 202 en 1997. Parmi ces accidents corporels, 7 453 étaient des accidents mortels en 1995 contre 7 178 en 1996 et 7 130 en 1997. Lors de ces accidents corporels, le nombre de personnes touchées s'élevaient à 189 815 en 1995 dont 8 412 morts, contre 178 197 en 1996 dont 8 080 morts et 177 567 en 1997 dont 7 989

72. Concernant les autres moyens matériels ceux-ci rentrent dans le calcul du coût de l'heure fonctionnaire.

morts. En ce qui concerne le nombre de personnes touchées lors d'accidents corporels impliquant l'alcool, nous ne disposons pas d'informations précises, excepté pour le nombre de tués dans des accidents impliquant l'alcool. En effet, d'après les coefficients de Hill, les tués dans des accidents de la circulation et impliquant l'alcool représente 34 % de l'ensemble des tués sur les routes⁷³. Ainsi, 2 716 personnes ont été tuées en 1997 lors d'accidents de la route impliquant l'alcool. Quant au nombre de blessés graves et de blessés légers, nous ne disposons d'aucune donnée particulière. En absence de toute information, nous posons l'hypothèse que ces catégories disposent d'un pourcentage identique à celui des tués, à savoir 34 %. Ainsi, ce sont 12 143 blessés graves et 45 513 blessés légers lors d'accidents de la route impliquant l'alcool.

Tableau 3.20 - Nombre de contrôles d'alcoolémie

	1995	1996	1997
Nombre de dépistages pratiqués	8 541 800	8 100 156	8 491 748
dont : - positifs	132 850	132 501	150 823
- négatifs	8 408 950	7 967 655	8 340 925
Nombre de dépistages préventifs	6 650 690	6 286 419	6 677 808
dont : - positifs	69 108	72 299	88 587
- négatifs	6 581 582	6 214 120	6 589 221
Nombre de dépistages en cas d'accident	295 403	281 286	291 155
dont : - positifs	17 088	16 149	16 121
- négatifs	278 315	265 137	275 034
Nombre de dépistages en cas d'infraction	1 595 707	1 532 451	1 522 785
dont : - positifs	46 654	44 053	46 115
- négatifs	1 549 053	1 488 398	1 476 670

Source : Observatoire national interministériel de sécurité routière (1997)

Concernant le ministère de l'Intérieur, les différents interlocuteurs que nous avons obtenus par voie téléphonique⁷⁴ nous ont donné les informations relatives aux prix et aux quantités des éthylotests utilisés par la police nationale pour réaliser les contrôles.

73. Notons que ce pourcentage de 34 % est confirmé par diverses sources.

74. M. Gilbert Salle est le chef de la section des Informations statistiques de la sous-direction « Circulation et sécurité routière » du ministère de l'Intérieur et M. Vaudequin est en charge, au Secrétariat pour l'Administration pour la Police, de l'achat des éthylotests pour l'ensemble de la police nationale.

Tableau 3.21 - Personnes touchées lors d'accidents de la route

	1995	1996	1997
Nombre de personnes touchées lors d'accidents corporels	189 815	178 197	177 567
dont : - tués	8 412	8 080	7 989
- blessés graves	39 257	36 204	35 716
- blessés légers	142 146	133 913	133 862
Nombre de personnes touchées lors d'accidents corporels impliquant l'alcool	64 537	60 586	60 372
dont : - tués	2 860	2 747	2 716
- blessés graves	13 347	12 309	12 143
- blessés légers	48 330	45 530	45 513

Source : Observatoire national interministériel de sécurité routière (1997)

Ainsi, pour l'année 1998, entre 80 000 et 100 000 éthylotests chimiques ont été livrés à l'ensemble de la police nationale, ces éthylotests étant achetés à 3 francs l'unité. D'un autre côté, la police nationale a fait l'acquisition de 30 éthylotests électroniques pour un coût unitaire compris entre 8 000 et 9 000 francs. Malheureusement, nous ne disposons que des chiffres concernant les livraisons au cours de l'année et non des éthylotests réellement utilisés par la police nationale et les CRS lors des contrôles d'alcoolémie. Ainsi, un léger décalage peut exister entre les achats effectués sur une année et les matériels effectivement utilisés. Néanmoins, nous pouvons raisonnablement estimer que l'écart entre ces deux grandeurs est négligeable.

Tableau 3.22 - Coût en matériel de contrôle d'alcoolémie pour le ministère de l'Intérieur

	hypothèse basse	hypothèse haute
Quantité (EC)	80 000	100 000
Prix (EC)	3	3
Quantité (EE)	30	30
Prix (EE)	8 000	9 000

Il est à noter que les éthylotests chimiques (EC), qui correspondent aux appareils de mesure à usage unique (le « ballon »), sont progressivement remplacés par les éthylotests électroniques (EE) à usage quasi infini.

Ainsi, la police nationale a consacré entre 480 000 et 570 000 francs en éthylotests pour effectuer les contrôles d'alcoolémie en 1998.

Concernant les ressources humaines consacrées aux contrôles d'alcoolémie, nous ne disposons que des chiffres fournis par le « Service des opérations et de l'emploi » de la direction de la gendarmerie nationale pour 1997. Ainsi, la gendarmerie nationale avance le chiffre de 174 510 heures gendarmes passées sur le terrain pour effectuer 7 409 122 contrôles d'alcoolémie, soit 10 470 600 minutes. Ceci représente donc 0,024 heure par contrôle, soit 1,41 minute par contrôle. Néanmoins, comme nous l'a expliqué un membre du personnel du ministère de l'Intérieur, le temps que consacrent les gendarmes à chaque contrôle est plus court que celui consacré par les personnels du ministère de l'Intérieur du fait de la différence de terrain (campagne vs. ville). Aussi, posons-nous l'hypothèse que les fonctionnaires du ministère de l'Intérieur mettent deux fois plus de temps par contrôle que les gendarmes, soit 3,22 minutes, i.e. 0,054 heures.

Comme le montre le tableau 3.23, le nombre total de contrôles préventifs effectué par la police nationale (sécurité publique, d'une part, et CRS, d'autre part) s'élevait à 680 501 en 1997, soit 62,86 % du total des contrôles effectués cette année-là par la police nationale. En conséquence, le temps consacré par les fonctionnaires de police à l'ensemble des dépistages préventifs s'élève à 36 747,1 heures (680 501 x 0,054).

Tableau 3.23 - Contrôles d'alcoolémie réalisés par les fonctionnaires du ministère de l'Intérieur

	1995	1996	1997
Nombre de dépistages pratiqués	1 306 892	1 076 482	1 082 626
dont : - sécurité publique	1 065 846	897 203	948 389
- CRS	241 046	179 279	134 237
Nombre de dépistages préventifs	848 084	667 232	680 501
dont : - sécurité publique	720 744	578 106	622 012
- CRS	127 340	89 126	58 489
Nombre de dépistages en cas d'accident	209 097	196 518	202 933
dont : - sécurité publique	173 019	164 420	167 485
- CRS	36 078	32 098	35 448
Nombre de dépistages en cas d'infraction	249 711	212 732	199 192
dont : - sécurité publique	172 083	154 677	158 892
- CRS	77 628	58 055	40 300

Source : Observatoire national interministériel de sécurité routière (1997)

D'un autre côté, nous ne disposons malheureusement pas du coût de l'heure fonctionnaire de police. En conséquence, nous retenons, par défaut, le coût de l'heure gendarme retracé dans Kopp et Palle (1998), soit 154 francs. Ainsi, sur la base d'une hypothèse où les fonctionnaires de police passent deux fois plus de temps que les gendarmes à effectuer un contrôle d'alcoolémie, et en supposant que les deux types d'emploi aient le même coût budgétaire, nous pouvons estimer que **le coût total annuel en personnel mobilisé par la police nationale pour réaliser les contrôles préventifs en terme d'alcoolémie s'élève à 5,66 millions de francs** (36 747,1 x 154). Notons, cependant, que l'obtention des données exactes nous permettrait de calculer plus justement le coût en personnel supporté par le ministère de l'Intérieur afin de réaliser les contrôles préventifs d'alcoolémie au volant.

Il est à noter que nous n'avons considéré que les dépistages préventifs dans ce calcul. En effet, il apparaît que seuls les contrôles préventifs correspondent à une action directe visant la répression de la consommation d'alcool au volant. Les autres contrôles n'intervenant qu'après accidents ou infractions, ils ne peuvent être considérés comme conséquence directe de la consommation d'alcool mais bien comme l'effet de l'accident ou de l'infraction. En d'autres termes, les fonctionnaires de police interviennent en premier lieu du fait de l'existence d'un accident ou d'une infraction, le contrôle du taux d'alcoolémie n'étant qu'une conséquence de l'accident ou de l'infraction. Aussi, et dans ce cas, l'intervention des forces de l'ordre a toujours lieu, que les personnes impliquées aient ou non consommé de l'alcool.

Au total, le coût supporté par la police nationale en terme de sécurité routière, et imputable à l'alcool, peut être estimé à un montant compris entre 6,14 et 6,23 millions de francs (0,48 + 5,66 millions de francs ou 0,57 + 5,66 millions de francs).

Concernant le ministère de la Défense, les informations obtenues auprès du « Bureau des matériels » de la direction de la gendarmerie, retracées dans le tableau 3.24, concernent les prix et les quantités des éthylotests utilisés par la gendarmerie pour réaliser les contrôles d'alcoolémie.

Ainsi, pour l'année 1997, 4 050 000 éthylotests chimiques, achetés à 2,86 francs l'unité, ont été livrés à l'ensemble de la gendarmerie (4 160 000 en 1998). D'un autre côté, si la gendarmerie n'a pas fait d'acquisition d'éthylotests électroniques en 1997 et 1998, elle a en revanche acheté 700 000 embouts pour éthylotest électronique en 1997 (300 000 en 1998) au prix unitaire de 1 franc.

Tableau 3.24 - Coût en matériel de contrôle d'alcoolémie pour le ministère de la Défense

	1997	1998
Quantité (EC)	4 050 000	4 160 000
Prix (EC)	2,86	2,86
Quantité (EE)	0	0
Prix (EE)	-	-
Embouts pour EE	700 000	300 000
Prix embouts	1	1
Total	12 283 000	12 197 600

Ainsi, la gendarmerie a consacré **12,28 millions de francs en 1997 et 12,2 millions de francs en 1998** pour l'acquisition des matériels nécessaires aux contrôles d'alcoolémie.

D'autre part, le « Service des opérations et de l'emploi » de la direction de la gendarmerie avance, pour 1997, le chiffre de 174 510 heures gendarmes passées sur le terrain pour effectuer 7 409 122 contrôles d'alcoolémie. Ceci représente donc 0,024 heure gendarme par contrôle.

Le tableau 3.25 ci-dessous, donne un nombre de 5 997 307 contrôles préventifs effectués par la gendarmerie en 1997, soit 80,94 % du total des contrôles effectués cette année-là par la gendarmerie. En conséquence, le temps consacré par les gendarmes à l'ensemble des dépistages préventifs s'élève à 143 935 heures gendarmes (0,024 x 5 997 307).

Tableau 3.25 - Contrôles d'alcoolémie réalisés par la gendarmerie

	1995	1996	1997
Nombre de dépistages pratiqués	7 234 908	7 023 674	7 409 122
Dont : - préventifs	5 802 606	5 619 187	5 997 307
- en cas d'accident	86 306	84 768	88 222
- en cas d'infraction	1 345 996	1 319 719	1 323 593

Source : *Observatoire national interministériel de sécurité routière (1997)*

Or, le coût de l'heure gendarme s'élevait à 154 francs en 1995 (Kopp et Palle, 1998). En supposant que ce coût n'a pas fondamentalement varié entre 1995 et 1997, **nous pouvons évaluer le coût en personnels de gendarmerie pour effectuer ces 5 997 307 contrôles d'alcoolémie en 1997 à 22,2 millions de francs⁷⁵.**

Au total, le coût supporté par la gendarmerie en terme de sécurité routière, et imputable à l'alcool, peut être estimé à un montant compris entre 34,48 et 34,4 millions de francs (12,28 + 22,2 ou 12,2 + 22,2).

3.4.2.2 - Autres crimes et délits commis sous l'emprise de l'alcool

Mis à part les problèmes de sécurité routière impliquant l'alcool, et qui engendrent un coût de contrôle et de répression de la part des ministères de l'Intérieur et de la Défense, ces derniers sont mis à contribution dans le cadre des autres crimes et délits commis sous l'emprise de l'alcool. À titre d'exemple, les meurtres, les viols, les violences conjugales ou sur enfants, les coups et blessures, les tapages nocturnes, etc., sont autant de crimes et délits pour lesquels les fonctionnaires de police et les gendarmes doivent intervenir, soit dans le cadre d'enquêtes judiciaires, soit dans le cadre d'interventions ponctuelles après dépôt d'une plainte, par exemple.

Or, ces interventions génèrent nécessairement des coûts pour les ministères de l'Intérieur et de la Défense, ces coûts étant directement imputables à l'alcool. Malheureusement aucune information n'est disponible sur le sujet, que ce soit auprès des ministères de l'Intérieur et de la Défense nationale, ou auprès du ministère de la Justice. En fait, s'il apparaît que les délits routiers font l'objet d'une attention particulière de ces différents ministères dans leurs suivis statistiques, il semble, en revanche, que les autres crimes et délits avancés précédemment et imputables à l'alcool ne soient pas vraiment considérés.

Notons, cependant, qu'une évaluation en terme de coûts pour les ministères de l'Intérieur et de la Défense nationale nécessiterait de connaître le nombre d'affaires impliquant l'alcool et le temps moyen consacré par les différents fonctionnaires de chaque ministère pour traiter une affaire.

3.4.3 - Le ministère de la Justice

Le quatrième ministère consacrant des dépenses dans le cadre de la lutte contre l'alcoolisme est représenté par le ministère de la Justice. En effet, ce ministère réalise des dépenses pour le fonctionnement des tribunaux

75. Même remarque que pour la police nationale sur la prise en compte des seuls contrôles préventifs.

en charge de traiter les affaires impliquant l'alcool comme cause première ou principale du délit, mais couvre aussi l'ensemble des frais générés par le fonctionnement du système pénitentiaire qui accueille les condamnés pour crimes et délits commis sous l'emprise de l'alcool. Néanmoins, et comme pour le cas des ministères de l'Intérieur et de la Défense, nous distinguerons les dépenses liées au non-respect des règles de la sécurité routière en matière d'alcoolémie et qui impliquent la mise en œuvre de l'appareil judiciaire et pénitentiaire (3.4.3.1), des dépenses de justice générées par les autres délits impliquant l'alcool (3.4.3.2).

3.4.3.1 - Le problème de la sécurité routière

La « prise en charge » par le ministère de la Justice des personnes impliquées dans des délits routiers impliquant l'alcool constitue le deuxième volet du dispositif répressif de lutte contre l'alcoolisme au volant après un premier volet représenté par les contrôles d'alcoolémie effectués par la police nationale et la gendarmerie. En conséquence, ceci engendre des dépenses à deux niveaux pour le ministère de la Justice : les tribunaux, d'une part, et le système pénitentiaire, d'autre part.

a - Les tribunaux

Le nombre de condamnations pour infractions à la sécurité routière par conducteur en état alcoolique s'élevait, selon les dernières sources du ministère de la Justice, à 102 455 en 1996 (tableau 3.26), ce qui signifie que sur les 132.501 contrôles positifs réalisés en 1996 (voir tableau 3.20), 30 046 d'entre eux n'ont pas entraîné de condamnations, soit dans 22,68 % des cas.

Tableau 3.26 - Nombre de condamnations pour infractions à la sécurité routière par conducteur en état alcoolique en 1996

	1996 (*)	1996 (** & 1)
Toutes infractions	102 455	100 231
dont : - conduite en état alcoolique	97 252	95 495
- blessures involontaires avec ITT < = 3 mois (2)	3 990	3 663
- blessures involontaires avec ITT > 3 mois (2)	698	599
- homicides involontaires	515	474

Sources : (*) *Infostat justice*, n° 52 (1998) ; (**) *Observatoire national interministériel de sécurité routière (1997)*

(1) *Infractions uniques et de rang 1.*
(2) *ITT = Incapacité totale de travail.*

S'il apparaît que ce pourcentage se révèle élevé dans un contexte où, « contrairement à la plupart des autres délits, ces infractions ne font quasiment l'objet de classements sans suite de la part des parquets »), il est néanmoins confirmé (et même amplifié) par le second scénario construit à partir des chiffres du bilan annuel de 1997 de l'Observatoire interministériel de sécurité routière. En effet, dans ce cas, le nombre de condamnations passe à 100 231, i.e. que sur les 132 501 contrôles positifs, 32 270 d'entre eux n'ont pas été suivis d'une condamnation, soit 24,35 % des cas.

Il est à noter que les chiffres donnés dans ce second cas correspondent à des condamnations pour des infractions uniques et de rang 1. En d'autres termes, une condamnation donnée peut réprimer une seule infraction ou plusieurs infractions les unes à la suite des autres. Il est donc possible d'envisager l'analyse statistique sous deux angles distincts : comptabiliser toutes les infractions sanctionnées dans chaque condamnation ou comptabiliser toutes les condamnations en les rattachant à la nature de l'infraction principale, qui correspond à l'infraction unique ou à celle citée en premier en cas de pluralité d'infractions. À titre d'exemple, sur les trois condamnations suivantes :

- conduite en état alcoolique + excès de vitesse ;
- homicide involontaire par conducteur en état alcoolique + excès de vitesse ;
- blessures involontaires par conducteur en état alcoolique + excès de vitesse.

L'approche en terme d'infractions conduit à compter trois excès de vitesse, une conduite en état alcoolique, un homicide involontaire, une blessure involontaire. En revanche, l'approche « condamnation » traitera de trois condamnations repérées par l'infraction citée en premier à savoir : conduite en état alcoolique, homicide involontaire par conducteur en état alcoolique, blessures involontaires par conducteur en état alcoolique.

Les chiffres obtenus par la méthode dite des infractions, retracés dans le bilan annuel de 1997 de l'Observatoire interministériel de sécurité routière, sont quasi similaires à ceux donnés dans *Infostat justice* de décembre 1998, puisque nous obtenons 103 220 condamnations impliquants l'alcool, i.e. que sur les 132 501 contrôles positifs, 29 281 d'entre eux n'ont pas entraîné de condamnations, soit 22,09 % des cas⁷⁶.

76. Dans la suite de ce point, nous ne retiendrons que le second scénario du tableau 3.26 correspondant aux chiffres de l'Observatoire national interministériel de sécurité routière, puisque nous ne disposons de l'ensemble des données nécessaires à nos calculs que dans ce seul cas.

Avec 399 863 décisions rendues en 1997 par l'ensemble des tribunaux correctionnels, en augmentation de 0,6 % par rapport à 1996, ce sont donc 397 478 décisions rendues en 1996⁷⁷. En conséquence, avec 102 455 condamnations en 1996 (tableau 3.24), les affaires d'alcoolémie au volant représentent 25,78 % de l'activité des tribunaux correctionnels, alors qu'avec 100 231 condamnations, toujours en 1996 (tableau 3.26), les affaires d'alcoolémie au volant représentent 25,22 % de ces mêmes tribunaux. Or, nous estimons le coût total de fonctionnement des tribunaux correctionnels à 508,9 millions de francs. Il en résulte que **le coût de la part des tribunaux correctionnel imputable aux infractions sur l'alcool au volant s'élève à 131,19 millions de francs dans le cas de 102 455 condamnations (0,2578 x 508,9) et à 128,34 millions de francs dans le cas de 100 231 condamnations (0,2522 x 508,9).**

b - Le système pénitentiaire

Parmi l'ensemble des condamnations présentées dans le point précédent, un certain nombre d'entre elles se traduit par des peines de prison ferme ou avec sursis. Le tableau 3.27 donne le nombre de condamnations en fonction des trois infractions principales retenues à l'encontre d'un conducteur en état alcoolique : conduite en état alcoolique, blessures involontaires par conducteur en état alcoolique et homicide involontaire par conducteur en état alcoolique. Concernant la première infraction (conduite en état alcoolique), sur les 95 495 condamnations, 60 267 d'entre elles se sont traduites par une peine d'emprisonnement, mais seulement 5 891 correspondaient à de la prison ferme. Pour les blessures volontaires par conducteur en état alcoolique, 4 262 condamnations ont été prononcées dont 3 455 à des peines de prison, 3 054 d'entre elles correspondant à de la prison ferme. Enfin, concernant les homicides involontaires par conducteur en état alcoolique, sur les 474 condamnations, 467 peines de prison ont été prononcées dont 274 ont mené à de la prison ferme.

Concernant le coût supporté par l'administration pénitentiaire pour les détenus condamnés dans des affaires de sécurité routière impliquant l'alcool, le tableau 3.28 calcule, tout d'abord, la durée totale d'incarcération (en mois) effectuée par ces condamnés. Ainsi, les 6 566 détenus pour cause d'alcoolémie au volant ont été condamnés à un total de 18 611,7 mois de prison⁷⁸.

77. « Les chiffres-clés de la justice », octobre 1998, ministère de la Justice.

78. Nous considérons que les peines prononcées ont été pleinement effectuées par les condamnés.

Tableau 3.27 - Condamnations et peines principales en 1996

	1996 (1)
Conduite en état alcoolique	95 495
Peine d'emprisonnement	60 267
dont : - avec sursis	54 376
- prison ferme	5 891
dont : - x < 1 mois	728
- 1 mois <= x < 3 mois	3 084
- 3 mois <= x < 6 mois	1 415
- 6 mois <= x < 1 an	553
- 1 an <= x	111
Blessures involontaires	4 262
Peine d'emprisonnement	3 455
dont : - avec sursis	3 054
- prison ferme	401
dont : - x < 1 mois	13
- 1 mois <= x < 3 mois	191
- 3 mois <= x < 6 mois	124
- 6 mois <= x < 1 an	54
- 1 an <= x	19
Homicides involontaires	474
Peine d'emprisonnement	467
dont : - avec sursis	193
- prison ferme	274
dont : - x < 1 mois	3
- 1 mois <= x < 3 mois	36
- 3 mois <= x < 6 mois	54
- 6 mois <= x < 1 an	95
- 1 an <= x	86
Total	100 231

Source : Observatoire national interministériel de sécurité routière (1997)

(1) Infractions uniques et de rang 1.

Tableau 3.28 - Durée moyenne et totale des emprisonnements fermes par type d'infraction en 1996 (en mois)

Type d'infraction	Conduite en état alcoolique	Blessures involontaires	Homicides involontaires	Total
Durée moyenne (1)	2,5	3,4	9,2	
Nombre (1)	5 891,0	401,0	274,0	6 566
Durée totale (1)	14 727,5	1 363,4	2 520,8	18 611,7

Source : Observatoire national interministériel de sécurité routière (1997)

(1) Infractions uniques et de rang 1.

Ensuite, et d'après les chiffres dont nous disposons, 70,2 % des détenus étaient incarcérés pour une durée supérieure à 12 mois au 1^{er} juillet 1998, les 29,8 % restants étant, en conséquence, incarcérés pour une durée inférieure à 1 an. La population carcérale, à la même date, était de 57 458 détenus, alors que début 1995 celle-ci s'élevait à 51 325 détenus. Pour notre calcul, nous utilisons la population carcérale au début 1995 à laquelle nous appliquons les taux de 1998 relatifs à la durée de détention en supposant que cette structure ne s'est pas déformée entre 1995 et 1998.

Ainsi, en considérant que 70,2 % des 51 325 détenus sont incarcérés pour une durée supérieure à 12 mois, nous obtenons :

$$51\ 325 \times 0,702 \times 12 = 432\ 360$$

soit 432 360 mois de détention effectués en 1995 par 36 030 détenus (70,2 % de la population carcérale). Parallèlement, nous savons que les 15 295 détenus restants (51 325 x 0,298) effectuent une peine inférieure à 12 mois. Parmi ces 15 295 détenus, 6 566 détenus effectuent 18 611,7 mois de détention (tableau 3.26). En conséquence, nous obtenons 45 0971,7 mois de détention effectués par 42 596 détenus (36 030 + 6 566). Reste donc à évaluer le temps passé par les 8 729 détenus restants (51 325 - 42 596). Pour ce faire, nous travaillerons sur trois scénarios :

- Chaque détenu effectue 1 mois de détention.
- Chaque détenu effectue 6 mois de détention.
- Chaque détenu effectue 11 mois de détention.

Dans le premier cas, nous obtenons 8 729 mois effectués, alors que dans le deuxième nous obtenons 52 374 mois, et dans le troisième 96 019 mois.

Le tableau 3.29 retrace le temps effectué par chaque catégorie de détenu et le temps total passé en prison par l'ensemble de la population carcérale.

Ainsi, en effectuant le rapport entre la durée de détention des détenus condamnés pour des délits routiers impliquant l'alcool et la durée totale de détention effectuée par l'ensemble de la population carcérale, nous obtenons la part des détenus pour délits routiers impliquant l'alcool dans la population carcérale. En d'autres termes, pour chaque scénario nous obtenons :

- Scénario 1 = 4,05 % (18 611,7 / 459 700,7).
- Scénario 2 = 3,70 % (18 611,7 / 503 345,7).
- Scénario 3 = 3,40 % (18 611,7 / 546 990,7).

Tableau 3.29 - Temps total d'incarcération effectué par l'ensemble des détenus en 1996 (en mois)

	Nombre de détenus	Durée moyenne en mois	Durée totale en mois	
Détention >= 12 mois (1)	36 030	12,0	432 360,0	
Détention pour alcool (2)	6 566	2,835	18 611,7	Total selon scénario
Détention < 12 mois (3)	8 729	1,0	8 729,0	(1)+(2)+(3)= 459 700,7
Détention < 12 mois (3')	8 729	6,0	52 374,0	(1)+(2)+(3')= 503 345,7
Détention < 12 mois (3'')	8 729	11,0	96 019,0	(1)+(2)+(3'')= 546 990,7
Total	51 325			

Connaissant la part des détenus pour délits routiers impliquant l'alcool dans la population carcérale, nous pouvons appliquer cette part au coût total de fonctionnement de l'administration pénitentiaire en 1995. Selon Kopp et Palle (1998), le budget total de l'administration pénitentiaire s'élève à 5 727 950 KF, le tableau 3.30 donnant la répartition de ce budget par poste de dépenses.

Tableau 3.30 - Dépenses de fonctionnement de l'administration pénitentiaire en 1995 (répartition par poste en % du budget total)

Nature des dépenses	% dans le total
Dépenses de personnel	64,0 %
Alimentation	5,4 %
Dépense de santé	5,9 %
Sécurité sociale	0,4 %
Total entretien des détenus	12,8 %
Consommation, énergie	2,0 %
Entretien des bâtiments	2,0 %
Programme 13000 secteur privé	11,6 %
Total matériel général et autres dépenses	2,3 %
Total	100 %

Source : Kopp P. et Palle C. (1997)

Ainsi, nous obtenons pour chaque scénario les coûts suivants :

- Scénario 1 = 231,98 millions de francs (0,0405 * 5 727 950 KF).
- Scénario 2 = 211,93 millions de francs (0,0370 * 5 727 950 KF).
- Scénario 3 = 194,75 millions de francs (0,0340 * 5 727 950 KF).

Au total, une première estimation avance un coût de détention annuel des condamnés pour délits routiers impliquant l'alcool compris entre 194,75 et 231,98 millions de francs.

Cependant, nous pouvons encore affiner ces résultats si nous prenons les chiffres donnés par le ministère de la Justice⁷⁹ quant à la durée moyenne des peines prononcées en 1996 à l'encontre de l'ensemble des infractions commises, ce qui nous permet d'éliminer les trois scénarios proposés précédemment.

En fait, si nous calculons le temps *théorique* total d'incarcération à partir des condamnations prononcées en 1996⁸⁰, nous obtenons 845 504,4 mois (somme des lignes « Crimes » (93 927,0 mois), « Délits » (751 576,8 mois) et « Contraventions de 5^e classe » (0,6 mois) dans la colonne « Nombre total de mois de prison »). Concernant les condamnations à de la prison ferme pour les problèmes d'alcoolémie au volant, nous obtenons un total de 18 653,7 mois (somme des lignes « conduite en état alcoolique » (14 727,5 mois), « homicides involontaires par conducteur en état alcoolique » (2 548,2 mois), « blessures involontaires par conducteur en état alcoolique avec ITT <= 3 mois » (1 030,4 mois) et « blessures involontaires par conducteur en état alcoolique avec ITT > 3 mois » (347,6 mois) dans la colonne « Nombre total de mois de prison »). En conséquence, la part du temps d'incarcération des personnes emprisonnées pour problème d'alcoolémie au volant calculée dans la colonne intitulée « Part de chaque infraction dans le total infractions » (i.e. 18 653,7 mois / 845 504,4 mois) s'élève à 2,21 %. Ainsi, en effectuant l'analogie entre, d'une part, les condamnations prononcées et, d'autre part, le temps d'incarcération des détenus sur l'année, nous pouvons dire que les détenus pour problème d'alcoolémie au volant effectuent 2,21 % du temps total effectué par l'ensemble des détenus. Traduit en termes monétaires, le coût de détention des individus incarcérés pour problème d'alcoolémie au volant

s'élève à 126,59 millions de francs (5 727,95 x 0,0221), cette dernière estimation se situant assez en dessous de celle réalisée avec l'hypothèse basse des trois scénarios précédents (i.e. 194,75 millions de francs).

En fait, la différence entre les deux méthodes provient d'une mauvaise estimation du temps total d'incarcération de l'ensemble des détenus dans les trois scénarios proposés précédemment. En effet, dans l'hypothèse haute, nous obtenions un maximum de 546 990,7 mois d'incarcération pour l'ensemble de la population carcérale. En fait, ce sont 845 504,4 mois de prison auxquels les individus ont été condamnés en 1996.

Néanmoins, nous avons retenu, dans le calcul précédent, la durée des peines correspondant aux condamnations sans rapporter celles-ci à une base annuelle. À titre d'exemple, pour la catégorie « Crime » nous avons comptabiliser une durée moyenne de 65,5 mois de prison, ce qui a pour conséquence de surévaluer la part de cette catégorie en terme de temps de détention annuelle. En conséquence, nous avons ramené à 12 mois, toutes les infractions ayant une condamnation supérieure à 12 mois. Ceci est le cas pour toutes les lignes de la catégories « crimes » et les lignes « fraude et contrefaçons », « autres homicides involontaires » dans la catégorie « homicides involontaires », « atteintes aux mœurs », les lignes « obtention, acquisition, emploi », « trafic (import, export) », « commerce, transport » et « autres » dans la catégorie « infractions sur les stupéfiants » et la ligne « autres atteintes à la sûreté publique ». Dans ce cadre, le temps *théorique* total d'incarcération à partir des condamnations prononcées en 1996 ramené en base annuelle (BA) s'élève à 671 231,9 mois. Concernant les condamnés pour problème d'alcoolisme au volant, le nombre de mois d'emprisonnement reste inchangé (i.e. 18 653,7), puisque la durée moyenne d'incarcération est de 2,84 mois. Ainsi, la part de cette population carcérale calculée dans la colonne intitulée « Part de chaque infraction dans le total infractions (BA) » (i.e. 18 653,7 mois / 671 231,9 mois), s'élève légèrement en passant de 2,21 % à 2,78 %. En conséquence, en effectuant, là encore, l'analogie entre, d'une part, les condamnations prononcées et, d'autre part, le temps d'incarcération des détenus sur l'année, nous pouvons dire que les détenus pour problème d'alcoolisme au volant effectuent 2,78 % du temps total effectué par l'ensemble des détenus sur une année. Traduit en termes monétaires, le coût de détention des individus incarcérés pour problème d'alcoolisme au volant passe de 126,59 à 159,24 millions de francs.

En fait, ces différentes méthodes de calcul appellent plusieurs critiques. Tout d'abord, les tableaux 3.27, 3.28 et 3.29 utilisent les peines prononcées.

79. « Les condamnations en 1996 », Études & Statistiques Justice, ministère de la Justice, 1998.

80. En fait, le tableau proposé en annexe donne, en multipliant le total de la première colonne par le total de la deuxième colonne, un nombre total de mois de prison égal à 850 790,4 (97 792 x 8,7). La différence entre ces 850 790,4 mois et les 845 504,4 mois calculés, soit 5 286 mois, correspond aux arrondissements.

Or, ceci ne reflète pas le temps réel de détention des personnes incarcérées au cours d'une année⁸¹. En effet, d'une part, et d'après les chiffres du ministère, sur 100 entrées en prison en 1997, par exemple, 20 l'ont été après jugement définitif et 80 avant jugement définitif. Ainsi, en ne prenant que les peines prononcées (i.e., après jugement), nous oublions dans le temps de détention, le temps d'incarcération des individus placés en détention avant jugement. D'autre part, le temps réel de détention ne correspond quasiment jamais aux peines prononcées. Ainsi, le tableau 3.31 donne la durée d'incarcération réelle lors de la sortie des détenus.

Tableau 3.31 - Durée d'incarcération lors de la sortie (en %)

	Durée d'incarcération en % du total
Détenus incarcérés moins d'un mois	19,2 %
Détenus incarcérés de 1 à moins de 3 mois de prison	25,8 %
Détenus incarcérés de 3 à moins de 6 mois de prison	23,4 %
Détenus incarcérés de 6 à moins de 12 mois de prison	15,6 %
Détenus incarcérés de 1 à moins de 3 ans de prison	12,4 %
Détenus incarcérés de 3 à moins de 5 ans de prison	1,9 %
Détenus incarcérés de 5 à moins de 10 ans de prison	1,4 %
Détenus incarcérés à 10 ans et plus	0,2 %

Source : « Les chiffres-clés de la Justice : octobre 1998 », ministère de la Justice

On s'aperçoit ainsi que les proportions entre les peines prononcées et le temps effectif d'incarcération sont inversées, puisque, dans le premier cas, les peines d'incarcération inférieures à 1 an représentent 29,8 % du total des peines prononcées, alors que, dans le second cas, le temps de détention effectivement réalisé et inférieur à un an représente 84 % des cas.

Néanmoins, ne disposant pas des informations nécessaires, nous garderons, comme indicateur, la durée des peines prononcées lors des condamnations en 1996.

Nous raisonnerons donc en terme de « stock » de détenus à un instant t donné, alors que la population carcérale correspond à un « flux » de détenus, certains individus entrant en détention au cours de l'année, d'autres sortant de détention au cours de la même année. Aussi, une évaluation correcte devrait prendre en compte ces phénomènes « d'entrées - sorties ». Cette critique est valable pour l'ensemble des méthodes exposées.

81. Mis à part le fait que nous appliquons des taux de 1998 au nombre de détenus de 1995, et que le temps de détention des personnes incarcérées pour raison alcoolique le soit pour 1996.

En fait, et comme nous le verrons dans le cadre des incarcérations pour cause ILS (voir partie 4), le temps moyen de détention est supérieur à l'année (18,1 mois selon le ministère de la Justice). Il devient donc raisonnable de penser qu'un effet cumulatif existe. En d'autres termes, des personnes condamnées en 1995 se retrouvent encore en détention en 1996.

En conséquence, il nous est apparu préférable d'utiliser la méthode basée sur un calcul ne ramenant pas les peines prononcées à une base annuelle. En d'autres termes, il semble pertinent de considérer que le nombre de mois total de prison effectué par l'ensemble de la population carcérale correspond à 845 504,4 mois, même si nous avons vu qu'une forte différence existe entre temps d'emprisonnement théorique (i.e. basé sur les condamnations) et temps d'emprisonnement effectivement réalisé par les condamnés (tableau 3.31).

Ainsi, nous évaluons à 126,59 millions de francs le coût supporté par l'administration pénitentiaire pour l'incarcération d'individus condamnés pour des problèmes d'alcoolémie au volant, l'estimation de 159,24 millions de francs calculée en base annuelle pouvant être considérée comme l'hypothèse haute.

3.4.3.2 - Autres crimes et délits commis sous l'emprise de l'alcool

Comme dans le cadre des ministères de l'Intérieur et de la Défense nationale, le ministère de la Justice est mis à contribution dans le cadre des crimes et délits commis sous l'emprise de l'alcool autres que ceux liés aux problèmes de sécurité routière impliquant l'alcool. À titre d'exemple, les meurtres, les viols, les violences conjugales ou sur enfants, les coups et blessures, les tapages nocturnes, etc., sont autant de crimes et délits pour lesquels les tribunaux sont mis à contribution, ainsi que le système pénitentiaire.

Or, les dossiers traités par les tribunaux ainsi que l'emprisonnement des personnes condamnées à de la prison ferme génèrent nécessairement des coûts pour le ministère de la Justice, ces coûts étant directement imputables à l'alcool. Malheureusement, aucune information n'est disponible sur le sujet auprès du ministère de la Justice. Là encore, s'il apparaît que les délits routiers font l'objet d'une attention particulière du ministère de la Justice dans son suivi statistique (la conduite en état alcoolique et les blessures et homicides involontaires par conducteur en état alcoolique ressortant clairement dans l'ensemble des documents statistiques du ministère de la Justice du fait que ces actes sont considérés comme des délits spécifiés), il semble, en revanche, que les autres crimes et délits cités précédemment et imputables à l'alcool ne soient pas vraiment traités (par exemple, une étude des circonstances dans lesquelles ont été commis ces crimes et délits

exposée lors des procès permettrait de connaître le nombre d'actes condamnés et dans lesquels l'alcool a joué un rôle prépondérant).

Les informations nécessaires quant à une évaluation en terme de coûts imputables à l'alcool pris en charge par le ministère de la Justice demanderaient donc de connaître le nombre et la nature des affaires impliquant l'alcool, le temps moyen consacré par les différents types de fonctionnaires (magistrats, greffiers, etc.) ainsi que la part de ce temps dans le temps total de l'activité de ces fonctionnaires, et le coût budgétaire moyen pour chaque type d'emploi concerné. En fait, si certaines informations existent (coût budgétaire moyen par type d'emploi, certaines données relatives au temps consacré par les différentes catégories de personnels en fonction du type d'affaire (pénal, etc.), malheureusement il n'y en a aucune sur les affaires impliquant l'alcool.

3.5 - La Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM)

Si les caisses d'assurance maladie financent, d'une part, le système de soins (i.e. les soins hospitaliers et ambulatoires, ainsi que les centres de cures et de post-cures) et, en conséquence, les dépenses de santé imputables à l'alcool retracées dans le point 3.3, la CNAM intervient, d'autre part, dans l'aspect de la prévention par le biais de deux fonds nationaux : tout d'abord, par le Fonds national de prévention, d'éducation, et d'informations sanitaires (FNPEIS) géré par le Comité français d'éducation pour la santé (CFES) auquel s'ajoute un second financement pour les actions menées au niveau régional, départemental et local par les antennes de la CNAM (3.5.1) ; ensuite, par le Fonds national d'action sanitaire et sociale (FNASS), qui finance une partie de l'action de l'Association nationale de prévention de l'alcoolisme (ANPA), ainsi que l'action de cinq associations d'anciens buveurs (3.5.2).

De plus, et comme nous le verrons ultérieurement (3.5.3), la CNAM a en charge la gestion des accidents du travail et, à ce titre, devrait supporter la partie des accidents du travail liés à la consommation d'alcool sur le lieu du travail. Or, les contacts établis avec les personnes en charge à la CNAM du problème des accidents du travail nous apprennent que ce coût est nul. En fait, nous verrons que, si sur un plan légal ceci se révèle exact, il n'en va pas de même si nous adoptons une démarche plus pragmatique.

3.5.1 - Le financement par la CNAM des campagnes du CFES

En terme de dispositif de prévention contre l'alcoolisme, celui-ci est décomposé en actions mises en place à l'échelon national et celles réalisées

aux échelons déconcentrés. La mise en place et le suivi de ces campagnes de prévention sont assurés par deux acteurs principaux qui définissent ensemble les campagnes nationales de préventions :

- La Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM).
- Le Comité français d'éducation pour la santé (CFES).

Néanmoins, un troisième acteur intervient pour la réalisation de ces campagnes (l'agence publicitaire) qui, dans le cadre de la campagne actuelle, correspond à l'agence Publicis Étoile.

En fait, la CNAM finance les campagnes de prévention par le biais du Fonds national de prévention, d'éducation, et d'informations sanitaires (FNPEIS) géré par le CFES. Ainsi, la campagne actuelle, comme celle portant sur le tabac, correspond à un plan d'action sur trois ans. Dans ce cadre, **14,2 millions de francs ont été dépensés en 1997, 18 millions de francs pour 1998, cette même somme ayant été consacrée pour la campagne de 1999.**

Le plan de communication de 1998 définit deux axes stratégiques (faire prendre conscience de l'abus en travaillant sur le déni ; modifier les perceptions et les représentations du risque alcool) et les trois objectifs suivants :

- poursuivre la communication sur le déni ;
- donner des éléments pour aider à gérer la consommation et le risque ;
- agir sur les représentations de l'excès et de la dépendance.

Pour la réalisation de ces objectifs, le programme de communication sur la prévention de la consommation excessive d'alcool préconise d'initier les actions suivantes :

- Mettre en œuvre une meilleure articulation entre les campagnes nationales et les actions locales à travers les représentants de sites pilotes qui seront chargés de produire un certain nombre d'outils, de contribuer à la définition du dispositif hors média, de mener des actions de prévention innovantes s'inscrivant dans le cadre du programme national.
- Mettre en œuvre une information régulière entre le CFES et ses partenaires dans le cadre des campagnes.
- Poursuivre et amplifier le travail de « relations presse » (faits et chiffres actualisés).
- Poursuivre et amplifier la démarche de partenariat radio qui, tout en

continuant le travail effectué sur le déni, devra élargir la réflexion sur les représentations de l'excès et du risque alcool, les partenariats radio devant, de plus, participer activement au travail de mise en œuvre d'actions de terrain.

■ Poursuivre et amplifier la communication en direction des professionnels de santé en continuant, d'une part, le travail d'information sur la place du médecin généraliste par rapport à l'alcool (lettre scientifique) et, d'autre part, la démarche visant à faciliter la démarche « patients - médecin » (diffusion et réédition des outils médecins).

Enfin, **en plus des 18 millions de francs de la campagne nationale, la CNAM alloue 4 millions de francs supplémentaires** pour les actions menées aux niveaux régional, départemental et local par les antennes de la CNAM.

Au total, ce sont donc 22 millions de francs que la CNAM consacre à la campagne de prévention contre l'alcoolisme.

3.5.2 - La participation de la CNAM au financement de l'ANPA et de cinq associations d'anciens buveurs

Si la CNAM intervient dans le domaine de la prévention par le biais du FNPEIS, elle joue aussi un rôle à travers le Fonds national d'action sanitaire et sociale (FNASS) qui finance l'action de l'Association nationale de prévention de l'alcoolisme (ANPA) à hauteur de 11 % du financement total de l'ANPA (chiffre 1995), ainsi que l'action de cinq associations d'anciens buveurs. **En 1999, la CNAM finançait l'ANPA à hauteur de 7 millions de francs.**

3.5.3 - La CNAM et le problème des accidents du travail

S'il apparaît évident que l'alcool est un facteur non négligeable dans un certain nombre d'accidents du travail, la CNAM considère cependant que le coût qu'elle supporte pour ces accidents du travail imputables à l'alcool est nul. En fait, la raison d'un coût nul provient du fait que ne doit être considéré comme accident du travail que les accidents où la responsabilité résulte directement de l'exercice de l'emploi occupé et de la responsabilité directe de l'employeur. Ainsi, un accident sur le trajet « domicile - travail » sera considéré comme un accident du travail, puisque cet accident rentre bien dans l'exercice de l'emploi occupé. De même, une personne blessée sur son lieu d'activité par l'utilisation d'une machine sera considérée comme accidentée du travail. En revanche, un accident lié à l'état d'ébriété d'un employé ne peut être considéré comme un accident du travail, puisque la

responsabilité de cet accident ne résulte pas des conditions dans lesquelles s'exerce l'emploi, mais bien du fait de l'alcoolisme de l'employé.

En conséquence, la CNAM ne peut, par définition, recenser aucun cas d'accident du travail imputable à l'alcool. Cependant, il apparaît évident que certains accidents sur le lieu de travail et imputables à l'alcool sont comptabilisés comme accidents du travail et que la CNAM en supporte le coût.

Ainsi, la difficulté pour évaluer le coût supporté par la CNAM en termes d'accidents du travail imputables à l'alcool repose sur le fait qu'aucun chiffre sur ce type d'accidents n'existe au niveau de la CNAM. Cependant, selon la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, le nombre total des accidents du travail avec arrêt s'est élevé à 667 933 (dont 806 mortels) en 1994 pour une population de 14 278 686 salariés.

D'un autre côté, si le pourcentage des accidents du travail dus à l'imprégnation alcoolique des accidentés n'est pas connu avec certitude, il semble que selon les études existantes sur le sujet ce pourcentage soit compris entre 10 et 20 % du total. L'ANPA, en se référant aux études fournies par le professeur Metz et son équipe, l'évalue à 15 % de l'ensemble, ce qui ferait, pour l'année 1994, 100 190 accidents du travail dus à l'alcool.

Le service statistiques de la CNAM contacté par voie téléphonique indique que les divers aspects couverts par la CNAM sont de trois ordres : les accidents du travail à proprement parlé, les accidents du trajet et les maladies professionnelles. De plus, dans chacune de ces catégories sont distingués les cas déclarés, les cas reconnus et les cas réglés. Le tableau 3.32 indique le nombre de cas pour chacun des aspects couverts par la CNAM.

Tableau 3.32 - Nombre d'accidents du travail, d'accidents du trajet et de maladies professionnelles

	Accidents du travail (1997)	Accidents du trajet (1996)	Maladies professionnelles (1997)
Cas déclarés	1 435 816	146 954	18 546
Cas reconnus	1 307 381	124 410	13 658
Cas réglés	665 440	79 753	9 893

Source : CNAM, données non publiées

D'un autre côté, la CNAM nous a transmis les chiffres suivants quant aux versements effectués pour les cas réglés d'accidents du travail et de maladies professionnelles, ces deux grandeurs étant comptabilisées ensemble, aucun

chiffre n'est disponible pour les accidents du trajet. Le tableau 3.33 ci-contre retrace ces éléments en distinguant les frais directs (indemnités journalières, frais de médecin, frais de pharmacie, etc.), les versements d'indemnités en capital et les versements de rentes pour l'année 1997.

Afin de ne comptabiliser que les accidents du travail, nous utilisons comme clef de répartition le poids respectif des accidents du travail et des maladies professionnelles des cas réglés pour 1997. En d'autres termes, par le tableau 3.32 nous savons que les cas réglés pour les accidents du travail et les maladies professionnelles sont au nombre de 675 333 (665 440 + 9 893). En conséquence, le poids des accidents du travail dans cet ensemble est de 98,54 % (665 440 / 675 333), alors que le poids des maladies professionnelles n'est que de 1,46 %. Aussi, si nous posons comme hypothèse que le poids des versements de la CNAM pour les accidents du travail correspond au poids des accidents du travail dans le total « cas réglés d'accidents du travail et de maladies professionnelles », nous obtenons que la CNAM verse 17 006,72 millions de francs au titre des accidents du travail.

Ainsi, si nous appliquons les pourcentages de 10 à 20 % d'accidents du travail imputables à l'alcool dans ce total, nous pouvons estimer **que le coût total des accidents du travail imputables à l'alcool est compris entre 1 700,67 millions de francs** (17 006,72 x 0,1) **et 3 401,34 millions de francs** (17 006,72 x 0,2), ceci représentant entre 66 544 et 133 088 cas réglés d'accidentés du travail impliquant l'alcool⁸².

82. Pour les accidents du travail, la proportion de 10 à 20 % de ces accidents attribuables à l'alcool a été retenue par référence à une étude du Pr. Metz les évaluant à 15 %. Les études du Pr. Metz correspondent à la période 1970. Une étude multicentrique pilotée par le Haut comité d'études et d'informations, alcool et accidents (HCEIA, La Documentation française, 1985) sur l'alcoolisme faisait état de 8,2 % d'accidents du travail chez les hommes avec une alcoolémie dépassant 0,8 g/l en 1983 et de 0,9 % chez les femmes. L'étude multicentrique de 1983 peut apporter de nouveaux éléments qui permettraient de revoir l'hypothèse basse en terme d'évaluation du coût social. Néanmoins, les accidents du travail ne représentent que 1,7 % de l'ensemble du coût social total imputable à l'alcool. Si toutefois, nous retenons le taux de 8,2 % comme hypothèse basse pour les accidents du travail imputables à l'alcool, nous obtenons 1 394,55 millions de francs au lieu de 1 700,67 millions de francs avancés dans le corps du rapport. Le coût social total passerait donc de 97 317,37 millions de francs à 97 011,25 millions de francs, soit une variation négative de 0,314 % de l'hypothèse basse du coût social (i.e. 306,12 millions de francs). D'autre part, concernant la prise en compte des « accidents du trajet et des accidents de la circulation qui sont également des accidents du travail », la remarque suivante peut être effectuée : le lecteur aura pu constater que les informations financières données par la CNAM quant aux « versements effectués en 1997 par la CNAM pour les cas réglés d'accidents du travail et de maladies professionnelles » (cf. tableau 3.33 ci-contre) ne comportent justement que les versements effectués au titre des accidents du travail (la terminologie de la CNAM distinguant les accidents du travail des accidents du trajet) et des maladies professionnelles. En conséquence, aucune information financière n'est disponible quant aux accidents du trajet. Aussi, même dans le cas où le taux des accidents du trajet imputables à l'alcool serait disponible, aucune évaluation financière ne serait possible sur cet aspect.

Tableau 3.33 - Versements effectués en 1997 par la CNAM pour les cas réglés d'accidents du travail et de maladies professionnelles (millions de francs)

	Accidents du travail et maladies professionnelles
Frais directs	9 091,1
Versements en capital	346,9
Versements de rente à vie	7 820,7
Total	17 258,7

Source : CNAM, données non publiées

3.6 - Les sociétés d'assurances

L'ensemble des sociétés d'assurances est touché par la question de l'alcool, puisque celles-ci sont tenues de couvrir les sinistres automobiles couverts par les contrats d'assurances souscrits par les « assurés - automobilistes ». En fait, on peut raisonnablement estimer que les sinistres liés à la circulation routière constituent la seule cause entraînant des dépenses pour les sociétés d'assurances en ce qui concerne l'alcool.

Néanmoins, et comme nous l'a signalé monsieur Pollet⁸³, l'évaluation du coût pour les sociétés d'assurances engendré par l'alcool au volant se révèle délicate dans le sens où, bien que le texte réglementaire sur cette question prévoit que toute personne en état alcoolique qui cause un sinistre doit le déclarer à son assureur, ceci se révèle peu courant dans les faits et difficilement décelable par les assureurs.

Cette attitude de « non-déclaration », de la part des assurés, d'un état alcoolique lors d'un sinistre routier peut s'expliquer à la lumière des articles 335.9.2, L 211.6 et 211-1.2 du code des assurances. En effet, le premier de ces articles stipule que, dans le cas d'un sinistre causé par une personne en état alcoolique, une surprime d'assurance de l'ordre de 150 % s'applique, alors que les articles L 211.6 et 211-1.2 portent sur la responsabilité civile.

De même, il est à signaler que deux grands types de garanties existent dans les contrats d'assurances : d'une part, la garantie de responsabilité civile, qui est obligatoirement souscrite par tout automobiliste pour permettre de couvrir les dommages matériels et corporels causés à autrui par son véhicule ; d'autre part, la garantie de choses qui n'est pas obligatoire et

83. Monsieur Pollet est en charge des statistiques à l'Association française des sociétés d'assurances (AFSA).

qui protège le patrimoine de l'assuré. Or, si les sociétés d'assurances indemnisent toujours les victimes de conducteurs en état alcoolique (i.e. que la responsabilité civile est toujours couverte et ce quel que soit l'état du conducteur), la garantie de choses ne joue plus automatiquement lors d'un sinistre causé par un conducteur en état alcoolique. En d'autres termes, si, par exemple, un conducteur provoque un accident en état d'ébriété, les dommages matériels et corporels causés à autrui seront couverts par l'assurance du conducteur en état alcoolique, mais les dégâts causés au véhicule de ce même conducteur (ou le remboursement de son véhicule) ne seront pas pris en charge par l'assureur si preuve est faite de l'état d'ébriété de l'assuré lors du sinistre.

Devant cette asymétrie d'informations entre assurés, d'une part, et sociétés d'assurances, d'autre part, il devient donc difficile de déterminer, parmi l'ensemble des dépenses effectuées par les sociétés d'assurances pour les sinistres routiers, la part imputable à l'alcool.

Tout d'abord, concernant l'ensemble des accidents corporels et matériels, l'Observatoire national interministériel de sécurité routière⁸⁴ donne le chiffre de 4 200 000 dossiers pour sinistres de responsabilités civiles qui ont été ouverts en 1996. Or, en moyenne, chaque accident entraîne l'ouverture de 1,72 dossier. On peut donc estimer le nombre d'accidents à 2 440 000 (4 200 000/1,72) qui correspond à des accidents sur la voie publique faisant l'objet d'une déclaration aux différentes sociétés d'assurances. **Pour ces 2 440 000 accidents survenus en 1996, les sociétés d'assurances ont payé ou provisionné 68 milliards de francs, 51,3 milliards pour les sinistres matériels et 16,7 milliards pour les sinistres corporels⁸⁵.**

Néanmoins, le tableau 3.34 ci-contre donne la répartition de 100 francs de sinistres payés au titre de la responsabilité civile par nature d'indemnités en 1996 (hors frais de gestion).

En d'autres termes, ce tableau donne la répartition (principalement entre dommages matériels et corporels) de 100 francs versés par les sociétés d'assurances. Dans ce cadre, on s'aperçoit que sur ces 100 francs payés

par les sociétés d'assurances, 49,4 % servent à couvrir des dommages matériels, 46,1 % des dommages corporels, le reste (4,5 %) couvrant des frais de justice et d'expertise.

Tableau 3.34 - Répartition de 100 francs de sinistres payés au titre de la responsabilité civile par nature d'indemnités en 1996 (en francs)

Dommages matériels	49,4
dont : - main-d'œuvre	15,1
- pièces détachées	22,5
- pertes totales	11,8
Dommage corporels	46,1
dont : - frais médicaux, pharmaceutiques et hospitalisation	14,2
- incapacité temporaire	5,6
- capitaux constitutifs	14,0
- <i>pretium doloris</i>	5,5
- préjudice esthétique	1,1
- préjudice moral	4,9
- autres	3,8
Frais (total des frais de justice et d'expertise) (1)	4,5
Total	100

Source : Observatoire national interministériel de sécurité routière (1997)

(1) Les frais de gestion sont exclus.

En conséquence, si la répartition entre dommages matériels et corporels s'effectue respectivement à 49,4 % et 46,1 %, **nous devrions avoir une répartition des 68 milliards de francs avancés précédemment équivalant à 33,6 milliards de francs pour les sinistres matériels (68 x 0,494) et 31,3 milliards de francs pour les sinistres corporels (68 x 0,461), les 3,1 milliards de francs restants étant imputables aux frais de justice et d'expertise (68 x 0,045).**

Concernant plus spécifiquement la part imputable à l'alcool des dépenses des sociétés d'assurances au titre de la responsabilité civile sur les accidents de la route, la méthode d'évaluation relativement simple utilisée ici (en absence de toutes autres informations supplémentaires) consiste à appliquer aux 68 milliards de francs payés ou provisionnés par les sociétés d'assurances la part des accidents imputables à l'alcool. Néanmoins, cette part étant inconnue, nous retenons par hypothèse le coefficient appliqué au nombre

84. « Bilan annuel : Statistiques et Commentaires Année 1997 », Observatoire national interministériel de sécurité routière, 1997.

85. Ceci représenterait donc, en moyenne, 27 868,85 francs par accident. Notons, de plus, que le terme « provisionné » signifie que les sociétés d'assurances anticipent ce risque en effectuant des provisions sur un risque réalisable. La partie provisionnée correspond donc à une écriture comptable dans les comptes de charges des sociétés d'assurances, et constituent ainsi une charge dans leurs comptes de résultat, bien qu'il ne s'agisse pas de décaissements réels. Néanmoins, nous devons considérer ces provisions comme une charge réelle supportée par les sociétés d'assurances.

de tués et de blessés (légers et graves) imputable à l'alcool, ce coefficient étant de 0,34. En conséquence, **les dépenses des sociétés d'assurances pour les accidents de la route imputables à l'alcool s'élèveraient à 23 120,0 millions de francs** ($68\ 000 \times 0,34$) **pour 1996**.

Concernant la répartition entre coûts pour les dommages corporels et coûts pour dommages matériels, nous pouvons retenir le premier chiffre donné par l'Observatoire national interministériel de sécurité routière, à savoir une répartition de 51,3 milliards de francs pour les dommages matériels et 16,7 milliards de francs pour les dommages corporels. Ceci permettrait donc d'estimer **les dépenses des assureurs pour les dommages matériels lors d'accidents de la route impliquant l'alcool à 17 442,0 millions de francs et à 5 678,0 millions de francs pour les dommages corporels lors d'accidents de la route impliquant l'alcool**.

Cependant, en retenant la répartition établie à travers le tableau 3.34, nous pouvons estimer que les dépenses des assureurs pour les dommages matériels lors d'accidents de la route impliquant l'alcool s'élèvent à 11 424,0 millions de francs et à 10 642,0 millions de francs pour les dommages corporels lors d'accidents de la route impliquant l'alcool, soit un total de 22 066,0 millions de francs de dépenses pour les accidents de la route impliquant l'alcool⁸⁶.

3.7 - Pertes de revenus et pertes de production imputables à l'alcool

En règle générale, les pertes de revenus et les pertes de production correspondent à une partie des coûts comptabilisés dans un ensemble plus large appelé le « coût de la vie humaine ». Le « coût de la vie humaine » correspond, globalement, à l'ensemble des coûts passés, présents et futurs supportés par la société et l'individu lorsque ce dernier décède de façon prématurée. Cette notion de « coût de la vie humaine » (ou encore « prix de la vie humaine ») est principalement mise en œuvre, comme nous l'avons signalé dans le chapitre méthodologique, lors des évaluations

86. Les incohérences dans les proportions de paiement par les assurances au titre des dommages corporels et des dommages matériels présentées aux pages 155 et 158 du rapport reflètent celles contenues dans l'annuaire statistiques de l'Observatoire national interministériel de la sécurité routière. Afin de ne pas prêter à la critique l'auteur a préféré donner les deux scénarios résultant de ces chiffres. Il est à signaler, de plus, que la prise en compte de l'un ou l'autre scénario n'entraîne une variation d'évaluation que de l'ordre de 4,78 %, soit une variation de 1,054 milliards de francs. La seule conséquence importante correspond donc au fait que, selon le scénario retenu, le montant des dépenses d'assurance consacrées aux dommages corporels est minoré (ou, inversement, augmenté) au profit (ou, inversement, au détriment) des dépenses d'assurance consacrées aux dommages matériels.

économiques réalisées pour la prise de décisions concernant les investissements publics dans des infrastructures (comme, par exemple, dans le domaine routier pour la construction d'un rond-point, la mise en place d'un feu tricolore, la construction d'une autoroute, etc.). Dans ce cadre, les pertes de revenus d'un individu décédé, les pertes de production sur le lieu de travail lié à un décès prématuré, les coûts de formation des personnes décédées, le transfert du *pretium doloris* du mort aux héritiers, etc. sont autant d'éléments à prendre en compte pour évaluer ce que coûte socialement un décès prématuré.

À titre d'exemple, nous pouvons citer le rapport de recherche de Michel Le Net (directeur de recherche à l'École nationale des ponts et chaussées) intitulé le « Prix de la vie humaine, application à l'évaluation du coût économique de l'insécurité routière » remis en juillet 1992 au Commissariat général du Plan et au ministère de l'Équipement, du Logement et du Transport. Ce rapport décrit les composantes du prix de la vie humaine, expose les différentes méthodes d'évaluation de ce prix, compare les caractéristiques propres à chaque méthode de calcul et applique la « méthode du capital humain compensé » aux statistiques routières de 1990. Ainsi, les composantes du prix de la vie humaine liées aux accidents de la route se répartissent en trois grandes catégories de coûts supportés par la collectivité⁸⁷ :

- **Les coûts marchands directs**, qui comprennent les *coûts médicaux et sociaux* (coût des services de transport sanitaire, coût des premiers secours, coût des soins médicaux, coût des médicaments et appareillages spéciaux, coût de la convalescence, coût funéraire, coût de rééducation, coût de réinsertion, coût de l'aide à domicile), les *coûts matériels* (dommages occasionnés aux véhicules, dommages causés au domaine public, dommages causés à la propriété, dommages matériels causés aux personnes impliquées dans l'accident, dommages causés à l'environnement, frais divers dont consommation de carburant dans le trafic congestionné par l'accident, remorquage, déplacements, etc.) et les *frais généraux* (frais des services d'incendie, frais de police, frais d'expertise, frais de justice, coûts des services d'assurance, frais divers d'administration).

- **Les coûts marchands indirects**, qui englobent les *pertes de production future* des tués et des blessés divers – perte de production temporaire – des personnes emprisonnées suite à l'accident, des personnes bloquées

87. En réalité, ces coûts dépassent largement le cadre de la vie humaine puisque certains d'entre eux sont relatifs aux blessés. Aussi, il serait préférable de parler des composantes du coût global de l'insécurité routière.

par l'accident, des personnes visitant des accidentés, des membres du ménage du (des) blessé(s) et les *pertes de production potentielle* de la descendance potentielle de l'accidenté, des chômeurs, des volontaires, des personnes effectuant des travaux ménagers, des retraités.

■ **Les coûts non-marchands**, qui incorporent le cas des tués (préjudice moral, *pretium mortis*, transfert du *pretium doloris* du mort aux héritiers) et le cas des blessés (*pretium doloris*, préjudice esthétique, préjudice d'agrément, préjudice sexuel, préjudices annexes, préjudice de tiers subi par ricochet).

Au total, Michel Le Net évaluait, en 1990, à 3 258 400 francs le coût d'un tué, à 338 700 francs celui d'un blessé grave, à 182 100 francs celui d'un blessé « moyen » et à 72 400 francs pour un blessé léger en retenant comme hypothèses un taux de croissance de 2,6 % et un taux d'actualisation de 8 %. Le tableau 3.35 donne la répartition entre les différents coûts.

Tableau 3.35 - Structure des coûts de l'insécurité routière en 1990 (en francs)

Nature du coût	Tué	Blessé grave	Blessé « moyen »	Blessé léger
Coûts marchands	3 107 800	325 000	174 700	69 500
dont : - coûts marchands directs	223 100	100 000	82 000	69 500
- coûts marchands indirects	2 884 700	225 000	92 700	0
Coûts non-marchands	150 600	13 700	7 400	2 900
Total	3 258 400	338 700	182 100	72 400

Source : Observatoire national interministériel de sécurité routière (1997)

Ces données ont été réactualisées suite à l'instruction du 28 juillet 1995 de la Direction des routes (ministère de l'Aménagement du Territoire, de l'Équipement et des Transports) qui, en modifiant provisoirement l'instruction de mars 1986 relative aux méthodes d'évaluation des investissements routiers en rase campagne, aboutit aux résultats suivants (tableau 3.36) en utilisant comme taux d'actualisation annuel le taux d'accroissement de la consommation finale des ménages par tête égal à 1,98 % pour 1995, 1996 et 1997.

Ainsi, si nous nous en tenons strictement à la définition générale du « coût de la vie humaine » donnée précédemment (à savoir, l'ensemble des coûts passés, présents et futurs supportés par la société et l'individu lorsque ce dernier décède de façon prématurée), le « coût de la vie humaine » total supporté par la collectivité et lié à l'insécurité routière s'élèverait à 31 184,26

millions de francs pour 1997 pour les seuls tués. En conséquence, sachant que 34 % de ces tués sont imputables à l'alcool, le « coût de la vie humaine » total supporté par la collectivité imputable à l'alcool dans le cas des tués sur les routes s'élèverait à 10 602,6 millions de francs pour 1997.

Tableau 3.36 - Actualisation des coûts de l'insécurité routière pour 1997 (en francs)

	Unitaire 97	Nombre 97	Total 97 (1)
Tué	3 903 400	7 989	31 184 262 600
Blessé grave	401 905	35 716	14 354 438 980
Blessé léger	85 450	133 862	11 438 507 900
Dégâts matériels	21 730	2 761 160	60 000 006 800
Total			116 977 216 280

Source : Observatoire national interministériel de sécurité routière (1997)

(1) Nous devons signaler que les 60 milliards de francs correspondent à l'estimation des accidents matériels remboursés ou non par les compagnies d'assurances, cette estimation étant donnée par le bilan annuel 1997 de l'Observatoire national interministériel de sécurité routière. Aussi, le nombre de 2 761 160 dégâts matériels résulte du rapport (Total 97 / Unitaire 97).

Néanmoins, et pour notre part, nous ne retiendrons pas l'approche en terme de « coût de la vie humaine » dans ce point, puisque seuls sont traités ici les problèmes du flux actualisé des revenus futurs perdus par un individu décédé prématurément et de la somme actualisée des pertes de production imputables à un décès précoce, ainsi que les autres pertes de revenus et de production imputables à l'alcool. Ce choix s'explique pour trois raisons principales : tout d'abord, nous avons, lors de l'exposé du chapitre méthodologique, exclu de notre analyse l'ensemble des coûts intangibles, i.e. des coûts tels que le *pretium mortis* ou le transfert du *pretium doloris* du mort aux héritiers. Or, dans l'évaluation donnée précédemment, ces coûts sont comptabilisés ; ensuite, nous traitons l'ensemble des décédés dus aux pathologies imputables à l'alcool, mais aussi l'ensemble des pertes de revenus ou de production dues, par exemple, à l'incarcération d'individus pour problème d'alcoolémie au volant. Or, ces pertes ne peuvent être incluses dans le calcul du « coût de la vie humaine » ; enfin, certains des autres coûts donnés dans l'évaluation précédente sont comptabilisés dans d'autres points de ce rapport. Tel est le cas, par exemple, des frais médicaux, transport sanitaire, coûts des premiers secours, assurances, etc.

3.7.1 - Les pertes de revenus des individus

Le calcul des pertes de revenus imputables à l'alcool implique, d'une part, d'identifier les catégories d'individus concernés et, d'autre part, de définir les étapes permettant de valoriser en termes monétaires le temps perdu par les individus.

Tout d'abord, concernant les catégories d'individus touchés par des pertes de revenus, les trois classes d'individus suivantes peuvent être retenues :

- Les individus décédés prématurément pour cause alcoolique. Ces décès correspondent soit à des pathologies liées à la consommation d'alcool, soit aux personnes décédées lors d'accidents de la route, ou encore aux victimes de crimes commis sous emprise de l'alcool, etc.
- Les individus ayant commis des crimes ou délits ainsi que des accidents de la circulation sous l'emprise de l'alcool et qui ont été condamnés à une peine de prison ferme.
- Les personnes hospitalisées ou en arrêt maladie pour des raisons d'alcoolisme.

Concernant la première catégorie d'individus (i.e. les décès prématurés dont la cause est directement imputable à l'alcool), les étapes nécessaires pour l'évaluation monétaire des pertes de revenus sont les suivantes : tout d'abord, définir la notion de décès prématuré ; ensuite calculer le nombre d'années perdues par les individus du fait d'un décès prématuré ; enfin valoriser ces années perdues en retenant un niveau de revenus et en actualisant les flux de revenus futurs perdus par le biais d'un taux d'actualisation.

La notion de décès prématuré peut se définir simplement par la différence entre l'âge correspondant à l'espérance de vie à un instant t donné et l'âge auquel l'individu étudié est décédé à ce même instant t . Dans ce cadre, et selon les estimations effectuées, l'espérance de vie en France en 1997 correspondait à 77 ans pour les hommes et à 82 ans pour les femmes. Ainsi, un jeune homme décédé en 1997 à l'âge de vingt ans est considéré comme une personne décédée prématurément, le nombre d'années perdues par ce jeune homme s'élevant à 57. En revanche, un homme décédé à l'âge de 77 ans, ou à un âge supérieur à 77 ans, sera considéré comme un décès « normal », ce décès n'étant pas pris en compte dans l'évaluation des pertes de revenus.

Le tableau 3.37, présenté ci-contre, établi à partir des causes médicales de décès établies en 1997 par le service commun n° 8 de l'INSERM, reprend

Tableau 3.37 - Décès imputables à l'alcool (hommes et femmes âgés de 20 ans et plus⁸⁸)

Causes médicales de décès	Nbr. de décès imputables à l'alcool (homme)	Nbr. de décès imputables à l'alcool (femme)	Âge moyen du décès (homme)	Âge moyen du décès (femme)
Troubles mentaux				
Psy et syndr. de dépendance alc.	1 744	454	55	57
Maladies de l'appareil digestif				
Hépatite alcoolique aiguë	151	84	55	52
Cirrhose du foie	5 341	1 772	60	60
Pancréatite aiguë	134	88	62	71
Pancréatite chronique	46	10	56	65
Cancers				
Cavité buccale	1 178	76	60	67
Pharynx	2 375	80	60	61
Œsophage	2 722	295	63	68
Rectum	174	54	67	71
Foie	3 028	573	66	70
Larynx	1 425	24	62	64
Pancréas	565	464	66	71
Sein	-	1 439	-	64
Maladies cardio-vasculaires				
Cardiopathie ischémique	6 291	674	67	75
Cardiomyopathie alcoolique	112	20	56	59
Maladie vasculaire cérébrale	2 303	835	68	75
Maladies respiratoires				
Pneumonie, grippe	1 151	206	68	75
Autres pathologies				
Syndrome d'alcoolisme foetal	nd	nd	nd	nd
Autres causes de décès				
Accidents de la circulation	1 999	717	41	50
Chutes accidentelles	796	200	61	75
Suicides	3 769	361	48	52
Homicides	142	91	43	47
Total	35 446	8 517		

Source : Causes médicales de décès : années 1996 et 1997, INSERM

88. L'âge maximum retenu pour les hommes correspond à la tranche d'âge 75-79 ans et à la tranche 82-84 ans pour les femmes.

les différentes pathologies pour lesquelles l'alcool peut être considéré comme un facteur de risque, auxquelles ont été ajoutés les décès imputables à l'alcool et liés aux accidents de la route, aux chutes accidentelles, aux suicides et aux homicides. Pour chacune de ces causes de décès, nous indiquons le nombre de décès imputable au tabac et l'âge moyen du décès pour toutes les populations décédées (i.e. les populations « buveurs » et « non-buveurs »), ces données étant établies pour chaque sexe.

Ainsi, ce sont, selon nos estimations, 43 963 personnes qui décèdent de façon prématurée à cause de l'alcool (35 446 hommes et 8 517 femmes). Il est cependant intéressant de constater que **les hommes représentent 80,63 % de ces décès prématurés, les femmes ne représentant, en conséquence, que 19,37 % des décès prématurés imputables à l'alcool.**

Sur la base de ce tableau, une première évaluation peut être donnée en considérant, pour chaque cause médicale de décès et chaque sexe, la différence entre l'espérance de vie (par sexe) et l'âge moyen du décès. En considérant ensuite un niveau de revenu moyen et un taux d'actualisation, il devient alors possible d'évaluer en termes monétaires le montant des revenus perdus par l'ensemble des individus décédés prématurément pour cause alcoolique.

En d'autres termes, considérons que :

- chaque cause médicale de décès soit identifiée par l'indice i (avec $i = 1, \dots, 22$) ;
 - les hommes soient identifiés par l'exposant 1 et les femmes par l'exposant 2 ;
 - n_i^1 corresponde au nombre d'hommes décédés pour la cause médicale de décès i et n_i^2 au nombre de femmes décédées pour la même cause médicale de décès i ;
 - t_i^1 soit la différence entre l'espérance de vie des hommes et l'âge moyen du décès des hommes pour la cause médicale de décès i et t_i^2 la différence entre l'espérance de vie des femmes et l'âge moyen du décès des femmes pour la cause médicale de décès i ;
 - r corresponde au taux d'actualisation ;
 - R soit le revenu moyen identique pour les deux sexes ;
 - et FRA_i traduise le flux de revenus actualisé perdu par les hommes et les femmes décédés prématurément pour la pathologie i ;
- alors, FRA_1 qui représente le flux de revenus actualisé perdu par les hommes et les femmes décédés prématurément pour la pathologie 1 (i.e.

Psychose et syndrome de dépendance alcoolique) se traduit par :

$$FRA_1 = n_1^1 [(t_1^1 \times R) / (1+r)^{t_1^1}] + n_1^2 [(t_1^2 \times R) / (1+r)^{t_1^2}]$$

où $(t_1^1 \times R)$ et $(t_1^2 \times R)$ représente le flux de revenus non actualisé perdu respectivement par un homme décédé prématurément et une femme décédée prématurément. Pour sa part, le flux de revenus actualisé perdu par les hommes et les femmes pour l'ensemble des causes médicales de décès correspond à :

$$FRA = \sum_{i=1}^{22} FRA_i$$

Les questions qui se posent alors sont de déterminer, d'une part, le niveau de revenus à prendre en compte et, d'autre part, le taux d'actualisation à retenir.

Comme pour le tabac, le niveau de revenus que nous retiendrons correspond au Revenu disponible brut (RDB) après impôts par habitant de 1997 calculé par l'INSEE. En fait, le RDB correspond à la part du revenu primaire qui reste à la disposition de l'individu pour la consommation et l'épargne. De façon plus précise, le revenu primaire retrace la masse des revenus qu'un individu tire de sa contribution à l'activité économique, soit directement (revenus d'activité salariée ou non-salariée), soit indirectement (revenus de placements mobiliers ou immobiliers). Dans les comptes nationaux, ce revenu est brut et inclut les cotisations sociales y compris la part patronale. Pour sa part, le RDB correspond au revenu primaire augmenté des transferts reçus (prestations sociales) et diminué des impôts et cotisations sociales versées. Ainsi, le RDB après impôts par habitant s'élevait en 1997 à 97 012 francs.

Concernant le taux d'actualisation, nous retiendrons le taux standard de 6 % utilisé dans la plupart des études internationales, comme par exemple dans le rapport de 1998 du National Institute on Drug Abuse (NIDA) et du National Institute on Alcohol and Alcoholism (NIAA) intitulé *The Economics Costs of Alcohol and Drug Abuse in the United States, 1992*. Il est à noter que plus le taux d'actualisation est élevé, plus le futur est déprécié puisque ceci accroît le dénominateur et diminue donc FRA , et inversement.

Le tableau 3.38 ci-après donne pour chaque cause médicale de décès une évaluation des pertes de revenus pour les individus décédés prématurément pour cause alcoolique.

Au total, **ce seraient donc 24 538,2 millions de francs de pertes de revenus pour les individus décédés prématurément du fait de l'alcool** (19 895,85 millions de francs pour les hommes et 4 642,35 millions

Tableau 3.38 - Pertes de revenus liées aux décès prématurés imputables à l'alcool (hommes et femmes âgés de 20 ans et plus⁸⁹)

Causes médicales de décès	Années perdues (hommes)	Années perdues (femmes)	Nbr. de décès (hommes)	Nbr. de décès (femmes)	Revenus perdus (hommes) (1)	Revenus perdus (femmes) (1)
Troubles mentaux						
Psy et syndr. de dépendance alc.	22	25	1 744	454	1 034,18	256,34
Maladies de l'appareil digestif						
Hépatite alcoolique aiguë	22	30	151	84	89,06	42,25
Cirrhose du foie	17	22	5 341	1 772	3 271,13	1 052,37
Pancréatite aiguë	15	11	134	88	81,31	48,94
Pancréatite chronique	21	17	46	10	27,29	6,40
Cancers						
Cavité buccale	17	15	1 178	76	721,04	46,07
Pharynx	17	21	2 375	80	1 454,34	47,75
Œsophage	14	14	2 722	295	1 633,72	176,93
Rectum	10	11	174	54	94,11	31,07
Foie	11	12	3 028	573	1 675,72	327,42
Larynx	15	18	1 425	24	862,41	14,42
Pancréas	11	11	565	464	322,05	261,40
Sein	-	18	-	1 439	0,00	879,64
Maladies cardio-vasculaires						
Cardiopathie ischémique	10	7	6 291	674	3 442,77	302,58
Cardiomyopathie alcoolique	21	23	112	20	67,35	11,68
Maladie vasculaire cérébrale	9	7	2 303	835	1 177,66	385,52
Maladies respiratoires						
Pneumonie, grippe	9	7	1 151	206	583,85	89,71
Autres pathologies						
Syndrome d'alcoolisme fœtal	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Autres causes de décès						
Accidents de la circulation	36	32	1 999	717	852,26	346,32
Chutes accidentelles	16	7	796	200	486,92	92,67
Suicides	29	30	3 769	361	1 954,50	182,38
Homicides	34	35	142	91	64,17	40,46
				Total	19 895,85	4 642,35

(1) Millions de francs

89. L'âge maximum retenu pour les hommes correspond à la tranche d'âge 75-79 ans et à la tranche 82-84 ans pour les femmes.

pour les femmes). Comme pour le nombre de décès prématurés, il est intéressant de constater que **les pertes de revenus des hommes liées à un décès prématuré imputables à l'alcool représentent 81,1 % de l'ensemble de ces pertes de revenus, alors que les pertes de revenus pour les femmes représentent 18,9 % de l'ensemble.**

D'un autre côté, une estimation plus fine peu être réalisée si, au lieu de prendre l'âge moyen des décès pour chaque cause médicale de décès, nous retenons l'âge moyen de décès par quintile. En fait, les causes médicales de décès, fournies par le service commun n° 8 de l'INSERM, donnent pour chaque cause médicale de décès le nombre d'individus décédés par tranche de 5 ans. En d'autres termes, nous disposons des effectifs pour les tranches d'âge suivantes :

- < 1 an ;
- 1 an à 4 ans ;
- 5 ans à 9 ans ;
- etc. ;
- 95 ans et plus.

Les tableaux 3.39 et 3.40 ci-après sont donc construits en considérant l'âge moyen de chaque classe (e.g., pour la classe d'âge 20-24 ans l'âge moyen correspond à 22 ans, une pondération par l'effectif étant impossible puisque nous ne disposons que de l'effectif total compris entre 20 et 24 ans). La seconde étape de construction de ces tableaux consiste à effectuer la différence entre l'espérance de vie et l'âge moyen de chaque classe d'âge (e.g., dans le tableau 3.39 qui donne les estimations pour les hommes âgés de 20 ans et plus, le nombre 55 correspond à 77 ans - 22 ans), ceci donnant le nombre d'années perdues qui traduit les t_i^1 dans la formule de l'actualisation des flux de revenus perdus. Bien évidemment, les calculs s'arrêtent dès que l'espérance de vie est atteinte (i.e. pour la classe d'âge 75-79 ans pour les hommes, l'âge moyen de cette classe d'âge étant égal à 77 ans, et pour la classe 80-84 ans pour les femmes, l'âge moyen de cette classe étant égal à 82 ans). Enfin, en reprenant le même niveau de RDB (soit 97 012 francs) et le même taux d'actualisation (6 %) que ceux retenus dans l'estimation précédente, et en utilisant les effectifs des décédés pour chaque cause médicale de décès et chaque classe d'âge, nous pouvons actualiser les flux de revenus perdus liés aux décès prématurés imputables à l'alcool.

Ainsi, pour les psychoses et syndromes de dépendance alcoolique, les décès des jeunes hommes de la classe d'âge 20-24 ans se traduisent par une perte de revenus égale à 1,73 millions de francs, soit un peu moins de

Tableau 3.39 - Pertes de revenus liées aux décès prématurés imputables à l'alcool par quintile d'âge (hommes âgés de 20 ans et plus et en millions de francs)

Causes médicales de décès	Pertes de revenus pour cause de décès prématuré										Total	Total Hill					
	55	50	45	40	35	30	25	20	15	10			5				
Troubles mentaux																	
Psy et syndr. de dépendance alc.	1,73	5,00	11,42	43,01	81,28	136,31	130,54	125,23	141,48	108,34	51,47						835,8
Maladies de l'appareil digestif																	
Hépatite alcoolique aiguë	0,00	0,26	1,59	1,89	8,39	16,22	9,61	10,89	9,11	10,83	4,35						73,1
Cirrhose du foie	0,22	1,32	14,27	61,87	142,69	325,82	393,87	429,53	630,88	523,29	294,32						2 564,5
Pancréatite aiguë	0,22	0,53	3,17	5,28	9,28	10,64	8,48	16,94	26,72	24,92	23,56						51,9
Pancréatite chronique	0,00	0,00	0,63	1,13	2,65	5,07	3,96	4,23	7,89	5,42	2,17						23,2
Cancers																	
Cavité buccale	0,00	0,00	1,27	3,40	35,34	77,53	105,67	117,37	145,12	124,05	75,76						685,5
Pharynx	0,22	0,79	0,95	15,85	64,94	143,40	206,82	213,56	301,17	243,77	129,04						1 175,2
Œsophage	0,00	0,26	2,22	8,30	41,08	126,17	170,09	221,42	331,53	332,07	215,67						1 448,8
Rectum	0,00	0,79	0,95	1,89	10,16	13,68	40,69	76,23	115,37	173,89	139,55						573,2
Foie	0,22	0,79	3,81	4,90	20,32	56,75	119,23	219,00	431,72	554,17	386,39						1 276,1
Larynx	0,00	0,00	0,32	3,02	30,04	84,12	121,49	130,67	176,09	173,35	103,30						649,7
Pancréas	0,43	0,26	1,59	9,81	28,71	65,37	111,32	163,95	247,74	284,40	225,09						1 138,7
Sein	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00						0,0
Maladies cardio-vasculaires																	
Cardiopathie ischémique	0,65	3,42	17,44	69,04	176,70	379,54	491,06	663,66	1 076,56	1 529,79	1 432,82						5 840,7
Cardiomyopathie alcoolique	0,00	0,26	0,32	1,89	4,42	10,64	7,91	7,86	9,72	7,58	3,62						54,2
Maladie vasculaire cérébrale	2,38	5,53	18,71	33,95	86,14	140,87	205,13	249,86	509,44	754,06	803,22						2 809,3
Maladies respiratoires																	
Pneumonie, grippe	3,90	3,42	7,29	9,43	25,62	57,26	53,68	94,38	178,52	251,90	292,51						977,9
Autres pathologies																	
Syndrome d'alcoolisme foetal	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd						nd
Autres causes de décès																	
Accidents de la circulation	251,18	253,13	218,87	190,54	185,64	218,80	204,06	159,38	133,43	152,46	114,12						2 081,6
Chutes accidentelles	9,52	11,85	19,35	23,01	37,99	55,74	61,59	61,71	91,08	110,51	105,11						587,5
Suicides	84,20	141,41	212,18	289,74	382,12	483,41	359,40	274,66	275,67	249,19	166,37						2 918,3
Homicides	6,28	9,22	12,69	10,19	15,02	12,16	19,78	9,07	9,72	5,96	4,35						57,2
Total	361,1	438,3	549,0	788,1	1 388,6	2 419,5	2 824,4	3 249,6	4 848,9	5 619,9	4 572,8						27 060,3
																	14 781,9

2 millions. Néanmoins, ce chiffre ne correspond pas aux pertes de revenus imputables à l'alcool supportées par les jeunes hommes de la classe 20-24 ans décédés prématurément, mais bien aux pertes de revenus totales supportées par l'ensemble des jeunes hommes âgés de 20 à 24 ans que ceux-ci soient morts pour cause alcoolique ou non. En fait, nous n'appliquons le coefficient de Hill que sur le total des pertes de revenus⁹⁰.

En règle générale, les totaux fournis en ligne et en colonne peuvent constituer des indicateurs intéressants dans l'identification de groupes cibles pour des politiques de prévention, les totaux en lignes permettant de cibler les causes médicales de décès à traiter en priorité du fait de pertes de revenus élevées, alors que les totaux en colonne peuvent indiquer les classes d'âges vers lesquelles des campagnes de sensibilisation peuvent se révéler prioritaires. À titre d'exemple, la cirrhose du foie et la cardiopathie ischémique avec respectivement 2 564,5 millions de francs et 2 227,79 millions de francs de pertes de revenus imputables à l'alcool arrivent « en tête » des pathologies dans le domaine des pertes de revenus pour décès prématurés imputables à l'alcool. Ces pathologies représentent à elles seules 31,42 % des pertes de revenus pour décès prématurés liés à l'alcool. En revanche, et contrairement à ce que nous avançons dans les lignes précédentes, le fait que les classes d'âges les plus anciennes représentent les populations où les pertes de revenus sont les plus élevées ne signifie pas que les campagnes de prévention doivent cibler prioritairement ces populations. En effet, l'effet cumulatif sur la santé d'une consommation régulière d'alcool au cours de la vie augmente fortement les risques de développer des pathologies liées à ce facteur de risque. Il apparaît donc évident que l'effort de prévention doit se porter principalement vers les jeunes populations.

Comparativement au résultat obtenu avec la première méthode d'évaluation, **les pertes de revenus des hommes liées à des décès prématurés imputables à l'alcool s'élèvent, avec cette seconde méthode, à 14 781,9 millions de francs**, soit un écart de 5 113,95 millions de francs.

Concernant les femmes, les pertes de revenus liées à des décès prématurés imputables à l'alcool s'élèvent, avec cette seconde méthode, à 3 451,0 millions de francs. Comparativement au résultat obtenu avec

90. Néanmoins, il serait tout à fait envisageable d'appliquer les coefficients de Hill à chaque classe d'âge pour chacune des pathologies étudiées afin de déterminer, par exemple, quel est la classe d'âge qui supporte les pertes de revenus les plus importantes du fait de l'alcool. Cependant, pour une pathologie donnée, chacune des classes étudiées se verrait appliquer le même coefficient de Hill. En conséquence, les totaux donnés en colonnes seraient multipliés par un ensemble de coefficients identiques. Ceci impliquerait donc que l'ordre établi dans les tableaux 3.39 et 3.40 serait inchangé en terme de totaux par colonne.

Tableau 3.40 - Pertes de revenus liées aux décès prématurés imputables à l'alcool par quintile d'âge (femmes âgées de 20 ans et plus et en millions de francs)

Causes médicales de décès	Pertes de revenus pour cause de décès prématuré										Total	Total Hill	
	60	55	50	45	40	35	30	25	20	15			10
Troubles mentaux													
Psy et syndr. de dépendance alc.	0,18	0,87	2,90	8,25	15,09	28,27	33,95	26,56	25,41	36,43	24,92	10,51	213,3
Maladies de l'appareil digestif													
Hépatite alcoolique aiguë	0,00	0,00	0,79	2,54	4,90	9,72	5,07	2,83	5,44	3,64	2,17	0,72	37,8
Cirrhose du foie	0,00	0,00	7,37	20,30	56,97	129,44	181,41	167,27	205,09	249,56	189,56	82,64	1 269,6
Pancréatite aiguë	0,35	0,22	0,00	0,63	0,75	2,21	3,04	3,39	9,68	18,82	27,63	14,86	81,6
Pancréatite chronique	0,00	0,00	0,00	0,00	0,38	1,33	0,51	0,57	0,60	3,04	0,54	0,72	4,2
Cancers													
Cavité buccale	0,00	0,00	0,26	1,90	3,40	8,84	9,63	16,95	18,15	25,50	31,96	17,40	134,0
Pharynx	0,18	0,22	0,53	2,54	5,66	12,81	15,71	15,82	18,15	21,86	20,58	11,96	126,0
Œsophage	0,00	0,00	0,00	0,00	5,28	14,14	15,20	28,82	29,04	46,75	51,46	35,52	226,2
Rectum	0,00	0,43	1,32	3,81	6,41	9,72	22,80	31,65	70,18	76,51	115,93	77,21	416,0
Foie	0,35	0,43	0,79	2,54	4,15	9,28	20,78	27,12	65,34	101,40	108,34	87,72	428,2
Larynx	0,00	0,00	0,00	0,95	2,26	5,30	7,60	8,48	10,89	18,22	11,38	9,42	74,5
Pancréas	0,00	0,43	0,79	3,81	7,17	23,41	45,61	66,12	121,60	209,48	248,64	205,16	932,2
Sein	0,53	5,41	22,91	72,31	152,42	292,45	428,18	483,15	677,57	776,60	732,39	435,68	4 079,6
Maladies cardio-vasculaires													
Cardiopathie ischémique	0,71	0,65	2,37	10,78	22,26	43,29	77,02	97,76	216,58	520,37	890,03	959,81	2 841,6
Cardiomyopathie alcoolique	0,00	0,00	0,00	0,63	0,38	1,33	0,51	1,13	1,81	1,82	2,17	0,00	9,8
Maladie vasculaire cérébrale	1,94	5,19	9,74	17,44	43,39	70,68	95,77	118,67	229,89	477,86	851,57	964,52	2 886,7
Maladies respiratoires													
Pneumonie, grippe	0,35	1,52	1,84	6,03	16,22	16,35	17,74	31,08	66,55	108,69	211,81	250,10	728,3
Autres pathologies	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Syndrome d'alcoolisme fœtal	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Autres causes de décès													
Accidents de la circulation	46,49	37,00	45,35	49,32	56,73	71,53	64,47	65,36	81,63	95,98	99,55	69,87	783,3
Chutes accidentelles	1,59	1,08	1,32	4,76	7,17	16,35	20,27	24,86	36,90	60,11	126,76	156,22	457,4
Suicides	18,88	32,25	56,09	75,48	106,01	144,90	146,44	133,36	125,84	125,69	107,26	67,06	1 139,3
Homicides	2,12	3,46	5,53	6,34	7,55	7,51	9,63	8,48	4,23	6,68	4,88	3,26	69,7
Total	73,7	89,2	159,9	290,4	524,5	918,8	1 221,3	1 359,4	2 020,6	2 985,0	3 839,5	3 460,4	16 942,7
													3 451,0

la première méthode d'évaluation, l'écart des pertes de revenus des femmes liées à des décès prématurés imputables à l'alcool s'élève à 1 191,35 millions de francs.

Au total, **cette seconde méthode permet d'évaluer les pertes de revenus liées à des décès prématurés imputables à l'alcool à 18 232,9 millions de francs** (14 781,9 millions de francs pour les hommes et 3 451,0 millions de francs pour les femmes), soit une différence de 6 305,3 millions de francs comparativement à la première méthode.

La seconde catégorie d'individus connaissant une perte de revenus imputable à l'alcool correspond aux individus ayant commis des crimes ou délits ainsi que des accidents de la circulation sous l'emprise de l'alcool et qui ont été condamnés à une peine de prison ferme.

Concernant les accidents de la circulation qui impliquent des conducteurs en état alcoolique et condamnés à de la prison ferme, nous savons, d'après le tableau 3.26 donné dans le point traitant du coût supporté par le système pénitentiaire, que 5 891 personnes étaient condamnées à 2,5 mois de prison ferme pour conduite en état alcoolique, 401 individus à 3,4 mois de prison ferme pour blessures involontaires et 274 à 9,2 mois de prison ferme pour homicides involontaires. Les peines d'emprisonnement étant inférieures à un an, nous prenons comme base de calcul, le RDB mensuel soit :

$$\text{RDB mensuel} = 97\ 012 / 12 = 8\ 084,3$$

De même, les durées moyennes d'emprisonnement étant inférieures à l'année, il ne se révèle pas utile d'effectuer une actualisation des flux de revenus perdus. Ainsi, avec un RDB mensuel de 8 084,3 francs, des durées d'emprisonnement mentionnées précédemment et le nombre de personnes effectivement emprisonnées pour chaque type d'infraction, nous pouvons estimer les pertes de revenus des individus emprisonnés dans le cadre d'infractions au code de la route impliquant l'alcool à :

Pertes de revenus des individus incarcérés pour infractions au code de la route impliquant l'alcool =

$$(5\ 891 \times 2,5 \times 8\ 084,3) + (401 \times 3,4 \times 8\ 084,3) + (274 \times 9,2 \times 8\ 084,3)$$

soit **150,46 millions de francs perdus par les individus incarcérés pour des infractions au code de la route impliquant l'alcool.**

Quant aux autres crimes et délits impliquant l'alcool et dont les auteurs sont incarcérés, nous ne disposons malheureusement pas d'informations, comme

dans le cadre des estimations concernant les dépenses supportées par les ministères de l'Intérieur, de la Défense nationale et de la Justice. Nous pouvons cependant raisonnablement estimer que le montant des pertes de revenus supporté par ces individus devrait être supérieur à celui supporté par les individus incarcérés pour infractions au code de la route et impliquant l'alcool. En d'autres termes, les pertes de revenus dans le cas présent devraient être supérieures à 150,46 millions de francs. En effet, comparativement aux infractions au code de la route impliquant l'alcool, le temps d'emprisonnement pour les individus ayant commis des crimes ou délits sous l'emprise de l'alcool devrait être bien supérieur, alors que nous pouvons estimer que le nombre de personnes emprisonnées ne serait pas forcément inférieur du fait du flux d'entrées - sorties.

Enfin, la dernière catégorie d'individus connaissant une perte de revenus imputable à l'alcool correspond aux individus hospitalisés ou en arrêt maladie pour cause alcoolique. Comme pour le tabac, l'estimation se révèle plus complexe pour ce type d'individus dans le sens où, d'une part, nous ne disposons pas des arrêts maladie imputables à l'alcool et, d'autre part, l'estimation des pertes de revenus que nous pouvons effectuer pour ce type de catégorie d'individus est biaisée par des cas particuliers tels que l'existence de complémentaires maladies prenant en charge ces pertes de revenus en compensant la part du revenu non prise en charge par la Sécurité sociale.

En conséquence, nous posons l'hypothèse suivante : nous considérons que l'ensemble des individus composant la population étudiée connaît, lors d'une hospitalisation ou d'un arrêt maladie, un délai de carence de 3 jours. Au-delà de ces 3 jours, nous supposons que les individus ne perçoivent que 75 % de leur salaire.

D'un autre côté, les seules données dont nous disposons correspondent aux chiffres déjà utilisés dans le cadre de l'estimation sur les coûts de santé imputables à l'alcool, ceux-ci concernant principalement les séjours hospitaliers dans les services de soins de courte durée. Bien évidemment, ces chiffres nous amènent loin de la situation réelle, et le lecteur doit garder à l'esprit que cette estimation correspond à un minimum.

Ainsi, les résultats fournis par l'enquête de la DRESS (1996) avancent le chiffre de 6,8 jours comme durée moyenne des séjours hospitaliers, chiffre que nous arrondissons à 7 jours⁹¹. En conséquence, sur ces 7 jours nous

91. *Les pathologies traitées en 1993 dans les services de soins de courte durée - enquête de morbidité hospitalière 1992 - 1993*, tome 2, n° 274 bis, p. 14.

obtenons 3 jours de carence qui correspondent à une perte totale du revenu journalier moyen et 4 jours payés à 75 % du salaire journalier moyen, soit une perte de 25 % de ce même salaire.

D'un autre côté, en reprenant dans les tableaux 3.8 et 3.9 la colonne intitulée « Nombre de séjours imputables à l'alcool » et que nous effectuons la somme des séjours pour l'ensemble des pathologies, nous obtenons un nombre de séjours égal à 383 381 avec les coefficients de Hill (297 266 séjours pour les hommes et 86 115 pour les femmes). En conséquence, nous pouvons évaluer le nombre total de jours d'hospitalisation imputable à l'alcool à 2 683 667.

Enfin, nous supposons que le revenu journalier moyen s'élève à 265,77 francs (97 012 francs, équivalant au RDB annuel, divisés par 365 jours).

En conséquence, pour 3 jours de carence la perte de revenus pour un séjour hospitalier s'élève à 797,31 francs (265,77 x 3), la perte de revenus pour les 4 jours restants étant de 265,77 francs (265,77 x 0,25 x 4). Au total, chaque séjour hospitalier équivaut à une perte de revenus égale à 1 063,08 francs. **Ainsi, pour 383 381 séjours hospitaliers d'une durée moyenne de 7 jours, les pertes de revenus imputables à l'alcool s'élèvent à 407,56 millions de francs.**

En fait, si, comme pour le tabac, nous utilisons le rapport Rosa (1996), nous savons que ce dernier dans sa partie sur les coûts liés à l'absentéisme des fumeurs sur le lieu de travail, nous donne une information plus fine sur le nombre de jours moyen d'hospitalisation par pathologie. Le tableau 3.41 ci-après donne, dans ces deux premières colonnes de chiffres les nombres de séjours hospitaliers estimés pour les hommes et les femmes, alors que les troisième et quatrième colonnes de chiffres utilisent les durées moyennes des séjours avancées dans le rapport Rosa (1996).

Il est à noter que pour les pathologies communes entre tabac et alcool, nous reprenons les durées moyennes données par Rosa (1996) alors que pour les pathologies propres à l'alcool, nous utilisons la moyenne non pondérée des durées moyennes avancées par Rosa (1996) pour l'ensemble des pathologies traitées dans le cadre du tabac, cette moyenne étant égale à 9,6 jours pour les hommes et 9,5 jours pour les femmes. Sur cette base, les cinquième et sixième colonnes de chiffres évaluent les pertes de revenus liées aux 3 premiers jours de carence non pris en charge, alors que les septième et huitième colonnes de chiffres évaluent les pertes de revenus liées aux jours d'hospitalisation supplémentaires et pris en charge à hauteur de 75 %. Enfin, les deux dernières colonnes donnent les pertes totales supportées par les hommes (colonnes 5 + 7) et les pertes de revenus supportées par les femmes (colonnes 6 + 8).

Tableau 3.41 - Pertes de revenus liées aux séjours hospitaliers imputables à l'alcool et basées sur la durée moyenne des séjours de Rosa (millions de francs)

Causes médicales de décès	Nombre de séjours (hommes)	Nombre de séjours (femmes)	Séjour moyen (hommes)	Séjour moyen (femmes)	Pertes 3 jours (hommes)	Pertes 3 jours (femmes)	Pertes jours restants (hommes)	Pertes jours restants (femmes)	Pertes totales (hommes)	Pertes totales (femmes)
Troubles mentaux										
Psy et syndr. de dépendance alc.	68 077	21 841	9,6	9,5	54,28	17,41	29,85	9,43	84,13	26,85
Maladies de l'appareil digestif										
Hépatite alcoolique aiguë	4 250	2 152	9,6	9,5	3,39	1,72	1,86	0,93	5,25	2,65
Cirrhose du foie	32 078	12 315	9,6	9,5	25,58	9,82	14,07	5,32	39,64	15,14
Pancréatite aiguë	5 520	3 120	9,6	9,5	4,40	2,49	2,42	1,35	6,82	3,84
Pancréatite chronique	2 577	2 358	9,6	9,5	2,05	1,88	1,13	1,02	3,18	2,90
Cancers										
Cavité buccale	12 852	696	9,6	9,5	10,25	0,55	5,64	0,30	15,88	0,86
Pharynx	15 041	750	9,6	9,5	11,99	0,60	6,60	0,32	18,59	0,92
Œsophage	15 174	9 900	9,0	9,0	12,10	7,89	6,05	3,95	18,15	11,84
Rectum	1 932	725	9,6	9,5	1,54	0,58	0,85	0,31	2,39	0,89
Foie	8 875	1 566	9,6	9,5	7,08	1,25	3,89	0,68	10,97	1,92
Larynx	11 813	2 379	7,5	7,5	9,42	1,90	3,53	0,71	12,95	2,61
Pancréas	2 475	2 525	9,5	9,5	1,97	2,01	1,07	1,09	3,04	3,10
Sein	-	9 648	-	9,5	-	7,69	-	4,17	-	11,86
Maladies cardio-vasculaires										
Cardiopathie ischémique	75 465	6 707	8,9	8,9	60,17	5,35	29,58	2,63	89,75	7,98
Cardiomyopathie alcoolique	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Maladie vasculaire cérébrale	20 618	6 536	11,4	11,4	16,44	5,21	11,51	3,65	27,95	8,86
Maladies respiratoires										
Pneumonie, grippe	20 520	2 898	10,5	10,5	16,36	2,31	10,23	1,44	26,59	3,75
Autres pathologies										
Syndrome d'alcoolisme fœtal	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Total	297 266	86 115	9,5	9,5	237,0	68,7	128,3	37,3	365,3	106,0

Au total, les hommes dont l'hospitalisation est imputable à l'alcool supportent une perte de revenus égale à 365,3 millions, alors que les femmes dont l'hospitalisation est imputable à l'alcool supportent une perte de revenus d'un montant équivalant à 106,0 millions de francs. En conséquence, **ce sont donc 471,3 millions de francs de pertes de revenus que supportent les personnes dont l'hospitalisation est imputable à l'alcool.**

Il est à noter que cette évaluation, comparativement à la précédente, utilise les mêmes coefficients de Hill mais pour une durée moyenne de séjours légèrement supérieure. Ainsi, le total des troisième et quatrième colonnes de chiffres correspond à la durée moyenne de l'ensemble des pathologies pondérée par le nombre de séjours estimés pour les hommes et les femmes. En d'autres termes, l'estimation précédente ne retenait que 7 jours comme durée moyenne des séjours hospitaliers (hommes et femmes), alors que dans cette nouvelle estimation nous utilisons une durée moyenne de 9,5 jours (hommes et femmes).

Au total, il apparaît que cette seconde estimation est plus proche de la réalité que la précédente dans le sens où la durée moyenne d'un séjour hospitalier basée sur les données de la DRESS ne concerne que les séjours dans les services de soins de courte durée. Aussi, un léger accroissement de la durée moyenne du séjour hospitalier ne peut que permettre d'améliorer notre estimation. Néanmoins, les chiffres de Rosa (1996) étant eux-mêmes tirés d'études similaires de la DRESS sur les années antérieures, ou provenant du PMSI qui sert de référence à ces enquêtes, nous pouvons, là encore, penser que ces évaluations fournissent des montants sous-évalués par rapport à la réalité.

3.7.2 - Les pertes de production sur le lieu de travail

Les pertes de production sur le lieu de travail liées aux décès prématurés, aux incarcérations et aux journées d'hospitalisation imputables à l'alcool ne représentent pas une grandeur facile à évaluer, puisque aucun indicateur satisfaisant n'est disponible. Cependant, cette évaluation peut passer par la construction d'un agrégat constitué par la valeur ajoutée produite au cours de l'année, d'une part, et par le volume d'heures travaillées annuellement par l'ensemble de la population, d'autre part. En fait, cette mesure correspond à la « valeur ajoutée horaire apparente du travail », en référence à la « productivité horaire apparente du travail ».

Comme le note l'INSEE (1998), « l'indice de productivité horaire apparente du travail met en relation la variation en volume de la valeur ajoutée brute d'une année par rapport à la précédente et la variation sur la même période

du volume d'heures travaillées. Ce dernier est évalué par la somme des heures travaillées par les salariés, les non-salariés, les inactifs, les multi-actifs agricoles et le volume d'heures travaillées « au noir ». La croissance de la productivité horaire apparente du travail résulte souvent d'une plus grande consommation de capital, et le qualificatif « apparente » prévient qu'il ne faut pas en attribuer les causes à la seule productivité du travail (cf. p. 179).

Sous les réserves émises par l'INSEE quant à la productivité horaire apparente du travail, nous retiendrons globalement ce principe, excepté que notre calcul ne correspondra pas à un rapport de variation, mais bien au rapport de deux variables : la valeur ajoutée brute produite au cours de l'année, d'une part, et le nombre d'heures travaillées annuellement, d'autre part.

Notons que le choix de la variable « valeur ajoutée brute » annuelle s'explique par le fait que cette dernière exprime, dans des termes rapides, la création de richesses d'une entreprise ou d'une branche d'activité au cours de l'année, une fois déduite la valeur des consommations intermédiaires et sans prendre en compte les amortissements⁹². De plus, il faut mentionner le fait que cette valeur ajoutée se répartit, par la suite, et de manière générale, entre l'entreprise, l'État et les salariés. Aussi, dans nos calculs ultérieurs nous devons faire attention de ne pas omettre de retirer les salaires déjà comptabilisés précédemment et les prélèvements obligatoires traités dans le point suivant. Enfin, et d'une manière générale, cet indicateur nous semble intéressant, puisque celui-ci nous permettra, dans un premier temps, de calculer la perte infligée par l'alcool à la collectivité dans son ensemble en terme de création de richesses.

Concernant les données, L'INSEE (1998) avance, pour 1997, un montant de valeur ajoutée brute de 7 491 414,0 millions de francs pour un PIB total de 8 137 000,0 millions de francs⁹³. D'un autre côté, l'INSEE avance le chiffre d'une durée hebdomadaire du travail de 39,8 heures en 1996, soit 1 870,6 heures annuelles (39,8 heures x 47 semaines⁹⁴). Aussi, en considérant que

92. Notons qu'une fois les amortissements déduits, nous obtenons la valeur ajoutée nette. De plus, l'agrégat traditionnellement retenu pour exprimer la création de richesse annuelle d'un pays correspond au PIB. Celui-ci correspond à la somme des valeurs ajoutées brutes, augmentée de la TVA grevant les produits et des droits de douanes moins les subventions à l'importation (INSEE, 1998, p. 102). Néanmoins, et pour nos propos, il nous apparaît plus pertinent de retenir la valeur ajoutée.

93. Notons que le PIB peut être divisé en PIB marchand (6 724 000,00 millions de francs en 1997) et un PIB non-marchand (1 413 000,00 millions de francs pour 1997). « Ce dernier est défini comme l'ensemble de l'activité des administrations, y compris une activité de production "non-marchande", c'est-à-dire disponible gratuitement ou quasi gratuitement (Éducation nationale, musées, dépistage médical, etc.) », (INSEE, 1998, p. 102).

94. Cette durée hebdomadaire du travail de 39,8 heures correspond à celle des salariés à temps complet. Les 47 semaines, quant à elles, correspondent à 52 semaines desquelles sont retirées 5 semaines de congés payés.

le nombre d'emplois intérieurs, en 1997, s'élevait à 22,337 millions de personnes (cf. INSEE, 1998, p. 131⁹⁵), et que le nombre d'heures travaillées par salarié n'a pas évolué entre 1996 et 1997, nous obtenons 41 783,6 millions d'heures travaillées annuellement (1 870,6 x 22,337). En conséquence, la valeur ajoutée créée par heure de travail s'élève à 179,3 francs (7 491 414 / 47 853,689), soit 1 427,23 francs par jour de travail⁹⁶. Enfin, en terme annuel, la valeur ajoutée créée par chaque emploi intérieur s'élève à 335 399,05 francs.

Sur cette base, nous pouvons, comme pour les pertes de revenus, calculer les pertes de production sur le lieu de travail liées aux décès prématurés, aux incarcérations et aux hospitalisations imputables à l'alcool.

Tout d'abord, concernant les décès prématurés, nous devons recalculer ces décès en fonction de l'âge de la retraite. En effet, ici la notion de décès prématuré peut se définir simplement par la différence entre l'âge correspondant à l'âge de la retraite à un instant t donné et l'âge auquel l'individu étudié est décédé à ce même instant t . Dans ce cadre, nous retiendrons, dans nos propos, l'âge de 65 ans pour les hommes et les femmes. Ainsi, un jeune homme décédé en 1997 à l'âge de 20 ans est considéré comme une personne décédée prématurément, le nombre d'années de travail perdues par ce jeune homme s'élevant à 45 ans. En revanche, un homme décédé à l'âge de 65 ans, ou à un âge supérieur à 65 ans, sera considéré comme un décès « normal », ce décès n'étant pas pris en compte dans l'évaluation des pertes de production.

Le tableau 3.42 ci-après, établi à partir des causes médicales de décès recensées en 1996 et 1997 par le service commun n° 8 de l'INSERM, reprend les différentes pathologies pour lesquelles l'alcool peut être considéré comme un facteur de risque. Pour chacune de ces causes de décès, nous indiquons le nombre de décès imputable à l'alcool et l'âge moyen du décès pour toutes les populations décédées (i.e. les populations « buveurs » et « non-buveurs »), ces données étant établies pour chaque sexe.

95. Il semble préférable, ici, de retenir le nombre d'emplois intérieurs plutôt que la population active. En effet, « l'emploi intérieur comprend toutes les personnes physiques (résidentes ou non) ayant un emploi dans une unité de production résidente. Il s'agit d'une population évaluée en moyenne annuelle où chaque personne compte pour une unité, quelle que soit la durée de son travail. Tous les types d'emplois sont comptabilisés, y compris les emplois précaires. On distingue l'emploi civil et l'emploi militaire, l'emploi salarié et non salarié », (cf. INSEE, 1998, p. 130). La population active, quant à elle, « comprend la population active occupée (ayant un emploi) et les chômeurs », (cf. INSEE, 1998, p. 72). En 1997, la population active comptait 25 582 millions de personnes.

96. En considérant qu'une semaine de travail se compose de 5 jours, nous obtenons 7,96 heures de travail par jour (39,8 / 5).

Tableau 3.42 - Décès imputables à l'alcool (hommes et femmes âgés de 20 ans et plus⁹⁷)

Causes médicales de décès	Nbr. de décès imputables à l'alcool (homme)	Nbr. de décès imputables à l'alcool (femme)	Âge moyen du décès (homme)	Âge moyen du décès (femme)
Troubles mentaux				
Psy et syndr. de dépendance alc.	1 301	302	50	49
Maladies de l'appareil digestif				
Hépatite alcoolique aiguë	112	70	49	48
Cirrhose du foie	3 301	1 055	53	52
Pancréatite aiguë	62	16	51	53
Pancréatite chronique	34	4	51	51
Cancers				
Cavité buccale	727	28	54	53
Pharynx	1 508	44	54	52
Œsophage	1 363	96	55	54
Rectum	54	14	56	55
Foie	1 044	132	57	55
Larynx	762	10	54	53
Pancréas	221	99	55	56
Sein	-	677	-	53
Maladies cardio-vasculaires				
Cardiopathie ischémique	2 005	62	54	55
Cardiomyopathie alcoolique	81	12	51	51
Maladie vasculaire cérébrale	590	94	54	52
Maladies respiratoires				
Pneumonie, grippe	286	22	53	52
Autres pathologies				
Syndrome d'alcoolisme fœtal	nd	nd	nd	Nd
Autres causes de décès				
Accidents de la circulation	1 704	494	35	39
Chutes accidentelles	376	26	47	51
Suicides	3 035	266	42	44
Homicides	128	74	40	41
Total	18 694	3 596		

Source : Causes médicales de décès : années 1996 et 1997, INSERM

97. L'âge maximum retenu pour les hommes et les femmes correspond à la tranche d'âge 60-64 ans. Notons que nous ne retenons donc pas les personnes dans leur dernière année d'activité (i.e. la 65^e année) ce qui devrait avoir pour effet de très légèrement sous-estimer les résultats du fait d'une perte des personnes décédées à 65 ans.

Ainsi, ce sont, selon nos estimations, 22 290 personnes qui décèdent de façon prématurée vis-à-vis de l'âge de la retraite à cause de l'alcool (18 694 hommes et 3 596 femmes). Il est cependant intéressant de constater que **les hommes représentent 83,87 % de ces décès prématurés, les femmes représentant, en conséquence, 16,13 % des décès prématurés imputables à l'alcool.**

Comme pour les pertes de revenus, nous pouvons, sur la base de ce tableau, donner une première évaluation. En effet, en calculant, tout d'abord, pour chaque cause médicale de décès et chaque sexe, la différence entre l'âge de la retraite et l'âge moyen du décès calculé, et en retenant ensuite le montant moyen de valeur ajoutée annuelle créée par emploi intérieur (soit 335 399,05 francs) et le taux d'actualisation retenu précédemment (soit 6 %), il devient possible de donner la perte totale de valeur ajoutée imputable à l'alcool et liée aux décès prématurés, i.e. ceux ayant lieu avant l'âge de la retraite.

Ainsi, le tableau 3.43 ci-après donne pour chaque cause médicale de décès et chaque sexe, une évaluation des pertes en terme de valeur ajoutée pour les individus décédés prématurément pour cause alcoolique. En d'autres termes, ce tableau permet de fournir une estimation des pertes en termes de richesses créées avant répartition entre entreprises, État et salariés.

Au total, **ce seraient donc 43 608,87 millions de francs de pertes de valeur ajoutée pour les individus décédés prématurément du fait de l'alcool** (36 384,97 millions de francs pour les hommes et 7 223,7 millions pour les femmes).

Il faut cependant noter que cette estimation ne correspond pas aux pertes de production sur le lieu de travail, puisque nous savons qu'une partie de la valeur ajoutée est versée à l'État et qu'une autre partie est versée aux salariés sous forme de revenus. Or, ces deux aspects sont comptabilisés, d'une part, dans les pertes de revenus traitées dans le point précédent et, d'autre part, dans les pertes de prélèvements obligatoires traitées dans le point suivant. De plus, comparativement au point précédent, ainsi qu'au point suivant, nous devons signaler que les calculs sont effectués sur la population âgée de 20 ans jusqu'à la tranche d'âge 60-64 ans pour les hommes et les femmes, alors que dans les deux autres points mentionnés, les calculs sont effectués sur une population âgée de 20 ans jusqu'à la tranche d'âge 75-79 ans pour les hommes et 80-84 ans pour les femmes.

Ainsi, une évaluation exacte des pertes de production sur le lieu de travail liées aux décès prématurés imputables à l'alcool doit retrancher de ces pertes de valeur ajoutée, les pertes de revenus et les pertes de prélèvements obligatoires pour les personnes âgées de 20 ans jusqu'à la tranche d'âge 60-64 ans.

Or, en 1997, le revenu primaire s'élevait, selon l'INSEE (1998), à 115 199,57 francs par habitant (le revenu disponible brut par habitant et avant impôts s'élevant à 107 942 francs et représentant 93,7 % du revenu primaire⁹⁹).

Ainsi, en terme de revenu primaire, les pertes liées aux décès prématurés imputables à l'alcool et pour les personnes âgées de 20 ans jusqu'à la tranche d'âge 60-64 ans s'élèvent à 14 978,28 millions de francs (12 497,15 millions de francs pour les hommes et 2 481,13 millions de francs pour les femmes).

Nous devons signaler que le tableau 3.44 (p. 180) ne donne que les pertes en revenu primaire, les autres colonnes présentes dans le tableau 3.43 (à savoir le nombre d'années perdues par les hommes et par les femmes, ainsi que le nombre de décès pour les hommes et pour les femmes) étant identiques entre ces deux tableaux. En conséquence, il nous est apparu préférable, dans un souci de simplicité, de ne pas redonner ces colonnes de chiffres.

À présent il devient possible d'estimer « grossièrement » les pertes de production sur le lieu de travail liées aux décès prématurés imputables à l'alcool en effectuant la différence entre les pertes de valeur ajoutée et les pertes en terme de revenu primaire. En effet, cette différence retrace à peu près la part de richesses perdues par les entreprises (dans un sens large) après avoir versé les salaires et les cotisations patronales (i.e. globalement le revenu primaire), mais avant les diverses taxes pesant sur les entreprises. C'est en ce sens (du fait des taxes versées par les entreprises à l'État) que nous signalons que cette estimation retrace « à peu près » la part de richesses perdues par les entreprises puisque pour être véritablement correcte, nous devrions prendre en compte, dans nos calculs, ces diverses taxes.

Néanmoins, et à la réserve près mentionnée précédemment, le tableau 3.45 (p. 181) retrace les pertes de production liées aux décès prématurés imputables à l'alcool. Les résultats obtenus correspondent donc à la différence entre les colonnes de pertes des tableaux 3.43 et 3.44.

En fait, nous devrions dire que les véritables pertes de production correspondent aux pertes de valeur ajoutée, mais, par souci de répartition des pertes entre les différentes catégories d'agents, il semble préférable d'effectuer un éclatement des pertes pour savoir ce que supportent effectivement les individus, les entreprises et l'État.

99. Pour plus de précisions sur le passage du revenu primaire au revenu disponible brut, nous renvoyons le lecteur au point suivant traitant des pertes de prélèvements obligatoires.

Tableau 3.43 - Pertes de valeur ajoutée liées aux décès prématurés imputables à l'alcool (hommes et femmes âgés de 20 ans et plus⁹⁸)

Causes Médicales de décès	Années perdues (homme)	Années perdues (femme)	Nombre de décès (homme)	Nombre de décès (femme)	Valeur ajoutée (homme) (1)	Valeur ajoutée (femme) (1)
Troubles mentaux						
Psy et syndr. de dépendance alc.	15	16	1 301	302	2 737,07	636,92
Maladies de l'appareil digestif						
Hépatite alcoolique aiguë	16	17	112	70	236,34	148,22
Cirrhose du foie	12	13	3 301	1 055	6 585,49	2 146,45
Pancréatite aiguë	14	12	62	16	130,29	32,20
Pancréatite chronique	14	14	34	4	69,41	8,04
Cancers						
Cavité buccale	11	12	727	28	1 421,74	54,77
Pharynx	11	13	1 508	44	2 949,11	89,67
Œsophage	10	11	1 363	96	2 561,88	183,94
Rectum	9	10	54	14	94,41	25,73
Foie	8	10	1 044	132	1 757,83	243,14
Larynx	11	12	762	10	1 459,02	20,54
Pancréas	10	9	221	99	409,48	180,14
Sein	-	12	-	677	-	1 368,37
Maladies cardio-vasculaires						
Cardiopathie ischémique	11	10	2 005	62	3 874,14	117,70
Cardiomyopathie alcoolique	14	14	81	12	168,72	25,00
Maladie vasculaire cérébrale	11	13	590	94	1 159,37	191,84
Maladies respiratoires						
Pneumonie, grippe	12	13	286	22	570,99	44,80
Autres pathologies						
Syndrome d'alcoolisme foetal	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Autres causes de décès						
Accidents de la circulation	30	26	1 704	494	3 017,95	953,31
Chutes accidentelles	18	14	376	26	795,52	53,77
Suicides	23	21	3 035	266	6 139,19	553,10
Homicides	25	24	128	74	247,01	146,07
				Total	36 384,97	7 223,70

(1) Millions de francs

98. L'âge maximum retenu pour les hommes et les femmes correspond à la tranche d'âge 60-64 ans. Notons que nous ne retenons donc pas les personnes dans leur dernière année d'activité (i.e. la 65^e année) ce qui devrait avoir pour effet de très légèrement sous-estimer les résultats du fait d'une perte des personnes décédées à 65 ans.

Tableau 3.44 - Pertes de revenu primaire liées aux décès prématurés imputables à l'alcool (hommes et femmes âgés de 20 ans et plus¹⁰⁰)

Causes médicales de décès	Perte de revenu primaire (hommes) (1)	Perte de revenu primaire (femmes) (1)
Troubles mentaux		
Psy et syndr. de dépendance alc.	940,10	218,76
Maladies de l'appareil digestif		
Hépatite alcoolique aiguë	81,17	50,91
Cirrhose du foie	2 261,92	737,24
Pancréatite aiguë	44,75	11,06
Pancréatite chronique	23,84	2,76
Cancers		
Cavité buccale	488,33	18,81
Pharynx	1 012,93	30,80
Œsophage	879,93	63,18
Rectum	32,43	8,84
Foie	603,76	83,51
Larynx	501,13	7,05
Pancréas	140,64	61,87
Sein	-	469,99
Maladies cardio-vasculaires		
Cardiopathie ischémique	1 330,65	40,43
Cardiomyopathie alcoolique	57,95	8,59
Maladie vasculaire cérébrale	398,21	65,89
Maladies respiratoires		
Pneumonie, grippe	196,12	15,39
Autres pathologies		
Syndrome d'alcoolisme fœtal	nd	nd
Autres causes de décès		
Accidents de la circulation	1 036,58	327,43
Chutes accidentelles	273,24	18,47
Suicides	2 108,63	189,97
Homicides	84,84	50,17
Total	12 497,15	2 481,13

(1) Millions de francs

100. L'âge maximum retenu pour les hommes et les femmes correspond à la tranche d'âge 60-64 ans. Notons que nous ne retenons donc pas les personnes dans leur dernière année d'activité (i.e. la 65^e année) ce qui devrait avoir pour effet de très légèrement sous-estimer les résultats du fait d'une perte des personnes décédées à 65 ans.

Tableau 3.45 - Pertes de production liées aux décès prématurés imputables à l'alcool (hommes et femmes âgés de 20 ans et plus¹⁰¹)

Causes médicales de décès	Perte de production (hommes) (1)	Perte de production (femmes) (1)
Troubles mentaux		
Psy et syndr. de dépendance alc.	1 796,97	418,16
Maladies de l'appareil digestif		
Hépatite alcoolique aiguë	155,16	97,31
Cirrhose du foie	4 323,57	1 409,21
Pancréatite aiguë	85,54	21,14
Pancréatite chronique	45,57	5,28
Cancers		
Cavité buccale	933,42	35,96
Pharynx	1 936,18	58,87
Œsophage	1 681,95	120,76
Rectum	61,98	16,89
Foie	1 154,07	159,63
Larynx	957,89	13,48
Pancréas	268,84	118,27
Sein	-	898,37
Maladies cardio-vasculaires		
Cardiopathie ischémique	2 543,49	77,27
Cardiomyopathie alcoolique	110,77	16,41
Maladie vasculaire cérébrale	761,16	125,95
Maladies respiratoires		
Pneumonie, grippe	374,87	29,41
Autres pathologies		
Syndrome d'alcoolisme fœtal	nd	nd
Autres causes de décès		
Accidents de la circulation	1 981,38	625,87
Chutes accidentelles	522,28	35,30
Suicides	4 030,56	363,13
Homicides	162,17	95,90
Total	23 887,82	4 742,58

(1) Millions de francs

101. L'âge maximum retenu pour les hommes et les femmes correspond à la tranche d'âge 60-64 ans. Notons que nous ne retenons donc pas les personnes dans leur dernière année d'activité (i.e. la 65^e année) ce qui devrait avoir pour effet de très légèrement sous-estimer les résultats du fait d'une perte des personnes décédées à 65 ans.

Au total, les pertes de production sur le lieu de travail (ou pertes de richesses des entreprises après salaires et cotisations patronales) liées aux décès prématurés imputables à l'alcool s'élèvent à 28 630,4 millions de francs (23 887,82 millions de francs pour les hommes et 4 742,58 millions de francs pour les femmes).

D'un autre côté, nous savons qu'une estimation plus fine peut être réalisée si, au lieu de prendre l'âge moyen des décès pour chaque cause médicale de décès, nous retenons l'âge moyen de décès par quintile d'âge (pour plus de précisions, se référer au point traitant des pertes de revenus).

Comme précédemment, les tableaux 3.46 et 3.47 sont construits en considérant l'âge moyen de chaque classe (e.g., pour la classe d'âge 20-24 ans l'âge moyen correspond à 22 ans, une pondération par l'effectif étant impossible puisque nous ne disposons que de l'effectif total compris entre 20 et 24 ans).

La seconde étape de construction de ces tableaux consiste à effectuer la différence entre l'âge de la retraite et l'âge moyen de chaque classe d'âge (e.g., dans le tableau 3.46 qui donne les estimations pour les hommes âgés de 20 ans et plus, le nombre 43 correspond à : 65 ans - 22 ans), ceci donnant le nombre d'années perdues qui traduit les t_i^1 dans la formule de l'actualisation des flux de pertes de valeur ajoutée. Néanmoins, les calculs s'arrêtent pour un âge légèrement inférieur à l'âge de la retraite (i.e. 62 ans qui correspond à la moyenne de la classe d'âge 60-64 ans).

Enfin, en reprenant les données pour la valeur ajoutée (soit 355 399,05 francs) et le même taux d'actualisation (6 %), et en utilisant les effectifs des décédés pour chaque cause médicale de décès et chaque classe d'âge, nous pouvons actualiser les flux de valeur ajoutée perdus liés aux décès prématurés imputables à l'alcool.

Comparativement au résultat obtenu avec la première méthode d'évaluation, **les pertes de valeur ajoutée des hommes liées à des décès prématurés imputables à l'alcool s'élèvent, avec cette seconde méthode, à 30 124,8 millions de francs**, soit un écart de 6 260,17 millions de francs.

Concernant les femmes (tableau 3.47), les pertes de valeur ajoutée liées à des décès prématurés imputables à l'alcool s'élèvent, avec cette seconde méthode, à 5 963,1 millions de francs.

Comparativement au résultat obtenu avec la première méthode d'évaluation, l'écart des pertes de valeur ajoutée des femmes liées à des décès prématurés imputables à l'alcool s'élève à 1 260,6 millions de francs.

Tableau 3.46 - Pertes de valeur ajoutée liées aux décès prématurés imputables à l'alcool par quintile d'âge (hommes âgés de 20 ans et plus et en millions de francs)

Causes médicales de décès	Pertes de valeur ajoutée imputables à l'alcool par quintile d'âge								Total	Total Hill	
	43	38	33	28	23	18	13	8			3
Troubles mentaux											
Psy et syndr. de dépendance alc.	9,42	26,45	58,25	209,44	371,60	568,96	472,22	348,48	196,84	2 261,7	2 261,7
Maladies de l'appareil digestif											
Hépatite alcoolique aiguë	0,00	1,39	8,09	9,19	38,37	67,68	34,75	30,30	12,67	202,4	202,4
Cirrhose du foie	1,18	6,96	72,81	301,30	652,31	1 360,00	1 424,83	1 195,26	877,77	5 892,4	5 362,1
Pancréatite aiguë	1,18	2,78	16,18	25,72	42,41	44,42	30,66	47,14	37,17	247,7	99,1
Pancréatite chronique	0,00	0,00	3,24	5,51	12,12	21,15	14,31	11,78	10,98	79,1	55,4
Cancers											
Cavité buccale	0,00	0,00	6,47	16,53	161,56	323,61	382,27	326,59	201,91	1 419,0	1 191,9
Pharynx	1,18	4,18	4,85	77,16	296,87	598,57	748,19	594,26	419,03	2 744,3	2 442,4
Œsophage	0,00	1,39	11,33	40,42	187,82	526,66	615,31	616,15	461,27	2 460,3	2 115,9
Rectum	0,00	4,18	4,85	9,19	46,45	57,11	147,18	212,12	160,52	641,6	77,0
Foie	1,18	4,18	19,42	23,88	92,90	236,89	431,33	609,42	600,67	2 019,9	1 434,1
Larynx	0,00	0,00	1,62	14,70	137,33	351,10	439,51	363,63	245,00	1 552,9	1 226,8
Pancréas	2,35	1,39	8,09	47,77	131,27	272,85	402,71	456,22	344,69	1 667,3	333,5
Sein	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0
Maladies cardio-vasculaires											
Cardiopathie ischémique	3,53	18,10	88,99	336,21	807,82	1 584,20	1 776,43	1 846,76	1 497,87	7 959,9	3 104,4
Cardiomyopathie alcoolique	0,00	1,39	1,62	9,19	20,20	44,42	28,62	21,89	13,52	140,8	140,8
Maladie vasculaire cérébrale	12,95	29,24	95,46	165,35	393,81	587,99	742,05	695,27	708,81	3 430,9	892,0
Maladies respiratoires											
Pneumonie, grippe	21,19	18,10	37,21	45,93	117,13	239,01	194,20	262,62	248,38	1 183,8	426,2
Autres pathologies											
Syndrôme d'alcoolisme foetal	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Autres causes de décès											
Accidents de la circulation	1 366,17	1 338,33	1 116,60	927,87	848,68	913,29	738,20	443,51	185,65	7 878,3	2 678,6
Chutes accidentelles	51,80	62,65	98,70	112,07	173,68	232,66	222,82	171,71	126,72	1 252,8	613,9
Suicides	457,96	747,65	1 082,45	1 410,97	1 746,91	2 017,80	1 300,13	764,29	383,55	9 911,7	5 253,2
Homicides	34,14	48,73	64,72	49,60	68,66	50,76	71,55	25,25	13,52	426,9	213,5
Total	1 964,2	2 317,1	2 800,9	3 838,0	6 347,9	10 099,1	10 217,3	9 042,7	6 746,5	53 373,8	30 124,8

Tableau 3.47 - Pertes de valeur ajoutée liées aux décès prématurés imputables à l'alcool par quintile d'âge (femmes âgées de 20 ans et plus et en millions de francs)

Causes médicales de décès	Pertes de valeur ajoutée imputables à l'alcool par quintile d'âge									Total	Total Hill
	43	38	33	28	23	18	13	8	3		
Troubles mentaux											
Psy et syndr. de dépendance alc.	1,18	5,57	17,80	47,77	80,78	135,37	136,96	79,12	35,48	540,0	540,0
Maladies de l'appareil digestif											
Hépatite alcoolique aiguë	0,00	0,00	4,85	14,70	26,25	46,53	20,44	8,42	7,60	128,8	128,8
Cirrhose du foie	0,00	0,00	45,30	117,58	304,95	619,72	731,83	498,31	286,39	2604,1	1 796,8
Pancréatite aiguë	2,35	1,39	0,00	3,67	4,04	10,58	12,27	10,10	13,52	57,9	23,2
Pancréatite chronique	0,00	0,00	0,00	0,00	2,02	6,35	2,04	1,68	0,84	12,9	7,1
Cancers											
Cavité buccale	0,00	0,00	1,62	11,02	18,18	42,30	38,84	50,50	25,34	187,8	45,1
Pharynx	1,18	1,39	3,24	14,70	30,29	61,34	63,37	47,14	25,34	248,0	74,4
Œsophage	0,00	0,00	0,00	0,00	28,27	67,68	61,33	85,86	40,55	283,7	156,0
Rectum	0,00	2,78	8,09	22,05	34,33	46,53	91,99	94,27	98,00	398,0	19,9
Foie	2,35	2,78	4,85	14,70	22,22	44,42	83,81	80,81	91,24	347,2	187,5
Larynx	0,00	0,00	0,00	5,51	12,12	25,38	30,66	25,25	15,21	114,1	17,1
Pancréas	0,00	2,78	4,85	22,05	38,37	112,10	183,98	196,97	169,81	730,9	146,2
Sein	3,53	34,81	140,77	418,88	815,90	1 400,19	1 727,37	1 439,37	946,20	6 927,0	1 108,3
Maladies cardio-vasculaires											
Cardiopathie ischémique	4,71	4,18	14,56	62,46	119,15	207,28	310,72	291,24	302,45	1 316,8	92,2
Cardiomyopathie alcoolique	0,00	0,00	0,00	3,67	2,02	6,35	2,04	3,37	2,53	20,0	20,0
Maladie vasculaire cérébrale	12,95	33,41	59,87	101,05	232,25	338,41	386,36	353,53	321,03	1 838,9	147,1
Maladies respiratoires											
Pneumonie, grippe	2,35	9,75	11,33	34,91	86,84	78,26	71,55	92,59	92,93	480,5	33,6
Autres pathologies											
Syndrome d'alcoolisme fœtal	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Autres causes de décès											
Accidents de la circulation	310,15	237,97	278,63	285,68	303,66	342,48	260,08	194,71	114,00	2 327,3	791,3
Chutes accidentelles	10,60	6,96	8,09	27,56	38,37	78,26	81,77	74,07	51,53	377,2	41,5
Suicides	125,97	207,45	344,64	437,25	567,49	693,75	590,78	397,30	175,72	3 540,4	460,2
Homicides	14,13	22,28	33,98	36,74	40,39	35,96	38,84	25,25	5,91	253,5	126,7
Total	491,5	573,5	982,5	1 682,0	2 807,9	4 399,2	4 927,0	4 049,9	2 821,7	22 735,0	5 963,1

Tableau 3.48 - Pertes de revenu primaire liées aux décès prématurés imputables à l'alcool par quintile d'âge (hommes âgés de 20 ans et plus et en millions de francs)

Causes médicales de décès	Pertes de revenu primaire imputables à l'alcool par quintile d'âge									Total	Total Hill
	43	38	33	28	23	18	13	8	3		
Troubles mentaux											
Psy et syndr. de dépendance alc.	3,23	9,09	20,01	71,94	127,63	195,42	162,19	119,69	67,61	776,8	776,8
Maladies de l'appareil digestif											
Hépatite alcoolique aiguë	0,00	0,48	2,78	3,16	13,18	23,25	11,94	10,41	4,35	69,5	69,5
Cirrhose du foie	0,40	2,39	25,01	103,49	224,05	467,12	489,39	410,54	301,49	2 023,9	1 841,7
Pancréatite aiguë	0,40	0,96	5,56	8,83	14,57	15,26	10,53	16,19	12,77	85,1	34,0
Pancréatite chronique	0,00	0,00	1,11	1,89	4,16	7,26	4,91	4,05	3,77	27,2	19,0
Cancers											
Cavité buccale	0,00	0,00	2,22	5,68	55,49	111,15	131,30	112,17	69,35	487,4	409,4
Pharynx	0,40	1,43	1,67	26,50	101,97	205,59	256,98	204,11	143,92	942,6	838,9
Œsophage	0,00	0,48	3,89	13,88	64,51	180,89	211,34	211,63	158,43	845,1	726,7
Rectum	0,00	1,43	1,67	3,16	15,95	19,61	50,55	72,86	55,13	220,4	26,4
Foie	0,40	1,43	6,67	8,20	31,91	81,36	148,15	209,32	206,31	693,8	492,6
Larynx	0,00	0,00	0,56	5,05	47,17	120,59	150,96	124,90	84,15	533,4	421,4
Pancréas	0,81	0,48	2,78	16,41	45,09	93,71	138,32	156,70	118,39	572,7	114,5
Sein	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0
Maladies cardio-vasculaires											
Cardiopathie ischémique	1,21	6,22	30,57	115,48	277,46	544,13	610,15	634,31	514,47	2 734,0	1 066,3
Cardiomyopathie alcoolique	0,00	0,48	0,56	3,16	6,94	15,26	9,83	7,52	4,64	48,4	48,4
Maladie vasculaire cérébrale	4,45	10,04	32,79	56,79	135,26	201,96	254,87	238,81	243,45	1 178,4	306,4
Maladies respiratoires											
Pneumonie, grippe	7,28	6,22	12,78	15,78	40,23	82,09	66,70	90,20	85,31	406,6	146,4
Autres pathologies											
Syndrome d'alcoolisme fœtal	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Autres causes de décès											
Accidents de la circulation	469,24	459,68	383,52	318,70	291,50	313,69	253,55	152,33	63,77	2 706,0	920,0
Chutes accidentelles	17,79	21,52	33,90	38,49	59,65	79,91	76,53	58,98	43,53	430,3	210,8
Suicides	157,30	256,79	371,79	484,63	600,01	693,05	446,56	262,51	131,74	3 404,4	1 804,3
Homicides	11,73	16,74	22,23	17,04	23,58	17,44	24,57	8,67	4,64	146,6	73,3
Total	674,7	795,9	962,0	1 318,2	2 180,3	3 468,7	3 509,3	3 105,9	2 317,2	18 332,3	10 347,0

Au total, **cette seconde méthode permet d'évaluer les pertes de valeur ajoutée liées à des décès prématurés imputables à l'alcool à 36 087,9 millions de francs** (30 124,8 millions de francs pour les hommes et 5 963,1 millions de francs pour les femmes), soit une différence de 7 520,77 millions de francs comparativement à la première méthode.

À présent, afin de calculer les pertes de production, nous devons effectuer la même démarche pour les pertes de revenu primaire, ce qui nous permettra, *in fine*, d'effectuer la différence entre les pertes de valeur ajoutée et les pertes de revenu primaire. Les tableaux 3.48 et 3.49 retracent donc les pertes en revenu primaire pour les hommes et les femmes âgés de 20 ans jusqu'à la tranche d'âge 60-64 ans et étant décédés prématurément avant l'âge de la retraite.

Ainsi, les pertes en revenu primaire liées aux décès prématurés imputables à l'alcool pour les hommes s'élèvent à 10 347,0 millions de francs, soit un écart de 2 150,15 millions de francs comparativement à la première méthode utilisée (tableau 3.48).

Concernant les femmes (tableau 3.49), la démarche est identique à celle utilisée précédemment. **Ainsi, les pertes en revenu primaire liées aux décès prématurés imputables à l'alcool pour les femmes s'élèvent à 2 048,2 millions de francs**, soit un écart de 432,93 millions de francs comparativement à la première méthode utilisée.

Au total, les pertes de revenu primaire liées aux décès prématurés imputables à l'alcool s'élèvent à 12 395,2 millions de francs (10 347,0 millions de francs pour les hommes et 2 048,2 millions de francs pour les femmes). Comparativement à la première méthode d'estimation, nous obtenons un écart de 2 583,08 millions de francs.

Les tableaux 3.50 et 3.51 donnent ainsi les pertes de production sur le lieu de travail liées aux décès prématurés imputables à l'alcool, ces tableaux étant construits par différence entre les tableaux 3.46 et 3.48 et 3.47 et 3.49.

En conséquence, les pertes de production liées aux décès prématurés imputables à l'alcool s'élèvent, pour les hommes, à 19 777,8 millions de francs, soit un écart de 4 110,02 millions de francs comparativement à la première méthode d'estimation retenue.

D'un autre côté, les pertes de production liées aux décès prématurés imputables à l'alcool s'élèvent, pour les femmes à 3 915,0 millions de francs, soit un écart de 827,58 millions de francs comparativement à la première méthode d'estimation retenue.

Tableau 3.49 - Pertes de revenu primaire liées aux décès prématurés imputables à l'alcool par quintile d'âge (femmes âgées de 20 ans et plus et en millions de francs)

Causes médicales de décès	Pertes de revenu primaire imputables à l'alcool par quintile d'âge										Total	Total Hill	
	43	38	33	28	23	18	13	8	3				
Troubles mentaux													
Psy et syndr. de dépendance alc.	0,40	1,91	6,11	16,41	27,75	46,49	47,04	27,18	12,19		185,5	185,5	
Maladies de l'appareil digestif													
Hépatite alcoolique aiguë	0,00	0,00	1,67	5,05	9,02	15,98	7,02	2,89	2,61		44,2	44,2	
Cirrhose du foie	0,00	0,00	15,56	40,39	104,74	212,86	251,36	171,15	98,37		894,4	617,2	
Pancréatite aiguë	0,81	0,48	0,00	1,26	1,39	3,63	4,21	3,47	4,64		19,9	8,0	
Pancréatite chronique	0,00	0,00	0,00	0,00	0,69	2,18	0,70	0,68	0,29		4,4	2,4	
Cancers													
Cavité buccale	0,00	0,00	0,56	3,79	6,24	14,53	13,34	17,35	8,71		64,5	15,5	
Pharynx	0,40	0,48	1,11	5,05	10,40	21,07	21,77	16,19	8,71		85,2	25,6	
Œsophage	0,00	0,00	0,00	0,00	9,71	23,25	21,06	29,49	13,93		97,4	53,6	
Rectum	0,00	0,96	2,78	7,57	11,79	15,98	31,60	32,38	33,66		136,7	6,8	
Foie	0,81	0,96	1,67	5,05	7,63	15,26	28,79	27,75	31,34		119,2	64,4	
Larynx	0,00	0,00	0,00	1,89	4,16	8,72	10,53	8,67	5,22		39,2	5,9	
Pancréas	0,00	0,96	1,67	7,57	13,18	38,50	63,19	67,65	58,32		251,0	50,2	
Sein	1,21	11,96	48,35	143,87	280,24	480,92	593,30	494,38	324,99		2 379,2	380,7	
Maladies cardio-vasculaires													
Cardiopathie ischémique	1,62	1,43	5,00	21,45	40,93	71,19	106,72	100,03	103,88		452,3	31,7	
Cardiomyopathie alcoolique	0,00	0,00	0,00	1,26	0,69	2,18	0,70	1,16	0,87		6,9	6,9	
Maladie vasculaire cérébrale	4,45	11,48	20,56	34,71	79,77	116,24	132,70	121,43	110,27		631,6	50,5	
Maladies respiratoires													
Pneumonie, grippe	0,81	3,35	3,89	11,99	29,83	26,88	24,57	31,80	31,92		165,0	11,6	
Autres pathologies													
Syndrôme d'alcoolisme foetal	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd		nd	nd	
Autres causes de décès													
Accidents de la circulation	106,53	81,73	95,70	98,12	104,30	117,63	89,33	66,88	39,15		799,4	271,8	
Chutes accidentelles	3,64	2,39	2,78	9,47	13,18	26,88	28,09	25,44	17,70		129,6	14,3	
Suicides	43,27	71,25	118,37	150,18	194,92	238,28	202,92	136,46	60,36		1 216,0	158,1	
Homicides	4,85	7,65	11,67	12,62	13,87	12,35	13,34	8,67	2,03		87,1	43,5	
Total	168,8	197,0	337,4	577,7	964,4	1 511,0	1 692,3	1 391,0	969,2		7 808,8	2 048,2	

Tableau 3.50 - Pertes de production liées aux décès prématurés imputables à l'alcool par quintile d'âge (hommes âgés de 20 ans et plus et en millions de francs)

Causes médicales de décès	Pertes de production imputables à l'alcool par quintile d'âge									Total	Total Hill
	43	38	33	28	23	18	13	8	3		
Troubles mentaux											
Psy et syndr. de dépendance alc.	6,18	17,37	38,24	137,50	243,96	373,54	310,02	228,79	129,23	1 484,8	1 484,8
Maladies de l'appareil digestif											
Hépatite alcoolique aiguë	0,00	0,91	5,31	6,03	25,19	44,44	22,82	19,89	8,32	132,9	132,9
Cirrhose du foie	0,77	4,57	47,80	197,81	428,26	892,88	935,44	784,73	576,28	3 868,6	3 520,4
Pancréatite aiguë	0,77	1,83	10,62	16,89	27,84	29,16	20,13	30,95	24,40	162,6	65,0
Pancréatite chronique	0,00	0,00	2,12	3,62	7,96	13,89	9,39	7,74	7,21	51,9	36,3
Cancers											
Cavité buccale	0,00	0,00	4,25	10,86	106,07	212,46	250,97	214,42	132,56	931,6	782,5
Pharynx	0,77	2,74	3,19	50,66	194,91	392,98	491,21	390,15	275,11	1 801,7	1 603,5
Œsophage	0,00	0,91	7,44	26,54	123,31	345,77	403,97	404,52	302,84	1 615,3	1 389,2
Rectum	0,00	2,74	3,19	6,03	30,50	37,49	96,63	139,26	105,38	421,2	50,5
Foie	0,77	2,74	12,75	15,68	60,99	155,53	283,18	400,10	394,36	1 326,1	941,5
Larynx	0,00	0,00	1,06	9,65	90,16	230,51	288,55	238,73	160,85	1 019,5	805,4
Pancréas	1,55	0,91	5,31	31,36	86,18	179,13	264,39	299,52	226,30	1 094,7	218,9
Maladies cardio-vasculaires											
Cardiopathie ischémique	2,32	11,88	58,43	220,73	530,36	1 040,08	1 166,28	1 212,46	983,40	5 225,9	2 038,1
Cardiomyopathie alcoolique	0,00	0,91	1,06	6,03	13,26	29,16	18,79	14,37	8,87	92,5	92,5
Maladie vasculaire cérébrale	8,50	19,20	62,67	108,56	258,55	386,04	487,18	456,47	465,35	2 252,5	585,7
Maladies respiratoires											
Pneumonie, grippe	13,91	11,88	24,43	30,15	76,90	156,91	127,50	172,42	163,07	777,2	279,8
Autres pathologies											
Syndrome d'alcoolisme fœtal	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Autres causes de décès											
Accidents de la circulation	896,93	878,66	733,08	609,18	557,18	599,60	484,65	291,17	121,89	5 172,3	1 758,6
Chutes accidentelles	34,01	41,13	64,80	73,58	114,03	152,75	146,29	112,74	83,20	822,5	403,0
Suicides	300,66	490,85	710,66	926,34	1 146,90	1 324,74	853,57	501,78	251,81	6 507,3	3 448,9
Homicides	22,41	31,99	42,49	32,57	45,08	33,33	46,97	16,58	8,87	280,3	140,1
Total	1 289,6	1 521,2	1 838,9	2 519,8	4 167,6	6 630,4	6 707,9	5 936,8	4 429,3	35 041,5	19 777,8

Tableau 3.51 - Pertes de production liées aux décès prématurés imputables à l'alcool par quintile d'âge (femmes âgées de 20 ans et plus et en millions de francs)

Causes médicales de décès	Pertes de production imputables à l'alcool par quintile d'âge									Total	Total Hill
	43	38	33	28	23	18	13	8	3		
Troubles mentaux											
Psy et syndr. de dépendance alc.	0,77	3,66	11,69	31,36	53,04	88,87	89,92	51,95	23,30	354,5	354,5
Maladies de l'appareil digestif											
Hépatite alcoolique aiguë	0,00	0,00	3,19	9,65	17,24	30,55	13,42	5,53	4,99	84,6	84,6
Cirrhose du foie	0,00	0,00	29,74	77,20	200,21	406,87	480,47	327,15	188,03	1 709,7	1 179,7
Pancréatite aiguë	1,55	0,91	0,00	2,41	2,65	6,94	8,05	6,63	8,87	38,0	15,2
Pancréatite chronique	0,00	0,00	0,00	0,00	1,33	4,17	1,34	1,11	0,55	8,5	4,7
Cancers											
Cavité buccale	0,00	0,00	1,06	7,24	11,93	27,77	25,50	33,16	16,64	123,3	29,6
Pharynx	0,77	0,91	2,12	9,65	19,89	40,27	41,60	30,95	16,64	162,8	48,8
Œsophage	0,00	0,00	0,00	0,00	18,56	44,44	40,26	56,37	26,62	186,3	102,4
Rectum	0,00	1,83	5,31	14,47	22,54	30,55	60,39	61,89	64,34	261,3	13,1
Foie	1,55	1,83	3,19	9,65	14,58	29,16	55,03	53,05	59,90	227,9	123,1
Larynx	0,00	0,00	0,00	3,62	7,96	16,66	20,13	16,58	9,98	74,9	11,2
Pancréas	0,00	1,83	3,19	14,47	25,19	73,60	120,79	129,31	111,48	479,9	96,0
Sein	2,32	22,85	92,42	275,01	535,66	919,27	1 134,07	944,99	621,21	4 547,8	727,6
Maladies cardio-vasculaires											
Cardiopathie ischémique	3,09	2,74	9,56	41,01	78,23	136,08	204,00	191,21	198,57	864,5	60,5
Cardiomyopathie alcoolique	0,00	0,00	0,00	2,41	1,33	4,17	1,34	2,21	1,66	13,1	13,1
Maladie vasculaire cérébrale	8,50	21,94	39,30	66,34	152,48	222,18	253,66	232,10	210,77	1 207,3	96,6
Maladies respiratoires											
Pneumonie, grippe	1,55	6,40	7,44	22,92	57,01	51,38	46,97	60,79	61,01	315,5	22,1
Autres pathologies											
Syndrome d'alcoolisme fœtal	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Autres causes de décès											
Accidents de la circulation	203,62	156,23	182,93	187,56	199,36	224,85	170,75	127,83	74,84	1528,0	519,5
Chutes accidentelles	6,96	4,57	5,31	18,09	25,19	51,38	53,68	48,63	33,83	247,6	27,2
Suicides	82,70	136,20	226,26	287,07	372,58	455,47	387,87	260,84	115,37	2324,3	302,2
Homicides	9,27	14,63	22,31	24,12	26,52	23,61	25,50	16,58	3,88	166,4	83,2
Total	322,7	376,5	645,0	1 104,3	1 843,5	2 888,2	3 234,8	2 658,8	1 852,5	14 926,2	3 915,0

Au total, les pertes de production liées aux décès prématurés imputables à l'alcool s'élèvent, dans cette seconde méthode, à 23 692,8 millions de francs (19 777,8 millions de francs pour les hommes et 3 915,0 millions de francs pour les femmes), soit un écart de 4 937,6 millions de francs comparativement à la première méthode d'estimation retenue.

La seconde catégorie d'individus générant des pertes de production imputables à l'alcool correspond aux individus ayant commis des crimes ou délits ainsi que des accidents de la circulation sous l'emprise de l'alcool et qui ont été condamnés à une peine de prison ferme.

Concernant les accidents de la circulation qui impliquent des conducteurs en état alcoolique et condamnés à de la prison ferme, nous savons, d'après le tableau 3.26 donné dans le point traitant du coût supporté par le système pénitentiaire, que 5 891 personnes ont été condamnées à 2,5 mois de prison ferme pour conduite en état alcoolique, 401 individus à 3,4 mois de prison ferme pour blessures involontaires et 274 à 9,2 mois de prison ferme pour homicides involontaires. Les peines d'emprisonnement étant inférieures à un an, nous prenons comme base de calcul, la valeur ajoutée mensuelle soit :

$$\text{VA mensuelle} = 335\,399,05 / 11,75 = 28\,544,6^{102}$$

De même, les durées moyennes d'emprisonnement étant inférieures à l'année, il ne se révèle pas utile d'effectuer une actualisation des flux de valeur ajoutée perdus. Ainsi, avec une valeur ajoutée mensuelle de 28 544,6 francs, des durées d'emprisonnement mentionnées précédemment et le nombre de personnes effectivement emprisonnées pour chaque type d'infraction, nous pouvons estimer les pertes de valeur ajoutée des individus emprisonnés dans le cadre d'infractions au code de la route impliquant l'alcool à :

$$\text{Pertes de VA des individus incarcérés pour infractions au code de la route liées à l'alcool} = (5\,891 \times 2,5 \times 28\,544,6) + (401 \times 3,4 \times 28\,544,6) + (274 \times 9,2 \times 28\,544,6)$$

soit 531,28 millions de francs de valeur ajoutée perdue du fait d'individus incarcérés pour des infractions au code de la route impliquant l'alcool.

102. 11,75 mois correspondent à 47 semaines (52 semaines moins 5 semaines de congés payés) divisées par 4 semaines.

Néanmoins, nous savons que nous devons retrancher à cette valeur ajoutée la part de revenu primaire mensuelle déjà comptabilisée dans les pertes de revenus et celle calculée dans les prélèvements obligatoires (cf. point suivant). Or, avec un revenu primaire annuel de 115 199,57 francs, le revenu primaire mensuel s'élève à :

$$\text{RP mensuel} = 115\,199,57 / 12 = 9\,599,96^{103}$$

Aussi, en utilisant les mêmes durées d'incarcération, nous obtenons une perte totale de revenu primaire équivalente à :

$$\text{Pertes de RP des individus incarcérés pour infractions au code de la route liées à l'alcool} = (5\,891 \times 2,5 \times 9\,599,96) + (401 \times 3,4 \times 9\,599,96) + (274 \times 9,2 \times 9\,599,96)$$

soit 178,68 millions de francs de pertes en revenu primaire pour les individus incarcérés pour des infractions au code de la route impliquant l'alcool.

Au total, les pertes de production (i.e. de richesses pour l'entreprise après paiements des salaires et cotisations patronales, mais avant les diverses taxes sur l'entreprise) **s'élèvent, du fait d'individus incarcérés pour des infractions au code de la route impliquant l'alcool, à 352,6 millions de francs** (531,28 millions de francs - 178,68 millions de francs).

Concernant les autres crimes et délits impliquant l'alcool et dont les auteurs sont incarcérés, nous ne disposons malheureusement pas d'informations, comme dans le cadre des estimations concernant les dépenses supportées par les ministères de l'Intérieur, de la Défense nationale et de la Justice, ou comme dans le cas de l'estimation des pertes de revenus traitées précédemment. Nous pouvons cependant raisonnablement estimer que le montant des pertes de production supporté du fait de l'incarcération de ces individus devrait être supérieur à celui supporté du fait des individus incarcérés pour infractions au code de la route et impliquant l'alcool. En d'autres termes, les pertes de production dans le cas présent devraient être supérieures à 352,6 millions de francs. En effet, comparativement aux

103. Contrairement à la valeur ajoutée, nous retenons 12 mois puisque nous nous plaçons du point de vue de l'individu. Dans le cadre de la valeur ajoutée, nous nous plaçons du point de vue de l'entreprise. Nous comptabilisons donc la valeur ajoutée effectivement produite dans la durée de temps effective que l'individu passe dans l'entreprise.

infractions au code de la route impliquant l'alcool, le temps d'emprisonnement pour les individus ayant commis des crimes ou délits sous l'emprise de l'alcool devrait être bien supérieur, alors que nous pouvons estimer que le nombre de personnes emprisonnées ne serait pas forcément inférieur du fait du flux d'entrées et de sorties.

Enfin, la dernière catégorie d'individus engendrant une perte de production imputable à l'alcool correspond aux individus hospitalisés ou en arrêt maladie pour cause alcoolique. Dans ce cadre, l'estimation se révèle plus facile que celle effectuée dans le cadre des pertes de revenus puisque l'absence d'un individu sur son lieu de travail engendre une perte sèche pour l'entreprise. Néanmoins, comme pour le cas des décès prématurés, nous devons passer par différentes étapes (valeur ajoutée et revenu primaire) pour déterminer les pertes de production liées aux séjours hospitaliers imputables à l'alcool.

Nous savons que la valeur ajoutée générée par jour de travail et par emploi intérieur s'élève à 1 427,23 francs. Aussi, chaque jour d'hospitalisation d'un individu fait perdre à l'entreprise l'équivalent de cette valeur ajoutée journalière. Or, si nous nous basons sur les données de la DRESS (1996) concernant les séjours hospitaliers dans les services de soins de courte durée, ainsi que sur le chiffre de 6,8 jours comme durée moyenne des séjours hospitaliers (DRESS, 1996), chiffre que nous arrondissons à 7 jours, nous pouvons estimer les pertes de valeur ajoutée liées aux séjours hospitaliers imputables à l'alcool.

En d'autres termes, en reprenant dans les tableaux 3.8 et 3.9 la colonne intitulée « Nombre de séjours imputables à l'alcool » et que nous effectuons la somme des séjours pour l'ensemble des pathologies, nous obtenons un nombre de séjours égal à 383 381 avec les coefficients de Hill (297 266 séjours pour les hommes et 86 115 pour les femmes). Ainsi, nous pouvons évaluer le nombre total de jours d'hospitalisation imputables à l'alcool à 2 683 667.

En conséquence, en appliquant à ces journées d'hospitalisation le montant de la valeur ajoutée journalière moyenne par emploi intérieur, soit 1 427,23 francs, il devient possible de calculer la perte totale de valeur ajoutée imputable aux séjours hospitaliers (tableau 3.52).

Ainsi, les pertes de valeur ajoutée liées aux séjours hospitaliers imputables à l'alcool sont équivalentes à 3 830,21 millions de francs en retenant les coefficients de Hill.

Tableau 3.52 - Pertes de valeur ajoutée liées aux séjours hospitaliers imputables à l'alcool (total en millions de francs)

	Coeff. Hill
Perte de revenus par séjour hospitalier	1 427,23
Nombre de séjours hospitaliers	2 683 667,00
Total	3 830,21

En fait, la question est de savoir si ce montant de pertes de valeur ajoutée doit être considéré comme l'ensemble des pertes de production liées aux séjours hospitaliers imputables à l'alcool. Si, sur un plan théorique, la valeur ajoutée représente bien la richesse créée par l'entreprise ou par une branche d'activité, nous savons que nous avons déjà affecté, dans le point précédent, une partie de cette valeur ajoutée aux pertes de revenus, et que nous affecterons, dans le point suivant, une autre partie aux prélèvements obligatoires. Or, si sur les pertes de revenus nous avons adopté le point de vue de l'individu, nous devons considérer, ici, le point de vue de l'entreprise.

En d'autres termes, comme pour le cas des décès prématurés, nous devons retenir le revenu primaire qui comprend les charges patronales, soit 115 199,57 francs. Aussi, si nous considérons, comme pour le cas des décès prématurés, que le nombre de jours travaillés par un emploi intérieur s'élève annuellement à 235 (47 semaines x 5 jours de travail hebdomadaire), le revenu primaire journalier s'élève à 490,21 francs. En conséquence, en appliquant le nombre de jours perdus du fait des séjours hospitaliers imputables à l'alcool, nous obtenons le tableau 3.53 suivant.

Tableau 3.53 - Pertes de revenu primaire liées aux séjours hospitaliers imputables à l'alcool (total en millions de francs)

	Coeff. Hill
Perte de revenus par séjour hospitalier	490,21
Nombre de séjours hospitaliers	2 683 667,00
Total	1 315,56

Ainsi, les pertes de revenu primaire liées aux séjours hospitaliers imputables à l'alcool sont égales à 1 315,56 millions de francs en retenant les coefficients de Hill.

En effectuant la différence entre les pertes de valeur ajoutée et les pertes de revenu primaire, nous pouvons évaluer les pertes de production liées aux séjours hospitaliers imputables à l'alcool à 2 514,65 millions de francs (tableau 3.54).

Tableau 3.54 - Pertes de production liées aux séjours hospitaliers imputables à l'alcool (en millions de francs)

	Coeff. Hill
Perte de valeur ajoutée	3 830,21
Pertes de revenu primaire	1 315,56
Total	2 514,65

En fait, le rapport Rosa (1996), dans sa partie sur les coûts liés à l'absentéisme des fumeurs sur le lieu de travail, donne une information plus fine sur le nombre moyen de jours d'hospitalisation par pathologie. En réutilisant ces chiffres, nous construisons le tableau 3.55 ci-contre pour évaluer les pertes de valeur ajoutée, les pertes de revenu primaire et, *in fine*, les pertes de production par pathologie et par sexe.

Au total, l'hospitalisation des hommes imputable à l'alcool génère une perte de production égale à 2 644,6 millions francs, alors que l'hospitalisation des femmes imputable à l'alcool provoque une perte de production d'un montant équivalant à 768,1 millions de francs. **Ce sont donc 3 412,7 millions de francs de pertes de production que supportent les entreprises du fait d'hospitalisations imputables à l'alcool.**

Au total, nous ne pouvons dire si cette estimation se révèle plus proche ou non de la réalité comparativement à l'estimation précédente dans le sens où dans les deux cas nous comptabilisons les séjours hospitaliers dont nous disposons (même si la durée moyenne d'un séjour hospitalier basée sur les données de la DRESS ne concerne que les séjours dans les services de soins de courte durée), i.e. que nous comptabilisons les hospitalisations des personnes ayant dépassées 65 ans et n'étant plus en activité. Aussi, la question que nous pouvons poser est de savoir si la prise en compte des séjours hospitaliers des personnes de plus de 65 ans ne compense pas le fait que les chiffres de Rosa (1996) qui sont eux-mêmes tirés d'études similaires de la DRESS sur les années antérieures, ou provenant du PMSI qui sert de référence à ces enquêtes, ne prennent pas en compte l'ensemble des séjours hospitaliers.

Tableau 3.55 - Pertes de valeur ajoutée, de revenu primaire et de production liées aux séjours hospitaliers imputables à l'alcool et basées sur la durée moyenne des séjours de Rosa (millions de francs)

Pathologies	HOMMES				FEMMES					
	Nombre de séjours	Durée du séjour	Perte valeur ajoutée	Perte revenu primaire	Perte de prod.	Nombre de séjours	Durée du séjour	Perte valeur ajoutée	Perte revenu primaire	Perte de prod.
Troubles mentaux										
Psy et syndr. de dépend. alc.	68 077	9,6	932,75	320,37	612,38	21 841	9,5	296,14	101,71	194,42
Maladies de l'ap. digestif										
Hépatite alcoolique aiguë	4 250	9,6	58,23	20,00	38,23	2 152	9,5	29,18	10,02	19,16
Cirrhose du foie	32 078	9,6	439,51	150,96	288,55	12 315	9,5	166,98	57,35	109,63
Pancréatite aiguë	5 520	9,6	75,63	25,98	49,65	3 120	9,5	42,30	14,53	27,77
Pancréatite chronique	2 577	9,6	35,30	12,13	23,18	2 358	9,5	31,97	10,98	20,99
Cancers										
Cavité buccale	12 852	9,6	176,09	60,48	115,61	696	9,5	9,44	3,24	6,20
Pharynx	15 041	9,6	206,08	70,78	135,30	750	9,5	10,17	3,49	6,68
Œsophage	15 174	9,0	194,91	66,95	127,96	9 900	9,0	127,17	43,68	83,49
Rectum	1 932	9,6	26,47	9,09	17,38	725	9,5	9,83	3,38	6,45
Foie	8 875	9,6	121,60	41,77	79,83	1 566	9,5	21,23	7,29	13,94
Larynx	11 813	7,5	126,45	43,43	83,02	2 379	7,5	25,46	8,74	16,72
Pancréas	2 475	9,5	33,56	11,53	22,03	2 525	9,5	34,24	11,76	22,48
Sein	-	-	-	-	-	9 648	9,5	130,81	44,93	85,88
Maladies cardio-vasculaires										
Cardiopathie ischémique	75 465	8,9	958,58	329,24	629,34	6 707	8,9	85,19	29,26	55,93
Cardiomyopathie alcoolique	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Maladie vasculaire cérébrale	20 618	11,4	335,46	115,22	220,24	6 536	11,4	106,34	36,53	69,82
Maladies respiratoires										
Pneumonie, grippe	20 520	10,5	307,51	105,62	201,89	2 898	10,5	43,43	14,92	28,51
Autres pathologies										
Syndrome d'alcoolisme foetal	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Total	297 266	9,5	4028,1	1 383,5	2 644,6	86 115	9,5	1 169,9	401,8	768,1

3.8 - Les pertes de prélèvements obligatoires imputables à l'alcool

Si les pertes de revenus et de production imputables à l'alcool constituent une part importante du coût lié aux incarcérations des personnes en infraction au code de la route pour raison d'alcoolémie, aux décès prématurés et aux hospitalisations imputables à l'alcool, un second volet concernant des pertes engendrées par ces mêmes causes existe, et est représenté par les pertes de prélèvements obligatoires. D'après l'INSEE (1998), le poids des prélèvements obligatoires dans le PIB s'élevait à 46 % en 1997, ce qui correspond à 3 748,0 milliards de francs. Parmi les grands postes de ces prélèvements obligatoires, les *prélèvements de l'État* ne représentaient plus que le tiers de l'ensemble des prélèvements obligatoires en 1997, alors que les *cotisations sociales* représentaient 42 % et que les *impôts prélevés au profit des collectivités locales* correspondaient à 16 % de l'ensemble.

Concernant une évaluation du coût social, il apparaît donc normal d'intégrer les pertes de prélèvements obligatoires liées aux incarcérations, aux décès prématurés et aux séjours hospitaliers imputables à l'alcool. En effet, ces incarcérations, décès et séjours hospitaliers entraînent une diminution du montant des prélèvements obligatoires et affectent donc les ressources ainsi mises à la disposition de la collectivité.

Le calcul de ces pertes de prélèvements obligatoires passe par l'utilisation des données précédemment utilisées, mais nécessite aussi de traduire le pourcentage des prélèvements obligatoires au niveau individuel. Ainsi, lors du point 3.7, nous avons utilisé comme revenu des individus le RDB (Revenu Disponible Brut), mais en retenant le RDB après impôts. Or, nous savons que le RDB avant impôts s'élève à 107 942 francs (INSEE, 1998), ce qui correspond au revenu primaire (masse des revenus que les ménages tirent de leur contribution à l'activité économique, soit directement (revenus d'activité salariée ou non-salariée), soit indirectement (revenus de placements mobiliers ou immobiliers) augmenté des transferts reçus (prestations sociales) et diminué des impôts et cotisations sociales versées. En d'autres termes, le passage du revenu primaire au RDB se traduit par le tableau 3.56 ci-contre.

Ainsi, si nous retenons les prélèvements liés aux impôts et aux cotisations sociales versées nous obtenons une perte de prélèvements obligatoires égale à 47 347,02 francs, soit un poids de prélèvements de l'ordre de 41,1 % par rapport au revenu primaire.

Tableau 3.56 - Du revenu primaire au revenu disponible brut des ménages (en % du revenu primaire et en francs)

	En % du revenu primaire (1997)	Montant en francs (1997)
Revenu primaire	100,0 %	115 199,57
dont : - Rémunération des salariés	69,8 %	80 409,30
- EBE des entreprises individuelles	12,3 %	14 169,55
- Revenus du patrimoine	17,9 %	20 620,72
Transferts nets de redistribution	- 6,3 %	- 7 257,57
dont : - Impôts courants sur le revenu et le patrimoine	- 10,6 %	- 12 211,15
- Cotisations sociales versées	- 30,5 %	- 35 135,87
- Cotisations sociales reçues	33,8 %	38 937,45
- Autres transferts nets	1,0 %	1 152,00
Revenu disponible brut	93,7 %	107 942,00

Source : INSEE (1998), p. 93

En conséquence, en utilisant la même méthodologie que pour les pertes de revenus et de production, nous pouvons estimer, tout d'abord, les pertes de prélèvements liées aux décès prématurés imputables à l'alcool. En fait, l'ensemble des données retenues précédemment étant inchangé, excepté le RDB de 97 012 francs (coefficient multiplicateur dans la méthode d'estimation) remplacé par un montant de prélèvements égal à 47 347,02 francs, nous pouvons dire que les pertes de prélèvements s'élèvent à 48,81 % des pertes de revenus liées, d'une part, aux incarcérations et, d'autre part, aux décès prématurés imputables à l'alcool. En conséquence, dans les tableaux ci-après nous appliquons ce pourcentage aux hypothèses de pertes de revenus liées aux deux méthodes d'évaluation des pertes de revenus imputables aux décès prématurés (tableau 3.57), et aux incarcérations imputables à l'alcool (tableau 3.58) afin de déterminer les pertes de prélèvements obligatoires liées aux décès prématurés et aux incarcérations imputables à l'alcool.

Ainsi, **les pertes de prélèvements obligatoires liées aux décès prématurés imputables à l'alcool s'élèvent, selon la méthode de calcul, à 8 899,48 millions de francs (hypothèse basse)** avec une répartition de 7 215,05 millions pour les hommes et 1 684,43 millions pour les femmes, **et à 11 977,09 millions de francs (hypothèse haute)** avec une répartition « hommes - femmes » correspondant respectivement à 9 711,16 millions et à 2 265,93 millions de francs.

Tableau 3.57 - Pertes de prélèvements obligatoires liées aux décès prématurés imputables à l'alcool (millions de francs)

	Méthode 1	Méthode 2
Pertes de revenus liées aux décès prématurés (hommes)	19 895,85	14 781,90
Pertes de revenus liées aux décès prématurés (femmes)	4 642,35	3 451,00
Total des pertes de revenus liées aux décès prématurés	24 538,20	18 232,90
Pertes de prélèvements obligatoires liées aux décès prématurés (hommes)	9 711,16	7 215,05
Pertes de prélèvements obligatoires liées aux décès prématurés (femmes)	2 265,93	1 684,43
Total des pertes de prélèvements obligatoires liées aux décès prématurés	11 977,09	8 899,48

Concernant les incarcérations liées aux infractions au code de la route imputables à l'alcool, **le montant des pertes de prélèvements obligatoires s'élève à 73,44 millions de francs** (150,46 x 0,4881).

Tableau 3.58 - Pertes de prélèvements obligatoires liées aux incarcérations pour infractions au code de la route en terme d'alcoolémie (millions de francs)

	Montant en MF
Pertes de revenus liées aux incarcérations	150,46
Pertes de prélèvements obligatoires liées aux incarcérations	73,44

D'un autre côté, si nous considérons que les personnes hospitalisées ne supportent pas de prélèvements obligatoires sur les pertes de salaires liées aux journées d'hospitalisation (3 jours de carence et 25 % non pris en charge pour chaque jour d'hospitalisation supplémentaire), nous pouvons là encore calculer les pertes de prélèvements obligatoires liées aux séjours hospitaliers imputables à l'alcool.

Ainsi, en utilisant la première méthode de calcul utilisée dans le point 3.7.1, nous obtenons un montant de « prélèvements obligatoires » journaliers de 129,72 francs (47 347,02 francs / 365 jours). Il en résulte que pour une durée moyenne d'hospitalisation de 7 jours (DRESS, 1996), nous obtenons pour les 3 jours de carence une perte de prélèvements obligatoires par hospitalisation d'un montant égal à 389,16 francs (129,72 x 3), alors que

pour les 4 jours restants nous obtenons une perte de prélèvements obligatoires par séjour hospitalier de 129,72 francs (129,72 x 0,25 x 4). Ainsi, la perte de prélèvements obligatoires pour un séjour hospitalier correspond à 518,88 francs (389,16 + 129,72). **Au total, la perte de prélèvements obligatoires liée aux hospitalisations imputables à l'alcool pour 383 381 séjours hospitaliers d'une durée moyenne de 7 jours chacun s'élève à 198,93 millions de francs.**

Néanmoins, si nous retenons la seconde méthode basée sur les données avancées par Rosa (1996) quant à la durée des séjours hospitaliers et les coefficients de Hill, nous estimons, avec ces nouvelles données, **les pertes de prélèvements obligatoires liées aux hospitalisations imputables à l'alcool à 230,0 millions de francs** (178,3 millions de francs pour les hommes et 51,7 millions de francs pour les femmes) avec des durées moyennes d'hospitalisation de 9,5 jours pour les hommes et pour les femmes (tableau 3.59).

Comme pour le cas des pertes de revenus, il apparaît que cette seconde estimation est plus proche de la réalité que la précédente dans le sens où la durée moyenne d'un séjour hospitalier basée sur les données de la DRESS ne concerne que les séjours dans les services de soins de courte durée. Aussi, un léger accroissement de la durée moyenne du séjour hospitalier ne peut que permettre d'améliorer notre estimation.

Néanmoins, les chiffres de Rosa (1996) étant eux-mêmes tirés d'études similaires de la DRESS sur les années antérieures, ou provenant du PMSI qui sert de référence à ces enquêtes, nous pouvons penser, là encore, que ces évaluations fournissent des montants sous-évalués par rapport à la réalité.

Au total, l'ensemble des pertes de prélèvements obligatoires imputables à l'alcool (dues aux décès prématurés, aux incarcérations et aux séjours hospitaliers) est évalué entre 9 171,85 millions de francs et 12 280,53 millions de francs.

3.9 - Les associations à financements privés

Dans le domaine de la prévention et de la recherche, certaines associations, dont le financement est strictement assuré par la sphère privée, i.e. dont le financement est indépendant du budget de l'État ou de la CNAM, agissent sur le terrain. Malheureusement, nous n'avons pu recueillir que très peu d'informations quant au budget de ces associations.

Tableau 3.59 - Pertes de prélèvements obligatoires liées aux séjours hospitaliers imputables à l'alcool et basées sur la durée moyenne des séjours de Rosa (millions de francs)

Causes médicales de décès	Nombre de séjours (homme)	Nombre de séjours (femme)	Séjour moyen (homme)	Séjour moyen (femme)	Pertes 3 jours (homme)	Pertes 3 jours (femme)	Pertes jours restants (homme)	Pertes jours restants (femme)	Pertes totales (homme)	Pertes totales (femme)
Troubles mentaux										
Psy et syndr. de dépendance alc.	68 077	21 841	9,6	9,5	26,49	8,50	14,57	4,60	41,06	13,10
Maladies de l'appareil digestif										
Hépatite alcoolique aiguë	4 250	2 152	9,6	9,5	1,65	0,84	0,91	0,45	2,56	1,29
Cirrhose du foie	32 078	12 315	9,6	9,5	12,48	4,79	6,87	2,60	19,35	7,39
Pancréatite aiguë	5 520	3 120	9,6	9,5	2,15	1,21	1,18	0,66	3,33	1,87
Pancréatite chronique	2 577	2 358	9,6	9,5	1,00	0,92	0,55	0,50	1,55	1,41
Cancers										
Cavité buccale	12 852	696	9,6	9,5	5,00	0,27	2,75	0,15	7,75	0,42
Pharynx	15 041	750	9,6	9,5	5,85	0,29	3,22	0,16	9,07	0,45
Œsophage	15 174	9 900	9,0	9,0	5,91	3,85	2,95	1,93	8,86	5,78
Rectum	1 932	725	9,6	9,5	0,75	0,28	0,41	0,15	1,17	0,43
Foie	8 875	1 566	9,6	9,5	3,45	0,61	1,90	0,33	5,35	0,94
Larynx	11 813	2 379	7,5	7,5	4,60	0,93	1,72	0,35	6,32	1,27
Pancréas	2 475	2 525	9,5	9,5	0,96	0,98	0,52	0,53	1,48	1,51
Sein	-	9 648	-	9,5	-	3,75	-	2,03	-	5,79
Maladies cardio-vasculaires										
Cardiopathie ischémique	75 465	6 707	8,9	8,9	29,37	2,61	14,44	1,28	43,81	3,89
Cardiomyopathie alcoolique	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Maladie vasculaire cérébrale	20 618	6 536	11,4	11,4	8,02	2,54	5,62	1,78	13,64	4,32
Maladies respiratoires										
Pneumonie, grippe	20 520	2 898	10,5	10,5	7,99	1,13	4,99	0,70	12,98	1,83
Autres pathologies										
Syndrome d'alcoolisme fœtal	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Total	297 266	86 115	9,5	9,5	115,7	33,5	62,6	18,2	178,3	51,7

Au total, seules deux des plus importantes associations à financements privés (le financement étant assuré par les fabricants d'alcool) ont bien voulu nous communiquer certaines données. La première d'entre elles concerne *Entreprise & Prévention* qui regroupe 17 entreprises¹⁰⁴, cette association se donnant trois missions :

- participer à une véritable politique d'éducation et de prévention des excès de consommation par des mesures concrètes et réalistes aux plans économique et social ;
- assurer un rôle de concertation avec les pouvoirs publics et les partenaires professionnels ;
- initier des actions de terrain en recherchant le partenariat des organismes de santé publique.

D'après les chiffres communiqués par *Entreprise & Prévention*, le budget annuel pour 1998 (identique à celui de 1997) s'élèverait à 4,5 millions de francs, se répartissant en 75 % d'actions de prévention (soit 3,375 millions de francs) et 25 % en budget de fonctionnement (soit 1,125 millions de francs).

La seconde association que nous avons pu contacter correspond à l'*IREB (Institut de recherche scientifique sur les boissons)* qui regroupe un certain nombre d'entreprises adhérentes¹⁰⁵ (souvent identiques à celles présentes dans *Entreprise & Prévention*). Les activités (ou missions) de l'*IREB* sont de 3 ordres :

- subventionner des recherches dans le domaine bio-médical ou en sciences sociales ;
- initier des recherches en s'attachant à combler le manque d'informations statistiques détaillées sur la consommation d'alcool des Français ;
- informer le public à travers la présentation des résultats des recherches de l'*IREB* qui a lieu tous les deux ans au cours des « Colloques de l'*IREB* », mais aussi à travers une publication intitulée les *Cahiers de l'IREB*, l'organisation de matinées thématiques, la publication d'une lettre d'information trimestrielle (*Recherche & Alcoolologie*) et de son centre de documentation.

104. Nous retrouvons parmi ces sociétés Allied Domecq Spirits and Wine, Bacardi-Martini, Berger S.A., Campari, Cellier des Dauphins, Brasseries Heineken, Interbrew, Brasseries Kronenbourg (groupe Danone), LVMH, Groupe Marne et Champagne, Marnier Lapostolle, Groupe Pernod Ricard, Rémy Cointreau, Seagram Francs Distribution, SOVEDI, United Distillers/Guinness, Groupe Vranken. Ces sociétés réalisent plus de la moitié du chiffre d'affaires global du secteur de la brasserie, des vins et des spiritueux.

105. Il s'agit de Bacardi-Martini, Brasseries Heineken, Crus et Domaines de France, Cusenier, Hennessy, Interbrew (Stella Artois), Kronenbourg, Moët et Chandon, Pernod Ricard, Rémy Cointreau et Seagram's Martell Mumm Group.

Selon les informations dont nous disposons, le budget de recherche de l'IREB en 1997 avoisinerait les 1,2 millions de francs, le budget de fonctionnement ne nous ayant pas été communiqué.

Ainsi, pour ces deux seules associations à financements privés, nous obtenons une dépense équivalente à 5,7 millions de francs.

Bien évidemment, d'autres associations à financements privés existent et devraient être comptabilisées ici. Néanmoins, l'intégration de ces dépenses des associations à financements privés ne devrait pas sensiblement modifier les résultats obtenus, puisque au total les financements consentis ne devraient pas dépasser quelques dizaines de millions de francs.

3.10 - Autres coûts supportés par les agents privés

D'autres coûts imputables à l'alcool peuvent être mentionnés, mais pour lesquels nous ne disposons malheureusement d'aucune donnée et donc d'aucune évaluation (excepté pour les amendes). Ces coûts correspondent notamment aux amendes des personnes condamnées pour problème d'alcoolémie au volant (3.10.1), aux autres peines liées aux condamnations pour problème d'alcoolémie au volant (3.10.2) et aux frais d'avocats (3.10.3).

3.10.1 - Les amendes des personnes condamnées pour problème d'alcoolémie au volant

Outre les peines à de la prison ferme, les personnes condamnées pour alcoolémie au volant supportent un coût supplémentaire correspondant aux amendes. Les chiffres donnés par le ministère de la Justice¹⁰⁶ pour 1996 est de 19 153 amendes fermes pour l'ensemble des condamnés pour problème d'alcoolémie au volant, le montant moyen de ces amendes s'élevant à 1 891 francs.

Le tableau 3.60 retrace les amendes en fonction des types d'infractions (conduite en état alcoolique, homicides involontaires par conducteur en état alcoolique, blessures involontaires par conducteur en état alcoolique), mais distingue également les amendes dans le cas de condamnations à infraction unique et dans le cas de condamnations à infractions multiples.

Au total, ce sont donc 36,22 millions de francs d'amendes fermes que les personnes condamnées pour problème d'alcoolisme au volant supportent.

Tableau 3.60 - Nombre de condamnations à des amendes fermes pour alcoolisme au volant et montant moyen des amendes

	Toutes condamnations		Condamnations à infraction unique		Condamnations à infractions multiples	
	Amendes	Montant	Amendes	Montant	Amendes	Montant
Conduite en état alcoolique	18 709	1 871	17 755	1 849	954	2 272
Homicides involontaires dont :	107	6 507	70	6 157	37	7 170
- par conducteur	80	4 481	57	4 088	23	5 457
- par conducteur en état alcoolique	0	0	0	0	0	0
Blessures involontaires dont :	2 542	2 816	2 061	2 588	481	3 792
- par conducteur en état alcoolique (ITT <= 3 mois)	324	2 330	304	2 320	20	2 475
- par conducteur en état alcoolique (ITT > 3 mois)	40	2 568	31	2 661	9	2 244
Toutes infractions (pour alcoolisme uniquement)	19 153	1 891	18 147	1 865	1 006	2 349

3.10.2 - Les autres peines liées aux condamnations pour problème d'alcoolémie au volant

Le dernier type de peines que supportent les individus condamnés pour alcoolisme au volant correspond aux mesures de substitution ou aux mesures éducatives. Le tableau 3.61 (p. 204) donne un aperçu de ces différentes peines telles que les suspensions de permis de conduire, les Travaux d'intérêts généraux (TIG), les jours amendes, etc.

Malheureusement, une évaluation monétaire de cet ensemble hétérogène de peines se révèle délicate, tant par la nature des peines prononcées (par exemple la confiscation du véhicule ou les mesures éducatives), que par le manque de données disponibles pour évaluer correctement ces différents aspects.

Néanmoins, il apparaît évident que cet ensemble de peines fait supporter aux individus des coûts imputables à l'alcool et qui devraient être comptabilisés dans le coût social.

3.10.3 - Les frais d'avocats

Concernant les frais d'avocats supportés par les individus, la comptabilisation se révèle difficile du fait que, par exemple, dans les cas d'infractions au code de la route pour cause d'alcoolémie au volant, l'ensemble des individus concernés ne recourt pas automatiquement à un avocat.

D'autre part, certaines personnes peuvent bénéficier de l'aide judiciaire totale ou partielle en fonction de leur revenu. Enfin, ne connaissant pas le nombre

106. Les condamnations en 1996, Études & Statistiques Justice n° 11, ministère de la Justice, 1998.

Tableau 3.61 - Nombre de condamnations à des mesures de substitution ou à des mesures éducatives pour alcoolisme au volant

	Ensemble	Suspension du permis	TIG	Jours amendes	Interdiction du permis	Interdiction du territoire	Confiscation	Mesures éducatives	Autres
Conduite en état alcoolique	16 082	11 595	1 438	935	1 797	0	182	54	81
Homicides involontaires	7	1	3	1	2	0	0	0	0
Blessures involontaires	432	280	55	10	81	0	3	2	1
dont : - avec ITT <= 3 mois	393	264	50	10	63	0	3	2	1
- avec ITT > 3 mois	39	16	5	0	18	0	0	0	0
Toutes infractions	16 521	11 876	1 496	946	1 880	0	185	56	82

d'individus condamnés pour les crimes et délits imputables à l'alcool (hors circulation routière), une partie des coûts liés aux frais d'avocats ne serait pas comptabilisée.

Au total, l'estimation de ce type de coûts se révèle extrêmement difficile, voire périlleuse, bien que les dépenses en avocats devraient entrer dans le calcul du coût social de l'alcool et devraient représenter un montant de dépenses relativement élevé comparativement à d'autres coûts que nous avons pu comptabiliser.

Conclusion

Le tableau 3.62 ci-après retrace l'ensemble des coûts que nous avons pu comptabiliser. Bien évidemment, cet ensemble de coûts, ainsi que l'estimation finale que nous avançons, peuvent prêter à discussion.

Néanmoins, **le coût social de l'alcool serait compris, d'après nos estimations, entre 115 420,91 et 97 317,37 millions de francs (hors consommation)**. Ne pas retenir les dépenses de consommation repose sur le fait que la méthodologie à laquelle nous nous référons (i.e. le scénario contre-factuel) suppose qu'en absence d'alcool, les consommateurs reporteraient leur consommation vers d'autres biens qui ne généreraient pas les coûts engendrés par la consommation d'alcool.

À titre de comparaison, le Produit intérieur brut (PIB) s'élevait à 8 137 000,0 millions de francs en 1997. En d'autres termes, **les dépenses supportées par la collectivité du fait de la consommation d'alcool correspondent approximativement à 1,2 % du PIB de 1997 (hypothèse basse) ou à 1,42 % du PIB (hypothèse haute)**.

Un autre chiffre, qui permet de situer l'importance des dépenses, correspond au coût moyen imputable à l'alcool et supporté par chaque Français. Si nous retenons, le chiffre de 58,7 millions d'habitants au 1/01/98 (INSEE, 1998, p. 24), **chaque Français supporte un coût moyen de 1 657,88 francs chaque année en raison directe de l'alcool (hypothèse basse), le coût supporté par chaque habitant du fait de l'alcool pouvant atteindre 1 966,28 francs par an (hypothèse haute)**.

**Tableau 3.62 - Synthèse des dépenses imputables à l'alcool
(en millions de francs)**

	Hypothèse haute	Hypothèse basse
Consommation	92 900,00	92 900,00
Dépenses de santé	18 421,76	18 421,76
dont : - hospitalisation avec actes opératoires	8 805,40	8 805,40
- hospitalisation sans acte opératoire	1 383,80	1 383,80
- médecine de ville	8 232,56	8 232,56
Ministère de l'Emploi et de la Solidarité (1)	239,56	239,56
dont : - subventions chapitre 47-17	169,37	169,37
- subventions diverses État	12,22	12,22
- subventions territoriales	26,11	26,11
- subventions caisses sociales	10,30	10,30
- financements privés	21,56	21,56
Ministère de l'Intérieur	6,23	6,23
dont : - sécurité routière	6,23	6,23
dont : - matériels (éthylotests)	0,57	0,48
- personnels	5,66	5,66
- autres délits (hors sécurité routière)	nd	nd
Ministère de la Défense	34,48	34,48
dont : - sécurité routière	34,48	34,40
dont : - matériels (éthylotests)	12,28	12,20
- personnels	22,20	22,20
- autres délits (hors sécurité routière)	nd	nd
Ministère de la Justice	290,43	254,93
dont : - sécurité routière	290,43	254,93
dont : - tribunaux	131,19	128,34
- système pénitentiaire	159,24	126,59
- autres délits (hors sécurité routière)	nd	nd
CNAM	3 430,34	1 729,67
dont : - campagne de prévention	22,00	22,00
- financement ANPA	7,00	7,00
- les accidents du travail	3 401,34	1 700,67
Assurances	23 120,00	22 066,00
dont : - sinistres matériels	17 442,00	18 790,92
- sinistres corporels	5 678,00	10 642,00

	Hypothèse haute	Hypothèse basse
Pertes de revenus et pertes de production	57 555,66	45 350,97
dont : - pertes de revenus des agents privés	25 159,96	18 790,92
dont : - cause médicale de décès	24 538,20	18 232,90
- incarcération pour infraction au code de la route	150,46	150,46
- incarcération pour autres crimes et délits	nd	nd
- hospitalisation	471,30	407,56
- pertes de production sur le lieu du travail	32 395,70	26 560,05
dont : - cause médicale de décès	28 630,40	23 692,80
- incarcération pour infraction au code de la route	352,00	352,00
- incarcération pour autres crimes et délits	nd	nd
- hospitalisation	230,00	198,93
Pertes de prélèvements obligatoires	12 280,53	9 171,85
dont : - cause médicale de décès	11 977,09	8 899,48
- incarcération pour infraction au code de la route	73,44	73,44
- incarcération pour autres crimes et délits	nd	nd
- hospitalisation	230,00	198,93
Associations à financements privés	5,70	5,70
Autres coûts supportés par les agents privés	36,22	36,22
dont : - amendes	36,22	36,22
- autres peines pour alcoolémie au volant	nd	nd
- frais d'avocats	nd	nd
Total (2) =	208 320,91	190 217,37
Total (3) =	115 420,91	97 317,37

(1) Ensemble des dépenses liées au dispositif spécialisé de lutte contre l'alcoolisme.

(2) Total comprenant la dépense des agents liée à leur consommation de tabac.

(3) Total hors dépense de consommation de tabac.

CHAPITRE IV

LE COÛT SOCIAL DES DROGUES ILLICITES EN FRANCE

4 - LE COÛT SOCIAL DES DROGUES ILLICITES EN FRANCE

Le calcul du « coût social » de la drogue¹⁰⁷, proposé dans cette section, s'efforcera de quantifier les différents éléments constitutifs des coûts imputables à la drogue et supportés par la collectivité. Comme nous le verrons, ces divers éléments sont en principe aussi nombreux que ceux recensés dans le cadre de l'alcool, mais, malheureusement, la pauvreté de la production statistique (et donc des données disponibles), nous obligera bien souvent à limiter nos prétentions en terme d'estimation des différents coûts.

Comme pour le tabac, deux sources principales ont été retenues pour tenter d'évaluer au mieux le coût social de la drogue en France : la première de ces sources concerne le rapport de Kopp et Palle (1998) intitulé « Vers l'analyse du coût des drogues illégales : un essai de mesure du coût de la politique publique de la drogue et quelques réflexions sur la mesure des autres coûts », réalisé pour le compte de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT). La seconde source concerne le rapport 1999 de l'OFDT intitulé « Drogues et toxicomanies, indicateurs et tendances ». À l'exception de ces deux sources, quelques éléments ont été repris de certaines publications de l'INSEE ainsi que quelques rares données disponibles à l'INSERM.

Bien évidemment, ces sources se révèlent hétérogènes quant aux années étudiées ainsi qu'au contenu. Néanmoins, et bien que le manque évident de données sur le sujet ne nous ait pas laissé une grande liberté dans le

107. Afin d'alléger l'exposé nous désignerons dans cette partie, par le terme « drogue », les drogues illicites.

choix des informations qui auraient pu nous paraître les plus pertinentes, une vérification des quelques chiffres existants a quand même été réalisée.

Au total, cette section abordera un ensemble d'éléments du coût social de la drogue en France en s'articulant autour de 7 points qui retracent les aspects suivants :

- La consommation française de drogue ainsi que la structure de cette consommation afin de mieux cerner la population des consommateurs de substances illicites.
- Les dépenses de santé liées à la consommation de drogue, bien que celles-ci se limitent aux coûts liés au traitement du Sida - VIH imputables à la drogue et au coût de traitement par Subutex®.
- Les dépenses des Administrations publiques intervenant dans les secteurs de la prévention et de la répression (ministère de l'Emploi et de la Solidarité, ministère de la Défense, ministère de l'Intérieur, ministère de la Justice, etc.).
- Les pertes de revenus et de production.
- Les pertes de prélèvements obligatoires.
- Les associations à financements privés travaillant dans le domaine de la prévention et de la recherche concernant les risques liés à la consommation de drogue.
- Les autres coûts représentés essentiellement par les amendes infligées aux personnes condamnées pour cause ILS.

4.1 - Consommation française de drogue et structure de la consommation

Contrairement au tabac ou à l'alcool, il n'existe aucune donnée ou méthode d'estimation fiable des quantités de drogues vendues et/ou consommées. Seules les enquêtes auprès d'un échantillon représentatif de Français permettent d'appréhender le niveau et les comportements de consommation dans l'ensemble de la population. Néanmoins, ces enquêtes, basées sur des déclarations, se heurtent à plusieurs difficultés. Tout d'abord, s'agissant d'un produit illicite, il est envisageable que les réponses ne soient pas toutes sincères. Ensuite, les enquêtes menées en France sont, dans le meilleur des cas, conduites sur des échantillons d'environ 2 000 personnes, ce qui rend difficilement compte des consommations minoritaires relativement à l'ensemble de la population française. Enfin, les populations marginalisées, qui occupent vraisemblablement une place non négligeable parmi les consommateurs, échappent aux dispositifs classiques d'enquêtes par téléphone ou au domicile des personnes. Cependant, et malgré toutes ces imperfections, le rapport de l'OFDT¹⁰⁸ fournit certaines indications

quant à la consommation française de drogue et de sa structure.

En 1995, 15,8 % des individus de 18 à 75 ans déclaraient avoir déjà consommé une substance illicite au cours de leur vie (soit 6,5 millions de personnes) et 4,4 % au cours des 12 derniers mois (soit 1,8 millions de personnes). Cette consommation déclarée de drogues illicites porte presque uniquement sur le cannabis et concerne surtout les moins de 45 ans. Ainsi, **en 1995, environ un quart de la population des 18-44 ans a déjà expérimenté le cannabis, et 7,7 % en font un usage plus courant (occasionnel ou régulier), soit 1,76 millions de personnes.** Les expérimentations déclarées de drogues autres que le cannabis apparaissent assez marginales, même chez les 18-44 ans. Il est malgré tout possible d'estimer que **le nombre de personnes déclarant avoir expérimenté des hallucinogènes dans leur vie se situe entre 340 000 et 750 000 personnes**, ce qui, compte tenu d'une sous déclaration très probable, est loin d'être négligeable. Le tableau 4.1 ci-dessous donne une estimation du pourcentage de personnes âgées de 18 à 44 ans ayant déclaré avoir consommé des drogues illicites.

Tableau 4.1 - Pourcentage de personnes âgées de 18 à 44 ans ayant déclaré avoir consommé des drogues illicites¹⁰⁹

Type de produit	Au cours de la vie	Au cours de l'année
Cannabis	24,3 % [21,8 - 26,8]	7,5 % [6,0 - 9,0]
Cocaïne	1,7 % [1,0 - 2,4]	ns
Héroïne	0,5 % [0,1 - 0,9]	ns
Ecstasy et amphétamines	1,1 % [0,5 - 1,7]	ns
Hallucinogènes	2,4 % [1,5 - 3,3]	ns
Médicaments	1,5 % [0,8 - 2,2]	ns
Produits à inhaler	1,5 % [0,8 - 2,2]	ns
Autres drogues	ns	ns
Toutes substances	25,1 [22,6 - 27,6]	7,7 [6,2 - 9,2]

Source : **Baromètre santé adulte 1995, CFES**

N.B. : Les chiffres entre crochets donnent l'intervalle de confiance de chaque pourcentage. Pour le cannabis, par exemple, ceci signifie que l'on peut être certain à 95 % que la proportion d'adultes de 18 à 44 ans déclarant avoir consommé du cannabis au cours de leur vie se situe entre 21,8 % et 26,8 %.

108. « Indicateurs et tendances », OFDT, 1999.

109. Certaines substances n'apparaissent pas dans le tableau, soit parce qu'elles n'étaient pas proposées parmi les réponses (e.g., le crack), soit parce qu'elles sont englobées dans une rubrique plus large (e.g., le LSD dans hallucinogènes).

D'un autre côté, les enquêtes menées auprès des appelés dans les centres de sélection du service national montrent qu'une proportion beaucoup plus importante de jeunes hommes de 18 à 23 ans est concernée par la consommation de drogues illicites, et en particulier par celle d'ecstasy. Comme on peut le voir dans le tableau 4.2, la proportion des 18-23 ans déclarant consommer du cannabis est presque deux fois plus importante que parmi les 18-44 ans. Le rapport entre les proportions est presque de 1 à 5 pour la consommation d'ecstasy au cours de la vie. En fait, des tests biologiques ont permis d'étudier la concordance entre les déclarations et la consommation réelle du cannabis. Pour la consommation déclarée au cours du mois passé, une dissimulation a été repérée dans 40 % des cas et une exagération dans 50 % des cas. Au total, l'exagération faisant plus que compenser la dissimulation, on obtient un chiffre légèrement surestimé.

Tableau 4.2 - Pourcentage de personnes âgées de 18 à 23 ans convoquées en centre de sélection du service national ayant déclaré avoir consommé des drogues illicites

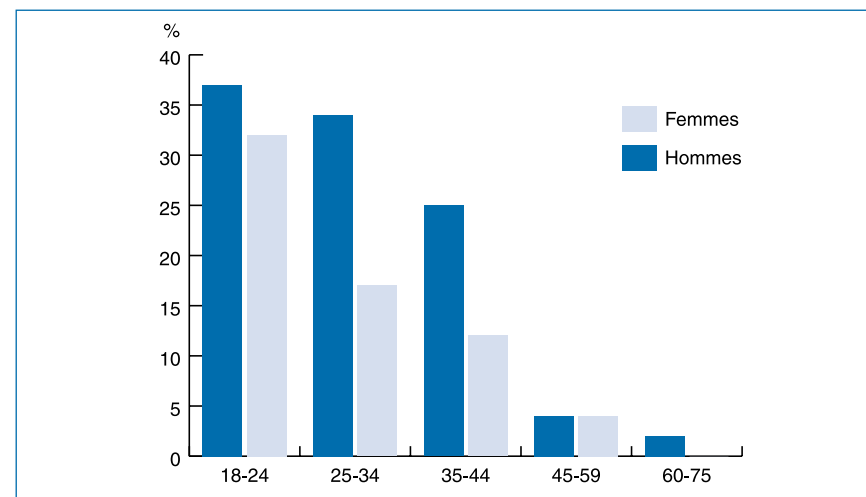
Type de produit	Au cours de la vie	Au cours de l'année
Cannabis	40,0 %	14,5 %
Cocaïne	2,5 %	0,4 %
Héroïne	1,5 %	0,3 %
Ecstasy	5,1 %	1,2 %

Source : DCSSA

Concernant la répartition des consommateurs entre les hommes et les femmes chez les adultes, peu de données sont disponibles. Néanmoins, il apparaît que les hommes se déclarent plus souvent consommateurs de drogues illicites que les femmes. À titre d'exemple, le graphique ci-contre montre cette différence entre les deux sexes pour le cannabis, bien que dans la tranche 18-24 ans l'écart soit assez faible.

Concernant la consommation de drogues chez les adolescents, deux types d'enquêtes permettent d'observer leur consommation de psychotropes illicites. Les premières sont effectuées, comme c'est le cas pour les adultes, en population générale et se déroulent par téléphone. Les autres ont lieu dans le cadre scolaire et donnent lieu au remplissage d'un questionnaire par les élèves. Les contextes et les populations interrogées étant différentes, les résultats obtenus par ces deux méthodes ne sont pas forcément concordants.

Graphique 4.1 - Usage de cannabis au cours de la vie selon l'âge et le sexe



Ainsi, à partir des différentes sources disponibles, **on peut estimer que plus d'un tiers des jeunes âgés de 15 à 19 ans ont expérimenté une drogue au cours de leur vie, presque exclusivement du cannabis**. Les autres produits sont peu cités, les principales substances expérimentées étant les hallucinogènes, l'ecstasy et les produits à inhaler. L'âge moyen d'entrée dans la consommation du cannabis se situe juste avant 16 ans. En terme annuel, et selon les enquêtes (tableau 4.3 ci-dessous), **une consommation de drogues au cours de l'année est déclarée par 23 à plus de 30 % des jeunes**.

Tableau 4.3 - Usage de drogues illicites au cours de l'année chez les 15-19 ans

Type de produit	CFES 97/98 (n = 2 675)	CADIS 97 (n = 9 919)	INRP 98 (n = 875)
Cannabis	22,8 %	29,8 %	34,4 %
Cocaïne	0,1 %	1,9 %	0,8 %
Héroïne	0,0 %	1,7 %	0,2 %
Ecstasy	0,5 %	-	1,5 %
Ecstasy ou LSD	-	3,4 %	-
Hallucinogènes	0,7 %	-	0,9 %
Amphétamines	-	2,1 %	-
Médicaments	0,1 %	-	-
Produits à inhaler	0,3 %	5,7 %	1,0 %
Autres drogues	0,1 %	4,1 %	-
Toutes substances	22,8 %	33,5 %	-

Sources : CFES 97/98, CADIS 97, INRP 98 (uniquement lycéens parisiens)

Parmi les substances observées, l'usage des produits à inhaler tels que la colle ou les solvants concerne en majorité les jeunes adolescents, dans des proportions allant de moins de 1 % à presque 6 % selon les sources. Parallèlement, la consommation des drogues de synthèse, et en particulier l'ecstasy, est également une caractéristique des populations jeunes, même si elles s'étendent aux jeunes adultes. Au lycée, elle concerne environ 3 % des jeunes. Enfin, l'usage des autres substances est moins courant. Les hallucinogènes (tels que les champignons ou les acides), les amphétamines, la cocaïne et l'héroïne sont consommés par un petit nombre de 15-19 ans (entre 0 et 2 % selon les sources).

Comme chez les adultes, la consommation de ces produits est à prédominance masculine chez les 15-19 ans. En effet, il apparaît, tout d'abord, que les propositions sont plus fréquemment adressées aux garçons qu'aux filles (53 % contre 45 %), offres plus souvent acceptées par les garçons. Ainsi, 33 % des garçons déclarent avoir expérimenté du cannabis au cours de leur vie contre 23 % des filles. En fait, celles-ci ont tendance à expérimenter une fois le produit sans réitérer leur consommation.

Si, en définitif, il se révèle peu aisé d'évaluer la population de consommateurs de drogues illicites, les mêmes difficultés apparaissent pour estimer la dépense annuelle totale en drogues de cette population. En fait, dépense annuelle des consommateurs et chiffre d'affaires de la vente au détail (i.e. aux consommateurs) réalisé par les trafiquants doivent être identiques puisque sur ce(s) « marché(s) » aucune taxe n'existe.

D'après Kopp (1999), quatre méthodes d'évaluation du chiffre d'affaires peuvent être employées sur les trois principales drogues illicites consommées en France (le cannabis et ses différents dérivés, la cocaïne, l'héroïne et les drogues synthétiques – notamment l'ecstasy¹¹⁰).

Premièrement, on peut partir d'une évaluation de la production potentielle de drogues, au regard des surfaces utilisées pour des cultures illégales. Cette approche est intéressante lorsqu'il s'agit de mesurer la quantité de la production d'une drogue au niveau mondial, mais n'est guère utilisable pour renseigner la consommation d'un pays donné. De plus, elle ne permet pas de mesurer la consommation de drogues synthétiques.

Deuxièmement, il est possible de considérer que le trafic et la consommation de drogues illégales laissent leur empreinte sur la quantité de monnaie circulant en cash dans l'économie. Impossible, cependant, de préciser les montants des consommations par produit.

110. Notons que ce rapport ne traitera que de ces drogues, bien que d'autres substances aient été évoquées dans les pages précédentes (e.g. produits à inhaler, médicaments, etc.).

Troisièmement, il est peut être intéressant d'examiner les quantités de drogues illicites saisies et d'extrapoler le montant consommé. Il faut toutefois être averti que les saisies peuvent varier en fonction de la productivité des services répressifs et non de la consommation.

Quatrièmement, il est envisageable de partir du nombre de consommateurs (si tant est que les données de prévalence soient fiables) et formuler des hypothèses sur les quantités de drogues consommées selon le type d'usagers.

Eut égard à l'imprécision des données existantes, nous nous contenterons de donner une estimation très approximative du CA des drogues illicites en partant des fourchettes de prévalence. Nous suivrons les conclusions de l'OFDT¹¹¹.

Le chiffrage de la consommation de cannabis repose sur un certain nombre d'hypothèses : prix moyen de la résine à 35 francs le gramme, consommation moyenne de 0,5 grammes par jour pour les fumeurs quotidiens ; consommation hebdomadaire des personnes consommant au moins une fois par semaine mais pas tous les jours : 1,5 grammes ; consommation mensuelle des fumeurs consommant au moins une fois par mois : 0,5 grammes ; consommation moyenne des personnes consommant moins d'une fois par mois : 0,5 grammes tous les deux mois.

Tableau 4.4 - CA des drogues illicites - Cannabis

Rythme de consommation	% de consommateurs dans l'année	Nombre de consommateurs	Nombre de grammes consommés à chaque occasion	Nombre d'occasions de consommer dans l'année	Nombre de tonnes consommées	Dépenses (en millions de francs)
Quotidienne	17	374 000	0,5	365	68,26	2 388,9
Une fois par semaine ou plus mais non quotidienne	31	682 000	1,5	52	53,20	1 861,8
Une fois par mois	15	330 000	0,5	12	1,98	69,3
Moins d'une fois par mois	37	814 000	0,5	6	2,44	85,4
Total	100	2 200 000	-	-	125,87	4 405,5

111. « Indicateurs et tendances », OFDT, 1999.

Héroïne

Dépenses totale : 4,6 milliards

Cocaïne

Dépense totale : entre 3 milliards¹¹² et 10 milliards¹¹³.

En conclusion, selon l'OFDT, le chiffre d'affaires (cannabis, héroïne) devrait être compris entre 9 et 20 milliards, à quoi s'ajoute quelque 5 milliards (chiffre fort imprécis) de cocaïne, d'où un chiffre d'affaires très approximatif de 14 à 25 milliards de francs.

4.2 - Les dépenses de santé imputables à la consommation de drogue

Les coûts de santé imputables à la consommation de drogues se révèlent bien plus compliqués à évaluer que ceux reliés au tabac et à l'alcool. En fait, cette difficulté provient du manque évident de données disponibles, d'une part, sur les risques attribuables au facteur de risque « drogue » pour les pathologies concernées (à notre connaissance aucune étude française n'a été menée sur les risques attribuables à la drogue), et, d'autre part, sur les pathologies elles-mêmes. À titre d'exemple, l'hépatite C n'étant pas référencée en tant que telle lors de l'établissement de la CIM9 (Codification internationale des maladies, 9^e révision), aucune donnée quant au nombre de séjours hospitaliers n'existe sur cette pathologie, l'ensemble des statistiques étant basé sur la CIM9 de l'OMS. Enfin, en terme de coût des pathologies, le même problème que précédemment émerge lors de toute tentative d'évaluation. Aussi, il apparaît que l'une des priorités en terme d'établissement de statistiques de santé sur la question de la drogue serait d'établir une liste des pathologies ayant un rapport avec la drogue et de produire des chiffres (nombre de séjours hospitaliers, coûts hospitaliers de ces pathologies et durée moyenne d'hospitalisation) afin de permettre une évaluation plus exacte des coûts de santé imputables à la drogue.

112. Rapport Padieu (R.), « *L'information statistique sur les drogues et les toxicomanies* », La Documentation française, 1994.

113. Chiffre élevé produit par l'OGD, « *Où va la cocaïne en Europe ?* » (1998) qui avance l'idée qu'environ 20 tonnes de cocaïne achetées sur la base de 250 francs le gramme en gros seraient vendues en France, ce qui pourrait engendrer un chiffre d'affaires de 10 milliards de francs.

Au total, il apparaît que seuls les coûts liés à la prise en charge du Sida et les coûts entraînés par le traitement du Subutex® peuvent faire l'objet d'une tentative d'évaluation¹¹⁴. En fait, le calcul du coût du Sida est retracé dans Kopp et Palle (1998), alors que le coût du Subutex® est traité dans Kopp, Rumeau-Pichon et Le Pen (papier en cours de publication à la Revue française d'épidémiologie). Nous reprendrons donc, dans les lignes suivantes, les propos de ces auteurs, tout en gardant à l'esprit que les coûts de santé imputables à la drogue sont loin d'être exhaustifs et ne constituent qu'un début d'estimation bien peu satisfaisant.

4.2.1 - Les coûts liés au Sida imputables à la drogue

La propagation rapide de l'épidémie du Sida parmi les toxicomanes a été un des principaux facteurs ayant conduit à une modification de la politique suivie à leur égard. Parmi les nouveaux cas de Sida déclarés en 1995, 25 % seraient liés à l'usage de stupéfiants. Par contre, on ne dispose guère d'estimations sérieuses du pourcentage de toxicomanes parmi les séropositifs. Un chiffre circule, évaluant à 30 % la proportion de consommateurs de drogues séropositifs, ce qui correspond à la proportion de séropositifs parmi les toxicomanes suivis dans les centres de soins, mais ne représente pas nécessairement l'ensemble de la population de référence. Si l'on prend, à titre d'exemple, le chiffre souvent cité de 150 000 consommateurs de drogues dures, le nombre de séropositifs « usagers de drogues » serait alors de 45 000.

En fait, les dépenses liées au Sida peuvent intervenir soit au niveau des hôpitaux, soit dans le cadre de la prise en charge extra-hospitalière et de la prévention, pilotée directement au niveau du budget du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sur le chapitre 37-18 intitulé « Programmes et dispositifs de lutte contre le Sida¹¹⁵ ».

Concernant plus spécifiquement le coût de la prise en charge hospitalière, on peut estimer, sur la base de données simulées¹¹⁶, à 55 000 le nombre de personnes atteintes par le VIH et prises en charge par l'hôpital. Sur ce total, la proportion de Sida déclaré serait d'environ 26,5 % et la part de séropositifs de 73,5 %.

114. Concernant la méthadone, nous n'incluons pas son coût dans les dépenses de santé, puisque ces dernières sont entièrement prises en charge par le chapitre 47-15 article 10 de la DGS. En conséquence, cette dépense est entièrement comptabilisée dans les dépenses des Administrations publiques.

115. Ces dépenses, comme pour la méthadone, sont comptabilisées dans les dépenses des Administrations publiques puisqu'elles sont entièrement prises en charge par la DGS.

116. Les éléments utilisés pour le calcul qui suit sont issus de la brochure du ministère de la Santé publique et de l'assurance maladie « *Soins et Sida, les chiffres clés* », 4^e édition, septembre 1995.

Parmi les cas de Sida, on compterait une proportion de 24 % de malades classés dans le groupe de transmission « toxicomanie ». Pour les séropositifs, traités à l'hôpital, cette part serait de 26 %. En 1995, le coût total annuel de la prise en charge d'un patient VIH, atteint du Sida, serait de 164 448 francs et de 33 231 francs pour les personnes séropositives.

En conséquence, pour les malades du Sida, le coût s'élève à 575,24 millions de francs (55 000 x 0,265 x 0,24 x 164 448), alors que pour les personnes séropositives, le coût s'élève à 349,27 millions de francs (55 000 x 0,735 x 0,26 x 33 231).

Au total, le coût hospitalier du traitement du VIH chez les consommateurs de drogues s'élèverait à 924,51 millions de francs (575,24 + 349,27) en 1995.

Malheureusement, seuls les coûts hospitaliers peuvent être estimés, le manque de données sur les soins distribués dans le cadre de la médecine de ville ne permettant pas d'évaluer cet autre versant des dépenses de santé liées au Sida et imputables à la drogue.

4.2.2 - Le Subutex® et son coût

D'après Kopp, Rumeau-Pichon et Le Pen¹¹⁷, le Subutex®, mis sur le marché en France en 1996, est une forme fortement dosée de la buprénorphine qui est un agoniste partiel des récepteurs morphiniques. Cela en fait un produit de substitution des opiacés théoriquement sans risque de dépression respiratoire en raison de son effet-plafond. L'Autorisation de mise sur le marché (AMM) le définit comme le « *traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés, dans le cadre d'une prise en charge médicale, sociale et psychologique* ». Les modalités de prescription et de délivrance du produit ont été fixées par l'Agence française du médicament et figurent dans l'ampliation d'autorisation de mise sur le marché. Il se présente sous forme de comprimés sublinguaux dosés à 0.4 mg, 2 mg et 8 mg de buprénorphine.

Les indicateurs SIAMOIS¹¹⁸ estiment que 14 000 à 18 000 patients-mois étaient pris en charge dès juin 1996, et près de 40 000 patients-mois en

117. Kopp, Rumeau-Pichon et Le Pen, article à paraître à la *Revue française d'épidémiologie*.

118. Le système SIAMOIS (Système d'information sur l'accessibilité au matériel d'injection stérile), géré par le Réseau national de santé publique, permet de recueillir des informations relatives aux ventes en pharmacie de produits achetés par des usagers de drogue. Il a été mis en place en janvier 1996 dans le cadre de la politique de répression des risques en France.

juin 1997. Ces chiffres reposent sur une hypothèse de calcul forte, admettant qu'un traitement de 30 jours (à une dose de 8 mg) est entièrement acheté et consommé par une même personne. Il semble cependant que la réalité soit moins rigide : une hypothèse de 50 000 à 80 000 individus consommant du Subutex® apparaît vraisemblable. Le rapport de la Cour des comptes estimait quant à lui le nombre de toxicomanes traités avec Subutex® à environ 42 000 au 31 décembre 1997, contre 24 000 un an plus tôt.

En ce qui concerne le coût de traitement, on dispose d'un travail réalisé par le Centre de recherches économiques, sociologiques et de gestion¹¹⁹ (CRESGE), à la demande du Laboratoire Schering-Plough, dont les résultats ont été repris dans le récent rapport de la Cour des comptes¹²⁰. Selon cette étude, réalisée auprès d'un panel de médecins prescripteurs, le coût de la prise en charge médicale par Subutex®¹²¹ a été évaluée à 15 300 francs par personne et par an.

Aussi, en se fondant sur une hypothèse de 40 000 personnes sous traitement de substitution par Subutex®, on peut réaliser une extrapolation du coût mensuel précédent. **Le coût médical direct global serait donc de 600 millions de francs environ.**

4.2.3 - Conclusion sur les dépenses de santé imputables à la drogue

Comme nous l'avons signalé en introduction de ce point, les résultats obtenus ici sont bien loin d'être satisfaisants.

Les coûts de santé liés au Sida et imputables à la drogue s'élevant à 924,51 (soins hospitaliers, i.e. hors dépenses en médecine de ville) et le coût total de traitement par Subutex® s'élevant à 600 millions, **les dépenses de santé imputables à la drogue, et dont nous avons pu en estimer le montant, représenteraient 1 524,51 millions de francs.**

119. Parea, Allenet, Lebrun, *Subutex® dans l'arsenal thérapeutique de prise en charge des héroïnomanes : environnement et estimation du coût de prise en charge médicale*, Centre de recherches économiques, sociologiques et de gestion (CRESGE), octobre 1997. Les auteurs ont utilisé la base de données du réseau de médecins généralistes de l'Observatoire épidémiologique Thalès, soit 383 médecins généralistes informatisés. L'ensemble des prescriptions de Subutex® réalisées par ces médecins a été étudié d'octobre 1996 à mars 1997 inclus. Au total, 1 548 ordonnances comprenant du Subutex® ont ainsi été analysées, en détaillant les modalités de prescription, les co-prescriptions, les diagnostics associés et les examens complémentaires. 378 patients sont concernés, principalement des hommes (77 % de l'échantillon), d'un âge moyen de 30 ans.

120. *Op. cit.*

121. Subutex® se présente sous la forme de boîtes de 7 comprimés sublinguaux dosés à 0.4, 2 ou 8 mg de buprénorphine, au prix public TTC de 28,20 Frs (0,4 mg), 65,10 Frs (2 mg) et 176,70 Frs (8 mg).

4.3 - Les dépenses des Administrations publiques

L'ensemble des développements qui seront effectués ici sont repris du rapport de Kopp et Palle (1998) intitulé « Vers l'analyse du coût des drogues illégales : un essai de mesure du coût de la politique publique de la drogue et quelques réflexions sur la mesure des autres coûts ».

Comme le notent les auteurs de ce rapport, celui-ci examine, en premier lieu, les dépenses des administrations dont l'action est plutôt centrée sur les missions répressives (justice, police, gendarmerie, douanes). Les dépenses des administrations responsables de la mise en œuvre du traitement sanitaire et social et de la prévention sont ensuite passées en revue. En fait, le découpage réel retenu *in fine* par Kopp et Palle (1998) se base sur une présentation par administration car, comme le notent ces derniers, ce système est « plus simple à adopter (...) compte tenu du cadre budgétaire et de l'absence d'homogénéité entre les différents ministères » et du fait que « ce partage entre les administrations répressives et les autres ne doit pas faire oublier que les administrations de la justice, de la police et de la gendarmerie consacrent une partie, parfois importante, de leurs activités à la prévention ». Notre présentation, bien que très simplifiée, suivra donc le découpage par administration effectué par les auteurs¹²².

4.3.1 - Le ministère de la Justice

Un premier ensemble de dépenses est lié à l'activité des magistrats aux différents stades du processus pénal et au fonctionnement des tribunaux correctionnels. Ces dépenses comprennent principalement les frais de personnels (magistrats, greffiers et fonctionnaires de justice), les frais de fonctionnement des juridictions (entretiens des bâtiments, informatique, etc.), les frais de justice et l'aide juridictionnelle. Ces dépenses sont inscrites au budget à la rubrique « Services judiciaires » (a). Une deuxième catégorie de dépenses est liée à l'incarcération des prévenus et des condamnés. Ce sont les dépenses de l'administration pénitentiaire (b), et enfin, les dépenses engagées par les services de la protection judiciaire de la jeunesse concernant les mineurs (c).

Pour chacune de ces trois directions, les auteurs ont cherché à attribuer une part des budgets concernés au traitement des personnes faisant l'objet de procédures pour infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS).

122. Pour l'ensemble des hypothèses retenues par les auteurs, ainsi que leur méthodologie, nous renvoyons le lecteur au rapport de Kopp et Palle (1998).

a - Les services judiciaires

Les services judiciaires englobent les activités des juridictions pénales et non-pénales. Il est donc nécessaire de faire apparaître les dépenses relevant du domaine pénal, puis d'isoler dans ces dépenses la part ILS. Pour effectuer cette double ventilation du budget des services judiciaires, les auteurs recherchent, tout d'abord, la part pénale et la part ILS de l'activité des magistrats.

Concernant la détermination de la part pénale de l'activité des magistrats sept catégories de magistrats sont distinguées :

- | | |
|---|------------------------------------|
| 1 - Magistrats de la Cour de cassation | 5 - Juges d'instruction |
| 2 - Magistrats de la cour d'appel | 6 - Juges d'application des peines |
| 3 - Magistrats du siège des tribunaux | 7 - Juges d'enfants |
| 4 - Magistrats du parquet des tribunaux | |

Tableau 4.5 - Effectif et temps consacré par les juges aux ILS

Type de juges	Effectif de la catégorie (1)	Part de la catégorie dans l'effectif total (2)	Part du temps de la catégorie consacrée au pénal (3)	Part du temps consacré aux ILS dans le temps consacré au pénal	Part du temps de l'effectif total de la catégorie consacrée aux ILS (5)=(2)x(3)x(4)	Équivalent temps plein (ETP) des magistrats travaillant sur les ILS (6)
2	1 232	21,1 %	40 %	6,4 %	0,54 %	31,5
3	2 409	41,0 %	22 %	4,7 %	0,42 %	24,9
4	1 162	20,0 %	72 %	7,3 %	1,05 %	61,0
5	555	9,5 %	100 %	11,0 %	1,04 %	61,0
6	199	3,4 %	100 %	15,0 %	0,51 %	30,0
7	290	5,0 %	25 %	2,2 %	0,02 %	1,6
Total	5 847	100 %	-	-	3,59 %	210,0

In Kopp et Palle (1998), p. 20.

Note : Les auteurs excluent du champ de leur analyse les magistrats de la Cour de cassation (catégorie 1) en considérant que leur activité, au même titre que celle de l'administration centrale, est trop indirectement liée aux ILS pour être prise en compte.

Chacune de ces catégories consacre une part variable de leur activité au domaine pénal correctionnel, i.e. à l'activité pénale susceptible d'impliquer de façon significative les ILS, ce qui conduit à ne prendre en compte que le traitement des délits dont sont exclus les délits de nature économique et financière.

Le tableau 4.5 p. 221, donne pour chaque catégorie de magistrats l'effectif, la part « pénale correctionnelle » et la part ILS dans leur activité totale.

L'estimation du coût des magistrats consacrés aux ILS passe par la première colonne du tableau qui donne le coût annuel de l'effectif total de chaque catégorie de magistrats. En d'autres termes, les 1 232 magistrats de la cour d'appel coûtent 688 216 000 francs. Ainsi, en appliquant à cette première colonne la part du temps consacré au pénal par l'effectif total de chaque catégorie de magistrats (e.g. 40 % pour les magistrats de la cour d'appel), nous obtenons, dans un premier temps, le coût pénal total pour chaque catégorie de magistrats (soit, e.g., 275 286 000 francs pour les magistrats de la cour d'appel). Ensuite, en appliquant au coût pénal total ainsi défini, la part du temps consacré aux ILS dans le temps consacré au pénal par l'effectif total de chaque catégorie de magistrats (e.g. 6,4 % pour les magistrats de la cour d'appel), nous obtenons, dans un second temps, le coût ILS total pour chaque catégorie de magistrats (soit, e.g., 17 618 000 francs pour les magistrats de la cour d'appel).

Tableau 4.6 - Coût de l'activité des juges consacrée aux ILS (milliers de francs)

Catégorie de juges	Coût total	Coût pénal	Coût ILS
2 - Magistrat de la cour d'appel	688 216	275 286	17 618
3 - Magistrat du siège	1 057 218	232 568	10 930
4 - Magistrat du parquet	509 957	367 169	26 986
5 - Juge d'instruction	243 568	243 568	26 792
6 - Juge d'application des peines	87 333	87 333	13 100
7 - Juge d'enfants	127 269	31 817	699
Total	2 713 474	1 237 743	95 675

In Kopp et Palle (1998), p. 20.

En conséquence, le coût total de l'activité des juges consacrée aux ILS s'élève à 95,67 millions de francs. Néanmoins, l'ensemble des données ayant permis ce calcul n'étant pas disponible pour les autres catégories de fonctionnaires pris en compte dans leur étude, les auteurs préfèrent retenir, par souci d'homogénéité, une autre méthode basée sur le coût moyen budgétaire d'emploi des magistrats estimé à 348 904 francs. En conséquence, pour 210 magistrats ETP se consacrant aux ILS, **le coût total des magistrats ILS s'élève à 73,27 millions de francs.**

Les deux autres catégories de personnels à prendre en compte dans les services judiciaires concernent les greffiers et les autres fonctionnaires.

Au total, ce sont 18 552 greffiers et fonctionnaires titulaires (DOM-TOM compris) inscrits au budget du ministère de la Justice en 1995. Le coût moyen d'emploi de ces catégories de personnels (incluant la rémunération principale, les primes, les indemnités et les charges sociales) s'élève à 190 224 francs, soit un coût total d'emploi de 3 529,04 millions de francs.

Parmi ces personnels, et selon le ministère de la Justice, 8 500 personnes sont affectées aux différents tribunaux de grande instance. Pour déterminer le nombre de greffiers et de fonctionnaires de justice qui, parmi ces 8 500 personnes, travaillent à plein temps sur les ILS, les auteurs du rapport considèrent que l'activité de ces types de personnels est, en moyenne, proportionnelle à l'activité des magistrats.

En conséquence, la part de l'activité des greffiers et fonctionnaires de justice consacrée au pénal étant de 50 %, le nombre de personnes travaillant à plein temps pour le pénal s'élève à 4 250 fonctionnaires, lesquels consacrent 7,7 % de leur activité aux ILS (part de l'activité ILS dans l'activité pénale des magistrats), soit 327,25 greffiers et fonctionnaires de justice ETP. En terme budgétaire, en multipliant le coût moyen d'emploi de ces catégories de personnels (190 224 francs) par les 327,25 personnes ETP se consacrant aux ILS, nous obtenons un coût global de 62,25 millions de francs.

Cependant, il convient d'ajouter le coût des fonctionnaires affectés aux cours d'appel. Leur nombre étant de 1 000 (pour la partie pénale), il y a donc 64 greffiers et fonctionnaires de justice ETP supplémentaires se consacrant aux ILS (1 000 x 0,064, 0,064 étant la part de l'activité ILS dans l'activité pénale des magistrats des cours d'appel). En terme budgétaire, ces 64 personnes supplémentaires se consacrant aux ILS représentent 12,17 millions de francs.

Au total, le coût des greffiers et fonctionnaires de justice travaillant sur les ILS est de 74,42 millions de francs (62,25 + 12,17) si on inclut les charges sociales. En fait, **calculé en terme de coût budgétaire d'emploi, le coût des greffiers et fonctionnaires de justice s'élève à 52,77 millions de francs.**

Outre les différentes catégories de personnels comptabilisées ci-dessus, les services judiciaires incluent d'autres dépenses dont, par exemple, l'aide juridique et les frais de justice. En fait, le tableau 4.7 ci-après retrace l'ensemble des frais à prendre en compte dans les services judiciaires, ainsi que les clefs de répartition établies par les auteurs (cf. p. 21 et 22).

Tableau 4.7 - Coût des dépenses diverses des services judiciaires

Nature des frais	Coût total (1)	Clef (en %)	Coût ILS (1)
Chap. 34-05 Dépenses d'informatique et de télématique	86,750	3,6	3,123
Chap. 34-90 Frais de déplacement	51,422	3,6	1,851
Chap. 37-11 Frais de justice criminelle, correctionnelle et de police	829,919	3,7	31,204
Chap. 37-12 Aide juridique	1 085,280	3,6	39,070
Chap. 37-92 Fonctionnement des juridictions			
- art. 40 Cour d'appel	94,003	6,0	5,640
- art. 51 Tribunaux de grande instance (Métropole et DOM)	503,311	3,6	18,119
Chap. 46-01 Subventions et interventions diverses			
- art. 21 Organismes privés ou publics contribuant au contrôle judiciaire	26,000	3,6	0,936
		Total	99,943

In Kopp et Palle (1998), p. 21.

(1) En millions de francs

Ainsi, **les autres frais des services judiciaires engagés pour les ILS s'élevaient à 99,9 millions de francs**¹²³.

Lorsque les frais de personnels et les autres frais sont additionnés, **le coût total des services judiciaires imputables à la drogue s'élève à 225,98 millions de francs** [(73,27 + 52,77) + 99,94].

b - L'administration pénitentiaire

Contrairement au rapport de Kopp et Palle (1998), nous reprendrons ici la méthode utilisée dans le cadre du calcul du coût du système pénitentiaire pour l'alcool (voir partie 3). En fait, les auteurs du rapport précité utilisent le nombre de détenus pour cause ILS, déterminent la part de cette population dans la population carcérale totale, et enfin appliquent le taux ainsi obtenu aux dépenses totales de l'administration pénitentiaire afin de déterminer le coût total de détention des personnes incarcérées pour ILS.

En d'autres termes, le nombre de détenus pour ILS s'élevait à 11 816 personnes au 1^{er} mai 1995, alors que le nombre total de détenus était de 51 325 personnes au début de 1995. En conséquence, la part des individus

123. Notons que les auteurs donnent une autre méthode pour évaluer certains de ces frais. Nous laissons le lecteur intéressé par ces propos se référer aux pages 22 et 23 du rapport de Kopp et Palle (1998).

incarcérés pour cause ILS correspondait à 23,02 % de l'ensemble de la population carcérale. Ainsi, avec une dépense budgétaire de 5 727,95 millions de francs pour l'administration pénitentiaire, le coût de la détention des personnes incarcérées pour ILS correspondrait à 1 318,68 millions de francs¹²⁴.

Pour notre part, nous préférons raisonner en terme de temps de détention, méthode de calcul pour laquelle nous donnerons plusieurs scénarios possibles. Néanmoins, le calcul que nous effectuons se révèle quelque peu biaisé du fait des informations dont nous disposons. En fait, nous devrions, tout d'abord, déterminer le nombre total de personnes incarcérées et comptabiliser, dans cet ensemble, le nombre de personnes incarcérées pour raison ILS. Ensuite, en calculant le temps total d'incarcération de l'ensemble de la population carcérale, nous devrions déterminer le temps d'incarcération des personnes emprisonnées pour cause ILS, afin de trouver la part (en terme de temps d'incarcération) des personnes incarcérées pour cause ILS dans le temps total d'incarcération de la population pénitentiaire. Enfin, en appliquant cette part aux dépenses totales de l'administration pénitentiaire, nous pourrions ainsi calculer le coût total d'incarcération des ILS.

Comme pour l'alcool, une première évaluation peut être effectuée d'après les sources du ministère de la Justice¹²⁵, le tableau 4.8 ci-dessous donnant, en pourcentage, la durée des peines prononcées des détenus condamnés au 1/07/1998.

Tableau 4.8 - Peines prononcées pour les détenus condamnés au 1/07/1998

	Durée des peines en % du total
Détenus condamnés à moins d'un an	29,8 %
Détenus condamnés de 1 à 3 ans de prison	21,7 %
Détenus condamnés de 3 à 5 ans de prison	12,0 %
Détenus condamnés à 5 ans et plus	36,5 %

Source : « Les chiffres-clés de la Justice : octobre 1998 », ministère de la Justice

124. Les auteurs du rapport précisent que le chiffre correspondant au nombre de détenus pour cause ILS est issu du fichier national des détenus qui se base sur l'infraction principale. Aussi, le nombre de détenus pour ILS peut être sous-estimé selon Kopp et Palle (1998).

125. « Les chiffres-clés de la justice », ministère de la Justice, octobre 1998.

Ainsi, nous savons que 70,2 % des détenus étaient incarcérés pour une durée supérieure ou égale à 12 mois au 1^{er} juillet 1998, les 29,8 % restants étant, par conséquent, incarcérés pour une durée inférieure à 1 an. La population carcérale, à la même date, était de 57 458 détenus, alors que début 1995 celle-ci s'élevait à 51 325 détenus¹²⁶. Pour notre calcul, nous utilisons la population carcérale au début 1995 à laquelle nous appliquons les taux de 1998 relatifs à la durée des peines prononcées pour les détenus condamnés au 1/07/1998, en supposant que cette structure ne s'est pas déformée entre 1995 et 1998.

Ainsi, en considérant que 70,2 % des 51 325 détenus sont incarcérés pour une durée supérieure ou égale à 12 mois, nous obtenons :

$$51\ 325 \times 0,702 \times 12 = 432\ 360$$

soit 432 360 mois de détention effectués en 1995 par 36 030 détenus (70,2 % de la population carcérale). Parallèlement, nous savons que les 15 295 détenus restants (51 325 x 0,298) effectuent une peine inférieure à 12 mois. Or, parmi ces 15 295 détenus, 6 566 détenus effectuent 18 611,7 mois de détention (voir partie 3 sur l'alcool). En conséquence, nous obtenons 450 971,7 mois de détention (432 360 + 18.611,7) effectués par 42 596 détenus (36 030 + 6 566). Reste donc à évaluer le temps passé par les 8 729 détenus restants (51 325 - 42 596). Pour ce faire nous travaillerons sur trois scénarios :

- *Scénario 1 : chaque détenu effectue 1 mois de détention, soit au total 8 729 mois d'incarcération supplémentaires.*
- *Scénario 2 : chaque détenu effectue 6 mois de détention, soit au total 52 374 mois d'incarcération supplémentaires.*
- *Scénario 3 : chaque détenu effectue 11 mois de détention, soit au total 96 019 mois d'incarcération supplémentaires.*

Le tableau 4.9 ci-après donne, selon le scénario, la durée totale d'incarcération effectuée par l'ensemble des détenus en 1995.

Concernant les personnes incarcérées pour cause ILS, nous savons, d'une part, que le nombre de détenus ILS correspondait à 11 816 personnes au 1^{er} mai 1995 (cf. Kopp et Palle, 1998). D'autre part, les chiffres donnés par le ministère de la Justice¹²⁷ quant à la durée moyenne des peines prononcées

126. In Kopp et Palle, 1998.

127. Les condamnations en 1996, Études & Statistiques Justice, ministère de la Justice, 1998.

Tableau 4.9 - Temps total d'incarcération effectué par l'ensemble des détenus en 1995 (en mois)

	Nombre de détenus	Durée moyenne en mois	Durée totale en mois	
Détention >= 12 mois (1)	36 030	12,0	432 360,0	
Détention pour alcool (2)	6 566	2,835	18 611,7	Total selon scénario
Détention < 12 mois (3)	8 729	1,0	8 729,0	(1) + (2) + (3) = 459 700,7
Détention < 12 mois (3')	8 729	6,0	52 374,0	(1) + (2) + (3') = 503 345,7
Détention < 12 mois (3'')	8 729	11,0	96 019,0	(1) + (2) + (3'') = 546 990,7
Total	51 325			

en 1996 à l'encontre des personnes ILS (toutes infractions confondues, i.e. infractions uniques et infractions multiples avec cause principale et causes de 2^e, 3^e, etc. rang) est de 18,1 mois. Aussi, en supposant que la « lourdeur » des peines prononcées n'a pas été fondamentalement modifiée entre 1995 et 1996, nous pouvons supposer, en ramenant sur une base annuelle (i.e. 12 mois), que le temps total d'incarcération de la population ILS s'élève à :

$$11\ 816 \times 12 = 141\ 792\ \text{mois}$$

Ainsi, en ramenant ce chiffre aux différents scénarios du tableau 4.9, nous obtenons les résultats suivants quant à la part des détenus ILS dans le temps total d'incarcération de l'ensemble des détenus :

- *Scénario 1 : le temps d'incarcération des détenus ILS représente 30,84 % du temps d'incarcération total de l'ensemble de la population carcérale [(141 792 / 459 700,7) x 100].*
- *Scénario 2 : le temps d'incarcération des détenus ILS représente 28,17 % du temps d'incarcération total de l'ensemble de la population carcérale [(141 792 / 503 345,7) x 100].*
- *Scénario 3 : le temps d'incarcération des détenus ILS représente 25,92 % du temps d'incarcération total de l'ensemble de la population carcérale [(141 792 / 546 990,7) x 100].*

En conséquence, en terme de coût de détention des 11 816 individus incarcérés pour cause ILS, nous obtenons :

- *Scénario 1 : 1 766,50 millions de francs (5 727,95 x 0,3084).*
- *Scénario 2 : 1 613,56 millions de francs (5 727,95 x 0,2817).*
- *Scénario 3 : 1 484,68 millions de francs (5 727,95 x 0,2592).*

Cependant, nous pouvons encore affiner ces résultats si nous prenons les chiffres donnés par le ministère de la Justice¹²⁸ quant à la durée moyenne des peines prononcées en 1996 à l'encontre de l'ensemble des infractions commises, ceci nous permettant d'éliminer les trois scénarios proposés précédemment.

En fait, si nous calculons le temps *théorique* total d'incarcération à partir des condamnations prononcées en 1996, nous obtenons 845 504,4 mois (somme des lignes Crimes (93 927 mois), Délits (751 576,8 mois) et Contraventions de 5^e classe (0,6 mois) dans la colonne « Nombre total de mois de prison¹²⁹ ». Concernant les ILS, la part calculée dans la colonne intitulée « Part de chaque infraction dans le total infractions » (i.e. 194 122,5 mois / 845 504,4 mois) s'élève à 22,96 %. Ainsi, en effectuant l'analogie entre, d'une part, les condamnations prononcées et, d'autre part, le temps d'incarcération des détenus sur l'année, nous pouvons dire que les détenus pour cause ILS effectuent 22,96 % du temps total effectué par l'ensemble des détenus. Traduit en termes monétaires, le coût de détention des individus incarcérés pour cause ILS s'élève à 1 315,14 millions de francs (5 727,95 x 0,2296), cette estimation étant extrêmement proche de celle réalisée par Kopp et Palle (1998).

Néanmoins, nous avons retenu, dans ce calcul, la durée des peines correspondant aux condamnations sans rapporter celles-ci à une base annuelle. À titre d'exemple, pour la catégorie « Crime » nous avons comptabiliser 65,5 mois de prison, ce qui a pour conséquence de surévaluer la part de cette catégorie en terme de temps de détention annuelle. En conséquence, nous avons ramené à 12 mois, toutes les infractions ayant une condamnation supérieure à 12 mois. Ceci est le cas pour toutes les lignes de la catégories « crimes », « fraude et contrefaçons », « autres homicides involontaires » dans la catégorie « homicides involontaires », « atteintes aux mœurs », les lignes « obtention, acquisition, emploi », « trafic (import, export) », « commerce, transport » et « autres » dans la catégorie « infractions sur les stupéfiants » et la ligne « autres atteintes à la sûreté publique ». Dans ce cadre, le temps *théorique* total d'incarcération à partir des condamnations prononcées en 1996 ramené en base annuelle (BA), s'élève à 671 231,9 mois. Concernant les ILS, la part calculée dans la colonne intitulée « Part de chaque infraction dans le total infractions (BA) » (i.e. 119 489,4 mois / 671 231,9 mois), ne s'élève plus qu'à 17,8 %. Ainsi, en effectuant, là encore, l'analogie entre, d'une part, les condamnations

128. *Les condamnations en 1996*, Études & Statistiques Justice, ministère de la Justice, 1998.

129. En fait, dans les documents du ministère, en multipliant le total de la première colonne par celui de la deuxième colonne, nous obtenons un nombre total de mois de prison égal à 850 790,4 (97 792 x 8,7). La différence entre ces 850 790,4 mois et les 845 504,4 mois calculés, soit 5 286 mois, correspond aux arrondissements.

prononcées et, d'autre part, le temps d'incarcération des détenus sur l'année, nous pouvons dire que les détenus pour cause ILS effectuent 17,8 % du temps total effectué par l'ensemble des détenus sur une année. Traduit en termes monétaires, le coût de détention des individus incarcérés pour cause ILS ne s'élève plus qu'à 1 019,58 millions de francs (5 727,95 x 0,178).

En fait, ces différentes méthodes de calcul appellent plusieurs critiques. Tout d'abord, le tableau précédent utilise les peines prononcées à l'encontre des détenus condamnés au 1/07/98. Or, ceci ne reflète pas le temps réel de détention des personnes incarcérées au cours d'une année¹³⁰. En effet, d'une part, et d'après les chiffres du ministère, sur 100 entrées en prison en 1997, par exemple, 20 l'ont été après jugement définitif et 80 avant jugement définitif. Ainsi, en ne prenant que les peines prononcées (i.e. après jugement), nous oublions dans le temps de détention, le temps d'incarcération des individus placés en détention avant jugement. D'autre part, le temps réel de détention ne correspond quasiment jamais aux peines prononcées.

Ainsi, le tableau 4.10 donne la durée d'incarcération réelle lors de la sortie des détenus.

Tableau 4.10 - Durée d'incarcération lors de la sortie (en %)

	Durée d'incarcération en % du total
Détenus incarcérés moins d'un mois	19,2 %
Détenus incarcérés de 1 à moins de 3 mois de prison	25,8 %
Détenus incarcérés de 3 à moins de 6 mois de prison	23,4 %
Détenus incarcérés de 6 à moins de 12 mois de prison	15,6 %
Détenus incarcérés de 1 à moins de 3 ans de prison	12,4 %
Détenus incarcérés de 3 à moins de 5 ans de prison	1,9 %
Détenus incarcérés de 5 à moins de 10 ans de prison	1,4 %
Détenus incarcérés à 10 ans et plus	0,2 %

Source : « Les chiffres-clés de la Justice : octobre 1998 », ministère de la Justice

130. Mis à part le fait que nous appliquons des taux de 1998 au nombre de détenus de 1995, et que le temps de détention des personnes incarcérées pour raison alcoolique le soit pour 1996.

On s'aperçoit ainsi que les proportions entre les peines prononcées et le temps effectif d'incarcération sont inversées, puisque, dans le premier cas, les peines d'incarcération inférieures à 1 an représente 29,8 % du total des peines prononcées (tableau 4.8), alors que, dans le second cas, le temps de détention effectivement réalisé et inférieur à un an représente 84 % des cas (tableau 4.10). Dans ces conditions, le temps total d'incarcération de l'ensemble des détenus en 1995 serait dans l'hypothèse haute (i.e. en prenant la borne supérieure incluse pour les détenus ayant effectué moins d'un an d'emprisonnement) :

$$(51\ 325 \times 0,192 \times 1) + (51\ 325 \times 0,258 \times 3) + (51\ 325 \times 0,234 \times 6) + (51\ 325 \times 0,156 \times 12) = 217\ 736,8$$

auxquels nous ajoutons les 16 % de détenus ayant effectués plus d'un an d'emprisonnement, i.e. :

$$(51\ 325 \times 0,16 \times 12) = 98\ 544$$

soit, au total, 316 280,8 mois de détention effectués. Ainsi, en comparaison aux 459 700,7 mois calculés précédemment avec l'hypothèse basse de 1 mois, nous obtenons une différence de 143 419,9 mois de détention.

Néanmoins, ne disposant pas des informations nécessaires, nous garderons comme indicateur la durée des peines prononcées lors des condamnations en 1996.

Ensuite, nous raisonneront en terme de « stock » de détenus à un instant t donné, alors que la population carcérale correspond à un « flux » de détenus, certains individus entrant en détention au cours de l'année, d'autres sortant de détention au cours de la même année. Aussi, une évaluation correcte devrait prendre en compte ces phénomènes « d'entrées-sorties ». Cette critique est valable pour l'ensemble des méthodes exposées, y compris pour celle de Kopp et Palle (1998). En fait, dans le cadre des incarcérations pour cause ILS, le temps moyen de détention étant supérieur à l'année (18,1 mois selon le ministère de la justice), il est raisonnable de penser qu'un effet cumulatif existe. En d'autres termes, des personnes condamnées en 1995 se retrouvaient encore en détention en 1996. En conséquence, il nous apparaît préférable d'utiliser la méthode basée sur un calcul ne ramenant pas les peines prononcées à une base annuelle. Il apparaît donc pertinent de considérer que la part des détenus ILS dans le temps total d'incarcération de l'ensemble des détenus correspond à 22,96 %¹³¹, soit une durée totale d'emprisonnement pour les ILS de 194 122,5 mois sur un total de 845 504,4

131. Bien que la critique sur la différence entre les peines prononcées (temps d'incarcération théorique) et la durée d'incarcération effectivement réalisée (temps d'incarcération réel) reste valable ici.

mois réalisés par l'ensemble de la population carcérale. Nous pouvons remarquer qu'en terme de détenus ILS « à plein temps » sur une année, ceci revient à considérer que 16 177 personnes seraient incarcérées pour cause ILS durant une année pleine (194 122,5 mois / 12 mois). Comparativement au chiffre de 11 816 personnes incarcérées pour cause ILS au 1^{er} mai 1995 donné par Kopp et Palle (1998), nous aurions donc un accroissement de 36,91% du nombre de personnes « incarcérées » pour cause ILS. Néanmoins, en termes monétaires, nous nous apercevons que les deux modes de calcul se révèlent extrêmement proches puisque Kopp et Palle (1998) évaluent les dépenses de l'administration pénitentiaire pour cause ILS à 1 318,68 millions de francs, alors que pour notre part nous les évaluons à 1 315,14 millions de francs. Ceci provient du fait que la proportion des détenus ILS dans l'ensemble de la population carcérale (que ce soit en nombre pour Kopp et Palle (1998) ou en nombre de mois dans la méthode proposée ici) est quasiment identique.

Au total, les dépenses de l'administration pénitentiaire pour la détention des personnes incarcérées pour cause ILS s'élèvent à 1 315,14 millions de francs.

c - Coût des services de la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ)

Deux types de publics sont concernés par l'action de la direction de la PJJ, i.e. les mineurs en danger (Loi du 4 juin 1970), et les mineurs délinquants. La prise en charge de ces deux catégories de mineurs repose sur un secteur public et un secteur associatif. Dans ce cadre, les dépenses de la PJJ se sont élevées à environ 2,1 milliards de francs, qu'on peut répartir en 43 % pour le secteur associatif et 57 % pour le secteur public.

Plus de 30 000 mineurs ont été suivis dans le secteur public, dont près de 14 000 mineurs délinquants. Plus de 100 000 mineurs sont suivis dans le cadre du secteur associatif, dont seulement 373 mineurs délinquants. Malheureusement, la PJJ ne dispose pas des informations permettant de connaître le nombre de mineurs dont la prise en charge pourrait être liée à leur toxicomanie ou à leur implication dans d'autres ILS. Les seules informations statistiques disponibles correspondent aux 4 376 mineurs mis en cause pour ILS en 1994, soit environ 4 % du total des mineurs mis en cause. En revanche, en 1993, on comptait 866 mineurs condamnés pour ILS sur un total de 30 714 mineurs condamnés. Sur ces 866 condamnations, on compte 353 mesures éducatives qui se traduisent généralement par une simple admonestation, les 515 autres condamnations se traduisant par de l'emprisonnement, des amendes ou des peines de substitution. Dans ces conditions, il se révèle extrêmement difficile de déterminer le coût des

services de la PJJ imputable à la drogue. La seule chose que l'on peut mentionner, pour l'instant, est une tendance préoccupante à l'augmentation du nombre absolu de mineurs « ILS ».

4.3.2 - Direction générale des douanes et des droits indirects

En 1995, le service des douanes comprenait un peu plus de 20 000 emplois budgétaires. La moitié des agents se consacre à des activités administratives (dédouanement, recouvrement d'impôts) qui n'ont pas de liens directs avec la lutte contre le trafic de drogue. L'autre moitié du personnel (soit environ 9 000 personnes) est constituée d'agents en tenue exerçant des missions de surveillance et de lutte contre tous les trafics. Il n'existe pas de service « stupéfiant » spécialisé, mais la douane estime à 500 personnes, environ, le nombre d'agents consacrant toute leur activité à la lutte contre la drogue.

Le coût budgétaire moyen d'un emploi s'élevant en 1995 à environ 158 000 francs, il est possible d'estimer à 79 millions minimum la dépense en frais de personnels correspondant aux 500 agents se consacrant à plein temps à la lutte contre le trafic de drogue (une partie des agents de la DNRED, les échelons de surveillance qui viennent localement renforcer les agents de la DNRED et les maîtres-chiens spécialisés dans les stupéfiants).

L'ensemble des frais de fonctionnement (hors personnel) de la douane représentait 711 millions de francs en 1995. En répartissant ce montant proportionnellement au nombre d'agents, nous obtenons des frais de fonctionnement par agent s'élevant à 35 550 francs. Ainsi, ce sont près de 17,8 millions de francs supplémentaires de frais de fonctionnement correspondant aux 500 agents attachés à la lutte contre le trafic de drogue.

Au total, **la dépense relative aux 500 agents des douanes se consacrant entièrement à la lutte contre les stupéfiants serait d'environ 96,8 millions de francs**. Comme le notent les auteurs du rapport, cette somme constitue une estimation minimale, car les rémunérations de ces agents et leur budget de fonctionnement (par agent) sont vraisemblablement plus élevés que la moyenne.

Au-delà de ces 500 personnes, c'est l'ensemble des douaniers en tenue chargés de la surveillance qui participe à la lutte contre le trafic de stupéfiants. Néanmoins, il se révèle difficile, voire impossible, d'estimer la part des activités de surveillance consacrée à tel ou tel trafic. De nombreux indices laissent cependant penser que la douane consacre une partie substantielle de son activité à la lutte contre la toxicomanie : tout d'abord, les quantités de drogues saisies (34,4 tonnes au total en 1995, soit 76 % des quantités

saisies de cannabis, 50 % des quantités saisies d'héroïne et plus de 80 % des quantités saisies de cocaïne) ; ensuite, le nombre d'infractions constatées et de personnes interpellées par les douanes (respectivement 25 195 et 25 398). Or, le nombre total d'infractions constatées par la douane, en 1995, était d'environ 100 000¹³². Compte tenu du caractère hétérogène de ces infractions, il est peut-être hasardeux de rapprocher les infractions stupéfiants du total des infractions, mais on obtient tout de même un ordre de grandeur. Ainsi, à titre d'hypothèse, il est considéré qu'environ 25 % de l'activité des douaniers en tenue est consacrée à la lutte contre le trafic des stupéfiants. L'effectif de cette catégorie de personnels étant de 9 000 personnes environ, on trouve un nombre de 2 250 douaniers ETP affectés aux stupéfiants. Ainsi, il devient possible d'estimer les frais de personnels à 355,5 millions de francs (158 000 x 2 250) et les frais de fonctionnement liés à ces 2 250 agents à 79,99 millions de francs (35 550 x 2 250). Ainsi, **le coût total de ces 2 250 douaniers s'élève à 435,49 millions de francs**.

En ajoutant à ces 435,49 millions de francs le coût des 500 douaniers spécialisés contre le trafic de stupéfiants, **la dépense totale de la douane pour la lutte contre le trafic de drogue s'élève à 532,29 millions de francs**.

4.3.3 - La gendarmerie nationale

Les dépenses de la gendarmerie relatives aux ILS proviennent, d'une part, de l'activité répressive exercée dans le cadre des missions de police judiciaire (a) et, d'autre part, de l'activité préventive exercée dans le cadre des missions de sécurité publique (b). Enfin, on ajoutera certaines dépenses directement identifiables (formateurs anti-drogue désignés par le sigle FRAD, maîtres-chiens, etc.) (c).

a - Mission de police judiciaire

La gendarmerie exerce une mission de police judiciaire et traite chaque année près du tiers des crimes et délits commis en France. Ainsi, certaines unités de la gendarmerie départementale sont spécialisées dans les activités de police judiciaire (brigades départementales de renseignements judiciaires, brigades et sections de recherche), mais il n'existe pas de service spécialisé dans les stupéfiants. D'autres unités, comme les brigades territoriales, peuvent également participer aux missions de police judiciaire. Il n'est donc pas possible de chiffrer directement un effectif consacré à la police judiciaire. Cependant, il existe une mesure de l'activité des services par type de mission.

132. Toutes infractions confondues.

En 1995, 27,345 millions d'heures gendarmes ont été consacrées à la mission « police judiciaire », ce qui représente 30 % de l'activité totale et 38 % de l'activité missionnelle.

Reste à déterminer la part de l'activité de ces gendarmes consacrée aux ILS. D'après les statistiques de la gendarmerie, les personnes mises en cause pour ILS représentent 7,4 % du total des mises en cause par la gendarmerie, et les écroués ILS 11,8 % du total des écroués gendarmerie. Parmi ces données, la statistique finalement retenue par Kopp et Palle (1998) correspond au nombre de personnes mises en cause, i.e. que 7,4 % de l'activité missionnelle de la police judiciaire sont consacrés aux personnes ILS. La gendarmerie consacrerait donc 2 023 530 heures gendarmes aux ILS. Or, le coût de l'heure gendarme (communiqué par la gendarmerie), et qui intègre à la fois les frais de personnel et les autres frais de fonctionnement, s'élèverait à 154 francs. **On obtient donc un coût global de mission de police judiciaire consacrée aux ILS équivalent à 311,62 millions de francs.**

b - Mission de sécurité publique générale

La mission de sécurité publique générale regroupe les activités de surveillance exercées par les services de gendarmerie et vise aussi bien la régulation de la sécurité routière que la présence de gendarmes lors de « raves ». La présence de gendarmes exerce, sans doute, une action préventive, mais celle-ci est, évidemment, difficile à évaluer. À titre d'hypothèse, Kopp et Palle (1998) fixent la part ILS de la mission sécurité publique générale à 3 %. Sachant que cette mission occupe 23,7 millions d'heures gendarmes, **le coût total de la mission sécurité publique générale de la gendarmerie consacrée aux ILS s'élève à 109,5 millions de francs** (23,7 x 0,3 x 154).

c - Autres dépenses

Tout d'abord, la première dépense correspond à l'activité des FRAD (Formateurs anti-drogue), soit 40 000 heures de travail dont le coût est de 6,2 millions de francs. Ensuite, on compte 120 personnes supplémentaires, dans divers secteurs, qui se consacrent entièrement à la lutte contre les stupéfiants (maîtres-chiens, etc.) dont le coût est évalué à 32 millions de francs. **Au total, les autres dépenses de la gendarmerie imputables aux ILS s'élèvent à 38,2 millions de francs.**

Ainsi, avec 311,62 millions de francs de mission de police judiciaire, 109,5 millions de francs de mission sécurité publique générale de la gendarmerie et 38,2 millions de francs d'autres dépenses, **la gendarmerie consacre, au total, 459,32 millions de francs aux ILS.**

4.3.4 - La police nationale

En 1995, le budget total de fonctionnement de la police nationale était d'environ 25 milliards de francs, dont 21 de frais de personnels (hors charges patronales) et 3,75 milliards en divers frais de fonctionnement. L'effectif de la police nationale était de 132 626 personnes, dont 7 836 appelés.

Sur l'ensemble des effectifs de la police nationale, 2 000 fonctionnaires des services actifs consacrent toute leur activité à la lutte contre le trafic de stupéfiants. Il s'agit des fonctionnaires de l'OCRTIS, des services de police judiciaire et des sûretés urbaines et départementales. Peuvent également être amenés à intervenir dans le domaine des stupéfiants de façon régulière, environ 260 fonctionnaires appartenant aux BRI (Brigades de recherches et d'interventions) ou aux BREC (Brigades de répression, enquêtes et coordination) pour une part d'activité estimée de 15 à 20 %, soit 45 fonctionnaires, en prenant un chiffre moyen de 17,5 %. À ce total, on doit encore ajouter une proportion de 5 à 10 % d'administratifs, soit 150 fonctionnaires, en choisissant un chiffre moyen de 7,5 %. Au total, on compterait donc 2 195 fonctionnaires de police consacrant la totalité de leur temps à la lutte contre la drogue. Sur la base d'un coût budgétaire moyen de 195 000 francs, la dépense correspondante s'élève à 428,03 millions de francs (2 195 x 195 000), auxquels on ajoute les dépenses matérielles de fonctionnement représentant 15 % du budget total mentionné plus haut soit 75,5 millions de francs pour les 2 195 fonctionnaires. **Au total, le budget des fonctionnaires de police spécialisés dans la lutte contre la drogue s'élève à 503,53 millions de francs.** Comme le notent Kopp et Palle (1998), ce chiffre constitue sans doute une limite inférieure dans la mesure où il est plausible que des services spécialisés dans la lutte contre le trafic de drogue aient tendance à dépenser plus que la moyenne.

Reste maintenant à prendre en compte les dépenses des 82 600 fonctionnaires de la sécurité publique (dont 69 600 en province et 13 000 à Paris) correspondant à la part de leur activité consacrée à la lutte contre le trafic de drogue. Selon une étude du CESDIP, les fonctionnaires de la sécurité publique consacrent 70 % de leur temps à des tâches pénales. Ainsi, ce sont 57 820 fonctionnaires de la sécurité publique qui se consacrent à plein temps au pénal. Cette part pénale pourrait elle-même se décomposer, soit en un volume identique d'activités répressives et préventives (35 % de l'activité totale pour chacun des deux domaines), soit en 10 % de répression et 60 % de prévention. En retenant la première hypothèse, qui se veut cohérente avec le chiffrage de la dépense de la gendarmerie (la mission de police judiciaire, i.e. l'activité répressive, étant de 38 % de l'activité totale missionnelle de la

gendarmerie départementale), les parts respectives du répressif et du préventif représentent donc chacune 50 % dans l'activité pénale des 57 820 fonctionnaires de la sécurité publique ETP qui se consacrent au pénal, soit 28 910 personnes ETP pour la partie répressive, le même nombre de fonctionnaires ETP étant obtenu pour la partie préventive. Enfin, l'activité répressive consacrée aux ILS est calculée en utilisant la part des personnes mises en cause ILS dans le total des mises en cause par la police nationale (environ 12 %¹³³), alors que la part ILS de l'activité préventive est fixée de façon relativement arbitraire à 3 %, comme pour la gendarmerie. Ainsi, le nombre de fonctionnaires ETP s'élève à 3 469 pour le côté répressif ILS (28 910 x 0,12) et à 867 pour le côté préventif ILS (28 910 x 0,03). Au total, ce sont donc 4 336 fonctionnaires de la sécurité publique qui se consacrent à plein temps aux ILS. Puisque le coût budgétaire annuel moyen s'élève à 143 560 francs par fonctionnaire de la sécurité publique, nous obtenons un coût budgétaire total de 622,48 millions de francs. À ce montant doivent être ajoutés les frais de fonctionnement qui s'élèvent respectivement à 87,89 millions pour l'aspect répressif ILS et 21,97 millions de francs pour l'aspect préventif ILS. **Au total, le coût de l'activité ILS des fonctionnaires de la sécurité publique s'élève à 732,34 millions de francs.**

Ainsi, avec 503,53 millions de francs pour les fonctionnaires de police spécialisés dans la lutte contre la drogue et 732,34 millions de francs pour les fonctionnaires de la sécurité publique se consacrant aux ILS, **la police nationale consacre, au total, 1 235,87 millions de francs aux ILS.**

4.3.5 - Le ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville

L'examen des dépenses de ce ministère conduit vers le domaine du traitement et de la prévention. Ainsi, les questions relatives au traitement et à la prévention de la toxicomanie sont prises en charge, pour la partie traitement sanitaire, par la Direction générale de la santé (DGS) (a), pour le traitement social et la prévention, par la Direction des affaires sociales (DAS) (b) et la Délégation interministérielle à la ville (DIV) (c). Les dépenses directes en personnel du ministère se limitent aux fonctions de coordination et d'animation au niveau des Directions départementales et régionales de l'action sanitaire et sociale (DDASS et DRASS) (d).

a - Direction générale de la santé (DGS)

Les dépenses de la DGS sont inscrites au chapitre 47-15 du budget du ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville, intitulé

« programmes et dispositifs de lutte contre la toxicomanie », à l'exception des articles 50 et 60 qui relèvent de la DAS. Le montant des crédits votés pour 1995 s'élevait à plus de 604 millions.

On retrouve les neuf dixièmes de ces crédits au niveau de l'article 40 « *Structure de lutte contre la toxicomanie : actions déconcentrées* ». Ces crédits servent essentiellement à subventionner les centres de traitement spécialisés dans la toxicomanie, uniquement pour le volet santé, à l'exclusion des aspects « prévention et études » et « recherches ». Fin 1995, on comptait 163 centres de traitement (auxquels il faut ajouter 26 permanences d'accueil) et 51 centres de postcure avec hébergement bénéficiant de ces subventions. On notera qu'il s'agit de financements pluriannuels, reconduits automatiquement dans le cadre des contrats signés ; seules les mesures nouvelles font l'objet d'agrèments de la part des ministères. Les crédits de l'article 40 permettent également de financer les antennes toxicomanie en milieu pénitentiaire et les réseaux ville hôpital. Les dépenses consacrées au niveau de l'article 40, pour 1995, s'élevaient à 544,3 millions de francs.

Le deuxième poste, par ordre d'importance, du chapitre 47-15 mérite un commentaire. Il s'agit de l'article 10 intitulé « *Remboursement de la prise en charge sanitaire des toxicomanes* » dont le montant inscrit est de 59,1 millions de francs. Cette somme permet, en principe, de financer le sevrage des toxicomanes en milieu hospitalier. Néanmoins, le plan de 1993, en mettant l'accent sur l'accès aux soins, a entraîné une hausse des demandes de sevrage alors que, parallèlement, on assistait à une réduction des crédits de l'article 10, ceux-ci passant de 70 à 59 millions de francs. Ainsi, ce sont 21 millions de francs d'impayés qui se sont accumulés entre 1994 et 1995. Par ailleurs, le plan de 1993 relançait la substitution par la méthadone sans que soit prévu le financement du prix des médicaments et des analyses d'urines qu'elle entraîne. Là encore, les impayés se sont accumulés entre 1994 et 1995, pour atteindre un montant de 19 millions de francs. Au total, en répartissant les impayés proportionnellement au nombre d'années, les crédits de l'article 10 devraient être majorés pour 1995 de 20 millions de francs.

Il faut enfin ajouter les dépenses relatives à la mise en œuvre de l'injonction thérapeutique qui se sont élevées, en 1995, à 10,8 millions de francs.

D'un autre côté, la propagation rapide de l'épidémie du Sida parmi les toxicomanes a été un des principaux facteurs ayant conduit à une modification de la politique suivie à leur égard, la prévention et le traitement du Sida parmi les toxicomanes engendrant bien évidemment un certain coût.

133. Kopp et Palle (1998) retiennent, par prudence, l'hypothèse basse de 12 %, alors que la part de l'activité pénale de la sécurité publique consacrée aux ILS se situe entre 12 et 25 %.

Parmi les nouveaux cas de Sida déclarés en 1995, 25 % seraient liés à l'usage de stupéfiants. Par contre, on ne dispose guère d'estimations sérieuses du pourcentage de toxicomanes parmi les séropositifs. Un chiffre circule, évaluant à 30 % la proportion de consommateurs de drogues séropositifs, ce qui correspond à la proportion de séropositifs parmi les toxicomanes suivis dans les centres de soins, mais ne représente pas nécessairement l'ensemble de la population de référence. Si l'on prend, à titre d'exemple, le chiffre souvent cité de 150 000 consommateurs de drogues dures, le nombre de séropositifs « usagers de drogues » serait alors de 45 000 ($150\ 000 \times 0,3$).

En fait, les dépenses liées au Sida peuvent intervenir soit au niveau des hôpitaux (voir point 3.3), soit dans le cadre de la prise en charge extra-hospitalière et de la prévention, pilotée directement au niveau du budget du ministère au chapitre 47-18 intitulé « Programmes et dispositifs de lutte contre le Sida ». D'après la division Sida de la DGS, on peut estimer à une quarantaine de millions de francs, le montant des dépenses de préventions (inscrit à l'article 20 « Lutte contre le Sida : actions déconcentrées ») destiné aux consommateurs de drogues. Il s'agit des crédits relatifs aux programmes d'échanges de seringues, de créations de « boutiques » pour les consommateurs de drogue, ou encore d'installations de poubelles urbaines, etc. Il faudrait également inclure des subventions (article 10 « Lutte contre le Sida : actions nationales ») à certaines associations agissant dans le domaine de la toxicomanie (Croix verte et ruban rouge, SAFE, IIREP) qui ne représentent pas plus d'un million de francs. Au niveau national, les actions de communication ciblées spécifiquement sur les toxicomanes n'auraient pas dépassé le stade embryonnaire, en 1995, et ne représenteraient pas plus d'un million de francs. Enfin, il faut également prendre en compte les crédits accordés aux actions d'hébergement (44,9 millions de francs) et à l'aide à la vie quotidienne (33,19 millions de francs). En appliquant le taux de 25 % (proportion des consommateurs de drogue traités pour infection par le VIH en milieu hospitalier), nous obtenons une dépense supplémentaire de 19,52 millions de francs.

Au total, les dépenses de la DGS imputables à la drogue s'élèvent à 696,32 millions de francs (604 millions de francs pour le chapitre 47-15, auxquels s'ajoutent 20,0 millions de francs de majoration de l'article 10 du chapitre 47-15, 10,8 millions de francs de dépenses relatives à la mise en œuvre de l'injonction thérapeutique, 40,0 millions de francs pour l'article 20 du chapitre 47-18, 1,0 million de francs pour l'article 10 du même chapitre, 1,0 million de francs pour les actions de communication ciblées spécifiquement sur les toxicomanes et 19,52 millions de francs pour les crédits accordés aux actions d'hébergement et d'aide à la vie quotidienne).

b - Direction des affaires sociales (DAS)

En 1995, les crédits inscrits au chapitre 47-15, articles 50 et 60, se sont élevés à 14 millions de francs. Ils concernent les actions de prévention menées par la DAS, au niveau national, comme au niveau local, alors que les crédits MILDT (Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie) se sont élevés à 16,2 millions de francs. Sont financés, dans ce cadre, les « points écoute », certaines actions de formation, les « *sleep-in* », etc.

Concernant la prise en compte des dépenses liées à la prise en charge de toxicomanes par les centres sociaux non-spécialisés mentionnés dans les enquêtes dites de « Novembre » du SESI, l'interlocutrice de la direction de l'action sociale mentionne que la prise en compte des dépenses d'organismes tels que les CHRS, par exemple, n'aurait pas de sens dans la mesure où l'accueil de toxicomanes dans de telles structures ne relève pas d'une action spécifique en matière de toxicomanie.

Ainsi, les dépenses totales de la DAS imputables à la drogue s'élèvent à 14 millions de francs (les 16,2 millions de francs de crédits de la MILDT étant des crédits interministériels).

c - Délégation interministérielle à la ville (DIV)

D'après les chiffres recueillis auprès des préfetures par la DIV, 22 millions de francs auraient été consacrés, en 1995, à la prévention de la toxicomanie, sur un total de 142 millions de crédits distribués au titre de la prévention de la délinquance (42 millions au titre du chapitre 46-60 intitulé « Prévention de la délinquance » et 100 millions au titre des contrats ville).

La distribution de ces crédits peut être réalisée dans le cadre des conseils communaux ou départementaux de prévention de la délinquance, ou par le biais des contrats ville. Le financement de l'État doit s'élever, en principe, au moins à 50 %. Il arrive cependant que, dans certaines régions défavorisées, ce pourcentage puisse être supérieur. L'effet multiplicateur moyen se situerait entre 2 et 3, i.e. que 22 millions de francs dépensés par l'État pourraient générer environ entre 44 et 66 millions de francs de dépenses de la part des régions, départements et communes. On aurait donc, au total, un montant compris entre 66 et 88 millions de francs dépensés dans le cadre de la politique de la ville et consacrés à la prévention de la toxicomanie. Ceci laisse cependant de côté l'ensemble des financements locaux, hors politique de la ville, qu'il est, pour l'instant, impossible d'appréhender correctement. D'après l'interlocuteur de la DIV, la lutte contre la toxicomanie serait une préoccupation importante des

communes et une des priorités les mieux traitées. Le financement local devrait donc être relativement important.

Au total, **ce sont 22 millions de francs que la DIV consacre à la lutte contre la toxicomanie.**

d - Personnel et fonctionnement de la DDASS et de la DRASS

Selon l'interlocuteur de la DGS, il faudrait compter un équivalent temps plein consacré à la toxicomanie par département, soit une centaine de personnes. Le coût budgétaire moyen des fonctionnaires des affaires sociales et de la santé est d'environ 163 000 francs. En conséquence, **le coût total pour la DDASS et la DRASS est de 16,3 millions de francs.**

Au total, le ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville consacre 748,62 millions de francs à la lutte contre la toxicomanie (696,32 MF pour la DGS, 14 MF pour la DAS, 22 MF pour la DIV et 16,3 MF pour la DDASS et la DRASS).

4.3.6 - Le ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche

Pour le ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, deux volets sont à étudier : l'action développée par l'éducation nationale (a), d'une part, et les aspects relatifs à la recherche (b), d'autre part.

a - L'Éducation nationale

Le ministère de l'Éducation nationale et le ministère de la Jeunesse et des Sports ont en commun la spécificité d'œuvrer essentiellement dans le secteur de la prévention primaire des jeunes publics. Dans les deux cas, l'identification des moyens engagés, autres que les crédits MILDT, est particulièrement difficile. Cela tient, tout d'abord, à la définition même d'une action de prévention, dont il est souvent impossible de dire où elle commence, et où elle se termine. En fait, délimiter ce qui empêche spécifiquement une population de jeunes de tomber dans la toxicomanie est tout simplement impossible. Ne sont finalement mesurables que les actions de prévention de la toxicomanie qui s'affichent en tant que telles, i.e. essentiellement les crédits interministériels en ce qui concerne l'Éducation nationale, la Jeunesse et les Sports.

Le ministère de l'Éducation nationale a créé en 1990 les « Comités d'environnement social » (CES), instrument du développement de la prévention des conduites à risque au niveau des établissements scolaires. La décision a été prise en relation étroite avec l'ex-DGLDT, ce qui montre,

malgré tout, la place centrale occupée par la lutte contre la toxicomanie. On comptait, en 1995, 1 691 CES, ce qui représente 20 % des établissements. Le ministère n'a participé au financement sur fonds propres qu'à hauteur de 2 millions de francs en 1995.

Il existe dans chaque académie un groupe de pilotage composé de 5 personnes (1 médecin, 1 infirmier, 1 assistante sociale, 1 proviseur vie scolaire, 1 inspecteur). Cependant, il est malheureusement impossible de déterminer la part d'activité que chacune de ces personnes consacre au groupe de pilotage. De plus, on recense 3 personnes au niveau départemental, mais, là encore, il n'est pas possible de déterminer leur part d'activité dans les questions de drogues. Enfin, il faut également comptabiliser, dans chaque CES, le chef d'établissement, ainsi qu'une équipe à la composition variable.

Les autres dépenses du ministère sont effectuées au titre de la formation, pour une part sur appel à projets devant recevoir l'agrément du ministère, et dans le cadre des plans académiques de formation pour une autre part. Malheureusement, le volume de dépenses sur fonds propres que tout cela représente n'est pas connu.

Ainsi, avec toutes ces inconnues, **ce ne sont donc que 2 millions de francs qui sont imputés à l'Éducation nationale pour la prévention contre la toxicomanie.**

b - La recherche

Concernant l'activité du ministère de la Recherche, il existe, là encore, la difficulté à délimiter le champ de la toxicomanie. Néanmoins, les données collectées auprès de l'INSERM et du CNRS par le ministère de l'Éducation nationale dénombrent environ 50 chercheurs permanents (ETP), auxquels il faut ajouter une quarantaine de personnels ITA, soit 90 personnes engendrant une dépense (charges salariales et crédits de fonctionnement inclus) de 37,7 millions de francs. Cependant, les critères que retiennent ces deux organismes pour inclure ou non un chercheur dans le champ de la toxicomanie ne sont pas connus. Il faut ainsi noter que la tendance naturelle de ces organismes est plutôt de minimiser le montant des crédits et des chercheurs.

En fait, un rapide pointage (effectué par l'interlocuteur du ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, et de l'Insertion professionnelle) du nombre de chercheurs opérant dans le domaine de la neurobiologie et de la psychologie conduit déjà vers un chiffre d'une cinquantaine de personnes. Il faut ensuite prendre en compte les recherches « cliniques » dans les domaines de la psychiatrie et de la

psychologie, et les recherches en sciences sociales. Un pointage basé sur le fichier des équipes de recherche du GDR « Psychotropes, politique et société » a permis de recenser une vingtaine de chercheurs ETP menant un travail centré sur les drogues en 1995, et un seul poste d'ITA (ETP). Il faut également compter une dépense d'environ 1,76 millions de francs correspondant essentiellement au paiement de vacances. Il y aurait donc, au total, une cinquantaine de chercheurs ETP dans le domaine de la neurobiologie, psychobiologie et recherche clinique, auxquels on adjoint une quarantaine d'ITA (ETP), soit en tout 90 personnes pour un coût annuel moyen (charges comprises) de 320 000 francs. Si l'on ajoute 10 % de frais de fonctionnement, on obtient une dépense pour cette catégorie de chercheurs de 31,68 millions de francs. Ensuite, pour les sciences sociales et humaines, 21 personnes sont recensées, soit un coût salarial moyen plus élevé (moins d'ITA) de 360 000 francs. En comptant 10 % de frais de fonctionnement et le paiement des vacances, la dépense totale s'élevait à 10 millions de francs en 1995.

En conséquence, **le montant total des dépenses de recherche est estimé au minimum à 41,68 millions de francs.**

4.3.7 - Le ministère de la Jeunesse et des Sports

Comme pour l'éducation nationale, les moyens engagés dans la politique de prévention du ministère de la Jeunesse et des Sports ne sont pas identifiables globalement, le financement des actions ayant été déconcentré dans une procédure générale qui ne permet pas le repérage de la prévention en tant que telle. Plus généralement, aucun des programmes du ministère ne peut apparemment être considéré comme centré exclusivement sur la prévention de la toxicomanie.

Ainsi, seul peut être identifié le coût des personnes-ressources toxicomanies sur lesquelles reposent, au niveau local, les politiques de prévention de la toxicomanie. Ces personnes sont au nombre de 104 (1 individu par département et par région), et consacrent entre un tiers et deux tiers de leur activité au domaine de la toxicomanie. En prenant une part d'activité toxicomanie moyenne de 50 %, ce sont 52 personnes ETP qui se consacrent au problème de la toxicomanie. Ainsi, avec un coût moyen budgétaire d'emploi de 169 241 francs, **le ministère de la Jeunesse et des Sports consacre, au minimum, 8,8 millions de francs au problème de la toxicomanie.**

4.3.8 - Le ministère des Affaires étrangères

Les contributions volontaires du ministère aux programmes de la PNUCID, et le financement de certaines actions de coopérations peuvent être considérés comme liés à la politique de lutte contre la toxicomanie et le trafic de drogue.

Ainsi, les contributions volontaires au PNUCID s'élevaient, en 1995, à 8,5 millions de francs, dont 7 millions de francs sur fonds propres, et 1,5 millions de francs sur crédits interministériels.

Certaines actions de coopération comprennent un volet « stupéfiant » qui demeure cependant difficile à estimer. Le ministère a fait certaines tentatives en ce sens, mais a fini par abandonner devant la difficulté à obtenir des informations des acteurs sur le terrain. Cependant, selon l'interlocuteur de Kopp et Palle (1998) au ministère des Affaires étrangères, les dépenses de lutte contre la drogue incluses dans les programmes de coopération ne devraient pas excéder le montant de la contribution au PNUCID.

Au total, **ce sont environ 14 millions de francs que le ministère des Affaires étrangères consacre au problème de la drogue** (hors crédits interministériels, soit 7 millions de contribution au PNUCID et 7 millions de dépenses dans les programmes de coopération).

4.3.9 - Le ministère de la Coopération

Les actions de lutte contre la drogue constituent un volet des programmes de lutte contre les grands trafics et des programmes de coopération générale en matière de police et de gendarmerie.

Pour l'Afrique de l'Ouest, les autorisations de programmes, sur trois ans, dont 1995, se sont élevées à 121 millions de francs pour la coopération en matière de police, et à 76 millions de francs côté gendarmerie. La part « stupéfiants » de ces programmes est évaluée de manière subjective par Kopp et Palle (1998) à 20 % pour les crédits police et 0 % pour les crédits gendarmerie. Ainsi, pour 1995 ce seraient donc 24,2 millions de francs qui auraient été consacrés à la lutte contre le trafic de drogue au titre de crédits d'intervention (structuration de services, équipement, formation).

D'un autre côté, on doit également prendre en compte les dépenses liées à la présence d'un correspondant « stupéfiants » dans chacun des douze pays de l'Afrique de l'Ouest. Le coût étant estimé à 350 000 francs par an et par personne, le coût total pour les 12 correspondants s'élève donc à 4,2 millions de francs. Au total, ce sont donc 28,4 millions de francs de crédits « stupéfiants » pour l'Afrique de l'Ouest.

L'action du ministère s'étend également à l'Afrique Centrale et aux Caraïbes. Cette dernière zone ne semble pas avoir bénéficié de crédits identifiables sur budget propre. En revanche, pour l'Afrique Centrale, le montant des crédits sur budget propre peut être grossièrement estimé à la moitié des crédits consacrés à l'Afrique de l'Ouest, soit environ 14,2 millions de francs.

Au total, ce sont 42,6 millions de francs que le ministère de la Coopération consacre au problème de la drogue (28,4 MF + 14,2 MF).

Enfin, il faut noter que le volet prévention de l'action du ministère de la Coopération en matière de stupéfiants est intégralement financé par les crédits MILDT.

4.3.10 - La contribution de la France au budget de l'Union européenne

Le budget de l'Union européenne consacré à la lutte contre la drogue s'est élevé à 27,938 millions d'ÉCUs en 1995, dont 13,3 millions pour des programmes internes à l'Union, et 14,59 millions pour des actions en direction des pays du Sud, d'une part, et des pays de l'Est et du centre de l'Europe, d'autre part.

La part de la France dans le budget total de l'Union européenne était de 17 % en 1995. Ce chiffre est donc utilisé pour déterminer la contribution de la France au budget européen de lutte contre la drogue. Ainsi, **la contribution française aux programmes européens de lutte contre la drogue s'élève à 30,87 millions de francs** ($27,938 \times 0,17 \times 6,5^{134}$).

Cependant, on notera que les sommes destinées à la coopération à l'intérieur de l'Union en matière de justice et de police ne sont pas comptabilisées ici, la partie spécifiquement consacrée à la lutte contre la toxicomanie dans ces crédits étant difficile à identifier.

4.3.11 - Récapitulatif des dépenses des administrations¹³⁵

Le tableau 4.11 ci-contre donne un récapitulatif des dépenses des administrations consacrées au problème de la drogue. Ainsi, sont présentés les dépenses sur budget propre ainsi que les crédits interministériels accordés à chaque administration centrale.

134. Les auteurs du rapport utilisent un taux de change de 6,5 francs pour 1 ÉCU.

135. Certains chiffres ont été recalculés et diffèrent légèrement de ceux de Kopp et Palle (1998).

Il est à noter que ce tableau retrace les dépenses publiques de lutte contre la drogue que Kopp et Palle (1998) ont été en mesure d'identifier, mais que certaines dépenses n'ont pu être évaluées. Cependant, il semble, pour ces auteurs, que le montant des dépenses qu'ils n'ont pu prendre en compte n'est pas susceptible de faire varier le coût total dans une proportion importante.

Tableau 4.11 - Dépenses des Administrations publiques imputables à la drogue (budget propre et crédits interministériels)

Nature des dépenses	Dépenses (budget propre)	Dépenses (crédits interministériels)	Dépenses totales
Justice	1 541,12	16,56	1 557,68
dont : - Services judiciaires	225,98	-	
- Administration pénitentiaire	1 315,14	-	
- Protection judiciaire de la jeunesse	nd	-	
Douanes	532,29	20,25	552,54
Gendarmerie	459,32	10,35	469,67
dont : - Police judiciaire	311,62	-	
- Sécurité publique générale	109,50	-	
- Autres dépenses	38,20	-	
Police	1 235,87	24,84	1 260,71
Affaires sociales, santé et ville	748,62	50,13	798,75
dont : - DGS	696,32	26,10	722,42
- DAS	14,00	14,58 (ou 16,2 ??)	28,58
- DIV	22,00	9,45	31,45
- DDASS et DRASS	16,30	-	16,30
MILDT	nd	45,36	45,36
Éducation nationale, enseignement supérieur, recherche	43,68	12,33	56,01
dont : - Éducation nationale	2,00	9,90	11,90
- Recherche	41,68	2,43	44,11
Jeunesse et sport	8,80	8,28	17,08
Affaires étrangères	14,00	7,2	21,20
Coopération	42,60	1,80	44,40
Contribution de la France au budget drogue de l'UE	30,87	-	30,87
Travail emploi et formation professionnelle	-	0,81	0,81
Total	4 657,17	197,91	4 855,08

En millions de francs

4.4 - Pertes de revenus et pertes de production imputables à la drogue

Comme nous l'avons mentionné pour le tabac et l'alcool, les pertes de revenus et les pertes de production correspondent à une partie des coûts comptabilisés dans un ensemble plus large appelé le « coût de la vie humaine », ce « coût de la vie humaine » correspondant, globalement, à l'ensemble des coûts passés, présents et futurs supportés par la société et l'individu lorsque ce dernier décède de façon prématurée.

Néanmoins, et comme pour le tabac et l'alcool, nous ne retiendrons pas l'approche en terme de « coût de la vie humaine » dans ce point, puisque seuls sont traités ici les problèmes du flux actualisé des revenus futurs perdus par un individu décédé prématurément et de la somme actualisée des pertes de production imputables à un décès précoce, ainsi que les autres pertes de revenus et de production imputables à la drogue.

Ce choix s'explique pour trois raisons principales : tout d'abord, nous avons, lors de l'exposé du chapitre méthodologique, exclu de notre analyse l'ensemble des coûts intangibles, i.e. des coûts tels que le *pretium mortis* ou le transfert du *pretium doloris* du mort aux héritiers. Or, dans l'évaluation donnée précédemment, ces coûts sont comptabilisés ; ensuite, nous traiterons l'ensemble des décédés dus aux pathologies imputables à la drogue, mais aussi l'ensemble des pertes de revenus ou de production dues, par exemple, à l'incarcération d'individus pour cause ILS. Or, ces pertes ne peuvent être incluses dans le calcul du « coût de la vie humaine » ; enfin, certains des autres coûts donnés dans l'évaluation précédente sont comptabilisés dans d'autres points de ce rapport. Tel est le cas, par exemple, des frais médicaux, transport sanitaire, coûts des premiers secours, assurances, etc.

4.4.1 - Les pertes de revenus des individus

Comme pour l'alcool, le calcul des pertes de revenus imputables à la drogue implique, d'une part, d'identifier les catégories d'individus concernés et, d'autre part, de définir les étapes permettant de valoriser en termes monétaires le temps perdu par les individus.

Tout d'abord, concernant les catégories d'individus touchés par des pertes de revenus, les trois classes d'individus suivantes peuvent être retenues :

- Les individus décédés prématurément, ces décès étant imputables à la drogue. Ceux-ci correspondent soit à des pathologies liées à la consommation de drogue, soit aux personnes décédées lors d'accidents

de la route du fait de conducteurs ayant consommé de la drogue¹³⁶, ou encore aux victimes de crimes commis sous l'emprise de la drogue¹³⁷, etc.

- Les individus incarcérés pour cause ILS et qui effectuent donc une peine de prison ferme et ne perçoivent pas de revenus.
- Les personnes hospitalisées ou en arrêt maladie du fait de leur consommation de drogue.

Concernant la première catégorie d'individus (i.e. les décès prématurés dont la cause est directement imputable à la drogue), les étapes nécessaires pour l'évaluation monétaire des pertes de revenus sont les mêmes que pour les autres substances traitées précédemment (i.e. tabac et alcool), à savoir :

- calculer le nombre d'années perdues par les individus sur la base de la notion de décès prématurés (voir parties 2 et 3),
- valoriser ces années perdues en retenant un niveau de revenus et en actualisant les flux de revenus futurs perdus par le biais d'un taux d'actualisation.

Le tableau 4.12 ci-après donne les deux causes médicales de décès pour lesquelles nous sommes en mesure d'avancer une estimation. Tout d'abord, selon l'OFDT, on estime à 228 le nombre de personnes mortes d'overdose en 1998. L'âge moyen des personnes décédées prématurément ne nous ayant pas été communiqué, nous faisons l'hypothèse raisonnable d'un âge moyen de 35 ans lors du décès. Ensuite, pour le cas du Sida - VIH nous retenons les chiffres sur les causes médicales de décès établies en 1997 par le service commun n° 8 de l'INSERM. Ainsi, pour la population masculine des 20 ans jusqu'à la tranche d'âge 75-79 ans l'INSERM recense 1 017 morts pour cause de « Sida et infections par le VIH » et 237 décès pour la population féminine âgée de 20 ans jusqu'à la tranche d'âge 80-84 ans. Or, nous savons, par nos développements sur les coûts de santé imputables à la drogue, que le taux des cas observés (Sida et séropositifs) imputables à la drogue est de 25,47 %. En supposant que ce taux donné par Kopp et Palle (1998) soit identique pour les décès, nous obtenons donc, pour 1997, 259 décès masculins par « Sida-VIH » imputables à la drogue pour les classes d'âges étudiées et 60 décès féminins. Ainsi, nous pouvons comptabiliser 547 décès imputables à la drogue.

136. Malheureusement cette catégorie de personnes ne pourra être comptabilisée, puisque aucun contrôle de police ou de gendarmerie n'existe quant aux conducteurs ayant consommé des drogues illicites.

137. *Idem*.

Tableau 4.12 - Décès imputables à la drogue (hommes et femmes âgés de 20 ans et plus)

Causes médicales de décès	Nombre de décès imputables à la drogue (homme)	Nombre de décès imputables à la drogue (femme)	Âge moyen du décès (homme)	Âge moyen du décès (femme)
Overdose	228		35	
Sida et VIH	259	60	41	40
Total	547			

Sources : Causes médicales de décès : année 1997, INSERM ; OFDT (1999)

Bien évidemment, rappelons que d'autres décès sont imputables à la drogue (suicides, accidents de la circulation, hépatites B et C, etc.), mais ceux-ci n'ont pu être comptabilisés ici du fait d'absence totale de données. À titre d'exemple, notre contact au service commun n° 8 de l'INSERM (madame Péquignot) nous indique que l'hépatite C ne fait pas l'objet d'un traitement particulier dans les causes médicales de décès produites par l'INSERM.

Sur la base de ce tableau, nous pouvons néanmoins tenter d'effectuer une première évaluation en considérant, pour chaque cause médicale de décès et pour chaque sexe, la différence entre l'espérance de vie (par sexe) et l'âge moyen du décès¹³⁸. En considérant ensuite un niveau de revenus moyens et un taux d'actualisation, il devient alors possible d'évaluer en termes monétaires le montant des revenus perdus par l'ensemble des individus décédés prématurément pour cause de drogue¹³⁹.

Le tableau 4.13 ci-contre donne pour chaque cause médicale de décès une évaluation des pertes de revenus pour les individus décédés prématurément, toujours en considérant un Revenu disponible brut annuel de 97 012 francs et un taux d'actualisation de 6 %.

Au total, ce sont donc 205,39 millions de francs de pertes de revenus imputables à la drogue que les hommes et les femmes décédés prématurément supportent, ces pertes ne résultant que du « Sida - VIH » (131, 77 millions de francs) et des overdoses (73,62 millions de francs).

138. Pour le cas des overdoses, puisque nous ne disposons pas de la répartition « homme - femme », nous avons retenu la moyenne des espérances de vie « homme - femme » arrondie à l'unité supérieure, i.e. (77 ans + 82 ans)/2 soit 79,5 ans (donc 80 ans).

139. Pour la démarche, voir la partie méthodologique ainsi que les parties sur le tabac et l'alcool.

Tableau 4.13 - Pertes de revenus liées aux décès prématurés imputables à la drogue (hommes et femmes âgés de 20 ans et plus)

Causes médicales de décès	Années perdues (hommes)	Années perdues (femmes)	Nbr. de décès	Nbr de décès	Revenus perdus (hommes) (1)	Revenus perdus (femmes) (1)
Overdose	45		228		73,62	
Sida et VIH	36	42	259	60	110,66	21,11

(1) Millions de francs

Contrairement au tabac et à l'alcool, nous ne donnerons pas une seconde méthode d'estimation basée sur l'âge moyen de décès par quintile d'âge, la pauvreté des données disponibles nous interdisant de procéder à une telle analyse.

La seconde catégorie d'individus connaissant une perte de revenus imputable à la drogue correspond aux individus incarcérés pour cause ILS (i.e. qui effectuent une peine de prison ferme) et, en conséquence, qui ne perçoivent pas de revenus.

Concernant les individus incarcérés pour cause ILS, nous savons, d'après nos développements dans le point 4.4.1.b, que le temps d'incarcération de l'ensemble des détenus pour cause ILS s'élève à 194 122,5 mois. La peine moyenne (en temps d'incarcération) indiquée par le ministère de la Justice étant de 18,1 mois, il nous a semblé peu pertinent d'actualiser les pertes de revenus pour cette catégorie. En conséquence, nous prenons comme base de calcul le RDB mensuel soit :

$$\text{RDB mensuel} = 97\ 012 / 12 = 8\ 084,3$$

Ainsi, avec un RDB mensuel de 8 084,3 francs et une durée d'emprisonnement totale pour l'ensemble des condamnés ILS de 194 122,5 mois, nous pouvons estimer les pertes de revenus des individus incarcérés pour cause ILS à :

$$\text{Pertes de revenus des individus incarcérés pour cause ILS} = (194\ 122,5 \times 8\ 084,3)$$

soit 1 569,34 millions de francs perdus par les individus incarcérés pour cause ILS.

Concernant les autres crimes et délits impliquant la drogue (e.g., conduite sous emprise de produits illicites, vols, viols, meurtres, etc., imputables à la drogue), et dont les auteurs sont incarcérés, nous ne disposons malheureusement pas d'informations, comme dans le cadre de l'alcool. De la même manière, nous ne pouvons raisonnablement estimer si le montant des pertes de revenus supporté par cet ensemble d'individus peut être supérieur ou non à celui supporté par les individus incarcérés pour cause ILS. En effet, comparativement aux incarcérations ILS, dont la durée est relativement élevée et le nombre assez important, nous ne pouvons avoir aucun ordre d'idée quant au nombre et au temps d'emprisonnement des individus ayant commis des crimes ou délits (autre que ILS) sous l'emprise de substances illicites.

Enfin, la dernière catégorie d'individus connaissant une perte de revenus imputable à la drogue correspond aux individus hospitalisés ou en arrêt maladie pour problèmes de drogues. Malheureusement, là encore, nous ne disposons d'aucune donnée, que ce soit en terme de coefficients représentant les risques attribuables associés aux pathologies relevant des drogues, ou en termes de journées d'hospitalisation (cas, par exemple, de l'hépatite C).

Au total, bien qu'extrêmement parcellaires, nous pouvons estimer les pertes de revenus imputables à la drogue à 1 774,73 millions de francs (décès prématurés pour cause de « Sida - VIH » et d'overdose et pour cause d'incarcération des personnes condamnées ILS).

Bien évidemment, cette estimation se révèle très éloignée de la réalité puisque tout un ensemble de pertes n'a pu être intégré lors de nos calculs. Aussi, c'est avec une extrême réserve que ce chiffre doit être utilisé, puisque la plus grande partie des pertes de revenus est absente de cette estimation. Néanmoins, il semble qu'intuitivement les pertes de revenus imputables à la drogue doivent être bien inférieures à celles calculées dans les cas du tabac et de l'alcool. En effet, la population concernée dans le cas de la drogue est bien plus limitée que les deux autres populations étudiées. En d'autres termes, l'effet volume en terme de décès et d'hospitalisation est important, i.e. que le nombre de personnes décédées ou hospitalisées pour cause de drogue doit être sensiblement inférieur au nombre d'individus décédés ou hospitalisés pour cause de tabac ou d'alcool.

4.4.2 - Les pertes de production sur le lieu de travail

Les pertes de production sur le lieu de travail liées aux décès prématurés, aux incarcérations et aux journées d'hospitalisation imputables à la drogue ne représentent pas une grandeur facile à évaluer, puisque aucun indicateur

satisfaisant n'est disponible. Cependant, cette évaluation peut passer par la construction d'un agrégat constitué par la valeur ajoutée produite au cours de l'année, d'une part, et par le volume d'heures travaillées annuellement par l'ensemble de la population, d'autre part. En fait, cette mesure correspond à la « valeur ajoutée horaire apparente du travail », en référence à la « productivité horaire apparente du travail ».

Comme le note l'INSEE (1998), « l'indice de productivité horaire apparente du travail met en relation la variation en volume de la valeur ajoutée brute d'une année par rapport à la précédente et la variation sur la même période du volume d'heures travaillées. Ce dernier est évalué par la somme des heures travaillées par les salariés, les non-salariés, les inactifs, les multi-actifs agricoles et le volume d'heures travaillées "au noir". La croissance de la productivité horaire apparente du travail résulte souvent d'une plus grande consommation de capital, et le qualificatif "apparente" prévient qu'il ne faut pas en attribuer les causes à la seule productivité du travail ».

Sous les réserves émises par l'INSEE quant à la productivité horaire apparente du travail, nous retiendrons globalement ce principe, excepté que notre calcul ne correspondra pas à un rapport de variation, mais bien au rapport de deux variables : la valeur ajoutée brute produite au cours de l'année, d'une part, et le nombre d'heures travaillées annuellement, d'autre part.

Notons que le choix de la variable « valeur ajoutée brute » annuelle s'explique par le fait que cette dernière exprime, dans des termes rapides, la création de richesses d'une entreprise ou d'une branche d'activité au cours de l'année une fois déduite la valeur des consommations intermédiaires et sans prendre en compte les amortissements¹⁴⁰. De plus, il faut mentionner le fait que cette valeur ajoutée se répartit, par la suite, et de manière générale, entre l'entreprise, l'État et les salariés. Aussi, dans nos calculs ultérieurs nous devons faire attention de ne pas omettre de retirer les salaires déjà comptabilisés précédemment et les prélèvements obligatoires traités dans le point suivant. Enfin, et d'une manière générale, cet indicateur nous semble intéressant, puisque celui-ci nous permettra, dans un premier temps, de calculer la perte infligée par la drogue à la collectivité dans son ensemble en terme de création de richesses.

140. Notons qu'une fois les amortissements déduits, nous obtenons la valeur ajoutée nette. De plus, l'agrégat traditionnellement retenu pour exprimer la création de richesse annuelle d'un pays correspond au PIB. Celui-ci correspond à la somme des valeurs ajoutées brutes, augmentée de la TVA grevant les produits et des droits de douanes moins les subventions à l'importation (cf. INSEE, 1998, p. 102). Néanmoins, et pour nos propos, il nous apparaît plus pertinent de retenir la valeur ajoutée.

Concernant les données, L'INSEE (1998) avance, pour 1997, un montant de valeur ajoutée brute de 7 491 414,0 millions de francs pour un PIB total de 8 137 000,0 millions de francs¹⁴¹. D'un autre côté, l'INSEE avance le chiffre d'une durée hebdomadaire du travail de 39,8 heures en 1996, soit 1 870,6 heures annuelles (39,8 heures x 47 semaines¹⁴²). Aussi, en considérant que le nombre d'emplois intérieurs, en 1997, s'élevait à 22,337 millions de personnes¹⁴³ (cf. INSEE, 1998, p. 131), et que le nombre d'heures travaillées par salarié n'a pas évolué entre 1996 et 1997, nous obtenons 41 783,6 millions d'heures travaillées annuellement (1 870,6 x 22,337). En conséquence, la valeur ajoutée créée par heure de travail s'élève à 179,3 francs (7 491 414 / 41 783,6), soit 1 427,23 francs par jour de travail¹⁴⁴. Enfin, en terme annuel, la valeur ajoutée créée par chaque emploi intérieur s'élève à 335 399,05 francs.

Sur cette base, nous pouvons, comme pour les pertes de revenus, calculer les pertes de production sur le lieu de travail liées aux décès prématurés, aux incarcérations et aux hospitalisations imputables à la drogue.

Tout d'abord, concernant les décès prématurés, nous devons recalculer ces décès en fonction de l'âge de la retraite. En effet, ici la notion de décès prématuré peut se définir simplement par la différence entre l'âge correspondant à l'âge de la retraite à un instant t donné et l'âge auquel l'individu étudié est décédé à ce même instant t . Dans ce cadre, nous retiendrons, dans nos propos, l'âge de 65 ans pour les hommes et les femmes. Ainsi, un jeune homme décédé en 1997 à l'âge de vingt ans est considéré comme une personne décédée prématurément, le nombre d'années de travail perdues par ce jeune homme s'élevant à 45 ans. En revanche, un homme décédé

141. Notons que le PIB peut être divisé en PIB marchand (6 724 000,00 millions de francs en 1997) et un PIB non-marchand (1 413 000,00 millions de francs pour 1997). « Ce dernier est défini comme l'ensemble de l'activité des administrations, y compris une activité de production "non-marchande", c'est-à-dire disponible gratuitement ou quasi gratuitement (Éducation nationale, musées, dépistage médical, etc.) », (INSEE, 1998, p. 102).

142. Cette durée hebdomadaire du travail de 39,8 heures correspond à celle des salariés à temps complet. Les 47 semaines, quant à elles, correspondent à 52 semaines desquelles sont retirées 5 semaines de congés payés.

143. Il semble préférable, ici, de retenir le nombre d'emplois intérieurs plutôt que la population active. En effet, « l'emploi intérieur comprend toutes les personnes physiques (résidentes ou non) ayant un emploi dans une unité de production résidente. Il s'agit d'une population évaluée en moyenne annuelle où chaque personne compte pour une unité, quelle que soit la durée de son travail. Tous les types d'emplois sont comptabilisés, y compris les emplois précaires. On distingue l'emploi civil et l'emploi militaire, l'emploi salarié et non salarié », (INSEE, 1998, p. 130). La population active, quant à elle, « comprend la population active occupée (ayant un emploi) et les chômeurs », (cf. INSEE, 1998, p. 72). En 1997, la population active comptait 25,582 millions de personnes.

144. En considérant qu'une semaine de travail se compose de 5 jours, nous obtenons 7,96 heures de travail par jour (39,8 / 5).

à l'âge de 65 ans, ou à un âge supérieur à 65 ans, sera considéré comme un décès « normal », ce décès n'étant pas pris en compte dans l'évaluation des pertes de production.

Le tableau 4.14 ci-dessous donne les deux causes médicales de décès pour lesquelles nous sommes en mesure d'avancer une estimation. Tout d'abord, selon l'OFDT, on estime à 228 les personnes mortes d'overdose en 1998. L'âge moyen des personnes décédées prématurément ne nous ayant pas été communiqué, nous faisons l'hypothèse raisonnable d'un âge moyen de 35 ans lors du décès. Ensuite, pour le cas du Sida - VIH nous retenons les chiffres sur les causes médicales de décès établies en 1997 par le service commun n° 8 de l'INSERM.

Tableau 4.14 - Décès imputables à la drogue (hommes et femmes âgés de 20 ans et plus¹⁴⁵)

Causes médicales de décès	Nbr. de décès imputables à la drogue (hommes)	Nbr. de décès imputables à la drogue (femmes)	Âge moyen du décès (hommes)	Âge moyen du décès (femmes)
Overdose	228		35	
Sida et VIH	249	56	40	37
Total	533			

Sources : Causes médicales de décès : année 1997, INSERM ; OFDT (1999)

Ainsi, pour la population masculine des 20 ans jusqu'à la tranche d'âge 60-64 ans, l'INSERM recense 977 morts pour cause de « Sida et infections par le VIH » et 218 décès pour la population féminine âgée de 20 ans jusqu'à la tranche d'âge 60-64 ans. Or, nous savons, par nos développements sur les coûts de santé imputables à la drogue, que le taux des cas observés (Sida et séropositifs) imputables à la drogue est de 25,47%. En supposant que ce taux donné par Kopp et Palle (1998) soit identique pour les décès, nous obtenons donc, pour 1997, 249 décès masculins par Sida et VIH imputables à la drogue pour les classes d'âges étudiées et 56 décès féminins. Ainsi, nous pouvons comptabiliser 533 décès imputables à la drogue.

145. L'âge maximum retenu pour les hommes et les femmes correspond à la tranche d'âge 60-64 ans. Notons que nous ne retenons donc pas les personnes dans leur dernière année d'activité (i.e. la 65^e année) ce qui devrait avoir pour effet de très légèrement sous-estimer les résultats du fait d'une perte des personnes décédées à 65 ans.

Bien évidemment, rappelons que d'autres décès sont imputables à la drogue (suicides, accidents de la circulation, hépatites B et C, etc.), mais ceux-ci n'ont pu être comptabilisés ici du fait d'absence totale de données.

Sur la base de ce tableau, nous pouvons néanmoins tenter d'effectuer une première évaluation en considérant, pour chaque cause médicale de décès et chaque sexe, la différence entre l'âge de la retraite (65 ans pour les deux sexes) et l'âge moyen du décès. En considérant ensuite le montant moyen de valeur ajoutée annuelle créée par emploi intérieur (soit 335 399,05 francs) et un taux d'actualisation (6 %), il devient alors possible d'évaluer en termes monétaires la perte totale de valeur ajoutée imputable à la drogue et liée aux décès prématurés, i.e. ceux ayant lieu avant l'âge de la retraite¹⁴⁶ (tableau 4.15).

Au total, ce sont donc 985,29 millions de francs de pertes de valeur ajoutée imputables à la drogue que les hommes et les femmes décédés prématurément supportent, ces pertes ne résultant que du « Sida - VIH » (585,86 millions de francs) et des morts par overdose (399,43 millions de francs).

Tableau 4.15 - Pertes de valeur ajoutée liées aux décès prématurés imputables à la drogue (hommes et femmes âgés de 20 ans et plus¹⁴⁷)

Causes médicales de décès	Années perdues (hommes)	Années perdues (femmes)	Nbr. de décès	Nbr de décès	Pertes de VA (hommes) (1)	Pertes de VA (femmes) (1)
Overdose	30		228		399,43	
Sida et VIH	25	28	249	56	483,63	102,23

(1) Millions de francs

Il faut cependant noter que cette estimation ne correspond pas aux pertes de production sur le lieu de travail, puisque nous savons qu'une partie de la valeur ajoutée est versée à l'État et qu'une autre partie est versée aux salariés sous forme de revenus. Or, ces deux aspects sont comptabilisés, d'une part, dans les pertes de revenus traitées dans le point précédent et,

146. Pour la démarche, voir la partie méthodologique ainsi que les parties sur le tabac et l'alcool.

147. L'âge maximum retenu pour les hommes et les femmes correspond à la tranche d'âge 60-64 ans. Notons que nous ne retenons donc pas les personnes dans leur dernière année d'activité (i.e. la 65^{ème} année) ce qui devrait avoir pour effet de très légèrement sous-estimer les résultats du fait d'une perte des personnes décédées à 65 ans.

d'autre part, dans les pertes de prélèvements obligatoires traitées dans le point suivant. De plus, comparativement au point précédent, ainsi qu'au point suivant, nous devons signaler que les calculs sont effectués sur la population âgée de 20 ans jusqu'à la tranche d'âge 60-64 ans pour les hommes et les femmes, alors que dans les deux autres points mentionnés, les calculs sont effectués sur une population âgée de 20 ans jusqu'à la tranche d'âge 75-79 ans pour les hommes et 80-84 ans pour les femmes.

Ainsi, une évaluation exacte des pertes de production sur le lieu de travail liées aux décès prématurés imputables à la drogue doit retrancher de ces pertes de valeur ajoutée, les pertes de revenus et les pertes de prélèvements obligatoires pour les personnes âgées de 20 ans jusqu'à la tranche d'âge 60-64 ans.

Tableau 4.16 - Pertes de revenu primaire liées aux décès prématurés imputables à la drogue (hommes et femmes âgés de 20 ans et plus¹⁴⁸)

Causes médicales de décès	Années perdues (hommes)	Années perdues (femmes)	Nbr. de décès	Nbr de décès	Revenus perdus (hommes) (1)	Revenus perdus (femmes) (1)
Overdose	30		228		137,19	
Sida et VIH	25	28	249	56	166,11	35,11

(1) Millions de francs

Le tableau 4.16 ci-dessus retrace les pertes en terme de revenu primaire, le revenu primaire étant la masse des revenus que les ménages tirent de leur contribution à l'activité économique. Dans les comptes nationaux, ce revenu est brut et inclut les cotisations sociales y compris la part patronale. Or, en 1997 le revenu primaire s'élevait, selon l'INSEE (1998), à 115 199,57 francs par habitant (le revenu disponible brut par habitant et avant impôts s'élevant à 107 942 francs et représentant 93,7 % du revenu primaire¹⁴⁹).

148. L'âge maximum retenu pour les hommes et les femmes correspond à la tranche d'âge 60-64 ans. Notons que nous ne retenons donc pas les personnes dans leur dernière année d'activité (i.e. la 65^{ème} année) ce qui devrait avoir pour effet de très légèrement sous-estimer les résultats du fait d'une perte des personnes décédées à 65 ans.

149. Pour plus de précisions sur le passage du revenu primaire au revenu disponible brut, nous renvoyons le lecteur au point suivant traitant des pertes de prélèvements obligatoires.

Au total, ce sont donc 338,41 millions de francs de pertes de revenu primaire imputables à la drogue que les hommes et les femmes décédés prématurément supportent, ces pertes ne résultant que du « Sida - VIH » (201,22 millions de francs) et des morts par overdose (137,19 millions de francs).

À présent il devient possible d'estimer « grossièrement » les pertes de production sur le lieu de travail liées aux décès prématurés imputables à la drogue en effectuant la différence entre les pertes de valeur ajoutée et les pertes en terme de revenu primaire. En effet, cette différence retrace à peu près la part de richesses perdues par les entreprises (dans un sens large) après avoir versé les salaires et les cotisations patronales (i.e. globalement le revenu primaire), mais avant les diverses taxes pesant sur les entreprises. C'est en ce sens (du fait des taxes versées par les entreprises à l'État) que nous signalons que cette estimation retrace « à peu près » la part de richesses perdues par les entreprises puisque pour être véritablement correcte, nous devrions prendre en compte, dans nos calculs, les diverses taxes versées par les entreprises.

Néanmoins, et à la réserve près mentionnée précédemment, le tableau 4.17 ci-dessous retrace les pertes de production liées aux décès prématurés imputables à la drogue. Les résultats obtenus correspondent donc à la différence entre les colonnes de pertes des tableaux 4.15 et 4.16. En fait, nous devrions dire que les véritables pertes de production correspondent aux pertes de valeur ajoutée, mais, par souci de répartition des pertes entre les différentes catégories d'agents, il semble préférable d'effectuer un éclatement des pertes pour savoir ce que supportent effectivement les individus, les entreprises et l'État.

Tableau 4.17 - Pertes de production liées aux décès prématurés imputables à la drogue (hommes et femmes âgés de 20 ans et plus¹⁵⁰)

Causes médicales de décès	Années perdues (hommes)	Années perdues (femmes)	Nbr. de décès	Nbr. de décès	Pertes de production (hommes) (1)	Pertes de production (femmes) (1)
Overdose	30		228		262,24	
Sida et VIH	25	28	249	56	317,52	67,12

(1) Millions de francs

150. L'âge maximum retenu pour les hommes et les femmes correspond à la tranche d'âge 60-64 ans. Notons que nous ne retenons donc pas les personnes dans leur dernière année d'activité (i.e. la 65^e année) ce qui devrait avoir pour effet de très légèrement sous-estimer les résultats du fait d'une perte des personnes décédées à 65 ans.

Au total, ce sont donc 646,88 millions de francs de pertes de production imputables à la drogue que les hommes et les femmes décédés prématurément supportent, ces pertes ne résultant que du « Sida - VIH » (384,64 millions de francs) et des morts par overdose (262,24 millions de francs).

Contrairement au tabac et à l'alcool, et comme pour les pertes de revenus, nous ne donnerons pas une seconde méthode d'estimation basée sur l'âge moyen de décès par quintile d'âge, la pauvreté des données disponibles nous interdisant de procéder à une telle analyse.

La seconde catégorie d'individus générant une perte de production imputable à la drogue correspond aux individus incarcérés pour cause ILS (i.e. qui effectuent une peine de prison ferme).

Concernant les individus incarcérés pour cause ILS, nous savons, d'après nos développements dans le point 4.4.1.b, que le temps d'incarcération de l'ensemble des détenus pour cause ILS s'élève à 194 122,5 mois. La peine moyenne (en temps d'incarcération) indiquée par le ministère de la Justice étant de 18,1 mois, il nous a semblé peu pertinent d'actualiser les pertes de production pour cette catégorie. En conséquence, nous prenons comme base de calcul, la valeur ajoutée mensuelle soit :

$$\text{VA mensuelle} = 335\,399,05 / 11,75 = 28\,544,6^{151}$$

Ainsi, avec une VA mensuelle de 28 544,6 francs et une durée d'emprisonnement totale pour l'ensemble des condamnés ILS de 194 122,5 mois, nous pouvons estimer les pertes de valeur ajoutée générées par les individus incarcérés pour cause ILS à :

$$\text{Pertes de valeur ajoutée générées par les individus incarcérés pour cause ILS} = (194\,122,5 \times 28\,544,6)$$

soit 5 541,15 millions de francs de perte de valeur ajoutée générée par les individus incarcérés pour cause ILS.

Néanmoins, nous savons que nous devons retrancher à cette valeur ajoutée la part de revenu primaire mensuelle déjà comptabilisée dans les pertes de revenus et celle calculée dans les prélèvements obligatoires (cf. point suivant).

151. 11,75 mois correspondent à 47 semaines (52 semaines moins 5 semaines de congés payés) divisées par 4 semaines.

Or, avec un revenu primaire annuel de 115 199,57 francs, le revenu primaire mensuel s'élève à :

$$\text{RP mensuel} = 115\,199,57 / 12 = 9\,599,96^{152}$$

Aussi, en utilisant les mêmes durées d'incarcération, nous obtenons une perte totale de revenu primaire équivalente à :

$$\begin{aligned} & \text{Pertes de revenu primaire} \\ & \text{des individus incarcérés pour cause ILS} = \\ & (194\,122,5 \times 9\,599,96) \end{aligned}$$

soit **1 863,57 millions de francs de pertes en revenu primaire pour les individus incarcérés pour cause ILS.**

Au total, les pertes de production (i.e. de richesses pour l'entreprise après paiements des salaires et cotisations patronales, mais avant les diverses taxes sur l'entreprise) **s'élèvent, du fait d'individus incarcérés pour cause ILS, à 3 677,58 millions de francs** (5 541,15 millions de francs - 1 863,57 millions de francs).

Concernant les autres crimes et délits impliquant la drogue (e.g., conduite sous emprise de produits illicites, vols, viols, meurtres, etc., imputables à la drogue), et dont les auteurs sont incarcérés, nous ne disposons malheureusement pas d'informations, comme dans le cadre de l'alcool. De la même manière, nous ne pouvons raisonnablement estimer si le montant des pertes de production générées par cet ensemble d'individus peut être supérieur ou non à celles générées par les individus incarcérés pour cause ILS. En effet, comparativement aux incarcérations ILS, dont la durée est relativement élevée et le nombre assez important, nous ne pouvons avoir aucun ordre d'idée quant au nombre et au temps d'emprisonnement des individus ayant commis des crimes ou délits (autre que ILS) sous l'emprise de substances illicites.

Enfin, la dernière catégorie d'individus générant une perte de production imputable à la drogue correspond aux individus hospitalisés ou en arrêt maladie pour problèmes de drogues. Malheureusement, là encore, nous ne disposons d'aucune donnée, que ce soit en terme de coefficients représentant les risques attribuables associés aux pathologies relevant des drogues, ou en termes de journées d'hospitalisation (cas, par exemple, de l'hépatite C).

152. Contrairement à la valeur ajoutée, nous retenons 12 mois puisque nous nous plaçons du point de vue de l'individu. Dans le cadre de la valeur ajoutée, nous nous plaçons du point de vue de l'entreprise. Nous comptabilisons donc la valeur ajoutée effectivement produite dans la durée de temps effective que l'individu passe dans l'entreprise.

Au total, bien qu'extrêmement parcellaires, nous pouvons estimer les pertes de production imputables à la drogue à 6 099,19 millions de francs (décès prématurés pour cause de « Sida - VIH » et d'overdose et pour cause d'incarcération des personnes condamnées ILS).

Bien évidemment, cette estimation se révèle très éloignée de la réalité puisque tout un ensemble de pertes n'a pu être intégré lors de nos calculs. Aussi, c'est avec une extrême réserve que ce chiffre doit être utilisé, puisque la plus grande partie des pertes de production est absente de cette estimation. Néanmoins, il semble qu'intuitivement les pertes de production imputables à la drogue, comme pour les pertes de revenus, doivent être bien inférieures à celles calculées dans les cas du tabac et de l'alcool. En effet, la population concernée dans le cas de la drogue est bien plus limitée que les deux autres populations étudiées. En d'autres termes, l'effet volume en terme de décès et d'hospitalisation est important, i.e. que le nombre de personnes décédées ou hospitalisées pour cause de drogue doit être sensiblement inférieur au nombre d'individus décédés ou hospitalisés pour cause de tabac ou d'alcool.

4.5 - Pertes de prélèvements obligatoires imputables à la drogue

Si les pertes de revenus et de production imputables à la drogue constituent une part importante du coût lié aux incarcérations des personnes condamnées pour ILS, aux décès prématurés et aux hospitalisations imputables à la drogue, un second volet concernant des pertes engendrées par ces mêmes causes existe, et est représenté par les pertes de prélèvements obligatoires. D'après l'INSEE (1998), le poids des prélèvements obligatoires dans le PIB s'élevait à 46 % en 1997, ce qui correspond à 3 748,0 milliards de francs. Parmi les grands postes de ces prélèvements obligatoires, les *prélèvements de l'État* ne représentent plus que le tiers de l'ensemble des prélèvements obligatoires en 1997, alors que les *cotisations sociales* représentent 42 % et que les *impôts prélevés au profit des collectivités locales* correspondent à 16 % de l'ensemble.

Concernant une évaluation du coût social, il apparaît donc normal d'intégrer les pertes de prélèvements obligatoires liées aux incarcérations, aux décès prématurés et aux séjours hospitaliers imputables à la drogue. En effet, ces incarcérations, décès et séjours hospitaliers entraînent une diminution du montant des prélèvements obligatoires et affectent donc les ressources ainsi mises à la disposition de la collectivité.

Le calcul de ces pertes de prélèvements obligatoires passe par l'utilisation des données précédemment employées, mais nécessite aussi de traduire

le pourcentage des prélèvements obligatoires au niveau individuel. Ainsi, lors du point 4.4, nous avons désigné comme revenu des individus le RDB (Revenu disponible brut), mais en retenant le RDB après impôts. Or, nous savons que le RDB avant impôts s'élève à 107 942 francs (INSEE, 1998), ce qui correspond au revenu primaire (masse des revenus que les ménages tirent de leur contribution à l'activité économique, soit directement (revenus d'activité salariée ou non-salariée), soit indirectement (revenus de placements mobiliers ou immobiliers) augmenté des transferts reçus (prestations sociales) et diminué des impôts et cotisations sociales versées. En d'autres termes, le passage du revenu primaire au RDB se traduit par le tableau 4.18.

Tableau 4.18 - Du revenu primaire au revenu disponible brut des ménages (en % du revenu primaire et en francs)

	En % du revenu primaire (1997)	Montant en francs (1997)
Revenu primaire	100 %	115 199,57
dont : - Rémunération des salariés	69,8 %	80 409,30
- EBE des entreprises individuelles	12,3 %	14 169,55
- Revenus du patrimoine	17,9 %	20 620,72
Transferts nets de redistribution	- 6,3 %	- 7 257,57
dont : - Impôts courants sur le revenu et le patrimoine	- 10,6 %	- 12 211,15
- Cotisations sociales versées	- 30,5 %	- 35 135,87
- Cotisations sociales reçues	33,8 %	38 937,45
- Autres transferts nets	1,0 %	1 152,00
Revenu disponible brut	93,7 %	107 942,00

Source : INSEE (1998), p. 93

Ainsi, si nous retenons les prélèvements liés aux impôts et aux cotisations sociales versées nous obtenons une perte de prélèvements obligatoires égale à 47 347,02 francs, soit un poids de prélèvements de l'ordre de 41,1 % par rapport au revenu primaire.

En conséquence, en utilisant la même méthodologie que pour les pertes de revenus et de production, nous pouvons estimer, tout d'abord, les pertes de prélèvements liées aux décès prématurés imputables à la drogue. En fait, l'ensemble des données retenues précédemment étant inchangées, excepté le RDB de 97 012 francs (coefficient multiplicateur dans la méthode

d'estimation) remplacé par un montant de prélèvements égal à 47 347,02 francs, nous pouvons dire que les pertes de prélèvements s'élèvent à 48,81 % des pertes de revenus liés, d'une part, aux incarcérations et, d'autre part, aux décès prématurés imputables à la drogue. En conséquence, dans les tableaux ci-dessous nous appliquons ce pourcentage aux pertes de revenus imputables aux décès prématurés (tableau 4.19), et aux pertes de revenus liées aux incarcérations imputables à la drogue (tableau 4.20) afin de déterminer les pertes de prélèvements obligatoires liées aux décès prématurés imputables à la drogue et aux incarcérations ILS.

Tableau 4.19 - Pertes de prélèvements obligatoires liées aux décès prématurés imputables à la drogue (millions de francs)

	Estimation
Pertes de revenus liées aux décès prématurés	205,39
Total des pertes de prélèvements obligatoires liées aux décès prématurés	100,25

Ainsi, **les pertes de prélèvements obligatoires liées aux décès prématurés imputables à la drogue s'élèvent à 100,25 millions de francs** (205,39 x 0,4881).

Tableau 4.20 - Pertes de prélèvements obligatoires liées aux incarcérations pour ILS (millions de francs)

	Montant en MF
Pertes de revenus liées aux incarcérations	1 569,34
Pertes de prélèvements obligatoires liées aux incarcérations	765,99

Concernant les incarcérations ILS, **le montant des pertes de prélèvements obligatoires s'élève à 765,99 millions de francs** (1 569,34 x 0,4881).

Concernant les autres crimes et délits impliquant la drogue (e.g., conduite sous emprise de produits illicites, vols, viols, meurtres, etc. imputables à la drogue), et dont les auteurs sont incarcérés, nous ne disposons malheureusement pas d'informations, comme dans le cadre de l'alcool. De la même manière, nous ne pouvons raisonnablement estimer si le montant des pertes de prélèvements obligatoires générées par cet ensemble d'individus peut être supérieur ou non à celui généré par les individus incarcérés pour cause ILS. En effet, comparativement aux incarcérations ILS, dont la durée est relativement élevée et le nombre assez important,

nous ne pouvons avoir aucun ordre d'idée quant au nombre et au temps d'emprisonnement des individus ayant commis des crimes ou délits (autre qu'ILS) sous l'emprise de substances illicites.

Enfin, la dernière catégorie d'individus générant une perte de prélèvements obligatoires imputable à la drogue correspond aux individus hospitalisés ou en arrêt maladie pour problèmes de drogues. Malheureusement, là encore, nous ne disposons d'aucune donnée, que ce soit en terme de coefficients représentant les risques attribuables associés aux pathologies relevant des drogues, ou en termes de journées d'hospitalisation (cas, par exemple, de l'hépatite C).

Au total, bien qu'extrêmement parcellaires, nous pouvons estimer les pertes de prélèvements obligatoires imputables à la drogue à 866,24 millions de francs (décès prématurés pour cause de « Sida - VIH » et d'overdose et pour cause d'incarcération des personnes condamnées ILS).

Rappelons encore une fois que, bien évidemment, cette estimation se révèle très éloignée de la réalité puisque tout un ensemble de pertes n'a pu être intégré lors de nos calculs. Aussi, c'est avec une extrême réserve que ce chiffre doit être manié, puisque la plus grande partie des pertes de prélèvements obligatoires est absente de cette estimation. Néanmoins, il semble qu'intuitivement les pertes de prélèvements obligatoires imputables à la drogue, comme pour les pertes de revenus et de production, doivent être bien inférieures à celles calculées dans les cas du tabac et de l'alcool. En effet, la population concernée dans le cas de la drogue est bien plus limitée que les deux autres populations étudiées. En d'autres termes, l'effet volume en terme de décès et d'hospitalisation est important, i.e. que le nombre de personnes décédées ou hospitalisées pour cause de drogue doit être sensiblement inférieur au nombre d'individus décédés ou hospitalisés pour cause de tabac ou d'alcool.

4.6 - Les associations à financements privés

Dans le domaine de la prévention et de la recherche, certaines associations dont le financement est strictement assuré par la sphère privée, i.e. dont le financement est indépendant du budget de l'État ou de la CNAM, agissent sur le terrain. Malheureusement, nous n'avons pu recueillir d'informations quant au budget de ces associations. Néanmoins, l'intégration de ces dépenses des associations à financements privés ne devrait pas sensiblement modifier les résultats obtenus, puisque au total les financements consentis ne devraient pas dépasser quelques millions de francs.

4.7 - Autres coûts supportés par les agents privés

D'autres coûts imputables à la drogue peuvent être mentionnés, mais pour lesquels nous ne disposons malheureusement d'aucune donnée et donc d'aucune évaluation (excepté pour les amendes). Ces coûts correspondent notamment aux amendes des personnes condamnées pour ILS (3.7.1), aux autres peines liées aux condamnations pour ILS (3.7.2) et aux frais d'avocats (3.7.3).

4.7.1 - Les amendes des personnes condamnées pour ILS

Outre les peines à de la prison ferme, les personnes condamnées pour ILS supportent un coût supplémentaire correspondant aux amendes. Les chiffres donnés par le ministère de la Justice¹⁵³ pour 1996 étaient de 2 139 amendes fermes pour l'ensemble des ILS, le montant moyen de ces amendes s'élevant à 2 460 francs. Le tableau 4.21 retrace les amendes en fonction des types d'infractions (obtention - acquisition - emploi, usage illicite, trafic, commerce - transport, offre et cession, aide à l'usage par autrui, autres), mais distingue également les amendes dans le cas de condamnations à infraction unique et dans le cas de condamnations à infractions multiples.

Au total, ce sont donc 5,26 millions de francs d'amendes fermes que les personnes condamnées pour cause ILS supportent.

Tableau 4.21 - Nombre de condamnations à des amendes fermes pour infractions ILS et montant moyen des amendes

	Toutes condamnations		Condamnations à infraction unique		Condamnations à infractions multiples	
	Nombre d'amendes	Montant moyen	Nombre d'amendes	Montant moyen	Nombre d'amendes	Montant moyen
Obtention, acquisition, emploi	804	2 571	277	2 330	527	2 698
Usage illicite	1 073	2 170	700	2 003	373	2 483
Trafic (import, export)	32	2 594	5	2 600	27	2 593
Commerce, transport	143	3 362	8	2 125	135	3 435
Offre et cession	67	3 072	33	2 788	34	3 347
Aide à l'usage par autrui	18	4 750	14	5 607	4	1 750
Autres	2	6 000	2	6 000	0	0
Toutes infractions	2 139	2 460	1 039	2 175	1 100	2 730

153. *Les condamnations en 1996*, Études & Statistiques Justice n° 11, ministère de la Justice, 1998.

4.7.2 - Les autres peines liées aux condamnations pour cause ILS

Le dernier type de peines que supportent les individus condamnés pour ILS correspond aux mesures de substitution ou aux mesures éducatives. Le tableau ci-contre donne un aperçu de ces différentes peines telles que les suspensions de permis de conduire, les Travaux d'intérêts généraux (TIG), les jours amendes, etc.

Malheureusement, une évaluation monétaire de cet ensemble hétérogène de peines se révèle délicate, tant par la nature des peines prononcées (par exemple la confiscation du véhicule ou les mesures éducatives), que par le manque de données disponibles pour évaluer correctement ces différents aspects.

4.7.3 - Les frais d'avocats

Concernant les frais d'avocats supportés par les individus, la comptabilisation se révèle difficile du fait que, par exemple, dans les cas d'ILS, l'ensemble des individus concernés ne recourt pas automatiquement à un avocat. D'autre part, certains individus peuvent bénéficier de l'aide judiciaire totale ou partielle en fonction de leur revenu. Enfin, ne connaissant pas le nombre d'individus condamnés pour les crimes et délits imputables à la drogue (hors ILS), une partie des coûts liés aux frais d'avocats ne serait pas comptabilisée.

Au total, l'estimation de ce type de coûts se révèle extrêmement difficile, voire périlleuse, bien que les dépenses en avocats devraient entrer dans le calcul du coût social de la drogue et devraient représenter un montant de dépenses non négligeable comparativement à d'autres coûts que nous avons pu comptabiliser.

Conclusion

Le tableau 4.23 (p. 267) retrace l'ensemble des coûts que nous avons pu comptabiliser. Bien évidemment, cet ensemble de coûts, ainsi que l'estimation finale que nous avançons, peuvent prêter à discussion, d'autant plus qu'un grand nombre d'aspects manque à cette évaluation.

Néanmoins, et sous les réserves émises (notamment sur le manque d'informations qui ne nous a pas permis d'évaluer un grand nombre de coûts imputables à la drogue) **le coût social de la drogue s'élèverait, d'après nos estimations, à 13 350,28 millions de francs (hors consommation)**. Le fait de ne pas retenir les dépenses de consommation repose sur le fait que la méthodologie à laquelle nous nous référons (i.e.

Tableau 4.22 - Nombre de condamnations à des mesures de substitution ou à des mesures éducatives pour infractions ILS

	Ensemble	Suspension du permis de conduire	TIG	Jours amendes	Interdiction du permis de conduire	Interdiction du territoire français	Confiscation	Mesures éducatives	Autres
Obtention, acquisition, emploi	467	17	189	95	0	1	30	133	2
Usage illicite	557	17	223	104	1	5	14	191	2
Trafic (import, export)	17	1	15	1	0	0	0	0	0
Commerce, transport	90	4	42	20	0	2	0	22	0
Offre et cession	170	6	77	24	0	0	0	63	0
Aide à l'usage par autrui	14	0	1	1	0	0	5	7	0
Autres	1	0	0	0	0	0	0	1	0
Toutes infractions	1 316	45	547	245	1	8	49	417	4

le scénario contre-factuel) suppose qu'en absence de drogue, les consommateurs reporteraient leur consommation vers d'autres biens, consommation qui ne générerait pas les coûts engendrés par la consommation de drogue.

À titre de comparaison, le Produit intérieur brut (PIB) s'élevait à 8 137 000,0 millions de francs en 1997. En d'autres termes, **les dépenses supportées par la collectivité du fait de la consommation de drogue correspondent approximativement à 0,16 % du PIB de 1997.**

Un autre chiffre, qui permet de situer l'importance des dépenses, correspond au coût moyen imputable à la drogue et supporté par chaque Français. Si nous retenons, le chiffre de 58,7 millions d'habitants au 1/01/98 (INSEE, 1998, p. 24), **chaque Français supporte un coût moyen de 227,43 francs chaque année en raison directe de la drogue.**

Tableau 4.23 - Synthèse des dépenses imputables à la drogue (en millions de francs)

	Coût social
Consommation	14 à 25 000,00
Dépenses de santé	1 524,51
dont : - Sida	924,51
- Subutex®	600,00
Dépenses des Administrations publiques	4 855,08
dont : - justice	1 557,68
- douanes	552,54
- gendarmerie	469,67
- police	1 260,71
- affaires sociales, santé et ville	798,75
- MILDT	45,36
- éducation nationale, enseignement supérieur, recherche	56,01
- jeunesse et sport	17,08
- affaires étrangères	21,20
- coopération	44,40
- contribution de la France au budget drogue de l'UE	30,87
- travail emploi et formation professionnelle	0,81
Pertes de revenus et pertes de production	6 099,19
dont : - pertes de revenus des agents privés	1 774,73
dont : - cause médicale de décès (Sida et surdoses)	205,39
- incarcérations pour cause ILS	1 569,34
- incarcérations pour autres crimes et délits	nd
- hospitalisation	nd
- pertes de production sur le lieu du travail	4 324,46
dont : - cause médicale de décès (Sida & surdoses)	646,88
- incarcérations pour cause ILS	3 677,58
- incarcérations pour autres crimes et délits	nd
- hospitalisation	nd
Pertes de prélèvements obligatoires	866,24
dont : - cause médicale de décès (Sida & surdoses)	100,25
- incarcérations pour cause ILS	765,99
- incarcérations pour autres crimes et délits	nd
- hospitalisation	nd
Associations à financements privés	nd
Autres coûts supportés par les agents privés	5,26
dont : - amendes	5,26
- autres peines liées à des condamnations pour cause ILS	nd
- frais d'avocats	nd
Total (1)	27 350,28
Total (2)	à 38 350,28

(1) Total comprenant la dépense des agents liée à leur consommation de drogues.

(2) Total hors dépense de consommation de drogues.

CONCLUSION

Le coût social total des drogues en France en 1995 est estimé à 218 milliards de francs. Soit, (pour une population totale de 58,7 millions d'habitants) une dépense par tête de 3 714 francs, ou environ 2,7 % du PIB.

L'alcool est la drogue qui impose le coût le plus élevé à la France, soit un coût de 115 420,91 millions de francs (1,42 % du PIB) et une dépense par tête de 1 966 francs. L'alcool représente plus de la moitié du coût social imposé par les drogues à la collectivité. La part la plus importante (49,8 %) du coût social de l'alcool provient des pertes de productivité (57 555,66 millions de francs) dûes à la mortalité précoce (53 168,60 millions de francs), à la morbidité (3 884,0 millions de francs) et à l'incarcération (503,06 millions de francs). Les dépenses des sociétés d'assurance en charge des indemnisations en cas d'accidents viennent en deuxième (20 %) avec 23 120 millions de francs. Les dépenses de santé viennent en troisième position (16 %) avec 18 421,76 millions de francs répartis entre les dépenses (8 805,40 millions de francs) consacrées aux hospitalisations avec actes opératoires, la médecine de ville (8 232,90 millions de francs) et les hospitalisations sans actes opératoires (1 383,80 millions de francs). Vient en quatrième position (10,6 %) les pertes de prélèvements obligatoires (12 280,53 millions de francs) constituées par les encaissements de recettes fiscales non réalisés par l'État, du fait des décès, de l'hospitalisation ou de l'emprisonnement des consommateurs d'alcool. Les dépenses de prévention (3,18 %) se montent à 3 675,60 millions de francs, tandis que le coût de l'application de la loi ne représente que 0,32 % du coût social de l'alcool avec une dépense de 367,36 millions de francs.

Le tabac engendre un coût social de 65 132,20 millions de francs, soit une dépense par tête de 1 520,56 francs et 0,8 % du PIB. Les pertes de productivité contribuent pour 57% du coût social total du tabac. Leur montant total est de 37 255,6 millions de francs qui se répartissent entre 32 520 millions de francs dû à la mortalité précoce et 4 734,7 millions de francs lié à la morbidité. En l'absence d'accidents comme dans le cas de l'alcool, ce sont les coûts des soins qui viennent en seconde position (30 %) pour un

montant de 19 505,7 millions de francs qui se répartissent entre l'hospitalisation avec actes opératoires (10 933,2 millions de francs), la médecine de ville (6 857,7 millions de francs) et les hospitalisations sans acte opératoire (1 714,8 francs). Vient ensuite le coût social engendré par les pertes de prélèvements obligatoires soit 8 361,7 millions de francs, soit 13 % du coût social total du tabac. Les autres coûts sont peu significatifs (< 0,01 %) : 18,5 millions liés à la prévention et la recherche ; 11,7 millions à la lutte contre les feux de forêts.

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

ANNEXE

LISTE DES GRAPHIQUES ET TABLEAUX

Introduction

Tableau 1 -	Le coût social des drogues dans les études « Cost of Illness »	15
Tableau 2 -	Indicateurs du coût social des drogues (alcool, tabac, substances illicites)	19
Tableau 3 -	Décès prématurés estimés et décès totaux imputables aux drogues	21
Tableau 4 -	Répartition par poste du coût social des drogues (alcool, tabac, substances illicites)	22

Chapitre I

Méthodologie détaillée du calcul du coût social des drogues

Tableau 1.1 -	Le coût social des substances psychotropes	26
Tableau 1.2 -	Le coût social des drogues dans les études « Cost of Illness »	28
Tableau 1.3 -	Les différentes composantes du coût social	32-33

Chapitre II

Le coût social du tabac

Graphique 2.1 -	Proportion de fumeurs de 18 ans et plus par CSP et par sexe en 1996	44
Tableau 2.1 -	Nombre de fumeurs par CSP et par sexe en 1996	45
Tableau 2.2 -	Part de chaque CSP dans le total des fumeurs en 1996	45
Tableau 2.3 -	Risques attribuables à la consommation de tabac par pathologie	47
Tableau 2.4 -	Évaluation des coûts hospitaliers avec actes opératoires imputables au tabac (hommes)	52
Tableau 2.5 -	Évaluation des coûts hospitaliers avec actes opératoires imputables au tabac (femmes)	53

Tableau 2.6 -	Code(s) de la CIM 9 associé(s) à chaque pathologie	54
Tableau 2.7 -	Évaluation des coûts ambulatoires sans actes opératoires délivrés en milieu hospitalier imputables au tabac (hommes & femmes)	55
Tableau 2.8 -	Évaluation des coûts hospitaliers imputables à la consommation de tabac	56
Tableau 2.9 -	Consommation moyenne de médecine de ville par habitant	57
Tableau 2.10 -	Dépenses en soins ambulatoires attribuables à la consommation de tabac	58
Tableau 2.11 -	Évaluation de l'ensemble des coûts de santé imputables à la consommation de tabac	58
Tableau 2.12 -	Décès imputables au tabac	64
Tableau 2.13 -	Pertes de revenus liées aux décès prématurés imputables au tabac (hommes et femmes âgés de 20 ans et plus)	67
Tableau 2.14 -	Pertes de revenus liées aux décès prématurés imputables au tabac par quintile d'âge (hommes âgés de 20 ans et plus)	70
Tableau 2.15 -	Pertes de revenus liées aux décès prématurés imputables au tabac par quintile d'âge (femmes âgées de 20 ans et plus)	71
Tableau 2.16 -	Pertes de revenus liées aux séjours hospitaliers imputables au tabac	72
Tableau 2.17 -	Pertes de revenus liées aux séjours hospitaliers imputables au tabac et basées sur la durée moyenne des séjours de Rosa	75
Tableau 2.18 -	Décès imputables au tabac (hommes et femmes âgés de 20 ans et plus)	78
Tableau 2.19 -	Pertes de valeur ajoutée liées aux décès prématurés imputables au tabac (hommes et femmes âgés de 20 ans et plus)	80
Tableau 2.20 -	Pertes de revenu primaire liées aux décès prématurés imputables au tabac (hommes et femmes âgés de 20 ans et plus)	82
Tableau 2.21 -	Pertes de production liées aux décès prématurés imputables au tabac (hommes et femmes âgés de 20 ans et plus)	83
Tableau 2.22 -	Pertes de valeur ajoutée liées aux décès prématurés imputables au tabac par quintile d'âge (hommes âgés de 20 ans et plus)	86
Tableau 2.23 -	Pertes de valeur ajoutée liées aux décès prématurés imputables au tabac par quintile d'âge (femmes âgées de 20 ans et plus)	87
Tableau 2.24 -	Pertes de revenu primaire liées aux décès prématurés imputables au tabac par quintile d'âge (femmes âgées de 20 ans et plus)	88
Tableau 2.25 -	Pertes de revenu primaire liées aux décès prématurés imputables au tabac par quintile d'âge (hommes âgés de 20 ans et plus)	90
Tableau 2.26 -	Pertes de production liées aux décès prématurés imputables au tabac par quintile d'âge (hommes âgés de 20 ans et plus)	91
Tableau 2.27 -	Pertes de production liées aux décès prématurés imputables au tabac par quintile d'âge (femmes âgées de 20 ans et plus)	92

Tableau 2.28 -	Pertes de valeur ajoutée liées aux séjours hospitaliers imputables au tabac	93
Tableau 2.29 -	Pertes de revenu primaire liées aux séjours hospitaliers imputables au tabac	93
Tableau 2.30 -	Pertes de production liées aux séjours hospitaliers imputables au tabac	94
Tableau 2.31 -	Pertes de valeur ajoutée, de revenu primaire et de production liées aux séjours hospitaliers imputables au tabac et basées sur la durée moyenne des séjours de Rosa (millions de francs)	96
Tableau 2.32 -	Du revenu primaire au revenu disponible brut des ménages (en % du revenu primaire et en francs)	97
Tableau 2.33 -	Pertes de prélèvements obligatoires liées aux décès prématurés imputables au tabac (millions de francs)	98
Tableau 2.34 -	Pertes de prélèvements obligatoires liées aux séjours hospitaliers imputables au tabac	99
Tableau 2.35 -	Pertes de prélèvements obligatoires liées aux séjours hospitaliers imputables au tabac et basées sur la durée moyenne des séjours de Rosa	101
Tableau 2.36 -	Synthèse des dépenses imputables au tabac	103

Chapitre III

Le coût social de l'alcool

Tableau 3.1 -	Typologie des boissons alcoolisées	107
Tableau 3.2 -	Quantités moyennes par personne consommées de boissons alcoolisées	108
Tableau 3.3 -	Chiffres d'affaires des différentes catégories de boissons alcoolisées en 1997	109
Tableau 3.4 -	Dépenses annuelle moyenne par ménage en 1995 selon la région	109
Tableau 3.5 -	Dépenses annuelle moyenne par ménage en 1995 selon l'âge de la personne de référence	110
Tableau 3.6 -	Dépenses annuelle moyenne par ménage en 1995 selon la catégorie socio-professionnelle de la personne de référence	111
Tableau 3.7 -	Risques attribuables à la consommation d'alcool par pathologie	113
Tableau 3.8 -	Évaluation des coûts hospitaliers avec actes opératoires imputables à l'alcool (hommes)	115
Tableau 3.9 -	Évaluation des coûts hospitaliers avec actes opératoires imputables à l'alcool (femmes)	118
Tableau 3.10 -	Évaluation des coûts des soins ambulatoires sans acte opératoire en milieu hospitalier imputables à l'alcool	120

Tableau 3.11 - Évaluation des coûts hospitaliers imputables à la consommation d'alcool	121
Tableau 3.12 - Consommation moyenne de médecine de ville par an et par habitant	122
Tableau 3.13 - Dépenses en soins ambulatoires attribuables à la consommation d'alcool	123
Tableau 3.14 - Évaluation de l'ensemble des coûts de santé imputables à la consommation d'alcool	123
Tableau 3.15 - La structure de financement du dispositif spécialisé de lutte contre l'alcoolisme	125
Figure 3.1 - Le dispositif spécialisé de lutte contre l'alcoolisme	126
Tableau 3.16 - Formes juridiques des entités constituant le dispositif spécialisé de lutte contre l'alcoolisme	127
Tableau 3.17 - Formes juridiques des entités constituant le dispositif spécialisé de lutte contre l'alcoolisme	129
Tableau 3.18 - Volume d'actions en direction d'un public collectif	130
Tableau 3.19 - Volume d'actions en direction d'un public individuel	130
Tableau 3.20 - Nombre de contrôles d'alcoolémie	132
Tableau 3.21 - Personnes touchées lors d'accidents de la route	133
Tableau 3.22 - Coût en matériel de contrôle d'alcoolémie pour le ministère de l'Intérieur	133
Tableau 3.23 - Contrôles d'alcoolémie réalisés par les fonctionnaires du ministère de l'Intérieur	134
Tableau 3.24 - Coût en matériel de contrôle d'alcoolémie pour le ministère de l'Intérieur	136
Tableau 3.25 - Contrôles d'alcoolémie réalisés par la gendarmerie	136
Tableau 3.26 - Nombre de condamnations pour infractions à la sécurité routière par conducteur en état alcoolique en 1996	138
Tableau 3.27 - Condamnations et peines principales en 1996	141
Tableau 3.28 - Durée moyenne et totale des emprisonnements fermes par type d'infraction en 1996	141
Tableau 3.29 - Temps total d'incarcération effectué par l'ensemble des détenus en 1996	143
Tableau 3.30 - Dépenses de fonctionnement de l'administration pénitentiaire en 1995	143
Tableau 3.31 - Durée d'incarcération lors de la sortie	146
Tableau 3.32 - Nombre d'accidents du travail, d'accidents du trajet et de maladies professionnelles	151

Tableau 3.33 - Versements effectués en 1997 par la CNAM pour les cas réglés d'accidents du travail et de maladies professionnelles	153
Tableau 3.34 - Répartition de 100 francs de sinistres payés au titre de la responsabilité civile par nature d'indemnités en 1996	155
Tableau 3.35 - Structures des coûts de l'insécurité routière en 1990	158
Tableau 3.36 - Actualisation des coûts de l'insécurité routière en 1997	159
Tableau 3.37 - Décès imputables à l'alcool (hommes et femmes âgés de 20 ans et plus)	161
Tableau 3.38 - Pertes de revenus liées aux décès prématurés imputables à l'alcool (hommes et femmes âgés de 20 ans et plus)	164
Tableau 3.39 - Pertes de revenus liées aux décès prématurés imputables à l'alcool par quintile d'âge (hommes âgés de 20 ans et plus)	166
Tableau 3.40 - Pertes de revenus liées aux décès prématurés imputables à l'alcool par quintile d'âge (femmes âgées de 20 ans et plus)	168
Tableau 3.41 - Pertes de revenus liées aux séjours hospitaliers imputables à l'alcool et basées sur la durée moyenne des séjours de Rosa	172
Tableau 3.42 - Décès imputables à l'alcool (hommes et femmes âgés de 20 ans et plus)	176
Tableau 3.43 - Pertes de valeur ajoutée liées aux décès prématurés imputables à l'alcool (hommes et femmes âgés de 20 ans et plus)	179
Tableau 3.44 - Pertes de revenu primaire liées aux décès prématurés imputables à l'alcool (hommes et femmes âgés de 20 ans et plus)	180
Tableau 3.45 - Pertes de production liées aux décès prématurés imputables à l'alcool (hommes et femmes âgés de 20 ans et plus)	181
Tableau 3.46 - Pertes de valeur ajoutée liées aux décès prématurés imputables à l'alcool par quintile d'âge (hommes et femmes âgés de 20 ans et plus)	183
Tableau 3.47 - Pertes de valeur ajoutée liées aux décès prématurés imputables à l'alcool par quintile d'âge (hommes et femmes âgés de 20 ans et plus)	184
Tableau 3.48 - Pertes de revenu primaire liées aux décès prématurés imputables à l'alcool par quintile d'âge (hommes âgés de 20 ans et plus)	185
Tableau 3.49 - Pertes de revenu primaire liées aux décès prématurés imputables à l'alcool par quintile d'âge (femmes âgées de 20 ans et plus)	187
Tableau 3.50 - Pertes de production liées aux décès prématurés imputables à l'alcool par quintile d'âge (hommes âgés de 20 ans et plus)	188
Tableau 3.51 - Pertes de production liées aux décès prématurés imputables à l'alcool par quintile d'âge (femmes âgées de 20 ans et plus)	189
Tableau 3.52 - Pertes de valeur ajoutée liées aux séjours hospitaliers	193
Tableau 3.53 - Pertes de revenu primaire liées aux séjours hospitaliers	193

Tableau 3.54 - Pertes de production liées aux séjours hospitaliers	194
Tableau 3.55 - Pertes de valeur ajoutée, de revenu primaire et de production liées aux séjours hospitaliers imputables à l'alcool et basées sur la durée moyenne des séjours de Rosa	195
Tableau 3.56 - Du revenu primaire au revenu disponible brut des ménages (en % du revenu primaire et en francs)	197
Tableau 3.57 - Pertes de prélèvements obligatoires liées aux décès prématurés imputables à l'alcool	198
Tableau 3.58 - Pertes de prélèvements obligatoires liées aux incarcérations pour infractions au code de la route en terme d'alcoolémie	198
Tableau 3.59 - Pertes de prélèvements obligatoires liées aux séjours hospitaliers imputables à l'alcool et basées sur la durée moyenne des séjours de Rosa	200
Tableau 3.60 - Nombre de condamnations à des amendes fermes pour alcoolisme au volant et montant moyen des amendes	203
Tableau 3.61 - Nombre de condamnations à des mesures de substitution ou à des mesures éducatives pour alcoolisme au volant	204
Tableau 3.62 - Synthèse des dépenses imputables à l'alcool	206

Chapitre IV Le coût social des drogues illicites en France

Tableau 4.1 - Pourcentage de personnes âgées de 18 à 44 ans ayant déclaré avoir consommé des drogues illicites	211
Tableau 4.2 - Pourcentage de personnes âgées de 18 à 23 ans convoquées en centre de sélection du service national ayant déclaré avoir consommé des drogues illicites	212
Graphique 4.1 - Usage de cannabis au cours de la vie selon l'âge et le sexe	213
Tableau 4.3 - Usage de drogues illicites au cours de l'année chez les 15-19 ans	213
Tableau 4.4 - CA des drogues illicites - Cannabis	215
Tableau 4.5 - Effectif et temps consacré par les juges aux ILS	221
Tableau 4.6 - Coût de l'activité des juges consacrée aux ILS	222
Tableau 4.7 - Coût des dépenses diverses des services judiciaires	224
Tableau 4.8 - Peines prononcées pour les détenus condamnés au 1/07/1998	225
Tableau 4.9 - Temps total d'incarcération effectué par l'ensemble des détenus en 1995	227
Tableau 4.10 - Durée d'incarcération lors de la sortie	229
Tableau 4.11 - Dépenses des Administrations publiques imputables à la drogue	245
Tableau 4.12 - Décès imputables à la drogue (hommes et femmes âgés de 20 ans et plus)	248

Tableau 4.13 - Pertes de revenus liées aux décès prématurés imputables à la drogue (hommes et femmes âgés de 20 ans et plus)	249
Tableau 4.14 - Décès imputables à la drogue (hommes et femmes âgés de 20 ans et plus)	253
Tableau 4.15 - Pertes de valeur ajoutée liées aux décès prématurés imputables à la drogue (hommes et femmes âgés de 20 ans et plus)	254
Tableau 4.16 - Pertes de revenu primaire liées aux décès prématurés imputables à la drogue (hommes et femmes âgés de 20 ans et plus)	255
Tableau 4.17 - Pertes de production liées aux décès prématurés imputables à la drogue (hommes et femmes âgés de 20 ans et plus)	256
Tableau 4.18 - Du revenu primaire au revenu disponible brut des ménages (en % du revenu primaire et en francs)	260
Tableau 4.19 - Pertes de prélèvements obligatoires liées aux décès prématurés imputables à la drogue	261
Tableau 4.20 - Pertes de prélèvements obligatoires liées aux incarcérations pour ILS	261
Tableau 4.21 - Nombre de condamnations à des amendes fermes pour infractions ILS et montant moyen des amendes	263
Tableau 4.22 - Nombre de condamnations à des mesures de substitution ou à des mesures éducatives pour infractions ILS	265
Tableau 4.23 - Synthèse des dépenses imputables à la drogue	267

