

# Le coût social de l'alcool, du tabac et des drogues illicites en 2000

**Philippe Fenoglio**

Maître de conférences à l'université de Nancy II

**Véronique Parel**

Maître de conférences à l'université de Panthéon-Sorbonne (Paris I)

**Pierre Kopp**

Professeur à l'université de Panthéon-Sorbonne (Paris I)

**En 1997, une première étude tentait d'évaluer le coût, pour la société, que représentait la consommation de tabac, alcool et drogues en France. Cette étude a été actualisée en 2000. Présentation des évolutions.**

La consommation et le trafic de drogues légales (alcool et tabac) et illégales ont un impact important sur l'économie. On recense, d'une part, des effets négatifs pour la société et de l'autre, les bénéfices, liés à la consommation et à la production.

Le montant total des « externalités », frappant la société et engendrées par les drogues, indique le coût des conséquences de la consommation et du trafic de drogue pour la collectivité. Ce montant est appelé « coût social des drogues » ou « coût d'opportunité des drogues ».

Les bénéfices des drogues mesurent le bien-être qu'elles procurent aux consommateurs et les profits des producteurs et distributeurs. Le calcul des bénéfices est particulièrement complexe, car il exige de mesurer la valeur subjective que les consommateurs attribuent aux produits qu'ils consomment.

Cet article est consacré au premier aspect, celui des dommages que la collectivité subit, du fait de l'existence des drogues. Le « coût social des drogues » mesure donc le coût pour la collectivité des conséquences du trafic et de la consommation de drogue. Il constitue un agrégat important car c'est à l'aune de sa réduction

Cet article présente les conclusions de recherches dirigées par Pierre Kopp pour le compte de l'Inserm et de l'OFDT ([pkopp@univ-paris1.fr](mailto:pkopp@univ-paris1.fr)). Il présente les résultats actualisés d'une étude antérieure (1997) dont les résultats avaient été publiés dans cette même revue « Coût social des drogues et choix de politique publique », *Actualité et dossier en santé publique*, n° 22, mars 1998.

que l'on peut mesurer l'efficacité de la politique publique.

La mesure du coût social des drogues pose un sérieux problème méthodologique. Préciser quelle est la part du coût de la drogue qui frappe la collectivité (externalité) et celle qui touche directement les consommateurs de drogue (coût privé) n'est pas une question triviale. Le coût des maladies que les fumeurs, par exemple, s'infligent est illustratif du problème. Le cancer du poumon qui frappe un fumeur est-il une externalité ou un coût privé ? La réponse dépend, nous le verrons, de l'hypothèse qui est faite sur la rationalité des choix des consommateurs de drogues.

Cet article rend donc d'abord compte des conséquences des débats concernant le degré de rationalité des consommateurs de drogue sur la méthodologie de chiffrage du coût social des drogues, puis il présente la méthodologie retenue dite « *Cost of Illness* » et livre enfin les résultats de l'estimation du coût social faite pour la France.

## Rationalité et coût social

La consommation et le trafic de drogue sont à l'origine des dépenses qui constituent des coûts privés pour les individus (achats, dépenses de santé non-remboursables, amendes, etc.). La contrepartie de ces dépenses est donnée par le bien-être que les individus retirent de la consommation. Dès lors qu'un individu accepte de payer un prix pour un produit, c'est qu'il dégage de sa consommation une utilité et un surplus. Le surplus est égal à la différence entre le prix payé par le consommateur et celui

qu'il aurait accepté de payer pour obtenir le produit.

La consommation et le trafic engendrent également des coûts qui frappent les tiers. La violence des marchés illégaux ou le tabagisme passif ou encore les victimes des accidents provoqués par des conducteurs sous l'emprise de l'alcool constituent des externalités<sup>1</sup>. La somme des externalités constitue le coût d'opportunité de la drogue. Si les ressources consacrées à la drogue l'avaient été à une autre activité, la société se serait épargné le coût de ces externalités et aurait été plus riche du montant que ces ressources auraient permis de produire. C'est pourquoi on désigne la somme des externalités sous le nom de coût social de la drogue plutôt que de coût d'opportunité, bien que les deux termes soient synonymes.

Les externalités constituent une source d'imperfection du marché et engendrent une perte de bien-être pour la société. Les individus ne prennent pas en compte le coût des conséquences sociales de leur consommation. Ils déterminent donc leur niveau de consommation en ne prenant en compte que le coût privé de leur consommation. Le niveau de consommation d'équilibre est alors optimal pour les individus mais excessif, pour la société. L'État doit intervenir pour forcer les individus à prendre en compte le coût complet des conséquences sociales de leur choix de consommation. Pour ce faire, il taxe les produits ou les interdit. Observons que la mise en œuvre de l'interdiction légale et des sanctions qui l'accompagnent jouent le rôle d'une taxe sur la consommation, en infligeant un coût au consommateur. Le consommateur ajuste donc sa consommation à la baisse (si la demande est élastique au prix) et l'optimum privé vient coïncider avec l'optimum social, si la taxe a été calibrée de manière optimale. L'efficacité économique est alors restaurée.

**1.** Le terme « externalité » désigne des bénéfices ou des coûts qui, bien qu'ils s'ajoutent aux bénéfices et aux coûts propres à une activité donnée, ne sont pas reflétés dans les prix du marché et touchent les agents économiques tiers sans que ces derniers soient légalement tenus de payer ou en droit de recevoir un dédommagement. Par exemple, la fumée de la cigarette dérange un non-fumeur et constitue une externalité, puisque la gêne est subie et non compensée par une somme d'argent. En revanche, le fait que les impôts des uns servent à financer les autres (ou la sécurité sociale) ne constitue pas une externalité, mais une forme de redistribution de la richesse.

Le chiffrage du coût social pose un problème méthodologique. Comment traiter le coût des conséquences (maladies) que les consommateurs de drogues s'infligent à eux-mêmes ? S'agit-il d'un coût privé ou d'une externalité ? Soit le tabagisme ou l'alcool sont considérés comme des externalités, soit la consommation de ces substances ne déroge pas au principe de souveraineté du consommateur rationnel et l'ensemble des coûts déduits de ses choix lui sont attribués et « internalisés ». La réponse est d'autant plus déterminante que les coûts internes engendrés par la consommation de drogues sont considérables puisque les sommes en discussion constituent une part très importante du coût des drogues. Selon la réponse apportée, le coût social de la drogue sera élevé ou, au contraire, très bas, ce qui est lourd de conséquences lors de la discussion du montant de la taxe requise pour corriger les externalités (alcool et tabac).

Ce choix méthodologique peut être illustré par un exemple. Les adeptes du ski prennent des risques et choisissent les pistes qu'ils empruntent en fonction de leur niveau technique, de leur forme physique et du climat. Lorsqu'ils sont victimes d'un accident, les frais de santé constituent un coût privé et non une externalité<sup>2</sup>. Chacun conviendra que les skieurs sont suffisamment informés et rationnels pour mesurer les dangers du ski. Il serait ainsi saugrenu de parler du coût social du ski, même si la sécurité sociale a de bonne raison de s'interroger sur l'impact de ce loisir sur ses comptes. Qu'en est-il dans le cas des drogues ?

Les maladies des consommateurs de drogues ne sont pas, stricto sensu, des externalités, puisqu'elles ne frappent pas des tiers mais les consommateurs de drogues eux-mêmes. Pour certains économistes, fondateurs d'une théorie de « l'addiction rationnelle », comme Gary Becker [1], les individus sont parfaitement rationnels, ils sont donc en mesure de prendre en compte les effets futurs de leur consommation présente. Ils savent intégrer le coût prévisible des maladies lors de leurs choix de consommation, c'est

**2.** Rappelons que le fait que les frais d'hospitalisation soient pris en charge par la sécurité sociale, ou non, n'affecte pas le caractère externe ou privé du coût. Il ne faut pas confondre un problème d'inefficacité du marché (externalité) et une question de justice sociale (redistribution).

d'ailleurs pour cela que nombreux sont ceux qui arrêtent de consommer des drogues. Ce coût fait donc partie des coûts privés. À l'opposé, les analystes issus du milieu de la santé publique considèrent généralement que les conséquences non intentionnelles de la consommation de drogue sont une externalité et non un coût privé. Comme si le consommateur de drogues infligeait à un tiers (en l'occurrence lui-même), un coût qu'il ne prendrait pas en compte dans ses choix. L'ensemble des conséquences négatives des drogues doit alors être rangé du côté des externalités et constitue une perte de bien-être pour la collectivité.

Le tableau 1 recense l'ensemble des coûts des conséquences de la consommation et du trafic de drogue.

L'angle sous lequel les externalités interpersonnelles sont analysées (coûts privés ou externalités) est lourd de conséquences. Si les consommateurs sont rationnels, les externalités interpersonnelles doivent être ajoutées au coût privé. À l'exception de la protection des tiers (tabagisme passif), l'État n'a pas de raison d'intervenir. En revanche, les coûts privés doivent être assumés par les consommateurs qui devraient ainsi se munir d'une assurance afin de financer les dépenses médicales engendrées par leurs choix<sup>3</sup>. À l'instar des assurances requises pour couvrir les sports à risques, le fumeur, le buveur ou l'amateur de drogues illicites devraient s'assurer contre les conséquences futures de ses choix présents ou prendre le risque de dépendre, un jour, du degré de générosité de l'assurance sociale. L'important est que les coûts engendrés par un individu soient couverts. Peu importe que cela soit par lui-même (assurance privée) ou par la solidarité (assurance sociale).

À l'opposé de cette vision, l'approche de santé publique considère le consommateur de drogue comme « malade » et classera l'ensemble des externalités interpersonnelles du côté des externalités. L'État est alors fondé à intervenir pour faire supporter aux individus le coût complet (privé et social) de leur pratique. La taxe (ou la sanction) vient s'ajouter au prix et force les individus à limiter leur consommation. Le produit de la taxe peut éventuellement venir partiellement abonder le budget de la sécurité sociale, comme c'est le cas en

**3.** Le fait que l'assurance soit payante ou gratuite est un problème de redistribution.

tableau 1

## Externalités ou internalités ?

Type de coûts	Nature	Classification
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Dépense d'achat</li> <li>● Dépenses de santé non remboursées</li> <li>● Achat d'assurance privée</li> <li>● Amendes</li> </ul>	Dépenses privées	Utilité + Surplus du consommateur
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Perte de revenus due à la morbidité</li> <li>● Perte de revenus due aux décès prématurés</li> <li>● Violence sur les marchés illégaux</li> <li>● Emprisonnement</li> </ul>	Externalités interpersonnelles	Coût social
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Perte de productivité des entreprises du fait de l'absentéisme, de la mortalité et de la morbidité</li> <li>● Mortalités et morbidité des tiers (tabagisme passif, victimes des accidents et des violences)</li> <li>● Dépenses publiques de prévention</li> <li>● Dépenses publiques de répression</li> <li>● Dépenses publiques de traitement</li> </ul>	Externalités	

France pour la taxe du tabac. Le reste des problèmes frappant les fumeurs doit être pris en charge, selon les normes habituelles de prise en charge des maladies et des problèmes sociaux.

Deux schémas théoriques s'opposent ainsi. Le premier, celui de l'assurance, qui poursuit l'objectif de la couverture du risque comme dans le cas du ski ; le second, celui de l'intervention publique, qui vise à contraindre les individus à changer leur consommation en leur faisant prendre en charge son coût. Selon la première approche, le problème posé par les drogues est un essentiellement un problème de répartition et se limite, d'une part, au choix

entre le régime de l'assurance privée et celui de l'assurance sociale, et d'autre part, à la fixation du montant des primes ou du volume des transferts sociaux permettant d'assurer l'équilibre des assurances privées ou des comptes des organismes sociaux. La seconde approche considère, a contrario, que l'objectif de l'État est de ramener l'activité porteuse d'externalités à son niveau optimal, en instaurant une taxe qui permettra de faire payer à ses adeptes le coût complet de leur pratique, ce qui en réduit logiquement le nombre. Cette fois le problème posé par les drogues concerne essentiellement l'efficacité économique et non plus la répartition. Les dépenses

engendrées par les consommateurs de drogues doivent être financées à l'instar des autres dépenses sociales.

Une piste prometteuse permet de dépasser cette opposition. Un groupe d'auteurs inspirés par Gruber J., Koszegi B. [3] qualifie le coût des conséquences de la drogue, pour les consommateurs eux-mêmes, par le néologisme « externalités intrapersonnelles » ou « internalités ». Ils proposent de les ajouter aux externalités classiques (frappant effectivement les tiers), au prorata du degré de limite qui affecte la rationalité. Dans cet article nous utilisons la méthodologie classique qui affecte la totalité des « externalités

## références

1. Becker G. et Murphy K. [1988], « A theory of rational addiction », *Journal of Political Economy*, vol. 96, août, p. 675-700.
2. Collins. D.; Lapsley, H. M.. (1996) *The Social Costs of Drug Abuse in Australia in 1988 and 1992*, Canberra. Monograph n° 30. Commonwealth Department of Human Services and Health. Australian Government Printing Services.
3. Gruber J., Koszegi B. (2004), « Tax Incidence When Individuals Are Time-inconsistent : the Case of Cigarette Excise Taxes », *Journal of Public Economics*, 88, 1959-1987.
4. Hodgson, T. A ; Meiners, M. (1982), « Cost-of Illness Methodology : A Guide to Current Practices and Procedures » *Milbank Memorial Fund Quarterly*, [60], pp 429-462.
5. Kopp, P.; Fenoglio, P. (2004), *Coûts et bénéfices économiques des drogues*, O. F. D. T., juin 2004, 125 pages, [http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/eco\\_drog.htm](http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/eco_drog.htm).
6. Kopp, P.; Fenoglio, P. (2000), Le coût social des drogues licites (alcool et tabac) et illicites en France, O. F. D. T., septembre 2000, 277 pages.
7. Single E., Collins D. Laspely H., Kopp P., Perez-Gomez A. (2003) « International Guidelines for Estimating the Cost of Substance Abuse », WHO.

intrapersonnelles) ou « internalités » au coût social.

### La méthodologie Cost of Illness

Le calcul du coût social de la drogue repose sur la méthodologie « *Cost of Illness* » (COI). Elle a d'abord été utilisée dans des études d'économies médicales destinées à chiffrer le coût social de la santé mentale ou de certains types de cancers.

Dans cette étude, nous affectons à la consommation « *per se* » du produit tous les coûts imposés à la collectivité, sans distinguer les consommations réputées « normales » ou « abusives ».

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

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); d'autre part, qu'une ré-allocation des ressources supprimant les drogues n'affecterait pas le niveau des bénéfices sociaux. Sous ces deux hypothèses, toutes les conséquences des drogues sont traitées comme un « coût social », une source de perte de bien-être collectif.

Le coût social, tel que le mesure une étude (COI), couvre l'ensemble des coûts tangibles supporté 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 induit par la consommation et le trafic, exception faite du coût d'achat des substances.

Nous suivons le choix de Single *et al.* [7] qui recommandent de suivre Collins & Laspley [2] en ne calculant dans le cadre des études COI, que le coût social « brut » plutôt que « net » des éventuels « *side effects* » positifs éventuellement engendrés par la consommation de certaines substances, notamment dans le cas où la consommation modérée d'alcool viendrait réduire le nombre de maladies cardiaques.

D'autre part, l'étude est « *prevalence-based* », i.e. elle estime le coût des problèmes qui apparaissent durant une année donnée, en l'occurrence 2000.

Les pertes de revenu et de productivité dues aux décès prématurés sont estimées selon la méthode du « capital humain » à l'aide de la valeur présente des revenus futurs. Cette approche, qui est la plus fréquemment utilisée, diffère de celle dite de la « *willingness to pay* » [4] 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* ». La méthode « *human capital* » exige de calculer la valeur présente des revenus futurs perdus du fait d'une mortalité prématurée attribuable aux consommations de drogues. Les résultats présentés dans cet article sont calculés avec un taux d'actualisation de 6 %<sup>4</sup>.

### Le coût social des drogues en 2000

Les résultats présentés tableau 2 évaluent le coût social des drogues pour l'année 2000 en tenant compte des nouvelles informations recueillies. L'augmentation de la valeur estimée du coût social des drogues en France en 2000 par rapport à celui de notre étude précédente [6] a deux causes. Premièrement, le calcul des coûts de santé imputables aux drogues contient trois modifications : une actualisation des données sur les coûts hospitaliers ; un changement de méthodologie concernant les soins en médecine de ville ; l'introduction des pathologies non traitées dans Kopp et Fenoglio [6], notamment pour les drogues illicites. Deuxièmement, le calcul d'actualisation des pertes de prélèvements obligatoires (fiscalité), des pertes de revenus (particuliers) et des pertes de production (entreprises) a été amélioré.

Le tabac est la drogue qui impose le coût le plus élevé à la France avec 47 739,62 millions d'euros, soit une dépense par tête de 772,49 euros et 3,05 % du produit intérieur brut (PIB). Ce montant se répartit en 18 085,16 millions d'euros de pertes de productivité (entreprises) et 7 657,84 mil-

lions d'euros de pertes de revenus pour les individus, que ceux-ci soient ou non consommateurs. Les coûts des soins arrivent en tête des dépenses publiques pour un montant de 18 254,22 millions d'euros qui se répartit entre soins hospitaliers (8 731,72 millions d'euros) et médecine de ville (9 522,50 millions d'euros). À noter que les dépenses de santé constituent le premier poste du coût social du tabac. Vient ensuite le coût social engendré par les pertes de prélèvements obligatoires (3 737,80 millions d'euros), soit 7,83 % du coût social total du tabac. Les autres coûts sont peu significatifs (< 0,01 %) : 2,82 millions liés à la prévention ; 1,78 million à la lutte contre les feux de forêts.

L'alcool, pour sa part, engendre un coût social de 37 030,90 millions d'euros (2,37 % du PIB) et une dépense par tête de 599,21 euros. La part la plus importante du coût social de l'alcool tient principalement aux pertes de productivité (16 097,57 millions d'euros pour les entreprises), aux pertes de revenus des individus consommateurs ou non (7 147,71 millions d'euros) et aux dépenses des assurances en charge des indemnisations en cas d'accidents (3 524,62 millions d'euros). Les dépenses de santé représentant 16,62 % du coût social (6 155,88 millions) réparties en soins hospitaliers (4 345,59 millions d'euros) et coûts liés à la médecine de ville (1 810,29 millions). À noter que les dépenses de santé n'occupent que la troisième place du coût social de l'alcool, contre la première pour le tabac. Le cinquième poste (9,42 %) est représenté par les pertes de prélèvements obligatoires (3 488,79 millions d'euros) provoqué 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 autres dépenses constitutives du coût social de l'alcool sont marginales (moins de 0,3 % du total), à l'exception de la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) (522,95 millions d'euros, soit 1,41 %).

Les drogues illicites engendrent un coût social de 2 824,44 millions d'euros, soit une dépense par tête de 45,70 euros et 0,18 % du PIB. Les pertes de productivité (entreprises) contribuent pour 28,76 % du coût social des drogues illicites. Leur montant total est de 812,29 millions d'euros. Celles-ci sont suivies des dépenses des administrations égales à 740,15 millions

4. Le rapport Lebègue (2005) suggère de ramener le taux d'actualisation de 8 % à 4 % afin de mieux prendre en compte les effets futurs des choix présents. Cette étude menée avant la publication du rapport utilise un taux conventionnel adopté par les autres études européennes dans le même domaine.

tableau 2

**Coûts sociaux des drogues en France, 2000 (millions d'euros)**

Types de dépenses	Tabac		Alcool		Drogues illicites	
	Rang	Montant	Rang	Montant	Rang	Montant
Dépenses de santé	[1]	18 254,22	[3]	6 155,88	[3]	723,32
<i>dont : - soins hospitaliers</i>		8 731,72		4 345,59		280,26
<i>- médecine de ville</i>		9 522,50		1 810,29		443,06
Dépense des administrations		-	[7]	87,00	[2]	740,15
Dépenses de prévention	[5]	2,82		-		-
Cnam		-	[6]	522,95		-
Perte de prélèvements obligatoires	[4]	3 737,80	[5]	3 488,79	[5]	179,70
Incendies	[6]	1,78		-		-
Pertes de revenus des consommateurs (décès maladies)	[3]	7 657,84	[2]	7 147,71	[4]	368,17
Dépenses des assurances		-	[4]	3 524,62		-
Pertes de productivité	[2]	18 085,16	[1]	16 097,57	[1]	812,29
Associations privées		nd	[9]	0,87		nd
Autres coûts privés		-	[8]	5,52	[6]	0,80
<b>Coût social</b>		<b>47 739,62</b>		<b>37 030,91</b>		<b>2 824,43</b>

nd : non disponibles.

tableau 3

**Source des coûts sociaux (millions d'euros)**

	Tabac		Alcool		Drogues illicites	
	Montant	(%)	Montant	(%)	Montant	(%)
1. Coûts directs des soins	18 254,22	(38,24 %)	6 155,88	(16,62 %)	723,32	(25,61 %)
2. Coûts directs de prévention et de recherche	2,82	(neg.)	560,34	(1,51 %)	144,66	(5,12 %)
3. Coûts directs de l'application de la loi	-		56,00	(0,15 %)	596,30	(21,11 %)
4. Coûts directs de pertes de prélèvements obligatoires	3 737,80	(7,83 %)	3 488,79	(9,42 %)	179,70	(6,36 %)
5. Autres coûts directs imputables	1,78	(neg.)	3 524,62	(9,52 %)	-	
6. Coûts indirects des pertes de revenu et des pertes de production	25 743,00	(53,92 %)	23 245,28	(62,77 %)	1 180,46	(41,79 %)
<b>Coût social</b>	<b>47 739,62</b>		<b>37 030,91</b>		<b>2 824,43</b>	
Dépense par tête	772,49		599,21		45,7	
Coût social en pourcentage du PIB	3,05 %		2,37 %		0,18 %	

neg. : négligeable.

d'euros (soit 26,21 %) et des coûts des soins d'un montant de 723,32 millions (soit 25,61 %) répartis en coûts hospitaliers (280,26 millions d'euros) et médecine de ville (443,06 millions d'euros). Loin derrière (13,04 %), on trouve les pertes de

revenus des consommateurs (368,17 millions d'euros) et les pertes de prélèvements obligatoires (6,36 %) pour un montant de 179,70 millions d'euros, les autres coûts étant marginaux (0,03 % du total).

Le tableau 3 examine la répartition du coût social de chaque drogue par catégorie (soins, prévention et recherche, application de la loi, prélèvements obligatoires, pertes de revenu et de production).

On s'intéressera aux trois premières lignes du tableau qui décrivent les coûts engendrés par la mise en œuvre d'actions (privées ou publiques) ciblées sur un objectif. Du point de vue des coûts, les soins arrivent en tête, suivis par la prévention et la recherche et enfin par l'application de la loi dans le cadre du tabac et de l'alcool. En revanche, si l'on compare les drogues illégales et légales (alcool et tabac), on constate que le coût de la mise en œuvre de la loi dans le domaine des drogues illégales (21,11 %) dépasse largement les dépenses de « prévention – recherche », et est relativement proche des dépenses de soins (21,11 % vs. 25,61 %) comparativement aux deux autres drogues. Si l'on compare l'alcool et le tabac, on remarque que le coût des soins des maladies associées au tabac est quasiment trois fois plus élevé que celui engendré par l'alcool, ce qui tient probablement au plus jeune âge des patients et à la durée plus longue de leurs maladies. On peut être frappé par les

sommes extrêmement faibles consacrées à la mise en œuvre des lois sur l'alcool (56 millions d'euros) comparées à celle dédiées à la lutte contre les drogues illicites (596,30 millions d'euros). La part du coût social de l'alcool engendré par la mise en œuvre de la loi est très faible (0,15 %), alors qu'une part importante des décès provient pourtant de la non-observation de la loi (3 945 décès sur 43 963, soit 9 %) sachant, par ailleurs, que nos calculs ne tiennent pas compte des crimes et délits commis sous l'emprise de l'alcool.

Les sommes relativement plus importantes consacrées à la « prévention — recherche » pour les problèmes liés à l'alcool comparativement à celles consacrées pour le tabac (560,34 millions contre 2,82 millions), pour un nombre de décès imputables quasiment identique, méritent d'être signalées. L'explication tient probablement au fait que les problèmes engendrés par l'alcool sont connus depuis plus longtemps que ceux tenant au tabac.

Ces résultats conduisent à souligner le coût important que les drogues exercent sur la société française en termes de mortalité, morbidité, et de coût économique. L'analyse de sensibilité [5] montre que les résultats sont assez stables lorsqu'on fait varier les hypothèses et notamment celles portant sur les risques de contracter une pathologie attribuables à une drogue. Les résultats sous-estiment de manière importante le coût social de l'alcool dans la mesure où les crimes et violences associées à la consommation d'alcool ne sont pas pris en compte, faute de données complètes (même chose pour les drogues illicites qui ne prennent en compte que les ILS, mais pas les crimes et violences).

## Santé publique

n° 1 – mars 2006

### Éditorial

- Séminaire SP & AM : évaluations des pratiques professionnelles (aspect prévention) des médecins généralistes (à solliciter), *R. Bataillon*

### Études

- Faisabilité du dépistage systématique des comportements addictifs chez les patients hospitalisés, *A. L. Le Faou, O. Scemama*
- Conséquences des accidents de la circulation chez les enfants : suivi pendant un an d'enfants accidentés dans le Rhône, *M. Chiron, P. Charnay, J. L. Martin, I. Vergnes*
- Évaluation par les professionnels de santé du système d'information sur les risques cancer liés à l'environnement, *M. Dessaigne*

- Épidémie de malaises survenus dans un hôpital : une enquête qualitative, *L. Bentz, E. H. Benmansour, C. Pradier*
- Facteurs liés au retard du diagnostic de la tuberculose à Conakry (Guinée), *A. Camara, A. Diallo, L. M. Camara, K. Fielding, O. Y. Sow, J. Chaperon*
- Estimation de la mortalité attribuable aux particules fines (PM10) dans les 9 villes françaises participant au programme européen APHEIS, *J.-F. Jusot, A. Lefranc, S. Cassadou, M. D'Helf-Blanchard, D. Eilstein, B. Chardon, L. Filleul, L. Pascal, P. Fabre, C. Declercq, H. Prouvost, A. Le Tertre, S. Medina*

### Politiques

- Enseignement de l'éthique et des Droits de l'Homme en Europe, *F. Claudot, A.-J. Van Baaren-Baudin, P. Chastonay*
- Inégalités devant la mort en bas âge au Pérou, *E. F. Orihuela-Egoavil*
- Les aspects juridiques et éthiques de la protection des données issues du dossier médical informatisé et utilisées en épidémiologie : un point de la situation, *S. Picard, J. Pellet, J. F. Brulet, B. Trombert*

### Pratiques

- Demandes de séjour pour raison médicale des malades étrangers dans le département du Val d'Oise de 1999 à 2003, *G. La Ruche, B. Brunet*
- Vers un socle de compétences partagées pour les médecins en santé publique, *A. Riffaud, D. Jourdan, L. Gerbaud*
- Planification et suivi de l'activité d'un service de santé scolaire à partir d'indicateurs sanitaires et sociaux ; l'expérience de Villeurbanne, *F. Guerrier-Sagnes, M. Fortin, F. Beynel-Mélinand*

### Lettre du terrain

- L'accueil dans les restaurants scolaires d'enfants présentant une allergie alimentaire, une enquête en Maine et Loire, *S. Fanello, C. Richard, G. Rollet*

### Lectures

#### Santé publique

BP 7

2, avenue du Doyen-J.-Parisot  
54501 Vandœuvre-lès-Nancy Cedex  
Téléphone : 03 83 44 87 00