

Le coût social de la consommation de drogues illégales en Suisse

Rapport final

Claude Jeanrenaud

Gaëlle Widmer

Sonia Pellegrini

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE CONCLUSIF	I
1. VUE D'ENSEMBLE.....	I
2. COUTS DIRECTS ET INDIRECTS	II
<i>Coûts directs.....</i>	<i>II</i>
<i>Coûts indirects.....</i>	<i>II</i>
3. COUTS HUMAINS	III
4. COUT SOCIAL	III
5. COMPARAISONS.....	IV
6. REMARQUES CONCLUSIVES	VII
 1. INTRODUCTION	 1
1.1. CONTEXTE ET BUTS DE L'ETUDE.....	1
1.2 ACUTE DU PROBLEME DES DROGUES ILLEGALES	1
1.3 ETAT DES CONNAISSANCES	2
1.4 TENDANCES DE CONSOMMATION DES DROGUES ILLICITES	3
1.5 ESTIMER LE COUT SOCIAL DES DROGUES ILLICITES : UNE OPERATION DELICATE	5
1.6 VUE D'ENSEMBLE DU RAPPORT	6
 2. CADRE D'ANALYSE	 7
2.1 COUT SOCIAL	7
2.1.1 <i>Définition.....</i>	<i>7</i>
2.1.2 <i>Composantes du coût social.....</i>	<i>8</i>
2.2 COUTS ESTIMES ET NON ESTIMES.....	12
2.3 TYPES DE PRODUITS ET TYPES D'USAGE	12
2.4 PREVALENCE ET INCIDENCE	13
 3. METHODES D'ESTIMATION.....	 15
3.1 APPROCHE PAR LE COUT DE LA MALADIE	15
3.1.1 <i>Méthode du coût de prévention et de réparation</i>	<i>15</i>
3.1.2 <i>Méthode du capital humain.....</i>	<i>16</i>
3.2 APPROCHE PAR LA DISPOSITION A PAYER	19
3.2.1 <i>Méthode de la disposition à payer</i>	<i>19</i>
3.2.2 <i>Combinaison des approches du capital humain et de la disposition à payer</i>	<i>20</i>
3.3 ESTIMATION DES COUTS	21
3.3.1 <i>Coûts directs.....</i>	<i>21</i>
3.3.2 <i>Coûts indirects.....</i>	<i>21</i>
3.3.3 <i>Coûts humains.....</i>	<i>21</i>

4.	EPIDEMIOLOGIE.....	23
4.1	COMPORTEMENTS DE CONSOMMATION	23
4.2	PREVALENCE DE LA CONSOMMATION EN SUISSE	23
4.2.1	<i>Revue des travaux.....</i>	24
4.2.2	<i>Prévalence.....</i>	25
4.3	MORBIDITE ATTRIBUABLE AUX DROGUES ILLEGALES EN SUISSE.....	28
4.4	MORTALITE DUE A LA CONSOMMATION DE DROGUES ILLEGALES EN SUISSE	29
5.	COUTS DIRECTS DE LA CONSOMMATION DE DROGUES ILLEGALES	33
5.1	COUT DES TRAITEMENTS MEDICAUX ET HOSPITALIERS.....	33
5.1.1	<i>Traitements chez le médecin et médicaments sur ordonnances.....</i>	33
5.1.2	<i>Traitements stationnaires en hôpitaux de soins généraux et cliniques psychiatriques.....</i>	35
5.2	COUT DES POLITIQUES PUBLIQUES.....	36
5.2.1	<i>Prévention et recherche</i>	36
5.2.2	<i>Thérapie de la toxicodépendance.....</i>	36
5.2.3	<i>Réduction des risques et aide à la survie</i>	38
5.2.4	<i>Répression</i>	40
5.3	COUT DIRECT DU VIH/SIDA CHEZ LES TOXICOMANES	43
5.4	SYNTHESE DES COUTS DIRECTS ENGENDRES PAR LA CONSOMMATION DE DROGUES ILLICITES	44
5.5	COMPARAISONS INTERNATIONALES	44
6.	COUTS INDIRECTS DE LA CONSOMMATION DE DROGUES ILLEGALES	47
6.1	CHOIX METHODOLOGIQUES.....	47
6.1.1.	<i>Méthode d'estimation.....</i>	47
6.1.2	<i>Coûts mesurés et non mesurés</i>	48
6.1.3	<i>Pertes de production non marchande</i>	48
6.1.4	<i>Taux d'actualisation.....</i>	48
6.2	COUT INDIRECT DE LA MORTALITE DUE AUX DROGUES ILLEGALES	49
6.2.1	<i>Remarques liminaires.....</i>	49
6.2.2	<i>Décès attribuables aux drogues illégales.....</i>	49
6.2.3	<i>Pertes de production dues à la mortalité imputable aux drogues illégales.....</i>	51
6.2.4	<i>Coût indirect de la mortalité</i>	57
6.3	COUT INDIRECT DE LA MORBIDITE DUE AUX DROGUES ILLEGALES	60
6.4	COUT INDIRECT TOTAL	62
6.4.1	<i>Synthèse.....</i>	62
6.4.2	<i>Comparaison internationale</i>	62
7.	COUTS HUMAINS DE LA DEPENDANCE AUX DROGUES ILLEGALES.....	65
7.1	CHOIX METHODOLOGIQUES.....	65
7.1.1	<i>Objet de l'évaluation et choix de la méthode.....</i>	65
7.1.2	<i>Population cible de l'enquête.....</i>	65
7.1.3	<i>Echantillonnage</i>	65

7.2	CONCEPTION DU QUESTIONNAIRE.....	66
7.2.1	<i>Fiche descriptive</i>	66
7.2.2	<i>Scénario</i>	67
7.2.3	<i>Variables explicatives du consentement à payer</i>	68
7.3	REALISATION DE L'ENQUETE.....	69
7.4	RESULTATS	70
7.4.1	<i>Observations retenues pour l'analyse économétrique</i>	70
7.4.2	<i>Modélisation de la disposition à payer</i>	71
7.5	COUTS HUMAINS	73
8.	COUT SOCIAL DE LA CONSOMMATION DE DROGUES ILLEGALES.....	75
8.1	COUT SOCIAL	75
8.2	COMPARAISONS INTERNATIONALES	78
8.3	COUTS SOCIAUX DE LA CONSOMMATION DE DROGUES, D'ALCOOL ET DE TABAC	79
9.	CONCLUSIONS	83
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	87
	ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE	A-1
	ANNEXE 2 : CARTE DE PAIEMENT	A-19
	ANNEXE 3 : REVENU MENSUEL.....	A-20
	ANNEXE 4 : CATEGORIES SOCIO-PROFESSIONNELLES	A-21
	ANNEXE 5 : FICHE DESCRIPTIVE	A-23
	DEPENDANCE A LA DROGUE	A-23
	ANNEXE 6 : DISTRIBUTION DES DISPOSITIONS A PAYER (DAP)	A-25
	ANNEXE 7 : ACTIVITE PROFESSIONNELLE DES PERSONNES TOXICODEPENDANTES : ENQUETE AUPRES DES EXPERTS.....	A-27
	ANNEXE 8 : TYPOLOGIE DES COUTS.....	A-29

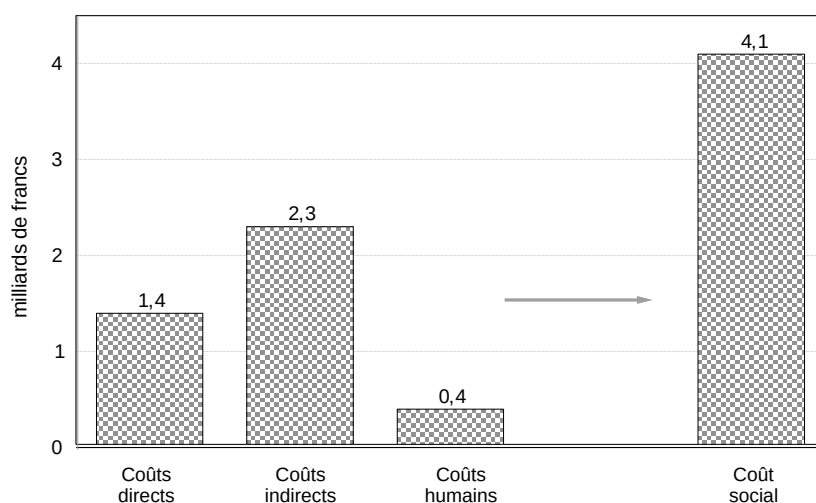
SOMMAIRE CONCLUSIF

1. Vue d'ensemble

Cette étude sur le coût social des drogues illicites a été réalisée sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique. Elle constitue le troisième volet d'un programme destiné à mieux connaître les conséquences économiques et sociales de la consommation de produits engendrant la dépendance. Un premier travail, achevé en 1998, a porté sur l'évaluation du coût du tabagisme pour la société. La seconde étude, dont les résultats ont été publiés en 2004, visait à mesurer le fardeau social de la consommation abusive d'alcool.

La démarche adoptée a consisté à identifier les différentes atteintes que provoque la consommation de drogues, à collecter les informations permettant de quantifier ces atteintes, puis à exprimer les dommages en termes monétaires. Les conséquences négatives de l'usage de drogues sur le bien-être de la population se répartissent en trois grandes catégories. Il y a d'abord les atteintes à la santé et les dommages matériels qu'il faut traiter ou réparer (*coûts directs*). Les ressources ainsi absorbées ne sont plus disponibles pour d'autres tâches utiles. Le coût de la drogue équivaut dans ce cas à la valeur des biens auxquels il a fallu renoncer. La seconde catégorie de coûts regroupe tous les effets de la toxicomanie sur l'aptitude au travail et la productivité. Les décès de toxicomanes touchent une population jeune qui aurait pu travailler pendant de nombreuses années. Les pertes de production liées aux décès prématurés sont donc importantes. A cela, il faut ajouter les inaptitudes au travail dues à la maladie, au suivi d'une thérapie de la dépendance ou à une peine privative de liberté. Tous les effets de l'usage des drogues qui aboutissent à une diminution de la capacité productive sont appelés *coûts indirects*. Enfin, la perte de qualité de vie des toxicomanes atteints dans leur santé et la souffrance des proches constituent les *coûts humains*, qui réduisent le bien-être social au même titre que les coûts strictement économiques. Les coûts directs s'élèvent à 1,4 milliard, les coûts indirects à 2,3 milliards et les coûts humains à 0,4 milliard. Le coût social total de la consommation de drogues illicites atteint donc 4,1 milliards.

*Coût social de la consommation
de drogues illicites en Suisse, 2000*



2. Coûts directs et indirects

Coûts directs

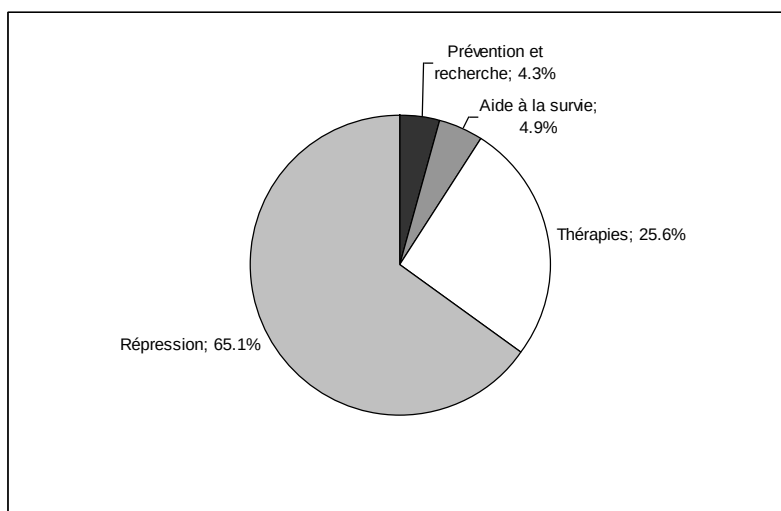
Les *coûts directs* comprennent toutes les dépenses effectuées à l'année de référence (2000) pour prévenir et corriger les conséquences négatives de la consommation de drogues illégales, qu'il s'agisse du traitement des atteintes à la santé, de traitements de substitution, d'aide à la survie, de frais de police ou de justice, d'incarcération ou de dommages matériels. Au total, les coûts directs se montent à 1,4 milliard de francs.

Coûts directs, en millions de francs, 2000

Traitements médicaux et hospitaliers	146,3
Politique de la drogue	1 225,8
VIH/sida chez les toxicomanes	40,3
Coûts directs	1 412,4

Les quatre piliers de la politique de la drogue (prévention, thérapie, réduction des risques et répression) ont une épaisseur très inégale puisque la répression absorbe 2/3 des ressources. A l'opposé, c'est un peu moins de 5% des moyens qui sont affectés à la prévention et à la recherche. L'estimation des dépenses de prévention porte exclusivement sur la prévention classique et sur l'action des acteurs professionnels. Le coût du travail des acteurs naturels – famille, enseignants, entraîneurs sportifs.... – est ignoré ici car il s'agit de prestations non marchandes difficiles à appréhender.

Coût de la politique de la drogue, 2000



Coûts indirects

Les *coûts indirects* correspondent à la valeur de la production non réalisée en raison de la surmortalité et des atteintes à la santé que provoque l'usage des drogues. La consommation de drogues illégales est en effet à l'origine de décès prématurés, d'invalidités et d'incapacités de travail pendant des périodes très longues. Les pertes de production dues aux décès prématurés atteignent près de 650 millions de francs.

Les années de travail perdues en raison de la maladie, d'incapacités à exercer une activité régulière, de séjours en institutions ou même d'incarcérations sont encore plus nombreuses que celles perdues en raison des décès prématurés. La majorité des toxicomanes n'exercent aucune activité professionnelle durant toutes les années où ils sont dépendants de la drogue.

Les pertes de production résultant directement du trafic – s'ils ne consacraient pas leur temps au commerce de la drogue, les trafiquants pourraient exercer une activité utile à la société sur le marché suisse du travail – ne sont pas prises en compte. Faire l'hypothèse qu'en l'absence de drogues illégales, tous les trafiquants deviendraient des employés honorables paraît peu réaliste. Le choix d'une autre norme de référence pour le calcul des coûts ne pourrait qu'être arbitraire, d'où la décision de renoncer à mesurer les pertes de production directement liées au trafic.

Coûts indirects bruts et nets, en millions de francs, 2000

Mortalité	637,6
Maladies et autres causes d'absence au travail*	1 781,8
Coûts indirects bruts	2 419,4
(-) Consommation propre des personnes décédées	105,5
Coûts indirects nets	2 313,9

*Hospitalisations, thérapies résidentielles et incarcérations.

La raison de la déduction de la consommation propre des personnes décédées est que l'on cherche à mesurer le coût pour la collectivité d'une vie perdue. Or, il correspond à la valeur des biens dont la société est privée, soit la perte de production diminuée de la consommation propre.

3. Coûts humains

Les *coûts humains* représentent la perte de qualité de vie des personnes atteintes dans leur santé en raison de l'usage de drogues illégales, de même que la perte de qualité de vie des proches. Ces coûts ne sont estimés que pour les consommateurs dépendants à l'héroïne et (ou) à la cocaïne.

Une enquête auprès d'un échantillon de la population suisse a montré qu'une famille type, confrontée à une situation dans laquelle l'un de ses enfants serait dépendant de la drogue, consentirait à un sacrifice de niveau de vie de l'ordre de 13 000 francs en moyenne par année afin que l'enfant puisse bénéficier d'un traitement efficace. Ce montant reflète la souffrance et la douleur des familles directement touchées par la toxicomanie. C'est à partir des résultats de cette enquête que les coûts humains de la dépendance ont été estimés. Ils s'élèvent à 391,3 millions de francs.

4. Coût social

Le *coût social* correspond à l'ensemble des conséquences négatives pour la communauté de la consommation de drogues illégales ainsi qu'aux dépenses engagées pour les prévenir ou les corriger. Le coût social comprend les traitements médicaux, les thérapies résidentielles, l'aide à la survie, les dépenses de prévention et de répression (coûts directs), la production actuelle ou future non réalisée (coûts indirects) ainsi que la détérioration de la qualité de vie des toxicomanes et de leurs proches (coûts humains). Toutes les atteintes sont exprimées en

termes monétaires. L'avantage des valeurs monétaires est qu'elles permettent d'exprimer en une grandeur unique le fardeau de la drogue pour la société.

*Coût social de la consommation de drogues illégales,
en millions de francs, 2000*

Coûts directs	1 412,4	34,3%
Coûts indirects	2 313,9	56,2%
Coûts humains	391,3	9,5%
Coût social	4 117,6	100,0%

5. Comparaisons

Avec d'autres travaux sur les drogues illicites

A l'étranger, de nombreuses études ont été menées sur le coût social de la consommation de drogues illégales. La comparaison des résultats exige cependant quelques précautions, car les méthodes, les catégories de coûts et les hypothèses retenues diffèrent d'une étude à l'autre. A l'exception de la recherche australienne (Collins et Lapsley 2002), tous les travaux se sont limités aux coûts directs et indirects. Il faut savoir aussi que la politique de la drogue influence le niveau et la structure des coûts.

En Suisse, deux études ont été réalisées il y a une quinzaine d'années sur le coût social de la consommation de drogues (Danthine *et al.* 1990 et Bernasconi 1993). L'étude de Danthine porte sur l'année 1988. Le coût social était alors estimé à 0,4 milliard de francs, soit 0,19% du PIB. Cette valeur plutôt basse s'explique par le fait que seule une partie limitée des dommages provoqués par la consommation de drogues illégales a été évaluée.

D'une manière générale, les études réalisées en Europe arrivent à des valeurs nettement plus faibles que celles des travaux américains ou australiens. Ceci s'explique par le fait que les auteurs, confrontés au manque de données, n'ont pas été en mesure de couvrir l'ensemble des domaines dans lesquels les drogues illégales occasionnent des coûts. De plus, les coûts aux Etats-Unis sont influencés par les dépenses élevées de lutte contre la criminalité liée à la drogue.

Dans la présente étude, le coût social de la consommation de drogues représente un peu moins de 1% du PIB, soit une valeur proche de celles obtenues par Collins et Lapsley (2002) pour l'Australie et par Rice *et al.* (1990) pour les Etats-Unis. Il faut noter que l'étude australienne comprend une estimation des coûts humains, alors que la seconde se limite aux coûts directs et indirects. En excluant les coûts humains, le coût social estimé pour la Suisse représente 0,9% du PIB, soit une valeur qui reste proche de celle obtenue par Rice. Seul Harwood, dans le travail réalisé pour l'Institut national sur l'abus des drogues aux Etats-Unis (NIDA), aboutit à des valeurs plus hautes.

*Coût social de la consommation de drogues illégales :
comparaison internationale*

Source	Pays ou région	Année	Coûts mesurés	Coût total	
				en milliards de dollars ¹	en % du PIB ²
Danthine et Balletto (1990)	Suisse	1988	CT/PP/CP/J	0,35	0,19%
Rice <i>et al.</i> (1990)	Etats-Unis	1988	CT/PP/J/CP/AR	58,28	1,15%
Single <i>et al.</i> (1998)	Canada	1992	CT/PP/J/CP/AR	1,13	0,20%
Harwood <i>et al.</i> (1998)	Etats-Unis	1992	CT/PP/J	97,66	1,56%
Kopp et Fenoglio (2000)	France	1997	CT/PP/J/CP	2,30	0,16%
Garcia-Altès <i>et al.</i> (2002)	Espagne	1997	CT/CP/J/PP	0,47	0,07%
Collins et Lapsley (2002)	Australie	1998-99	CT/PP/AR/CH ³	3,87	1,00%
Jeanrenaud <i>et al.</i> (2004)	Suisse	2000	CT/CP/PP/J/CH	2,41	1,00%

AR = coûts liés aux accidents de la route; CH = coûts humains; CP = coûts de prévention et de recherche; CT = coût du traitement; J = frais de justice et police; PP = pertes de production.

Avec d'autres substances engendrant la dépendance

Entre 1999 et 2004, trois études portant sur le coût social des substances engendrant la dépendance en Suisse ont été réalisées sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique. La première (Vitale *et al.* 1998) portait sur les coûts engendrés par le tabac. La deuxième présentait une estimation des coûts de la consommation excessive d'alcool (Gutjahr et Gmel 2001; Jeanrenaud *et al.* 2004). Le présent travail sur le coût des drogues illégales constitue le troisième volet du programme de recherche de l'Office fédéral de la santé publique sur le coût des substances engendrant la dépendance. Le coût social du tabac en 1995 a été estimé à 10,0 milliards, celui de la consommation excessive d'alcool en 1998 à 6,5 milliards, alors que les drogues illégales occasionnent des coûts pour la société se montant à 4,1 milliards. Compte tenu de l'augmentation des prix et des coûts de la santé, le coût social pour l'année de référence 2000 est de 6,7 milliards pour l'alcool et de 10,7 milliards pour le tabac.

¹ En milliards de dollars, aux prix de l'année de l'étude.

² Le coût social est rapporté au PIB – au prix courant – de l'année de l'étude.

³ Estimation partielle des coûts humains : ne comprend que la valeur de la vie perdue et la consommation non réalisée par les personnes décédées prématurément.

*Coût social des substances engendrant
la dépendance en Suisse*

	Drogues illégalles	Alcool	Tabac
Données épidémiologiques			
Consommateurs	30 000	357 000	1 950 000
Décès à l'année de référence	322	2 137	8 300
Années de vie productive perdues	11 304	28 500	49 700
Coûts, en milliards de francs*			
Coûts directs	1,4	0,8	1,5
Coûts indirects	2,3	1,5	4,0
Coûts humains	0,4	4,4	5,2
Coût social	4,1	6,7	10,7
Coût en % du PIB	1,0	1,7	2,7

*Estimation 2000 pour les coûts de l'alcool et du tabac.

La relation entre le coût social des trois substances, exprimé en % du PIB, est proche de celle obtenue par Rice *et al.* pour les Etats-Unis et Collins et Lapsley pour l'Australie. C'est toujours le tabac qui occasionne les coûts les plus élevés pour la communauté, suivi de l'alcool puis des drogues illégales. Ainsi, dans l'étude de Rice, le coût social du tabac représente 2,0% du PIB, celui de l'alcool 1,8% et celui des drogues illégales 1,2%.

Les différences s'expliquent tout d'abord par le fait que les atteintes à la santé provoquées par le tabac et l'alcool touchent une population beaucoup plus large. Il y a près de 2 millions de fumeurs en Suisse et 357 000 consommateurs d'alcool à usage nocif contre 30 000 personnes dépendantes des drogues illégales.

Les coûts indirects des drogues illégales sont élevés au regard du nombre de personnes impliquées. Cela s'explique par le fait que les décès touchent des personnes jeunes alors que la majorité des décès dus au tabac interviennent après l'âge de la retraite. Par ailleurs, la majorité des toxicomanes dépendants ne sont pas en mesure de travailler ou ont une activité fortement réduite.

Si l'on rapporte le coût social aux individus concernés, il apparaît que le coût par cas est beaucoup plus élevé pour les drogues illicites que pour l'alcool et le tabac. Ainsi, réduire d'une unité le nombre d'usagers rapporte à la société un bénéfice de 103 400 francs – dépendance à l'héroïne et (ou) à la cocaïne – contre 14 700 pour l'alcool et 5 500 pour le tabac (valeurs 2000).

Coût par usager⁴ et par année, en francs

Drogues illégales	Alcool*	Tabac*
103 400	14 700	5 500

* Tabac et alcool : valeurs estimées pour 2000.

6. Remarques conclusives

Le coût social des drogues illicites se rapporte à l'ensemble des dommages que les substances en question représentent pour les consommateurs eux-mêmes, les proches et la population en général. Il correspond, en d'autres termes, à la réduction du niveau de vie auquel la communauté serait prête à consentir pour ne plus subir les conséquences négatives de l'usage et du trafic des drogues illicites.

Pour bien comprendre ce que signifie le coût social des drogues, il faut rappeler quelques principes. Si les coûts sont mesurés pour une année de référence particulière, les faits qui les ont provoqués sont souvent antérieurs. Par ailleurs, les années de vie perdues suite aux décès prématurés s'étalent sur plusieurs décennies, mais les coûts correspondants sont attribués à l'année du décès. Le coût social correspond donc au montant des dommages actuels et futurs provoqués par la consommation passée et présente des drogues. Le fait que l'on ne mesure pas les seules conséquences de la consommation présente s'explique par les longs délais de latence de certaines maladies liées aux drogues. Il peut y avoir un décalage assez important entre une réduction de la consommation et le recul des coûts. Même si l'on parvenait à supprimer les drogues illégales, la société continuerait à subir les effets de l'usage antérieur pendant plusieurs décennies.

Une estimation prudente

Le montant de 4,1 milliards est une estimation prudente du coût des drogues illégales. Premièrement, les coûts de morbidité sont estimés en admettant que la phase de dépendance, pendant laquelle une partie importante des toxicomanes n'a pas d'activité professionnelle, s'étend en moyenne sur dix ans. Or, divers indices nous font penser que celle-ci pourrait être plus longue. Ainsi, les personnes consultant un service ambulatoire pour un problème de santé dû à l'héroïne ont vécu en moyenne 9 années de consommation régulière avant de recourir à un tel service (OFS 2002). Ensuite, après la sortie de la phase de dépendance, les toxicomanes qui ne touchent pas une rente d'invalidité sont supposés retrouver une activité professionnelle normale avec une productivité comparable à celle d'un individu moyen. Cette hypothèse est toutefois peu réaliste et conduit à une estimation très conservatrice des pertes de production. Elle a été adoptée faute d'informations sur la réintégration socioprofessionnelle des toxicomanes après la période de dépendance. Enfin, en ce qui concerne les coûts humains, il faut rappeler que seuls les cas de dépendance ont été inclus dans l'estimation. La population des consommateurs d'héroïne, de cocaïne ou d'autres drogues illégales exposée à un risque

⁴ Drogues illégales : personnes dépendantes à l'héroïne et à la cocaïne uniquement, sans les coûts de répression. Alcool : dépendance et usage nocif. Tabac : tous les fumeurs.

pour la santé ne se limite cependant pas aux usagers dépendants et une partie au moins des consommateurs à usage nocif rencontrent des problèmes de santé et ont une qualité de vie amoindrie.

Coûts évitables et non évitables

Plusieurs des auteurs qui se sont intéressés aux coûts de la consommation de drogues ont cherché à distinguer les coûts évitables des coûts non évitables. Les premiers sont ceux qu'une politique de santé et des programmes efficaces pourraient conjurer. Les seconds comprennent d'abord les coûts que l'on ne peut réduire à court terme en raison d'un long délai entre l'exposition au produit et ses effets sur la santé. A cela, il faut ajouter que la référence utilisée pour le calcul des coûts – une société sans drogue – correspond à une situation peu réaliste. Ainsi, même dans les pays qui pratiquent la politique la plus efficace, la consommation des drogues n'a pas été éliminée. Dans ces conditions, la norme de référence pour le calcul du coût social ne devrait-elle pas être le taux de prévalence dans les pays qui ont obtenu les meilleures performances en matière de lutte contre la toxicomanie plutôt qu'une absence de consommation de drogues ?

Si l'estimation des coûts évitables est possible pour des substances comme le tabac et l'alcool – 62% des coûts de l'alcool et 45% des coûts du tabac pourraient être évités par la mise en œuvre d'une politique de prévention appropriée selon une étude australienne (Collins et Lapsley 2002) – une telle estimation est difficile, voire impossible pour les drogues illicites en raison du manque de données. A ce propos, il faut savoir que toutes les études font état d'un taux élevé de comorbidité de la toxicomanie et des troubles mentaux (troubles de l'humeur, troubles psychotiques, troubles anxieux), qui toucherait entre la moitié et les deux tiers des patients en milieu de traitement de la toxicomanie. La toxicomanie serait d'abord une comorbidité et la prise de drogue une automédication. Même si l'on pouvait concevoir une société sans drogues, tous les coûts ne disparaîtraient pas. Les pathologies sous-jacentes devraient être traitées par des médicaments et une prise en charge psychosociale et l'hypothèse selon laquelle les toxicodépendants auraient tous un état de santé normal et une activité professionnelle n'est de toute évidence pas réaliste. Par contre, les dépenses de justice, de police et une part importante des dépenses de santé sont des charges pour la société largement évitables.

Qui supporte les coûts ?

La présente étude ne comporte pas d'estimation spécifique des coûts externes, à savoir des dommages que les toxicomanes imposent au reste de la population. Contrairement au tabac, où la plus grande partie des coûts est supportée par les fumeurs eux-mêmes, la collectivité prend à sa charge une part importante du coût des drogues illicites. Ainsi, les coûts financiers de répression sont à la charge de la collectivité, il en va de même pour la plus large partie des frais de séjour en institution, des traitements médicaux et des rentes d'invalidité. Il convient toutefois de ne pas attacher une importance excessive à la manière dont les coûts sont répartis entre les toxicomanes et la population générale. Finalement, c'est le coût total et non le seul coût externe qui constitue la grandeur significative pour la politique de santé et la politique de la drogue.

1. INTRODUCTION

1.1. Contexte et buts de l'étude

La présente étude a été réalisée sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) par l'Institut de recherches économiques et régionales (IRER) de l'Université de Neuchâtel. Pour la partie épidémiologique, de nombreux experts du domaine des drogues illégales ainsi que des acteurs de terrain en contact avec les usagers ont été consultés.

L'étude constitue le troisième volet d'un programme de recherches de l'OFSP sur le coût pour la société de la consommation des diverses substances engendrant la dépendance. Une première étude, réalisée par la communauté de travail IRER/HealthEcon, a permis d'estimer le coût pour la collectivité nationale des dommages causés par le tabagisme (Vitale *et al.* 1998; Frei 1998). La deuxième recherche a porté sur la consommation excessive d'alcool. Elle a été réalisée par l'IRER, l'Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA) et le bureau HealthEcon. Les résultats figurent dans trois rapports : un premier traite les questions épidémiologiques (Gutjahr et Gmel 2001), un deuxième porte sur les coûts directs (Frei 2001) et le troisième donne une estimation de l'ensemble des coûts dus à l'abus d'alcool (Jeanrenaud *et al.* 2003). Le présent travail évalue les conséquences pour la santé et la vie sociale de la consommation de drogues illégales : héroïne, cocaïne, hallucinogènes, amphétamines, ecstasy, méthadone et diverses autres substances.

L'objectif visé par ce programme de recherches consiste à fournir des informations devant faciliter les choix dans le domaine de la politique de santé; il était donc important que les trois estimations – tabac, alcool et drogues illégales – soient établies sur des bases comparables. Pour cette raison, elles portent sur des catégories de coûts identiques et sont réalisées avec des méthodes semblables.

Il convient encore de signaler une quatrième étude mandatée par l'OFSP dans le cadre de l'évaluation du Programme de prescription médicale d'héroïne (Frei *et al.* 2000). Cette recherche avait pour but d'estimer les bénéfices du programme pour la société : diminution des atteintes à la santé et de leurs conséquences pour l'économie et la collectivité.

1.2 Acuité du problème des drogues illégales

La priorité accordée à la lutte contre les drogues illégales dans la politique de santé devrait dépendre de la gravité et de l'urgence des difficultés que provoque leur usage. Or, il existe plusieurs façons d'apprécier l'acuité des problèmes. Une première voie consiste à s'adresser à des experts. Adoptant cette démarche, Spinatsch et Hofer (2001) ont demandé à des spécialistes des questions de dépendance de se prononcer sur la gravité des problèmes associés aux diverses substances ou formes de dépendance. Les experts consultés devaient tenir compte des dommages pour l'utilisateur lui-même et pour ses proches, ainsi que des conséquences financières pour l'Etat. Sur la base des avis émis, c'est pour la dépendance à l'héroïne et à l'alcool que les problèmes sont les plus graves et les plus urgents (« acuité élevée »). Pour la cocaïne, l'acuité est jugée moyenne, alors qu'elle est considérée comme faible pour le cannabis et l'ecstasy. La perspective adoptée ici est celle de l'individu. Pour établir leur jugement, les experts considèrent le cas d'une personne dépendante et comparent les conséquences de l'usage des divers produits. Leur avis ne tient donc pas compte de la prévalence de la consommation dans la société en Suisse.

Dans les enquêtes représentatives destinées à mesurer les préoccupations de la population suisse pour les principaux problèmes de société, les drogues illégales arrivent loin derrière le chômage, le financement des dépenses de santé et la prévoyance vieillesse dans la hiérarchie des préoccupations (Institut gfs/Crédit Suisse 2004). Les débats du Parlement fédéral constituent une source instructive – quoique indirecte – d'information sur l'importance attachée aux différentes formes de dépendance. Pour la période 1990-2003, les interventions de parlementaires sont beaucoup plus nombreuses sur la question des drogues illégales que sur l'alcool ou le tabagisme (Spinatsch 2004). Dans la même perspective, le nombre d'articles publiés dans les journaux sur le thème de la dépendance renseigne sur l'attention que les médias et la population attachent aux différentes formes de dépendance. Sur la période 1993-2002, il y a 2,5 fois plus d'articles consacrés à la consommation de drogues illégales qu'aux problèmes que posent l'abus d'alcool et le tabagisme en Suisse alémanique. En Suisse romande, le tabac et l'alcool suscitent dans les médias autant d'intérêt que les drogues illicites.

Une troisième manière de juger de l'importance des problèmes qu'engendre l'usage des drogues illégales consiste à mesurer leur coût social, autrement dit à estimer l'ensemble des dommages que ces substances occasionnent aux individus qui les consomment et à la société. Le but de la présente étude est précisément de fournir cette information aux responsables de la politique de santé et, plus généralement, aux autorités politiques.

Le coût social engendré par l'usage d'un produit ou d'un groupe de produits dépend de deux paramètres principaux : d'une part la gravité des atteintes à la santé que provoque la substance, d'autre part la prévalence de la consommation ou de la dépendance. La Suisse compte environ 2 millions de fumeurs (30% de la population), 540 000 personnes dont la consommation d'alcool est problématique – voire présente un risque élevé pour la santé – soit un peu moins de 8% de la population (Gmel et Müller 2003, Spinatsch 2004), alors que 30 000 personnes sont dépendantes des opiacés ou de la cocaïne (0,4% de la population).

1.3 Etat des connaissances

Si le nombre d'études réalisées dans le monde sur les coûts économiques liés à la consommation des drogues illégales est faible, cela reflète une double difficulté : d'abord celle d'obtenir des données sur la prévalence de la consommation et sur ses implications pour la santé et la vie sociale, ensuite celle d'exprimer ces dernières sous forme monétaire.

Selon Danthine et Balleto (1990), le coût social de la consommation des drogues illégales en Suisse serait compris entre 490 et 540 millions de francs (année de référence 1988), soit 0,2% du PIB. Seuls les coûts directs et indirects sont évalués et l'étude ne donne pas d'information sur les dommages à la santé en tant que telle (réduction de l'espérance de vie et perte de qualité de vie). Les dépenses résultant de la mise en œuvre de la politique de la drogue – en particulier la prévention et la répression – sont incluses dans le coût social. Les coûts directs (traitement, prévention, répression, dommages matériels) et les coûts indirects (diminution de la capacité productive) ont à peu près la même importance.

Une autre estimation du coût social de la drogue en Suisse est l'œuvre de Bernasconi (1993). L'étude fournit pour 1990 une estimation des coûts directs, indirects et humains. Pour obtenir les coûts directs, l'auteur a simplement actualisé les valeurs de Danthine et Balleto. Tant les coûts indirects de mortalité et de morbidité que les coûts humains sont estimés par la méthode de la disposition à payer. Dans l'un des scénarios, l'auteur admet que les toxicomanes ont un comportement rationnel et qu'ils fondent leurs choix sur une comparaison des coûts et des bénéfices de l'usage de la drogue. Les atteintes à la santé et les pertes de revenus que subit le

toxicomane sont alors des coûts privés, c'est pourquoi ils n'entrent pas dans le calcul du coût social. Du fait des hypothèses adoptées, l'écart entre la borne inférieure de la fourchette (un coût social équivalent à 0,2% du PIB) et la borne supérieure (1,5% du PIB) est extrême. Pour cette raison, les résultats fournis ne constituent pas un bon indicateur de l'acuité de la drogue en tant que problème de santé.

Dans une étude plus récente, Frei *et al.* (2000) se sont intéressés aux coûts et aux bénéfices du programme de prescription médicale d'héroïne, mesurés en francs par jour et par participant. Les auteurs concluent que les bénéfices du programme de substitution (95,50 francs par personne par jour) dépassent largement les coûts de mise en œuvre (50,65 francs par personne par jour). Le cadre d'analyse est celui d'une étude coûts-bénéfices et le résultat – le rapport entre les coûts et les avantages – permet de juger de l'opportunité du programme. Toutefois, une partie importante des bénéfices – valeur de l'amélioration de la santé en tant que telle – est ignorée, ce qui conduit Frei à sous-estimer les bénéfices du programme (voir Jeanrenaud 2004).

Les travaux étrangers qui ont estimé simultanément les coûts de diverses drogues légales (tabac et alcool) et illégales permettent de comparer le fardeau social des différents types de substances. Rice *et al.* (1990) concluent que les dommages sociaux que provoque l'abus d'alcool (85,8 milliards de dollars aux prix de l'année de référence) sont beaucoup plus importants que ceux engendrés par les drogues illégales (58,3 milliards de dollars). Le coût social de l'alcool serait de 47% plus élevé que celui des drogues illicites selon cette estimation. Dans une étude réalisée pour l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies, Kopp et Fenoglio (2000) concluent que l'alcool et le tabac représentent un coût pour la société beaucoup plus élevé que les drogues illicites. Les coûts directs et indirects de l'abus d'alcool correspondent à 1,42% du PIB, ceux du tabac à 0,8% et ceux des drogues illicites à 0,16%. L'alcool est donc la substance qui impose les dommages les plus lourds à la société française. Dans l'étude réalisée pour le National Institute on Drug Abuse (NIDA), Harwood *et al.* (1998) concluent que le coût de l'alcool pour la société (148 milliards de dollars à l'année de référence, soit 2,5% du PIB) est plus élevé que celui des drogues illégales (97,7 milliards de dollars, 1,6% du PIB). Le rapport entre le fardeau de l'alcool et celui des drogues illégales est proche de celui de l'autre étude de référence aux Etats-Unis (Rice *et al.* 1990). Plus de la moitié du coût social des drogues illégales résulte de la criminalité liée à la drogue (police, justice, exécution des peines, pertes de production des victimes de crimes et coût d'opportunité du temps consacré au trafic). Collins et Lapsley (2002) ont estimé les coûts des substances engendrant la dépendance en Australie en y incluant une mesure des coûts humains. Le tabac est la substance qui provoque de très loin le plus de dommages (21,1 milliards de dollars australiens ou 3,4% du PIB). Les dommages dus à l'alcool (7,6 milliards ou 1,2% du PIB, année de référence 1998/1999) ne dépassent que légèrement ceux que provoquent les drogues illicites (6,1 milliards ou 1% du PIB).

1.4 Tendances de consommation des drogues illicites

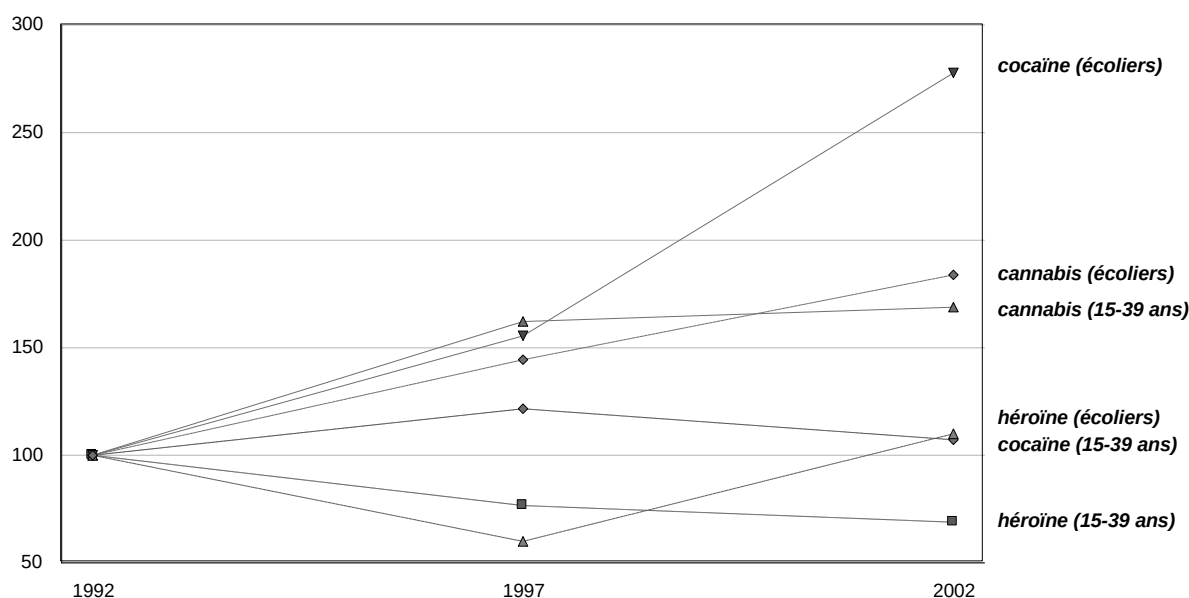
L'enquête suisse sur la santé constitue la principale source d'informations sur la prévalence de la consommation de drogues en Suisse. Pour des raisons facilement compréhensibles, ce type d'enquête ne donne qu'une première image de l'usage des drogues illicites et de la prévalence, à interpréter avec précaution. Il faut savoir en effet qu'il est difficile d'atteindre la population des toxicodépendants avec une enquête téléphonique et d'amener les personnes concernées à fournir des informations sur leur rapport au produit. Il s'agit donc de compléter l'information issue de cette enquête par d'autres sources, telles que le nombre de traitements

de substitution, les dénonciations pour infractions à la loi fédérale sur les stupéfiants ou les décès dus à la drogue.

L'enquête suisse sur la santé fournit deux types de données concernant l'usage des drogues illicites : le nombre de personne qui ont consommé le produit une fois au moins dans leur vie (prévalence « vie entière ») et le nombre de personnes ayant eu un contact avec le produit au cours des 12 derniers mois. Depuis 1992, la prévalence « vie entière » est légèrement croissante pour la cocaïne et légèrement décroissante pour l'héroïne. L'augmentation est marquée pour le cannabis. Pour l'héroïne et la cocaïne, les données sur la prévalence de la consommation au cours des 12 derniers mois portent sur trop peu d'observations pour être jugées fiables. Nous savons par contre que la consommation – prévalence « vie entière » – d'héroïne et surtout de cocaïne chez les écoliers de 15 à 16 ans a sensiblement augmenté de 1986 à 2002 (Schmid et al. 2003).

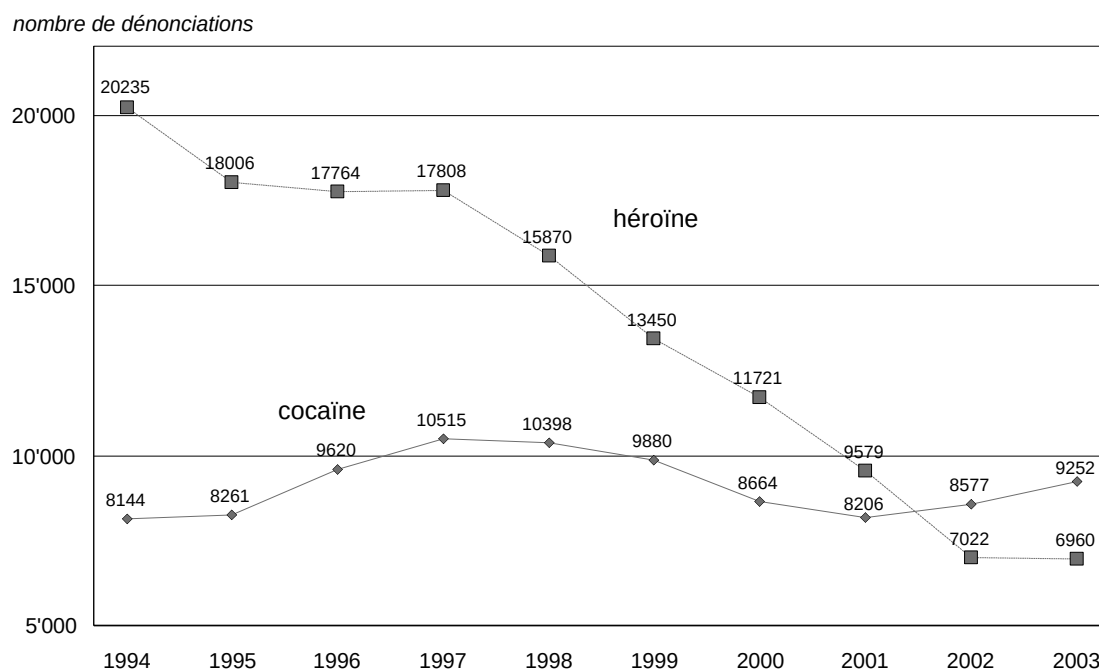
**Figure 1 : Prévalence de consommation « vie entière »
d'héroïne et de cocaïne dans la population de 15 à 39 ans et chez les écoliers**

en indices 1992 = 100



Sources : OFS (2004e), OMS, OFSP, ISPA (2003). Pour les écoliers, les années d'enquête sont 1994, 1998, 2002.

Alors que le nombre de dénonciations liées à l'héroïne a fortement diminué de 1994 à 2003, celles pour usage de cocaïne ont augmenté. Toute la difficulté réside dans l'interprétation des tendances : l'évolution des dénonciations reflète-t-elle un changement dans la politique de répression, dans le volume du trafic ou dans la consommation ? Ou est-elle la conséquence des programmes de substitution et en particulier de la prescription médicale d'héroïne ?

Figure 2 : Dénonciations liées à la consommation d'héroïne et de cocaïne

Source : OFP (2004).

1.5 Estimer le coût social des drogues illicites : une opération délicate

Le fait que le produit soit illégal complique singulièrement la collecte des données épidémiologiques. En l'absence de marché légal, les transactions se déroulent dans l'économie souterraine et ne sont pas donc visibles. Elles n'apparaissent dans aucune statistique officielle. A la différence du tabac et de l'alcool, les quantités de drogues illicites échangées et consommées ne sont pas connues et les quelques chiffres qui circulent sont à prendre avec beaucoup de précautions.

Or, estimer les dommages que provoque l'usage des drogues exige de connaître la population des usagers et ses modèles de consommation. C'est par des enquêtes représentatives auprès de la population – Enquête suisse sur la santé, Enquête sur la santé des adolescents (SMASH) – que sont estimés le nombre de consommateurs et leurs modèles de consommation. Toutefois, une partie importante des consommateurs de drogues forme une population marginalisée qui échappe assez largement aux enquêteurs. Par ailleurs, il est vraisemblable que certains usagers n'acceptent pas de révéler qu'ils consomment un produit illégal. Il faut alors recourir à des indicateurs – par exemple les dénonciations liées à la consommation de stupéfiants – pour estimer la prévalence de la consommation.

La pauvreté des données statistiques rend également difficiles à estimer les conséquences de l'usage des drogues sur la capacité productive du pays. Combien de jeunes voient leur formation professionnelle perturbée en raison d'un usage problématique de drogues, et avec quelles conséquences pour leur capacité de gains future ? Quelle proportion des personnes à consommation problématique est en mesure d'exercer une activité professionnelle plus ou moins normale, et quelle proportion a une activité fortement réduite, voire nulle ? Enfin, quelle proportion d'anciens toxicomanes parvient à se réinsérer plus ou moins normalement dans la vie professionnelle, et quelle proportion n'y parvient que difficilement ou pas du tout ? Faute de trouver la réponse à ces questions, il n'y a pas d'autre voie que de chercher ces

renseignements – ou au moins des indications – auprès d’experts ou de personnes ayant des contacts quotidiens avec des toxicomanes.

1.6 Vue d’ensemble du rapport

La structure du rapport est dictée par les différentes catégories de dommages à évaluer. La procédure est conforme aux directives de l’OMS et à la pratique internationale dans les travaux sur le coût des substances psychoactives.

- ◆ Le chapitre 2 définit la notion de coût social de même que ses différents composants. Il rappelle les conventions adoptées dans ce type d’évaluation et mentionne les coûts qui n’ont pas pu être estimés.
- ◆ Le chapitre 3 fournit des explications sur les méthodes utilisées pour estimer les diverses catégories de coûts. Les principes de la méthode du capital humain et de la disposition à payer sont ensuite présentés.
- ◆ Le chapitre 4 décrit les modèles de consommation et la procédure utilisée pour estimer les conséquences de l’usage des drogues sur la mortalité et sur les incapacités de travail temporaires ou durables.
- ◆ Le chapitre 5 contient l’estimation des coûts directs, à savoir les frais de traitements médicaux et hospitaliers, les dommages matériels et les dépenses engagées pour la mise en œuvre de la politique de la drogue (prévention, thérapie, aide à la survie et répression). Les résultats sont mis en perspective avec ceux que l’on trouve dans la littérature.
- ◆ Le chapitre 6 traite de l’impact des drogues illicites sur la capacité productive du pays, la production sacrifiée en raison des décès prématurés ou de la difficulté qu’éprouvent les toxicomanes à s’insérer dans le marché du travail.
- ◆ Le chapitre 7 décrit la procédure adoptée pour mesurer les conséquences de l’usage des drogues sur la santé en tant que telle – perte de qualité de vie, durée de vie réduite – et sur la qualité de vie et les conditions de vie des familles et des proches de toxicomanes. Il aboutit ainsi à une mesure du fardeau humain provoqué par l’usage des drogues illicites.
- ◆ Le chapitre 8 réunit les estimations des trois composantes du coût social pour aboutir à une mesure consolidée des dommages occasionnés par les drogues. L’estimation de la présente étude est comparée à celles que l’on trouve dans la littérature internationale.
- ◆ Le chapitre 9 est une discussion des résultats et de leur signification pour la politique de santé.

2. CADRE D'ANALYSE

2.1 Coût social

2.1.1 Définition

Le coût social des drogues illicites correspond à la diminution du bien-être de la collectivité du fait de leur usage et du trafic qu'il engendre. L'usage de la drogue réduit le bien-être social directement – détérioration de l'état de santé des toxicomanes, augmentation des risques de décès, souffrance des familles... – ou indirectement, en raison des ressources que l'Etat doit consacrer à la prévention, aux traitements médicaux ou de substitution, aux placements en institution. Ces ressources ne sont plus disponibles pour d'autres tâches utiles; elles ont donc un coût d'opportunité.

L'usage adopté dans ce type d'étude pour identifier les coûts devant entrer dans le coût social est conforme aux recommandations internationales (directives de l'OMS [WHO 2003] ou de la « Task Force of the U.S. Public Health Service »), qui veulent que les dépenses pour l'achat des produits ne soient pas incluses dans le coût social si l'utilisateur retire un bénéfice au moins équivalent de sa consommation. Seuls les coûts qui sont imposés à la collectivité posent alors problème et appellent une intervention de l'Etat⁵. La notion de coût social, telle qu'elle est comprise dans les travaux sur le coût des dépendances, s'apparente en fait à celle de coût externe, soit un coût imposé au reste de la société, sans compensation. Toute la difficulté consiste à savoir si le consommateur de drogues illégales peut être considéré comme une personne ayant un comportement rationnel et donc s'il décide de consommer des drogues à partir d'une comparaison des coûts et des bénéfices. La position des économistes sur ce point est que la dépense pour l'achat des drogues représente un coût privé – et n'entre pas dans le coût social au sens où il vient d'être défini – si le toxicomane n'est pas dépendant et s'il était correctement informé des risques au moment où il a commencé à expérimenter les drogues. Dans le cas contraire, les dépenses consenties pour l'achat des produits devraient être ajoutées au coût social⁶.

Les emplois liés à la drogue ne sont pas pris en compte dans l'estimation du coût social. Une autre option aurait été de considérer le coût d'opportunité du temps consacré au trafic de stupéfiants. S'il n'y avait pas de drogues illicites, les personnes qui s'adonnent au trafic pourraient consacrer leur temps à des tâches utiles à la société (Rice *et. al* 1990). Faute de données, cette option n'a pas été retenue.

⁵ La notion de coût social, telle qu'elle est comprise dans les travaux sur le coût des dépendances, s'apparente en fait à celle de coût externe, soit un coût imposé au reste de la société, sans compensation.

⁶ Il existerait de nombreux indices pour conclure qu'une grande partie des usagers des drogues illicites ont un comportement rationnel et font leur choix sur la base d'une comparaison des coûts (privés) et des bénéfices qu'ils retirent du produit. Seuls les coûts imposés à autrui devraient donc être inclus dans le coût social (Becker et Murphy 1988; Kots 2004). A noter que selon cette hypothèse, le bénéfice (privé) de la consommation (y compris le surplus) serait supérieur au coût d'acquisition des drogues.

2.1.2 Composantes du coût social

a) Typologie

L'usage distingue trois types de conséquences négatives de la consommation de substances psychoactives : les coûts directs, indirects et humains. Les deux premières catégories – parfois regroupées sous le nom de coût économique – apparaissent dans tous les travaux sur le coût social des substances engendrant la dépendance : tabac, alcool et drogues illégales. Dans la présente étude, la somme des coûts directs et indirects correspond aux ressources dont la société est privée en raison de la consommation de drogues illégales. Les ressources utilisées pour la prévention, le traitement des atteintes à la santé et la réparation des dommages matériels de même que les ressources définitivement perdues en raison d'incapacités de travail ou de décès prématurés ont un coût d'opportunité. Elles ne sont plus disponibles pour répondre à d'autres besoins des individus ou de la société. Les coûts englobés dans la dernière catégorie – les coûts humains – n'entraînent pas une diminution des ressources disponibles ou de la capacité productive de l'économie mais plutôt une baisse de la qualité de vie. Ils n'en constituent pas moins une perte de bien-être et un fardeau important pour la société. Parfois, les coûts qui se traduisent par un sacrifice de ressources sont appelés *tangibles*, ceux qui n'ont pas d'effet sur les ressources disponibles sont dits *intangibles*. Les premiers peuvent être estimés simplement en observant le prix des ressources en question sur le marché; pour les seconds, il s'agit d'imaginer des méthodes d'évaluation qui reposent non pas sur les prix du marché mais sur la perception que les individus ont du dommage. Les travaux que mènent les économistes de l'environnement et de la santé depuis une vingtaine d'années ont permis d'améliorer les techniques d'évaluation des coûts intangibles⁷.

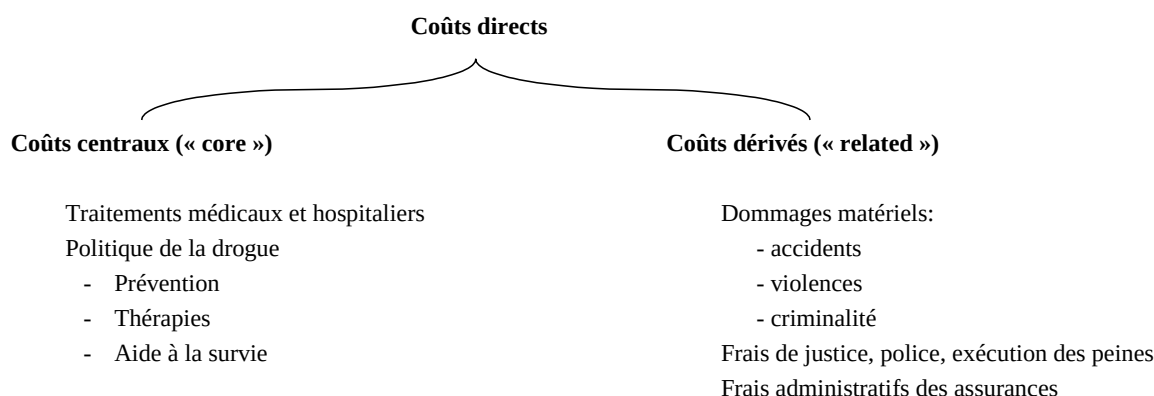
b) Coût direct

Le coût direct inclut toutes les dépenses destinées à corriger les dommages occasionnés par la consommation ou le trafic des drogues illégales, qu'il s'agisse d'atteintes à la santé ou de dommages matériels (méthode du coût de réparation), mais encore les dépenses engagées pour mettre en œuvre la politique de la drogue (prévention, thérapie, réduction des risques et répression). Son estimation passe par l'évaluation des ressources humaines et matérielles affectées à la prévention et à la réparation des dommages causés par l'usage de drogues illicites.

Les coûts directs centraux (*core direct costs*) comprennent les frais de traitement (dépenses médicales, pharmaceutiques et hospitalières, séjours en institution) et les autres coûts de la politique de la drogue⁸ (prévention, réduction des risques, répression). Les coûts directs dérivés (*related direct costs*) recouvrent essentiellement les conséquences des effets comportementaux liés à la consommation de drogues illicites.

⁷ "In estimating the costs of drug abuse, other types of costs which require definition include tangibles and intangibles. Tangible costs can be defined as those costs which, when reduced, yield resources which are then available to the community for consumption or investment purposes. Intangible costs, which include pain and suffering, when reduced or eliminated do not yield resources available for other uses. As much of the efforts of the health care system are focused on the reduction of intangible costs, it is apparent that these costs are very important, albeit difficult to quantify" (WHO 2003).

⁸ Markandya et Pearce (1989) sont d'avis que les dépenses de recherche et de prévention n'entrent pas dans le coût social car elles représentent les moyens mis en œuvre par la collectivité pour réduire l'ampleur de ce coût.

Figure 2.1 : Décomposition du coût direct

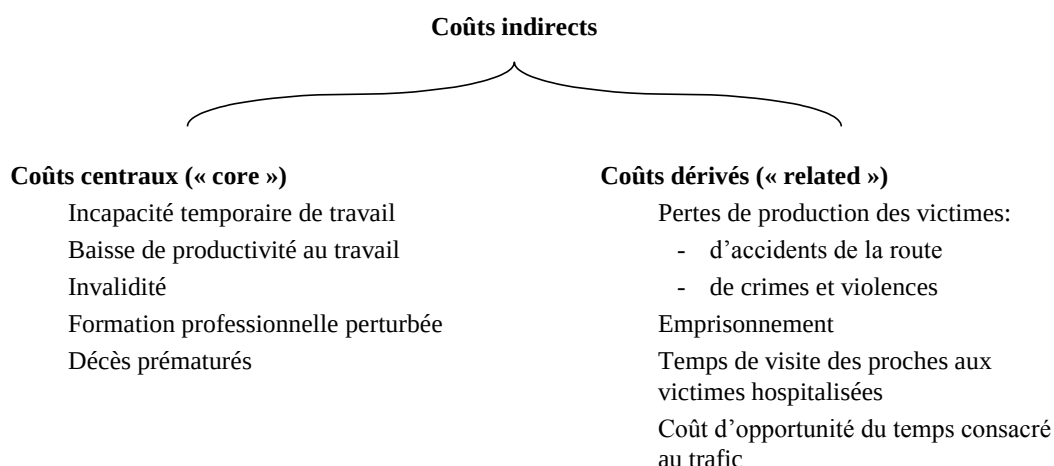
Sources : Rice (1995), Jeanrenaud et Schwab Christe (2000).

c) Coût indirect

Le coût indirect mesure les conséquences de la consommation de drogues illicites sur la capacité de l'économie à produire des biens et des services. La détérioration de l'état de santé que provoque l'usage des drogues se traduit par une diminution de l'aptitude au travail – incapacité temporaire ou durable –, par une diminution de la productivité au travail et par des décès prématurés. Le coût pour la collectivité correspond à la production non réalisée dans le cadre d'une activité professionnelle (production marchande), d'un travail domestique ou d'une occupation bénévole (production non marchande). La valeur de la production marchande est estimée à partir des revenus que les individus concernés auraient touchés s'ils avaient été en état de travailler. Pour les activités domestiques et bénévoles, faute de prix du marché, l'évaluation doit recourir à des indicateurs indirects de la valeur des services.

Le coût indirect se subdivise également en coûts centraux et coûts dérivés. Les pertes de production (marchande et non marchande⁹) dues aux décès prématurés, aux cas d'invalidité ou de maladie ainsi qu'à la baisse de productivité sur le lieu de travail forment les coûts indirects centraux. Le temps consacré par le patient à se rendre chez le médecin, le temps de visite des proches aux victimes hospitalisées, les absences au travail pour soins donnés à un proche malade constituent les coûts indirects dérivés (Hodgson et Meiners 1982).

⁹ Sous la dénomination de *production non marchande* sont regroupées les activités qui (1) ne font pas l'objet d'échanges sur le marché et (2) répondent au critère de la « tierce partie ». En vertu de ce critère, une activité est considérée comme étant productive si elle peut être exercée par une autre personne que le bénéficiaire. Ainsi, faire la lessive est une activité économique, tandis que manger, dormir, jouer au tennis ou aller au cinéma sont des activités « personnelles » (Goldschmidt-Clermont 1990).

Figure 2.2 : Décomposition du coût indirect

Sources : Rice (1995), Jeanrenaud et Schwab Christe (2000).

d) Coûts humains

Au-delà des conséquences sur la production, les atteintes à la santé se traduisent par une baisse de la qualité de vie des personnes concernées et par une diminution de leur espérance de vie. Les coûts humains sont donc la conséquence de la mortalité – réduction de la durée de vie – et de la morbidité. Tout au long de sa vie, le toxicomane connaît un état de santé moins bon que le reste de la population; le risque de décéder à chaque âge est aussi plus élevé que celui de la population générale. Les coûts humains des drogues illégales sont importants. En effet, les victimes sont jeunes et la souffrance pour les parents et la famille de voir un enfant dépendre de la drogue est immense.

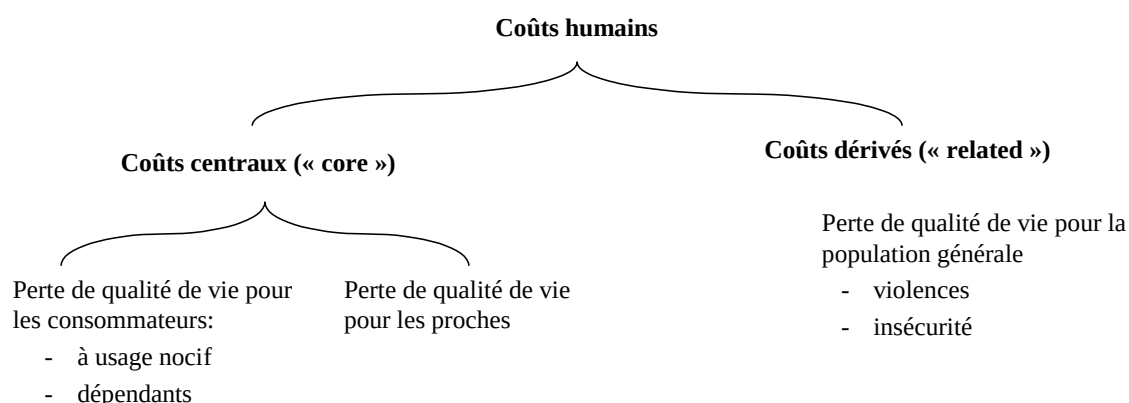
Dans ce travail, l'estimation des coûts humains retient seulement les 30 000 consommateurs dépendants – les principales substances consommées par ce groupe sont l'héroïne et la cocaïne par voie intraveineuse¹⁰. Les conséquences de la consommation à usage nocif sans dépendance – au sens de la classification internationale des maladies (CIM-10) – sur la qualité de vie des victimes et des proches ne sont pas prises en compte.

Les coûts humains peuvent être évalués séparément pour chacune des maladies les plus importantes liées à l'usage du produit (voir à ce propos l'étude sur le tabac, Vitale *et al.* 1998), séparément pour les atteintes au corps et les effets psychosociaux et comportementaux (voir l'étude sur la consommation excessive d'alcool, Jeanrenaud *et al.* 2004), ou globalement en considérant le profil type d'un consommateur et les principales implications de l'usage du produit. Chaque approche a ses avantages et ses inconvénients. L'intérêt d'une approche par pathologie est qu'il est possible d'associer une probabilité à chacune d'elles; l'inconvénient est que les probabilités d'occurrence des diagnostics ne sont pas indépendantes les unes des autres. On évite cette difficulté en s'intéressant au profil de vie d'un consommateur dépendant; la difficulté est qu'il n'y a pas de consommateur type – seule une petite fraction des usagers meurent d'overdose, tous ne contractent pas une hépatite... – ce qui rend malaisée la description des conséquences de la dépendance à la drogue à l'intention des personnes appelées à répondre à un questionnaire. Le choix a été fait d'évaluer globalement plutôt que

¹⁰ Voir *Les toxicomanes en Suisse*, OFSP, info@gs-edi.admin.ch.

séparément les diverses conséquences de la drogue sur la qualité de vie des victimes et de leurs proches.

Figure 2.3 : Décomposition du coût humain



Sources : Rice (1995), Jeanrenaud et Schwab Christe (2000).

Les coûts humains des drogues illicites

Dans la présente étude, les coûts humains liés à la détérioration de l'état de santé des toxicomanes sont pris en compte. Les effets comportementaux le sont s'ils affectent le consommateur de drogues illégales ou ses proches. Les dommages que subit la collectivité sous forme d'insécurité ou de dégradation des conditions de vie dans les quartiers où se déroule le trafic de la drogue ne sont en revanche pas mesurés.

Les coûts humains de la maladie

La maladie génère un sentiment de fragilité, de vulnérabilité; elle crée douleur, souffrance et chagrin. La *souffrance physique* correspond à la douleur causée par la maladie et les traitements qu'elle nécessite. La *souffrance psychique* est due aux angoisses, problèmes émotionnels et mal de vivre qu'entraîne la détérioration de l'état de santé. Le patient peut aussi éprouver un sentiment de honte et de culpabilité.

En cas de décès prématuré, le défunt est privé d'un nombre plus ou moins important d'années de vie. La *perte de l'aptitude à vivre* est donc également une source de coûts humains. La détresse des parents, leur désarroi, le sentiment de culpabilité, l'incertitude quant à l'évolution de la maladie ainsi que la peur de voir mourir leur enfant produisent une grande souffrance.

Tableau 2.1 : Conséquences de la maladie sur la qualité de vie

Pour la personne malade	Pour les proches du patient
Souffrance physique	
Souffrance psychique	Souffrance psychique
Modification des habitudes de vie	Modification des habitudes de vie
Perte de l'aptitude à vivre	

Source : Jeanrenaud *et al.* (2003).

2.2 Coûts estimés et non estimés

La particularité de la présente étude par rapport aux autres travaux sur le coût social des drogues illicites consiste dans l'intégration d'une estimation des coûts humains. Avant notre équipe (Vitale *et al.* 1998, Jeanrenaud *et al.* 2003), seuls Collins et Lapsley (1991, 1996) l'avaient fait.

La seconde spécificité de l'étude est de considérer non seulement les pertes de production qui découlent d'une activité professionnelle, mais aussi l'incapacité à exercer les travaux domestiques ou à participer à des activités bénévoles. Le tableau ci-dessous distingue les coûts estimés dans cette étude des coûts non retenus.

Tableau 2.2 : Coût des drogues illicites : étendue de l'estimation

	Coûts estimés	Coûts non estimés
Coût direct	- Traitements médicaux et hospitaliers - Traitements de substitution - Séjours en établissement résidentiel - Aide à la survie - Dépenses de justice et police - Exécution des peines - Prévention - Coûts directs du VIH/sida	- Vols et dommages à la propriété - Coûts médicaux pour les victimes de violence - Accidents de circulation
Coût indirect	- Coûts indirects de mortalité - Coûts indirects de morbidité ▪ Incapacité de travail pendant la phase de dépendance ▪ Invalidité	- Diminution de l'investissement en capital humain¹¹ - Baisse de productivité au travail - Incapacité de travail après la phase de dépendance - Coût d'opportunité du temps consacré au trafic (<i>crime career</i>) - Coûts liés au temps de visite des proches - Temps non consacré à une activité rémunérée pour cause d'assistance à un proche malade - Temps passé chez le médecin par le patient ou ses proches
Coûts humains	- Perte de qualité de vie pour les toxicomanes dépendants - Perte de qualité de vie pour les proches	Perte de qualité de vie pour les consommateurs non dépendants et leurs proches

2.3 Types de produits et types d'usage

Le coût social de la consommation de drogues est une information qui devrait servir d'aide à la décision dans l'élaboration des politiques publiques des drogues légales et illégales. Dans

¹¹ « Les consommations des différentes drogues ont un impact négatif sur la formation professionnelle et l'obtention d'un diplôme. (...) En 1992, nous avions 39% de patients sans diplôme, puis 45% en 95 et 50% en 98. L'évolution s'est faite au détriment du CFC et des diplômes d'écoles professionnelles. Nos patients entreprennent donc moins de formations et obtiennent moins souvent le diplôme en raison des problèmes de polytoxicomanie et vraisemblablement de difficultés psychiques accrues. » (Fondation Phénix 1999).

cette perspective, il serait souhaitable que les décideurs disposent d'estimations spécifiques pour chaque produit. On voit par exemple l'intérêt de connaître le coût de l'usage du cannabis pour la société dans le débat sur une éventuelle dépénalisation de ce produit.

Pour diverses raisons, une estimation du coût social par produit n'est pas réalisable. Il faut relever qu'un nombre important de consommateurs de drogues sont polytoxicomanes, ce qui rend malaisée, voire impossible l'attribution des dommages à un produit particulier. De plus, l'indication qui permet d'attribuer un décès ou un cas de maladie ou d'invalidité à l'usage d'une drogue ne précise le plus souvent pas le produit responsable. Pour permettre des estimations par produit, il conviendrait de revoir la manière dont les statistiques médicales et les données de police sont collectées. Compte tenu de l'usage fréquent de plusieurs drogues, il faut se demander si un tel effort aurait beaucoup de sens. Pour toutes ces raisons, la présente estimation porte sur l'ensemble des drogues illégales, sans distinction. C'est d'ailleurs la pratique adoptée dans tous les travaux sur les drogues illicites à l'étranger.

Une seconde question de méthode porte sur les types d'usage qui sont pris en compte pour la mesure des coûts. Deux au moins des quatre piliers de la politique de la drogue – prévention et répression – visent tous les types d'usage : usage, usage nocif et dépendance. Les coûts directs et indirects de mortalité et de morbidité sont attribuables aux consommateurs à usage nocif et aux dépendants. Il faut relever toutefois que pour les coûts indirects de morbidité, seuls les consommateurs dépendants ont été retenus. La même remarque s'applique à l'estimation des coûts humains.

Tableau 2.3 : Mesure des coûts et nature de la relation au produit

Type de coûts	Type d'usage
Politiques publiques	
– Prévention	Usage, usage nocif et dépendance
– Répression	Usage, usage nocif et dépendance
– Thérapies	Usage nocif et dépendance
– Réduction des risques	Usage nocif et dépendance
Coûts directs : traitements médicaux et hospitaliers	Usage nocif et dépendance
Coûts indirects	
– Mortalité	Usage nocif et dépendance
– Morbidité	Essentiellement dépendance
Coûts humains	Dépendance

2.4 Prévalence et incidence

L'estimation des coûts est fondée au départ sur des données épidémiologiques. Deux approches au moins sont possibles. La première, dite d'incidence, consiste à enregistrer les nouveaux cas de maladie et de décès attribuables à la consommation de drogues illégales et à estimer les coûts sur toute la durée de vie potentielle des individus concernés (*lifetime cost estimate*). L'approche de prévalence enregistre tous les cas de maladie et de décès attribuables aux drogues illégales à l'année de référence et estime les coûts correspondants. Pour les décès, on estime la production que les personnes auraient réalisée si elles étaient restées en vie.

Une approche de prévalence a été retenue pour estimer les coûts directs et indirects. Elle considère que les coûts induits par la maladie des individus doivent être assignés à l'année pendant laquelle ils apparaissent ou à laquelle ils sont directement associés. En ce sens, les coûts de la morbidité sont comptabilisés l'année de leur apparition tandis que les coûts de la

mortalité – mesurés sur toutes les années de vie productive – sont attribués à l'année du décès. Pour les coûts humains, c'est aussi une approche de prévalence qui est adoptée. La fréquence de la maladie correspond aux nouveaux cas diagnostiqués durant l'année de référence. Les coûts reflètent la perte de qualité de vie de la personne atteinte dans sa santé pendant toute la durée de la maladie.

Ainsi, l'estimation se fonde sur les cas de maladie existants et sur les cas diagnostiqués en 2000, ainsi que sur les décès attribuables aux drogues illégales survenus cette année-là. Une méthode spécifique a été appliquée aux hépatites. Il faut toutefois noter que les conséquences économiques – journées de travail perdues, diminution de la qualité de vie – de ces atteintes à la santé s'étendent bien au-delà de l'année de référence. C'est pourquoi les pertes de production dues à la mortalité et à l'invalidité sont calculées dès la survenance du décès ou de l'invalidité et jusqu'à 74 ans ou jusqu'à l'âge de la retraite, selon le cas. Les frais médicaux et hospitaliers ne concernent par contre que la seule année 2000.

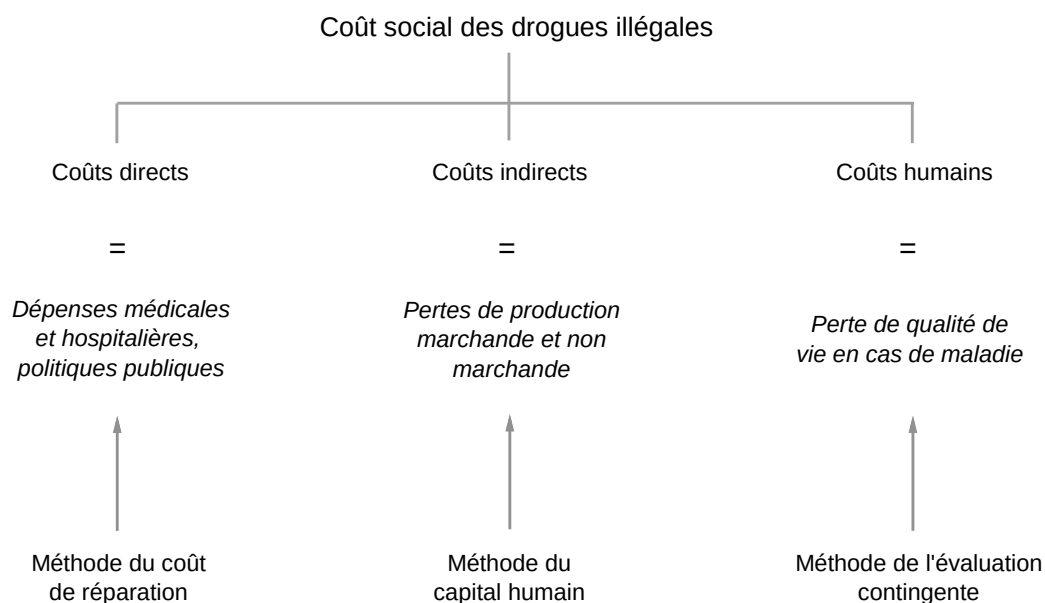
3. MÉTHODES D'ESTIMATION

3.1 Approche par le coût de la maladie

Les premières évaluations économiques du coût de la mortalité et de la morbidité remontent aux années 1960 (Weisbrod 1961, Rice 1967). Elles reposent sur les méthodes du coût de réparation et du capital humain. Cette approche dite du coût de la maladie (*cost-of-illness*) consiste à estimer le fardeau de l'usage des drogues illicites pour la société à partir de la valeur des ressources consacrées à la prévention, aux traitements médicaux et à la répression – coût direct – et des pertes de production dues aux incapacités de travail – coût indirect. Depuis les premiers travaux, de nombreuses études de type « coût de la maladie » ont été réalisées, notamment dans le domaine des substances engendrant la dépendance (Single *et al.* 1998, Rice *et al.* 1984, Kopp 2001). Cette approche néglige cependant une conséquence importante de toute maladie : son impact sur la qualité de vie. Elle se limite donc aux conséquences les plus visibles des drogues illégales, les auteurs donnant parfois comme argument le fait que les coûts humains (ou coûts « intangibles ») ne sont pas mesurables, ce qui n'est pas exact.

Il suffit pour s'en rendre compte de considérer les nombreuses publications dans lesquelles la santé et la vie humaine ont été évaluées en unités monétaires (Jones-Lee 1976, Schwab Christie 1995, Schwab Christie et Soguel 1995, Donaldson *et al.* 1997, Kartman *et al.* 1996, Zethraus 1998, Jeanrenaud et Priez 2000 et 2001, Jeanrenaud *et al.* 2004). Ce qui est vrai, en revanche, c'est que les méthodes servant à mesurer les coûts humains en unités monétaires – évaluation contingente ou éventuellement analyse conjointe – sont très différentes de celles utilisées pour estimer les coûts directs et indirects et plus complexes à mettre en œuvre.

Figure 3.1 : Méthodes d'estimation des composantes du coût social



3.1.1 Méthode du coût de prévention et de réparation

Le coût des politiques publiques – prévention, recherche, répression – et le coût des traitements médicaux sont estimés sur la base de la valeur des ressources – main-d'œuvre,

biens et services – nécessaires à la réparation des dommages causés par la consommation de drogues illégales, qu'il s'agisse d'atteintes à la santé, de dommages matériels ou de la mise en œuvre des politiques publiques. Leur estimation passe par un important travail de recherche et de compilation de données épidémiologiques et financières.

Le coût des politiques de prévention et de répression est estimé sur la base de la statistique des finances publiques et d'enquêtes ad hoc. Il s'agit de connaître la part des dépenses de police attribuable à la lutte contre la drogue. La même question se pose pour l'exécution des peines. Le coût des traitements médicaux et hospitaliers est mesuré à partir des prix pratiqués sur le marché de la santé. Il est vrai toutefois que les prestations ne sont pas facturées à leur vrai coût, le budget de l'Etat étant mis à contribution pour couvrir les déficits hospitaliers. Il serait donc souhaitable d'apporter une correction aux prix facturés pour mesurer le coût réel des traitements – en recourant à un prix fictif supérieur au prix facturé. Il a fallu renoncer à cette rectification faute de données sur le rapport entre les tarifs hospitaliers et les coûts réels. L'estimation des coûts directs est donc très conservatrice.

3.1.2 Méthode du capital humain

a) Principes

La méthode du capital humain postule que le prix d'une vie humaine est donné par la valeur de la production qu'un individu est susceptible de réaliser au cours de son existence. Ce ne sont donc plus les ressources utilisées – comme dans la méthode du coût de réparation – mais les ressources sacrifiées qu'il faut estimer. En cas de décès, la perte de capacité productive s'obtient en actualisant la somme des revenus futurs escomptés de la victime jusqu'au moment où elle aurait cessé de travailler. En cas de maladie, la perte de production est mesurée sur la période d'incapacité de travail.

Plusieurs questions méthodologiques délicates se posent dans l'application de la méthode du capital humain. Il s'agit en particulier de décider si les pertes de production domestique seront elles aussi prises en considération, s'il faut considérer les pertes de production brutes ou nettes et s'il convient de tenir compte du fait que des personnes sans emploi pourraient remplacer les consommateurs de drogues temporairement ou définitivement incapables de travailler. Il convient de choisir un taux d'actualisation adéquat pour exprimer les coûts futurs en francs de l'année de référence. Enfin, une question qui n'a pas trouvé de réponse définitive dans les travaux menés jusqu'ici est celle des économies réalisées sur les rentes de vieillesse des personnes prématurément décédées.

b) Pertes de production marchande et non marchande

Les conséquences d'une maladie ou d'un décès sur le travail domestique ou les activités bénévoles sont souvent ignorées. Ces prestations contribuent pourtant au bien-être de la collectivité au même titre que les activités rémunérées; il est donc légitime d'en tenir compte dans une évaluation du coût des atteintes à la santé. Ces pertes sont elles aussi mesurées avec la méthode du capital humain. Il convient pour cela de connaître le temps que la population consacre aux activités domestiques (ou bénévoles) ainsi que le « prix » d'une heure de production non marchande. La littérature propose deux méthodes pour fixer ce prix : celle du coût du marché et celle du coût d'opportunité.

Selon la méthode du coût du marché, la valeur des diverses activités domestiques (ou bénévoles) correspond au salaire horaire des personnes effectuant le même type de tâches sur le marché. On distingue généralement la méthode du substitut global – qui consiste à valoriser les tâches domestiques à l'aide du salaire d'un(e) employé(e) de maison sur le marché et le

bénévolat par le salaire moyen de la population active – de la méthode du substitut spécialisé, qui consiste à utiliser des salaires spécifiques pour évaluer la valeur du temps passé à chaque type d'activité domestique et bénévole (Chadeau 1992).

Quant à la méthode du coût d'opportunité, elle suppose que les individus répartissent leur budget temps (temps professionnel, temps domestique, temps de loisirs, temps physiologique) de manière efficace. La rémunération d'une heure de travail professionnel reflète alors la valeur du temps consacré aux activités ménagères et au bénévolat.

Chacune des deux méthodes a ses avantages et ses inconvénients (Vitale 2001). Le choix s'est porté ici sur la méthode du coût du marché. Le salaire d'un(e) employé(e) de maison et le salaire moyen de la population active occupée sont tirés d'études portant sur l'évaluation monétaire des activités non rémunérées en Suisse (Schmid *et al.* 1999, Souza-Poza 1999, Bühlmann *et al.* 1999).

c) Pertes de production brutes ou nettes

La valeur des biens que la personne prématurément décédée aurait consommés si elle était restée en vie doit-elle être déduite de la production non réalisée ? La réponse est controversée. Une partie des auteurs estiment les pertes de production nettes, en déduisant la consommation propre de la personne prématurément décédée. Selon cette approche, le coût de la mortalité correspond aux biens et services dont est privée la population à la suite d'un décès : le décès prive la société d'une production, mais lui épargne une consommation. Les travaux récents ont plus souvent évalué les pertes de production brutes. L'un des reproches adressés à l'optique des pertes de production nettes est qu'elle attribue une valeur négative aux années de vie perdues après la fin de la vie active. Enfin, de nombreux auteurs préfèrent la méthode des pertes brutes parce qu'elle offre l'avantage de mesurer la perte de capacité productive et une partie des coûts humains, la consommation propre de l'individu décédé étant une estimation minimale du coût de la perte d'aptitude à vivre.

La présente étude contient une estimation des pertes de production avec et sans déduction de la consommation des individus décédés. Finalement, le coût social des drogues illicites est estimé à partir des pertes de production nettes, afin d'éviter un risque de double comptabilisation, les coûts humains faisant ici l'objet d'une évaluation séparée.

d) Taux d'actualisation

Lorsque les pertes de production s'étalent sur de nombreuses années, elles ne peuvent pas simplement être additionnées, mais doivent d'abord être ramenées à l'année de référence par un calcul d'actualisation. Plus le taux d'actualisation est élevé, plus l'importance des pertes de production qui surviennent dans un avenir éloigné est faible. La nécessité d'actualiser les coûts et bénéfices futurs est justifiée par la préférence des individus pour une consommation immédiate plutôt que différée. La seconde raison tient au fait que la production peut être consacrée à des investissements. Le bénéfice que ces investissements génèrent est d'autant plus important que leur réalisation est proche.

Le choix du taux d'actualisation est une question délicate (Viscusi 1996). Les uns considèrent que ce taux doit refléter ce qu'on appelle le *degré d'impatience sociale* (*social time preference rate*), c'est-à-dire la préférence de la société pour la consommation présente par rapport à la consommation future (Rice *et al.* 1990). D'autres soutiennent qu'il doit correspondre au coût d'opportunité des ressources employées pour la meilleure possibilité d'investissement dans le secteur privé. Cette école recommande d'utiliser un taux reflétant le rendement des investissements dans le secteur privé (McGuire *et al.* 1988). Des auteurs ont

proposé l'utilisation d'un taux d'actualisation nul en économie de la santé (West 1996, Barendregt *et al.* 1997)¹².

A l'étranger, un taux de 5% est souvent utilisé pour actualiser les coûts et les bénéfices des programmes de santé publique. A relever toutefois que le Public Health Service Panel (Etats-Unis) a récemment réexaminé la question du taux d'actualisation. Il recommande des taux de 3% – taux approprié pour évaluer un investissement sans risque – et de 5% – compte tenu du grand nombre d'études qui ont adopté cette valeur – (Gold *et al.* 1996, Drummond *et al.* 1997). Dans la présente étude, un taux de 2% a été adopté pour l'estimation de référence.

e) Capital humain ou coût de friction

La méthode du capital humain suppose une économie proche du plein-emploi. La production d'un individu malade ou décédé est alors définitivement perdue, puisqu'il n'y a pas de personnes disponibles sur le marché du travail. Est-il judicieux de faire une telle hypothèse lorsque l'économie connaît un taux de chômage relativement élevé? Dans un tel environnement, un entrepreneur devrait pouvoir recruter un chômeur et retrouver ainsi rapidement le niveau de production initial. De même, est-il légitime de supposer la production perdue lorsque l'incapacité de travail est de courte durée? N'est-il pas plus vraisemblable d'imaginer qu'une solution de remplacement existe au sein de l'entreprise?

Ces questions ont été soulevées aux Pays-Bas, où une autre méthode – méthode du coût de friction – a été proposée pour estimer les coûts indirects (Koopmanschap et van Ineveld 1992). Les pertes de production suite à une maladie ou un décès se limitent au temps qu'il faut pour remplacer le travailleur, soit la période de friction. Le sacrifice de production cesse dès qu'une solution de remplacement est trouvée, la durée de la période de friction étant fonction de la situation sur le marché du travail. Plus le chômage est élevé, plus la période d'adaptation est courte et plus les pertes de production sont faibles. La méthode du coût de friction aboutit à des pertes de production nettement inférieures à celles obtenues avec la méthode du capital humain¹³.

Enfin, il convient de signaler que la méthode du capital humain tient compte du risque de chômage – dans une certaine mesure – en introduisant dans le calcul des pertes de production la probabilité d'être actif occupé à chaque âge.

¹² La préférence pour le présent introduirait un biais dans les décisions de politique de santé, car elle favoriserait les projets ayant des effets surtout à court terme. L'actualisation rendrait difficile la réalisation de projets médicaux exigeant des investissements importants dans le présent et dont les premiers bénéfices ne seraient enregistrés que dans un avenir éloigné. Viscusi (1996) insiste au contraire sur la nécessité de l'actualisation.

¹³ Le recours à la méthode du coût de friction serait indiqué dans une économie connaissant un fort chômage conjoncturel. Or, en Suisse, l'essentiel du chômage est de nature structurelle. Les personnes sans emploi ne possèdent en général pas les qualifications recherchées par les employeurs, ou des rigidités empêchent l'économie d'utiliser cette réserve de main-d'oeuvre. Pour cette raison, l'abandon de la méthode du capital humain au profit de la méthode du coût de friction ne se justifie pas. Par ailleurs, les fondements théoriques de la deuxième méthode ne sont pas très solides (Johannesson et Karlsson 1997).

f) Economie de rentes

Lorsque des personnes décèdent avant l'âge de la retraite, les engagements des systèmes de prévoyance vieillesse diminuent. La question est de savoir s'il faut considérer cette diminution de charges comme un bénéfice pour la société. Pour les drogues illégales, les décès touchent en général des personnes jeunes qui n'ont que peu cotisé en raison de leur dépendance à la drogue. Les économies de rentes n'ont donc pas été prises en compte dans le calcul du coût social.

3.2 Approche par la disposition à payer

L'approche traditionnelle du coût de la maladie présente l'inconvénient de ne pas inclure dans l'estimation les conséquences des drogues illicites sur la qualité de vie des toxicomanes atteints dans leur santé et de leurs proches.

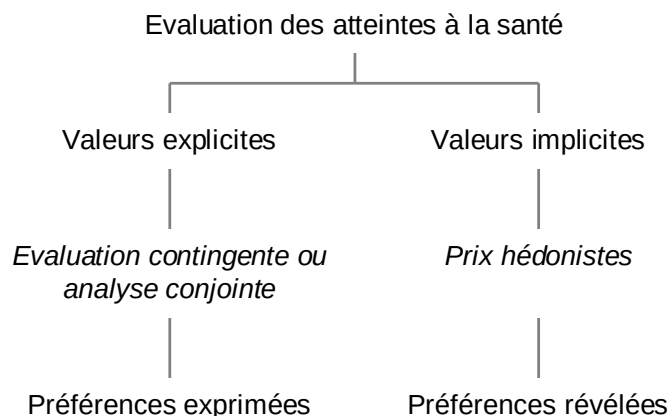
3.2.1 Méthode de la disposition à payer

L'approche fondée sur la disposition à payer (DAP) mesure la variation de bien-être de la population à partir du jugement des individus. Si l'on veut connaître le coût des drogues illicites, il s'agit de déterminer le montant maximum qu'une personne issue de la population générale serait prête à payer pour réduire un risque futur lié à la consommation de drogues illégales¹⁴ (approche ex ante) ou le montant maximum qu'une personne malade (ou un membre de sa famille) serait prête à payer pour retrouver un état de santé normal (approche ex post). L'un des moyens utilisés pour obtenir ce type d'informations consiste à réaliser une enquête par questionnaire afin d'interroger directement les personnes visées (évaluation contingente, préférences exprimées,). Une autre technique (méthode des prix hédonistes, préférences révélées) consiste à observer le comportement des individus et à déduire de celui-ci la valeur attribuée à un changement de l'état de santé. Dans le cas des drogues illicites, la première approche – celle des préférences exprimées – est la seule possible.

L'évaluation contingente est la méthode la plus courante pour estimer en termes monétaires le coût d'une détérioration de l'état de santé. La possibilité d'établir un scénario sur mesure lui confère une grande flexibilité. Il est ainsi possible de mesurer les conséquences de l'usage de drogues illégales sur l'état de santé uniquement ou d'inclure d'autres types de risques (baisse de revenu, probabilité accrue de se trouver au chômage, hausse des dépenses médicales).

¹⁴ Le risque en question peut concerner la personne interrogée ou l'un de ses proches (enfants, par exemple).

Figure 3.2 : Méthodes d'évaluation monétaire des atteintes à la santé et à la vie humaine



3.2.2 Combinaison des approches du capital humain et de la disposition à payer

A relever qu'il existe deux manières différentes de concevoir la méthode du capital humain. Dans le premier cas, elle est supposée fournir à elle seule l'estimation monétaire de toutes les conséquences d'une maladie (optique globale). Dans le second – optique restreinte – les auteurs qui l'utilisent souhaitent simplement mesurer la valeur de la production perdue, tout en étant conscients du fait que les atteintes à la santé engendrent d'autres coûts, que la méthode du capital humain ne saurait mesurer (Drummond *et al.* 1997). Dans la présente étude, c'est l'approche restreinte qui est adoptée.

Les méthodes fondées sur les préférences exprimées peuvent elles aussi être appliquées dans le but de mesurer l'ensemble des coûts que provoquent les pathologies liées à la consommation de drogues, c'est-à-dire à la fois les pertes matérielles – coûts directs et indirects – et la baisse de qualité de vie (approche globale). L'autre option consiste à adopter une approche restreinte et à évaluer les seuls coûts humains (Drummond *et al.* 1997).

Les évaluations obtenues au moyen des préférences exprimées ne sont pas toujours simples à interpréter, car les auteurs omettent le plus souvent d'indiquer s'ils ont adopté une approche globale ou restreinte. En effet, la disposition à payer peut couvrir à la fois des coûts économiques – baisse de revenu et participation aux frais de traitement – et la variation de la qualité de vie (coûts humains). Souvent, les auteurs se bornent à mentionner que la plus grande partie de la DAP correspond aux coûts humains (Tolley *et al.* 1994, Olsen et Donaldson 1993). Dans l'approche globale, le résultat de l'estimation risque d'être influencé par le degré de prise en charge des coûts médicaux et des pertes de revenus par le système d'assurances sociales dans le pays où l'enquête est réalisée.

Dans le présent projet, la méthode de l'évaluation contingente est appliquée dans le but d'estimer uniquement la qualité de vie. Ce type de démarche a déjà été adopté pour appréhender les coûts humains des accidents de la route (Schwab Christie et Soguel 1995), ceux du tabagisme (Vitale *et al.* 1998) et de l'abus d'alcool (Jeanrenaud *et al.* 2004). Isoler la valeur que les personnes interrogées attachent à leur qualité de vie se fait de deux manières : d'une part en concevant un scénario dans lequel les atteintes à la santé n'ont pas d'effet sur le revenu des malades – les pertes éventuelles étant compensées par le système d'assurances sociales – et en demandant aux enquêtés de se concentrer exclusivement sur la qualité de vie lorsqu'ils forment leur DAP ou leur indice d'utilité; d'autre part, en contrôlant avec des

questions de débriefing l'éventuelle influence des conséquences économiques de la maladie sur ces valeurs.

L'originalité de la démarche adoptée ici consiste à utiliser simultanément la méthode traditionnelle du capital humain et une approche fondée sur les préférences. Les coûts directs et indirects sont mesurés à partir de la valeur des ressources utilisées ou sacrifiées (coût de réparation et capital humain), alors que les effets des drogues illégales sur la qualité de vie le sont à l'aide d'une méthode mesurant la disposition à payer (évaluation contingente). Afin d'éviter le risque de double comptabilisation, tant la méthode du capital humain que l'évaluation contingente sont appliquées dans une perspective restreinte (voir Jeanrenaud 2004).

3.3 Estimation des coûts

3.3.1 Coûts directs

Les coûts directs sont estimés sur la base de la valeur des facteurs de production – capital et travail – nécessaires à la réparation des dommages causés par la consommation de drogues, qu'il s'agisse d'atteintes à la santé ou de dommages matériels. Cette estimation passe par un important travail de recherche et de compilation de données épidémiologiques et financières.

3.3.2 Coûts indirects

a) Coûts indirects de mortalité

Le coût indirect de mortalité correspond aux pertes de production découlant des décès prématurés, qui sont mesurés sur toutes les années de vie pendant lesquelles les personnes en question auraient pu travailler. Pour quelques groupes de diagnostics, il s'agit de la totalité des décès (voir tab. 4.5). Pour d'autres (hépatites et VIH-sida), seule une partie des décès enregistrés sont dus à la consommation de drogues illégales. Il s'agit alors d'appliquer aux décès un coefficient – fraction attribuable – pour connaître le nombre de décès dus à la drogue. Pour les hépatites, le problème est particulièrement compliqué en raison du très long délai qui sépare le fait générateur (injection de drogues) de l'apparition de la maladie.

b) Coûts indirects de morbidité

Le coût indirect de morbidité est composé des pertes de production résultant d'une incapacité temporaire ou définitive de travail, d'un risque plus élevé pour les toxicomanes ou anciens toxicomanes de se trouver au chômage ainsi que d'une éventuelle baisse de la productivité au travail. Toute la difficulté consiste à trouver des informations sur le comportement des consommateurs de drogues illégales sur le marché du travail. A noter que l'enquête (téléphonique) sur la population active (ESPA), qui avait servi à mesurer les coûts indirects du tabac et de l'alcool, n'est pas utilisable car les principales personnes concernées – les toxicomanes dépendants – ne peuvent généralement pas être atteints.

3.3.3 Coûts humains

Les méthodes basées sur la *disposition à payer* (DAP) mesurent en termes monétaires l'impact de la maladie sur le bien-être. La somme que les individus sont prêts à payer pour bénéficier du bien sur lequel porte l'évaluation – par exemple un traitement ou une mesure préventive – exprime l'utilité qu'ils en retirent. Dans une évaluation contingente, si le marché

hypothétique est bien conçu, le consentement à payer correspond à la seule variation de la qualité de vie.

L'évaluation contingente est la méthode la plus utilisée pour estimer la valeur d'un bien non marchand. Elle doit permettre de déterminer la valeur que les individus attribuent à un bien, tel que la santé, pour lequel aucun marché n'existe. L'idée de la méthode est de recréer un marché fictif ou contingent que l'on présente à la personne interrogée sous la forme d'un scénario. Celui-ci décrit le bien ou service proposé ainsi que les conditions auxquelles il peut être acquis. Les participants sont ensuite invités à révéler leurs préférences en annonçant le montant maximal qu'ils seraient disposés à payer pour obtenir ce bien. Selon la théorie, cette somme reflète la valeur que les individus attribuent au bien proposé.

La méthode de l'évaluation contingente présente deux avantages : de solides fondements théoriques et un large champ d'application. Elle repose sur la *théorie économique du bien-être*, qui postule que la valeur d'un bien dépend de sa rareté, de l'utilité qu'en retire le consommateur et du revenu de ce dernier (Hicks 1982). Lorsque la quantité consommée ou la qualité d'un bien varie, alors que celles des autres biens restent inchangées, le bien-être du consommateur est modifié. L'évaluation contingente donne une estimation monétaire de cette variation. Le second attrait de cette méthode est sa *flexibilité*. Elle peut en effet être appliquée dans toutes les situations où un marché hypothétique est concevable. Jusqu'à présent, elle a été largement utilisée pour connaître la valeur attachée aux biens environnementaux, tels que des sites naturels, des espèces rares ou la qualité de l'air (Carson *et al.* 1994). Dans le domaine de la santé, son application s'est généralisée depuis le milieu des années 1980 (Thompson 1986, Johannesson 1993). Elle permet d'évaluer les coûts humains d'une atteinte à la santé, la valeur de la vie humaine ou les bénéfices découlant d'un programme de santé publique ou d'un traitement médical.

La réalisation d'une évaluation contingente nécessite de nombreuses précautions méthodologiques afin de garantir la validité de la démarche et de limiter les biais potentiels inhérents à ce type d'enquête. Il existe aujourd'hui une abondante littérature sur la validité des méthodes, les biais et les moyens de les éviter (Diener *et al.* 1999, Johansson 1995, Mitchell et Carson 1989). Un groupe d'experts américains – le NOAA Panel – a établi, sur mandat de la National Oceanic and Atmospheric Administration, un catalogue de recommandations (Arrow *et al.* 1993). Ces spécialistes concluent que l'évaluation contingente donne une estimation des dommages suffisamment fiable pour servir de référence aux organes administratifs et judiciaires.

4. EPIDÉMIOLOGIE

La première étape consiste à obtenir les données épidémiologiques nécessaires à l'évaluation des coûts. Il s'agit de connaître la prévalence de la consommation de drogues illégales, le nombre de personnes dépendantes, les maladies liées à cette consommation et, pour chacune d'elles, la part des décès attribuable aux drogues illégales, l'âge au moment du décès ainsi que les incapacités de travail temporaires ou durables dont sont victimes les toxicomanes.

4.1 Comportements de consommation

Les effets, les risques et les dangers des drogues diffèrent suivant les produits et l'usage que l'on en fait. Que la substance soit licite ou illicite, la pratique médicale distingue trois types de rapport au produit : l'usage, l'usage nocif ou abusif et la dépendance. La Classification internationale des maladies (CIM-10) utilise l'expression de « consommation nocive » alors que la classification de l'Association psychiatrique américaine (DSM IV ou *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) parle de « consommation abusive ». Les types de comportement sont définis comme suit :

- ◆ L'**usage** est une consommation de substances psychoactives qui n'entraîne ni complications pour la santé, ni troubles du comportement ayant des conséquences négatives pour les proches ou la collectivité. Il s'agit d'une consommation occasionnelle et modérée, ou d'expérimentation chez les jeunes adultes. Par définition, l'usage n'entraîne pas de dommages pour la santé; il n'est donc pas considéré comme pathologique. Le fait que la substance soit illicite ne constitue pas un critère de pathologie.
- ◆ L'**usage nocif** (CIM) ou **abus** (DSM) de substances psychoactives se caractérise par une consommation répétée susceptible de provoquer des dommages physiques, psychoaffectifs ou sociaux pour le consommateur lui-même, ses proches ou la collectivité. Le caractère pathologique de la consommation est défini à la fois par la répétition de celle-ci et par le constat des dommages qu'elle entraîne.
- ◆ La **dépendance** aux substances psychoactives est caractérisée par l'impossibilité de s'abstenir de consommer. La vie quotidienne devient centrée autour de la recherche et de la prise du produit : la personne est dite pharmacodépendante. Il existe deux types de dépendance : psychique (ou *craving*) et physique (ou syndrome de sevrage).

Distinguer ces différentes formes de consommation a pour but de montrer que le danger pour la santé ne vient pas du type de substance mais plutôt de la manière dont le produit est consommé et du rapport que l'individu entretient avec le produit. Comme le relève le responsable d'un centre de soins à bas seuil, « on peut faire un usage doux de drogues dures et un usage dur de drogues douces ». Le groupe des dépendants aux substances psychoactives constitue le « noyau dur » des personnes dont le comportement engendre des coûts. Il est vrai cependant que toute personne qui consomme des drogues illégales peut porter atteinte à sa santé et provoquer des coûts pour la société. Ainsi, une personne consommant de la drogue pour la première fois de sa vie peut décéder d'une overdose.

4.2 Prévalence de la consommation en Suisse

Les habitudes de consommation de produits engendrant la dépendance – tabac, alcool, drogues illégales – sont en général recensées au moyen d'enquêtes représentatives. On obtient ainsi une information directe sur la fréquence de la consommation. Pour les drogues illicites,

cette approche pose problème car une enquête par téléphone ne permet pas d'atteindre l'ensemble des personnes dépendantes. Par ailleurs, il est probable que les consommateurs n'acceptent pas tous de révéler leur usage de drogues lors d'une enquête téléphonique. Pour estimer le nombre de personnes toxicodépendantes, il semble donc préférable de recourir à une approche indirecte. Ainsi, plusieurs auteurs ont réalisé des estimations en se fondant sur les dénonciations de la police, les décès dus à la drogue, les traitements de substitution à la méthadone et les séjours en institution.

4.2.1 Revue des travaux

Plusieurs experts ont tenté d'évaluer le nombre de consommateurs de drogues illicites en Suisse sur la base des dénonciations ou des décès liés à la consommation de drogues, en utilisant pour cela divers modèles. Toutes les estimations publiées jusqu'ici présentent des défauts sur le plan méthodologique et reposent sur des hypothèses pas toujours bien étayées (Maag 2000).

Rehm (1995) est le premier à avoir estimé le nombre de dépendants en Suisse. Son étude se fonde d'abord sur les résultats de l'Enquête suisse sur la santé 1992-1993. En raison des incertitudes qui entourent les données de cette enquête sur la consommation de drogues, Rehm recourt également à deux autres sources d'information, à savoir la mortalité due à la drogue et des avis d'experts, pour finalement évaluer à 30 000 le nombre de dépendants en Suisse. Estermann (1996) utilise la formule de Petersen¹⁵ pour estimer la population des personnes dépendantes de l'héroïne, de la cocaïne ou des deux; il se base sur les dénonciations de police pour les années 1990-1994 et fait l'hypothèse de la stabilité du nombre de consommateurs (héroïne et cocaïne) entre 1990 et 1994. Selon lui, le noyau dur des consommateurs de drogues illégales (c'est-à-dire le nombre de consommateurs réguliers¹⁶, dont certains sont dépendants¹⁷) est de 30 000 personnes, avec un intervalle de confiance compris entre 26 000 et 36 000 consommateurs. A la même époque, Knolle (1997b) calcule la prévalence de la consommation de drogues illicites à partir des dénonciations de police de la période 1990-1993. En pondérant les taux de dénonciation¹⁸ et en se servant d'un modèle, il conclut à une augmentation du nombre total des consommateurs de drogues illégales : celui-ci aurait passé de 86 500 en 1990 à 98 100 en 1993. Quant aux consommateurs d'héroïne et de cocaïne, leur nombre aurait augmenté plus rapidement encore, passant de 20 000 à 44 000. Knolle ne s'intéresse ni aux participants à des programmes de substitution ni à la population cachée, contrairement à Estermann, pour qui ce groupe est presque aussi important que celui qui est exposé aux dénonciations de la police. L'estimation

$$^{15} N_p = \frac{n_1 - n_2}{m_{12}}$$

où n_1 : nombre de consommateurs recensés la première année, n_2 : nombre de consommateurs recensés la deuxième année, m_{12} : nombre de consommateurs enregistrés la première année et réenregistrés l'année suivante.

¹⁶ Estermann considère comme consommateurs réguliers les personnes qui consomment des drogues illégales au moins une fois par semaine.

¹⁷ Estermann considère comme consommateurs dépendants les personnes qui consomment de façon intensive (quotidiennement), compulsive et problématique.

¹⁸ Il tient compte du nombre de dénonciations par la police et de la hausse du taux de dénonciation, liée à l'intensité de la vigilance policière et à la propension variée des différents groupes de population à s'exposer à un risque de contravention.

de Knolle a été revue par Zwahlen et Neuenschwander (1997), qui aboutissent à la conclusion que le nombre de consommateurs d'héroïne et de cocaïne est de l'ordre de 38 000.

Plus récemment, Maag (2000) a donné le chiffre de 30 000 personnes comme étant l'estimation la plus probable du nombre de dépendants de l'héroïne en Suisse pour l'année 1997. Il s'agit d'une estimation centrale, comprise dans une fourchette allant de 23 400 (valeur minimale) à 32 000 (valeur maximale). L'estimation de Maag repose sur cinq sources différentes¹⁹. Les bornes supérieure et inférieure correspondent à la moyenne arithmétique des valeurs les plus faibles et les plus élevées obtenues à partir de ces sources.

Tableau 4.1 : Tableau récapitulatif des estimations de prévalence

Auteurs	Année(s)	Prévalence estimée des consommateurs de drogues	Intervalle de confiance	Substances concernées	Méthodes
Rehm (1995)	1993	30 000	-	Héroïne/ cocaïne	Estimation à partir de trois sources : - Enquête suisse sur la santé 1992-1993 - Mortalité due à la drogue - Evaluation d'experts
Knolle (1997)	1993	44 000	-	Héroïne/ cocaïne	Loi de Poisson généralisée
Zwahlen et Neuenschwander (1997)	1993	38 000	35 000- 41 000	Héroïne/ cocaïne	Distributions de Poisson
Estermann (1996)	1993- 1994	32 454	32 091- 32 817	Héroïne	Capture/recapture
		27 319	25 923- 28 715	Cocaïne	
		36 050	35 344- 36 757	Héroïne/ cocaïne	
Maag (2000)	1997	30 000	23 400- 32 000	Héroïne	Moyenne arithmétique d'estimations fondées sur cinq sources

Après avoir dressé l'état des données disponibles, deux problèmes majeurs apparaissent. Tout d'abord, les estimations de prévalence sont toutes tributaires de la qualité très imparfaite des données statistiques au niveau national. De plus, sur la base de ces estimations, il est particulièrement difficile d'établir une distinction entre les consommateurs d'héroïne et les consommateurs de cocaïne car l'on dispose soit du nombre d'héroïnomanes, soit du nombre total de consommateurs des deux produits (héroïne et/ou cocaïne). Or les personnes dépendantes de l'héroïne ou de la cocaïne sont souvent des polytoxicomanes. Par conséquent, aucune estimation précise quant à la prévalence de chacune de ces substances n'est possible.

4.2.2 Prévalence

Sur la base des travaux disponibles, il paraît raisonnable d'estimer à 30 000 le nombre de *consommateurs dépendants de la drogue* en Suisse, avec un intervalle de confiance compris

¹⁹ Enquête suisse sur la santé 1997, décès dus à la drogue 1996-1998, dénonciations pour consommation d'héroïne 1996-1998, données concernant le traitement 1997 (SAMBAD, FOS), traitements avec méthadone.

entre 26 000 et 36 000 consommateurs. L'analyse des indicateurs indirects de la consommation de drogues illicites incite à conclure à la stabilité de la population des consommateurs dépendants en Suisse depuis 1993.

Tableau 4.2 : Evolution des principaux indicateurs indirects du nombre de consommateurs dépendants

Indicateurs	Evolution	Hypothèses de changement du nombre de consommateurs dépendants
Nombre de dénonciations :		►
- héroïne	↘	
- cocaïne	↗	
Age moyen des consommateurs	↗	► à ▼
Nombre de personnes en traitement	↗	±
Nombre de décès dus à la drogue	↘	±
Nouveaux cas de VIH	↘	●
Exposition au risque VIH	↘	●
Polytoxicomanie	↗	●
Fréquence d'injection	↗	●
Prostitution	→	●
Insertion sociale : logement	↗	●
Insertion sociale : travail	→	●
Aide sociale et AI	↗	●

Légende

↗ Augmentation, ↘ diminution, → stabilité.

± Indicateur incertain, ▼ indicateur en faveur d'une diminution, ► indicateur en faveur d'une stabilisation.

● Indicateur non pertinent.

Source : Gervasoni *et al.* (2000).

En conclusion, il est important de souligner que le nombre de 30 000 consommateurs dépendants de l'héroïne et (ou) de la cocaïne en Suisse est en quelque sorte une estimation « officielle »; c'est le chiffre de référence utilisé par les offices fédéraux (Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies, Office fédéral de la statistique et Office fédéral de la santé publique, notamment).

Selon l'Enquête suisse sur la santé, en 2002, plus d'un tiers des hommes et un cinquième des femmes habitant en Suisse de la classe d'âge des 15 à 39 ans avaient consommé une drogue illégale au moins une fois dans leur vie, ce qui correspond à environ 700 000 personnes (ISPA 2004). Les consommateurs de cannabis forment le contingent le plus grand. La comparaison de ces données avec celles de 1992-1993 montre un accroissement sensible du nombre de personnes ayant consommé du cannabis. Il est important de signaler que l'usage de cannabis n'est pas le chemin qui mène à l'héroïnomanie : on retrouve exactement le même pourcentage d'héroïnomanes qui ont ou qui n'ont pas expérimenté le cannabis²⁰. Les expérimentations déclarées de drogues autres que le cannabis sont peu fréquentes. Le tableau ci-dessous donne une estimation du pourcentage de personnes de 15 à 39 ans qui ont déclaré

²⁰ THS, *La revue des addictions*, mars 2003.

avoir consommé des drogues illicites. En ce qui concerne les autres drogues, on constate une progression de la consommation de cocaïne alors que celle d'héroïne tend plutôt à diminuer.

Tableau 4.3 : Proportion des personnes de 15 à 39 ans ayant déjà consommé de la drogue – comparaison entre 1992, 1997 et 2002, en %

Type de produit	Femmes			Hommes			Ensemble		
	1992	1997	2002	1992	1997	2002	1992	1997	2002
Drogue indéterminée	11,5	20,4	21,5	22,0	33,8	34,8	16,7	27,1	28,2
Cannabis	11,1	19,9	21,1	21,5	33,4	34,2	16,3	26,7	27,7
Héroïne	0,7	0,7	(0,5)	1,9	1,4	1,3	1,3	1,0	0,9
Cocaïne	1,8	2,2	1,9	3,5	4,3	4,0	2,7	3,3	2,9
Méthadone	0,3	0,3	*	0,5	0,5	*	0,4	0,4	(0,2)
Crack/freebase ²¹	0,1	-	-	0,0	-	-	0,1	-	-
Ecstasy ²²	-	1,5	1,5	-	2,8	2,9	-	2,2	2,2
Amphétamines et autres stimulants	0,6	0,8	(0,3)	1,5	1,7	1,6	1,1	1,2	1,0
Hallucinogènes	1,2	1,7	1,2	3,0	3,8	2,9	2,1	2,7	2,1
Autres	0,3	0,3	*	0,7	0,5	0,3	0,5	0,4	(0,2)

Légende : () = proportion représentant moins de 30 cas; * = proportion non représentative (moins de 10 cas).
Sources : ISPA (2004). Chiffres calculés sur la base de l'Enquête suisse sur la santé 2002. N : 6991.

Les hommes déclarent plus souvent être consommateurs de drogues illicites que les femmes, et ce pour tous les produits. Chez les adolescents, plus de 27% des jeunes de 15 ans et 17% des jeunes de 13 ans avaient déjà goûté au moins une fois au cannabis. La différence entre les garçons et les filles est à nouveau significative. Les autres drogues sont par contre beaucoup moins expérimentées à cet âge. D'autre part, il est à relever que, depuis 1986, la consommation de cannabis chez les jeunes âgés de 15 ans a quadruplé.

²¹ Données recueillies en 1992-1993 seulement.

²² Données non recueillies en 1992-1993.

Tableau 4.4: *Expérience de consommation de drogues illégales chez les élèves de 15 et 16 ans fréquentant la 9^e année scolaire*

Type de produit	Garçons			Filles		
	1990	1998	2002	1990	1998	2002
Cannabis	14,6	40,7	49,9	5,0	29,4	39,1
Médicaments (pris comme drogue)	1,7	2,3	2,0	2,2	5,0	4,2
Champignons hallucinogènes	-	5,5	5,5	-	2,9	3,8
Stimulants	2,6	3,6	2,8	2,2	2,7	2,9
Autres drogues	10,0	4,4	9,9	3,9	4,2	7,3
Ecstasy	-	2,6	2,7	-	1,1	3,8
Cocaïne	-	1,9	3,4	-	0,9	1,7
LSD	0,6	2,6	2,4	0,8	1,9	2,0
Héroïne	-	0,7	1,7	-	0,6	0,6

Source : ISPA (2003), Evolution de la consommation de substances psychotropes chez les écolières et les écoliers en Suisse.

4.3 Morbidité attribuable aux drogues illégales en Suisse

Toute consommation de drogues comporte des risques pour la santé. Ces risques ne viennent pas seulement de la structure chimique de la substance absorbée et de ses répercussions sur l'organisme. Ils sont bien plus fonction de la dose, de la fréquence, de la durée de la consommation, de la pureté et de la nocivité des additifs utilisés, du mode d'utilisation ainsi que des caractéristiques du consommateur, de sa santé psychique et de sa fragilité (ISPA 1997). Identifier les pathologies attribuables à la consommation de stupéfiants constitue un premier pas pour estimer les coûts directs et indirects de la mortalité et de la morbidité causées par les drogues. L'étude épidémiologique d'English *et al.* (1995) est la référence en la matière. Elle détermine les groupes de diagnostics associés à l'usage de drogues illicites (tableau 4.5). La plupart des études réalisées au cours de la dernière décennie (Harwood *et al.* 1998, ISPA 1997, Xie *et al.* 1996, Rice *et al.* 1990) se fondent sur les travaux d'English. Certains auteurs (Kopp *et al.* 2000, Collins et Lapsley 1996) se limitent à deux groupes de diagnostics, le sida et la toxicodépendance.

La consommation de drogues est certainement la cause unique de la pathologie dans les cas de psychose due à la drogue, de dépendance, d'abus ou d'intoxication; la fraction attribuable est par conséquent de 1. Dans d'autres cas, l'usage de stupéfiants n'est pas la seule cause possible de la maladie, mais le risque relatif est plus important pour les consommateurs que pour le reste de la population. Il en va ainsi du sida et des hépatites, auxquels les consommateurs de drogues sont davantage exposés lorsque la substance est consommée par injection intraveineuse. L'usage de drogues représente également un facteur de risque supplémentaire pour différents problèmes qui peuvent apparaître en cours de grossesse.

Dans leur évaluation des coûts de la consommation des drogues illicites, Xie *et al.* (1996) incluent également les accidents et blessures attribuables à cette consommation. Ils prennent en compte les accidents de la route, les intoxications accidentelles ainsi que les suicides et automutilations. Les blessures subies par les victimes d'agression et celles reçues au cours d'une intervention policière sont également recensées.

Tableau 4.5 : Groupes de diagnostics liés à la consommation de drogues illégales

CIM-10	Pathologie	Fraction attribuable	
		Hommes	Femmes
F11	Problèmes mentaux et de dépendance dus à la consommation d'opiacés	1,00	1,00
F12	Problèmes mentaux et de dépendance dus à la consommation de cannabis	1,00	1,00
F14	Problèmes mentaux et de dépendance dus à la consommation de cocaïne	1,00	1,00
F16	Problèmes mentaux et de dépendance dus à la consommation d'hallucinogènes	1,00	1,00
F19	Problèmes mentaux et de dépendance dus à la consommation de drogues multiples et à la consommation d'autres substances psychoactives	1,00	1,00
T43	Empoisonnement par des drogues psychotropiques, non classées ailleurs	1,00	1,00
X42	Empoisonnement accidentel par et du fait d'une exposition aux narcotiques et aux psychodysléptiques (hallucinogènes), non classés ailleurs	1,00	1,00
X62	Propre empoisonnement intentionnel par et du fait d'une exposition aux narcotiques et aux psychodysléptiques (hallucinogènes), non classés ailleurs	1,00	1,00
Y12	Empoisonnement par et du fait d'une exposition aux narcotiques et aux psychodysléptiques (hallucinogènes), non classés ailleurs, intention indéterminée	1,00	1,00
Z50.3	Procédures de réhabilitation du fait de la consommation de drogues	1,00	1,00
Z71.5	Conseils et surveillance du fait de la consommation de drogues	1,00	1,00
Z72.2	Usage de drogues (problèmes relatifs au style de vie)	1,00	1,00
Z21 ²³	VIH	0,12	0,12
B20-24	Sida	0,32	0,32
B16.2	Hépatite aiguë B sans agent delta, avec coma hépatique	0,27	0,25
B16.9	Hépatite aiguë B (sans agent delta et sans coma hépatique)	0,27	0,25
B17.1	Hépatite aiguë C	0,76	0,50
B18.1	Hépatite virale chronique B sans agent delta	0,06	0,02
B18.2	Hépatite virale chronique C	0,64	0,47

Sources : codification B. Camey (Hôpital de l'Île), hépatites : R. Kammerlander (OFSP), VIH et sida : M. Gebhardt (OFSP).

Certaines pathologies mentionnées dans le tableau ci-dessus ne sont pas prises en considération dans la présente étude, en raison du manque de données ou parce que le lien de causalité entre la maladie et la consommation est faible ou pas clairement établi. Finalement, ont été retenues dans l'analyse toutes les maladies dont la fraction attribuable aux drogues est de 100%, les hépatites B et C aiguës et chroniques ainsi que le VIH et le sida.

Parmi l'ensemble des pathologies indirectement liées à la consommation de drogues, les hépatites aiguë et chronique C sont les maladies les plus fréquemment contractées par les personnes s'injectant des drogues.

4.4 Mortalité due à la consommation de drogues illégales en Suisse

L'estimation du nombre de décès dus à la drogue demande de prendre en compte les cas de mortalité directement (overdoses, suicides, psychoses) et indirectement (maladies telles que sida, hépatites...) liés à la consommation de stupéfiants. L'estimation des décès directement

²³ Se référer aux annexes de l'étude de P. Zurn *et al.* (2001) : Appendix 10, p. 1-15.

des drogues repose sur deux sources : les données de l'Office fédéral de la police (OFP 2001) et celles de l'Office fédéral de la statistique (OFS 2004).

L'OFP considère comme victimes de la drogue les personnes suivantes (Rehm *et al.* 1995) :

1. Celles qui sont décédées des suites d'une surdose;
2. Celles qui ont succombé des suites de leur polytoxicomanie, qui consommaient plusieurs drogues simultanément, dont au moins une substance tombant sous le coup de la loi fédérale sur les stupéfiants;
3. Celles qui se sont suicidées en relation avec leur état de dépendance de la drogue;
4. Celles qui sont mortes accidentellement après avoir consommé de la drogue.

Les décès provoqués par une *surdose* représenteraient, selon les auteurs qui se sont intéressés à cette question, 96% des cas recensés par l'OFP (Schick et Alberto 1994).

Pour déterminer le nombre de personnes décédées des suites de la consommation de drogues illicites, l'OFS considère les codes suivants de la classification internationale des maladies CIM-10 (WHO 1992) : F11-F14, X42, X62, Y12. Ces codes regroupent les décès par *psychose*, *intoxication* ou *suicide* du fait d'un abus de drogues (OFS 2004, exploitation spéciale de la statistique des causes de décès par l'OFSP).

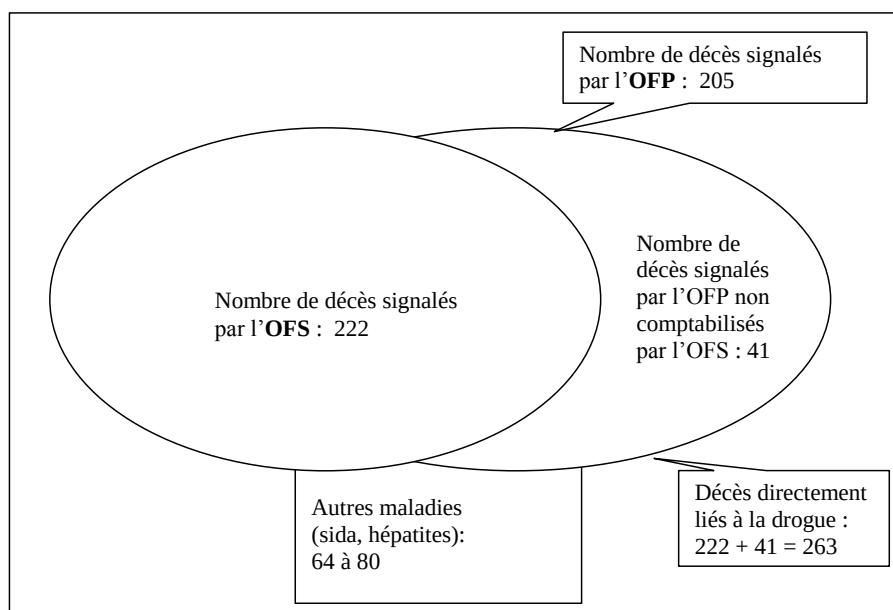
**Tableau 4.6 : Décès directement dus à la drogue
selon les codes CIM-10**

Code CIM-10	Libellé
F11	Problèmes mentaux et de dépendance dus à la consommation d'opiacés
F12	Problèmes mentaux et de dépendance dus à la consommation de cannabis
F13	Problèmes mentaux et de dépendance dus à la consommation de sédatifs ou d'hypnotiques
F14	Problèmes mentaux et de dépendance dus à la consommation de cocaïne
X42	Empoisonnement accidentel par et du fait d'une exposition aux narcotiques et aux psychodysléptiques (hallucinogènes), non classés ailleurs
X62	Propre empoisonnement intentionnel par et du fait d'une exposition aux narcotiques et aux psychodysléptiques (hallucinogènes), non classés ailleurs
Y12	Empoisonnement par et du fait d'une exposition aux narcotiques et aux psychodysléptiques (hallucinogènes), non classés ailleurs, intention indéterminée

Source : WHO (1992).

La principale difficulté résulte du risque de double comptabilisation. La statistique établie par l'OFP repose sur les constats de police, alors que la statistique de l'OFS se base sur les codes apposés par les médecins sur les fiches de décès. Il s'agit donc d'estimer la proportion des victimes de la drogue qui sont recensées à la fois par l'OFP et par l'OFS. Des analyses effectuées par Schick et Alberto (1994) ainsi que par Estermann (1996) démontrent qu'il y a recoupement dans 80% des cas.

Selon l'OFP (2001), le nombre de décès liés directement à la consommation de drogues en Suisse s'élève, pour l'année 2000, à 205. L'OFS, lui, recense 222 victimes de la drogue (OFS 2004).

Figure 4.1 : Décès dus aux drogues illicites en Suisse en 2000

En tenant compte du recoupement entre les statistiques de l'OFS et de l'OFSP, donc en éliminant les doubles comptages, on estime à environ 260 le nombre de décès directement liés à la consommation de drogues. A cela, il convient d'ajouter les décès indirectement liés à la consommation de drogues (« autres maladies »), soit 72 cas.

L'estimation du nombre de décès par suite de maladies indirectement attribuables à la consommation de drogues est particulièrement difficile. Les principales maladies mortelles auxquelles s'exposent les consommateurs de drogues sont le sida et les hépatites. Le risque est élevé pour les consommateurs qui s'injectent des drogues. On connaît le nombre de décès dus au sida chez des personnes s'étant injecté des drogues (OFS/OFSP), soit 48 en 2000, ce qui n'est pas le cas pour les hépatites. Pour ces dernières, il convient de passer par les fractions attribuables. En multipliant le nombre de décès dus aux hépatites par la fraction attribuable aux drogues, on obtient le nombre de décès dus aux hépatites contractées par injection de drogues. Pour chaque type d'hépatite, on connaît le nombre de cas de morbidité et les fractions attribuables à la drogue. L'usage veut, même si cette façon de faire n'est pas entièrement satisfaisante, que l'on applique la même fraction attribuable pour la morbidité et la mortalité. Pour les hépatites, cette méthode pose cependant problème du fait qu'une grande partie des hépatites mortelles contractées par les consommateurs de drogues (hépatite C qui devient chronique et aboutit à une cirrhose ou à un cancer du foie) ne se déclarent que vingt à trente ans plus tard, au contraire des hépatites fulminantes (aiguës). Par conséquent, en appliquant les fractions attribuables issues de la morbidité en 2000 à la mortalité de cette même année, on surestimerait le nombre de décès dus aux hépatites chez les consommateurs de drogues. Etant donné que l'usage de drogues illicites par un nombre relativement important de personnes est un phénomène relativement récent, ce n'est que dans quelques années que l'on connaîtra réellement le nombre de décès dus à des hépatites²⁴ chez les personnes

²⁴ Selon l'OFSP, il y a eu, en 1998, en Suisse, dans l'ensemble de la population, 23 décès dus aux hépatites A, B, C, D ou E. A cela, il s'agit d'ajouter les infections chroniques et les complications qui leur sont liées, dont la

s'injectant des drogues. Sur la base d'une étude nord-américaine qui est la seule source de données disponible, 5 à 10% des décès chez les toxicomanes seraient dus aux hépatites. Comme les hépatites ne sont pas prises en compte dans les décès directement dus aux drogues, il convient de les ajouter au total des décès.

Tableau 4.7 : Décès liés à la consommation de drogues

Pathologie	Nombre de décès
Overdoses, suicides, psychoses	263
Sida	48
Hépatites	16 à 32
Total	326 à 342

Après ce calcul, le nombre total de décès dus directement et indirectement à la consommation de drogues s'élève approximativement à 334²⁵ et le nombre de toxicomanes décédés à la suite d'une hépatite devrait se situer entre 16 et 32, soit entre 5% et 10% de l'ensemble des décès dus à la drogue.

cirrhose et le carcinome hépatocellulaire, responsables d'environ 50 décès par année (Kammerlander et al. 1998).

²⁵ Les 334 décès correspondent au milieu de l'intervalle compris entre 326 et 342 décès. Si l'on ne tient compte que des personnes de 0 à 74 ans, le nombre de décès s'élève à 322.

5. COÛTS DIRECTS DE LA CONSOMMATION DE DROGUES ILLÉGALES

Le présent chapitre décrit la méthode et les résultats de l'estimation des coûts directs. Les coûts directs correspondent aux dépenses engagées pour corriger les conséquences négatives de la consommation de drogues illicites, qu'il s'agisse d'atteintes à la santé ou de dommages matériels. Ils comprennent les traitements médicaux et hospitaliers, les dépenses engagées au titre des quatre piliers (prévention, thérapie, réduction des risques, répression) de la politique de la drogue menée par la Confédération, le coût direct du VIH/sida chez les personnes s'injectant des drogues, les accidents ainsi que les dommages matériels. Faute de données sur le montant des dommages ou sur la part attribuable aux drogues illicites, il a fallu renoncer à estimer quelques composantes des coûts directs, telles que les coûts occasionnés par les accidents (accidents de la route et chutes accidentelles), les dommages à la propriété et les vols. La méthode dite du coût de réparation – une variante de la méthode du capital humain – a été utilisée pour donner une valeur monétaire aux dommages.

L'évaluation des coûts directs est divisée en trois parties :

- ◆ Le coût des traitements médicaux et hospitaliers;
- ◆ Le coût direct du VIH/sida chez les toxicomanes.
- ◆ Le coût des politiques publiques, soit les dépenses engagées pour mettre en œuvre la politique de la drogue;

5.1 Coût des traitements médicaux et hospitaliers

5.1.1 Traitements chez le médecin et médicaments sur ordonnances

En ce qui concerne la toxicodépendance, le principal rôle des médecins consiste à administrer les traitements de substitution à la méthadone et à soigner des maladies liées à la consommation de substances psychoactives. Les traitements chez le médecin représentent un coût peu élevé comparé aux dépenses engagées pour les autres formes de thérapie.

Aucune statistique officielle ne contient d'informations sur les traitements médicaux administrés à des personnes toxicodépendantes. L'estimation du nombre de visites chez le médecin et du nombre d'ordonnances délivrées provient d'une banque de données privées (IHA-IMS Health, 2002). Celle-ci fournit des informations sur la fréquence des consultations dans les cabinets médicaux selon le diagnostic²⁶.

Le coût moyen par consultation correspond au coût global des traitements ambulatoires divisé par le nombre total des consultations. Selon la statistique des coûts du système de santé, une consultation coûte en moyenne 117,00 francs (OFS 2002).

²⁶ Pour les diagnostics où la drogue ne représente qu'un facteur de risque parmi d'autres, des fractions attribuables ont été appliquées, afin de séparer les cas dus à la consommation de drogues illicites des autres cas. Le nombre de cas enregistrés pour certains diagnostics étant très faible, les valeurs utilisées pour l'estimation des coûts (consultations et ordonnances) sont des moyennes sur deux ans. Le coût des cas de VIH/sida est estimé au point 5.3.

Tableau 5.1 : Coût des traitements chez les médecins en pratique privée, en milliers de francs, 2000

CIM-10	Groupe de diagnostics	Consultations totales	FA*	Consultations attribuées	Coût des consultations attribuées, en milliers de francs
F11	Dépendance aux opiacés	147 644	1,00	147 644	17 274,3
F12	Dépendance au cannabis	18 064	1,00	18 064	2 113,5
F14	Dépendance à la cocaïne	7 150	1,00	7 150	836,6
F19	Dépendance aux autres substances	172 257	1,00	172 257	20 154,1
Z50.3	Réhabilitation pour consommation de drogues	32 472	1,00	32 472	3 799,2
B16.9	Hépatite aiguë B	6 835	0,27	1 813	212,1
B17.1	Hépatite aiguë C	16 127	0,69	11 165	1 306,3
B18.1	Hépatite virale chronique B	7 051	0,04	283	33,1
B18.2	Hépatite virale chronique C	32 009	0,57	18 258	2 136,2
Total		439 609		409 106	47 865,4

* FA : fraction attribuable à la consommation de drogues illicites pour chaque groupe de diagnostics. Les chiffres étant arrondis, il se peut que des montants inscrits s'écartent légèrement du total.
Sources : IHA-IMS Health (2002), OFS (2002), calculs IRER.

Le coût moyen par ordonnance correspond au produit des ventes de médicaments en Suisse divisé par le nombre total d'ordonnances. Il est estimé à 78,70 francs (Pharma-Information 2000, OFS 2002).

Tableau 5.2 : Coût des médicaments délivrés sur ordonnances par les médecins et les pharmacies, en milliers de francs, 2000

CIM-10	Groupe de diagnostics	Ordonnances totales	FA*	Ordonnances attribuées	Coût des ordonnances attribuées, en milliers de francs
F11	Dépendance aux opiacés	1 122	1,00	1 122	88,3
F12	Dépendance au cannabis	303	1,00	303	23,8
F14	Dépendance à la cocaïne	121	1,00	121	9,5
F19	Dépendance aux autres substances	1 817	1,00	1 817	143,0
Z50.3	Réhabilitation pour consommation de drogues	356	1,00	356	28,0
B16.9	Hépatite aiguë B	217	0,27	59	4,6
B17.1	Hépatite aiguë C	277	0,69	191	15,0
B18.1	Hépatite virale chronique B	1 356	0,04	54	4,2
B18.2	Hépatite virale chronique C	5 077	0,57	2 894	227,8
Total		10 646		6 919	544,4

* FA : fraction attribuable à la consommation de drogues illicites pour chaque groupe de diagnostics. Les chiffres étant arrondis, il se peut que des montants inscrits s'écartent légèrement du total.
Sources : IHA-IMS Health (2002), Pharma-Information (2000), Statistique du coût du système de santé (OFS 2000a), calculs IRER.

En additionnant le coût des traitements chez les médecins en pratique privée et celui des médicaments délivrés sur ordonnances par les médecins et les pharmacies, on obtient le coût

des traitements médicaux liés à la consommation de drogues illicites. En 2000, il s'élève à 48,4 millions de francs.

5.1.2 Traitements stationnaires en hôpitaux de soins généraux et cliniques psychiatriques

La Statistique médicale des hôpitaux (OFS 2001) renseigne sur le nombre de cas et la durée moyenne de séjour par classe d'âge et selon le code diagnostique (CIM-10) pour les établissements hospitaliers et les cliniques psychiatriques. Le nombre de cas liés à la consommation de drogues illicites est obtenu en appliquant les fractions attribuables correspondantes. A relever que seuls les diagnostics principaux ont été pris en considération. Le VIH/sida est examiné au point 5.3.

Tableau 5.3 : Journées d'hospitalisation selon le diagnostic, 2000

CIM-10	Groupe de diagnostics	Nombre de cas	FA*	DMS**	Journées d'hospitalisation
F11	Dépendance aux opiacés	1 893	1,00	15,37	29095,4
F12	Dépendance au cannabis	170	1,00	19,08	3243,6
F14	Dépendance à la cocaïne	237	1,00	14,88	3526,6
F16	Dépendance aux hallucinogènes	41	1,00	10,73	439,9
F19	Dépendance aux autres substances	2 660	1,00	29,49	78 443,4
T43	Empoisonnement par des drogues	200	1,00	3,67	734,0
X42	Empoisonnement accidentel aux drogues	-	1,00	-	-
X62	Empoisonnement intentionnel aux drogues	6	1,00	2,00	12,0
Y12	Autre empoisonnement aux drogues	1	1,00	3,00	3,0
Z50.3	Réhabilitation pour consommation de drogues	61	1,00	11,95	729,0
Z71.5	Conseils et surveillance pour consommation de drogues	11	1,00	9,09	100,0
Z72.2	Usage de drogues	10	1,00	13,30	133,0
B16.2	Hépatite aiguë B avec coma hépatique	1	0,27	5,00	1,4
B16.9	Hépatite aiguë B	63	0,27	9,32	158,5
B17.1	Hépatite aiguë C	53	0,70	6,62	245,6
B18.1	Hépatite virale chronique B	64	0,04	5,86	15,0
B18.2	Hépatite virale chronique C	259	0,57	7,35	1 085,1
Total					117 965,5

* FA : fraction attribuable à la consommation de drogues illicites pour chaque groupe de diagnostics.

** DMS : durée moyenne de séjour.

Source : Statistique médicale des hôpitaux, OFS (2001).

Le coût moyen par jour de soins s'obtient en divisant les coûts hospitaliers totaux par le total des journées d'hospitalisation (OFS 2002). Le coût par journée à l'hôpital est de 830 francs. Pour l'ensemble des diagnostics liés à la drogue et en tenant compte des fractions attribuables, la consommation de drogues illicites est à l'origine de 118 000 journées d'hôpital.

Finalement, le coût total des traitements hospitaliers du fait de la consommation de drogue s'élève à 97,9 millions de francs.

5.2 Coût des politiques publiques

En 1991, le Conseil fédéral a élaboré une stratégie dans le but de réduire les problèmes liés à la drogue. Appelée « politique des quatre piliers », la stratégie du gouvernement repose sur les axes suivants : la prévention, qui vise à empêcher l'entrée dans la dépendance et à favoriser le dépistage précoce de l'abus de substances et de la dépendance; la thérapie, soit le traitement et la réinsertion des toxicomanes; la réduction des risques et l'aide à la survie pour les personnes dépendantes et, enfin, la répression, soit la poursuite pénale de la production, du commerce et de la consommation illicite des substances soumises à la loi.

5.2.1 Prévention et recherche

Les coûts de prévention ont été estimés en utilisant la méthodologie adoptée par Danthine et Balletto (1990). La première étape de l'estimation consiste à identifier la provenance des fonds utilisés par les cantons pour financer les campagnes d'information et d'éducation. Une partie importante de ces actions est payée par le produit de la dîme de l'alcool, qui atteint quelque 24,5 millions de francs (exercice 2000-2001). Selon la recommandation de la Régie fédérale des alcools, 30% de ce montant devraient être affectés à la lutte contre la drogue, dont la moitié pour la prévention. Ce sont donc 3,7 millions qui devraient être affectés à la prévention de la toxicomanie.

Il existe cependant d'autres sources de financement de la prévention que la dîme de l'alcool. L'Office fédéral de la santé publique a estimé que ces dépenses étaient comprises entre 30 et 35 millions au milieu des années 90 (OFSP 1996). En tenant compte du renchérissement, les dépenses de prévention en 2000 – avec la prévention du sida²⁷ – devraient atteindre 35,6 millions.

Quant aux dépenses de recherche, elles atteignent 17,6 millions.

5.2.2 Thérapie de la toxicodépendance

5.2.2.1 En établissement résidentiel

Les thérapies résidentielles sont des thérapies axées sur l'abstinence. L'offre résidentielle comprend des centres de transition, des communautés thérapeutiques et des institutions de réinsertion. La majorité des institutions thérapeutiques proposent des programmes de traitement d'une durée d'au moins douze mois, alors que les centres de transition offrent des programmes d'un à six mois en moyenne. Environ 15% des institutions sont définies comme des institutions de sevrage et de transition alors que 85% sont des établissements de thérapie, de réhabilitation et de suivi postcure. Le coût des établissements résidentiels s'élève à 175,3 millions de francs pour l'année 2000 (OFS 2002).

²⁷ Il faut encore prendre en considération les dépenses de prévention engagées dans la lutte contre le sida. Zurn *et al.* (2001) estiment ces dépenses à 54,7 millions de francs pour 1998. Compte tenu de la part attribuable aux drogues illicites dans la prévalence du VIH-sida, il paraît justifié d'attribuer un cinquième de cette somme, soit 10,9 millions pour 2000 en tenant compte du renchérissement, à la prévention des problèmes de drogue.

5.2.2.2 Traitements ambulatoires

Les recherches neurobiologiques ont montré qu'il était possible de saturer les récepteurs à opiacés du cerveau grâce à un traitement de substitution à l'héroïne ou à la méthadone. Ce traitement, dit à « moyen seuil », diminue le désir d'opiacés chez le toxicomane et annule les effets physiologiques recherchés lors de la consommation d'héroïne. Un patient dont les récepteurs à opiacés sont saturés ne ressent plus l'effet des opiacés, même s'il en consomme. Toutefois, il y a un risque que le patient qui n'est pas prêt à l'abstinence ait recours à des produits sur lesquels la méthadone n'a pas d'influence, par exemple la cocaïne ou les amphétamines.

a) Prescription médicale d'héroïne (moyen seuil)

Les traitements avec prescription médicale d'héroïne sont réservés à une faible proportion (environ 4%) des personnes toxicodépendantes. Le programme s'adresse à des toxicomanes gravement dépendants, qui ont connu plusieurs échecs et rechutes lors de différents traitements et qui éprouvent de sérieux problèmes de santé et d'intégration sociale.

Dans son étude de 2001, l'Office fédéral de la santé publique a estimé le coût par patient et par jour à 55 francs. Le nombre de places de traitement disponibles étant de 1038, avec un taux d'occupation moyen de 90%, il y a eu un peu moins de 340 000 journées de traitement en 2000 (OFSP 2001). Cependant, il faut tenir compte du fait qu'en 2000, le taux moyen d'occupation était de 87%. Finalement, le coût total des traitements avec prescription d'héroïne est de 18,1 millions de francs.

Tableau 5.4 : *Coût des traitements avec prescription d'héroïne, en milliers de francs, 2000*

Nombre de places de traitement	1 038
Taux moyen d'occupation, en %	87
Coût du traitement par patient par jour, en francs	55
Coût total des traitements	18 129

Source : OFSP (2001).

b) Traitements à la méthadone (moyen seuil)

La méthadone est une substance de même nature que l'héroïne, soit un dérivé de l'opium. Les traitements de substitution à la méthadone existent en Suisse depuis le début des années 1970. Le nombre de traitements à la méthadone – un traitement correspond à 365 jours de placement en institution – a fortement augmenté, passant de 1804 en 1987 à 18 461 en 2000 (OFSP 2001). Le coût du traitement par patient et par jour est compris entre 15 et 30 francs, soit en moyenne 22,50 francs par jour (OFSP 2001).

Tableau 5.5 : Coût total des traitements de substitution à la méthadone, en milliers de francs, 2000

Nombre de traitements	18 393
Coût du traitement par patient par jour, en francs	22,5
Coût total des traitements	151 052,5
Traitements administrés par les médecins (- 20%)	30 210,5
Coût total corrigé des traitements	120 842,0

Source : Statistique nationale de la substitution, OFSP (2000).

La statistique de l'Office fédéral de la santé publique recense aussi bien les personnes qui se procurent la méthadone en pharmacie que chez le médecin. Il y a donc un risque de double comptabilisation avec le coût des consultations chez les médecins en pratique privée. C'est pourquoi le coût total des traitements à la méthadone recensé par l'OFSP, estimé à partir de la Statistique nationale de la substitution, est réduit de 20%, l'hypothèse étant que les médecins en pratique privée administrent le traitement dans un cas sur cinq. Finalement, le coût total des traitements à la méthadone, après déduction des traitements chez le médecin, s'élève à 120,8 millions de francs.

5.2.3 Réduction des risques et aide à la survie

L'aide à la survie vise à permettre aux personnes toxicodépendantes de rester en vie et de traverser la période de dépendance avec le minimum de dommages physiques, psychiques et sociaux. Elle vise aussi à réduire le risque de condamnation pénale (ISPA 1997). Par conséquent, l'objectif prioritaire n'est pas l'abstinence mais l'augmentation des chances de sortie de la dépendance (« *harm reduction* »).

Offres à « bas seuil »

La première difficulté consiste ici à définir le concept de « bas seuil ». Ce terme fait référence aussi bien à des centres qu'à des services et désigne les aides pour lesquelles les conditions d'accès et de participation sont minimales. Les offres à bas seuil sont très diversifiées : mise à disposition de matériel d'injection stérile, de lieux d'injection, de soins médicaux, d'installations sanitaires, offre de logement, de travail, accueil de jour, repas, traitements de substitution. Le problème est que ces structures n'utilisent pas toutes le terme de « bas seuil » pour qualifier leurs services bien que leurs activités s'inscrivent dans la politique de réduction des risques et d'aide à la survie. Inversement, d'autres structures se définissent comme des institutions de bas seuil alors que leurs activités ne répondent pas à ces buts. De plus, la tendance actuelle est à la prise en charge individualisée, sans seuil, c'est-à-dire quelle que soit la trajectoire de la personne toxicomane. Enfin, il arrive fréquemment que les établissements accueillent à bas seuil, à côté des consommateurs de drogues illicites, d'autres personnes socialement défavorisées. Afin de mieux cerner le concept, Benninghoff (1999) propose des critères pour distinguer deux types d'aide aux consommateurs de drogues : les offres de soins à bas seuil et à haut seuil.

Tableau 5.6 : Distinction entre bas seuil et haut seuil

	Bas seuil	Haut seuil
Critères généraux		
Approche	Approche pragmatique	Approche normative
Objectifs	Tolérance de la consommation	Rejet de la consommation
	Réduction des dommages	Activités thérapeutiques
Accès	Accueil	Abandon de la consommation
	Accès libre	Accès organisé
	Anonymat	Enregistrement
Exigences	Aucune demande	Formulation d'une demande
	Sans engagement	Engagement dans un contrat
Critères de fonctionnement		
Prise en charge	Pas de prise en charge individuelle	Prise en charge individuelle
Organisation	Flexibilité	Flexibilité non prioritaire
	Heures d'ouverture adaptées	
Règles	Règles d'utilisation du service	Règles de comportement dans et hors du service
	Restrictions liées aux heures d'ouverture	
Consommation	Consommation possible	Abstinence exigée
Coût pour l'individu	Gratuit ou faible coût	Coût élevé, souvent à la charge des assurances sociales

Source : Benninghoff (1999).

Il n'existe pas de statistique des dépenses dans les structures à bas seuil. Une estimation a été effectuée pour trois cantons : Genève, Vaud et Neuchâtel.

Tableau 5.7 : Dépenses des centres à bas seuil dans les cantons de Genève, Neuchâtel et Vaud, en milliers de francs, 2000²⁸

Canton	Montant des charges²⁹
Neuchâtel	4 138,0
Vaud	5 147,3
Genève	959,3

Source : Comptes 1998 des structures de soins à bas seuil.

Une fois éliminées les différences dues à la taille, il ressort que les dépenses en soins à bas seuil sont relativement élevées dans le canton de Neuchâtel et relativement basses dans le canton de Genève, Vaud occupant une position intermédiaire. Vaud apparaît comme un canton moyen dans ce domaine; ce sont les valeurs observées dans ce canton qui ont servi à l'estimation pour la Suisse.

Faute d'informations plus précises, il a été admis que les dépenses pour les soins à bas seuil dépendent de la population concernée – consommateurs de drogues gravement dépendants –

²⁸ Neuchâtel : Drop'in, CPTT et APT; Vaud : Entrée de secours, Zone bleue, Fleur de pavé, Parachute, Centre Saint-Martin, Bus Rel'ais, Action communautaire et toxicomanie (ACT), Unité ambulatoire de soins (UAS); Genève : Bus itinérant prévention sida et Boulevard.

²⁹ Les informations ont été adaptées au renchérissement (IPC).

et de la politique d'aide à la survie menée par les cantons. Vaud est considéré ici comme un canton représentatif, dont les dépenses par consommateur dépendant se situent dans la moyenne nationale. Diverses estimations permettent de situer le nombre de consommateurs dépendants dans une fourchette de 2500 à 3000 pour le canton de Vaud (Benninghoff 1999). D'autre part, la prévalence des dépendants pour l'ensemble de la Suisse s'élève à 30 000. Le canton de Vaud représente donc environ un dixième de la population des toxicomanes en Suisse (entre 8,3% et 10%). En sachant que les dépenses du canton de Vaud pour les centres de soins à bas seuil sont estimées à 5 millions et en admettant que le coût des soins à bas seuil par personne dépendante y est proche de la moyenne suisse, les coûts engagés pour l'aide à la survie et la réduction des risques en Suisse se situent entre 50 et 60 millions.

Afin d'apprécier la sensibilité du résultat au choix de la base d'extrapolation, l'estimation du coût des soins à bas seuil a été effectuée en prenant comme base les décès dus aux drogues illicites dans les cantons (OFS 2004). La part du canton de Vaud dans l'ensemble des décès dus aux drogues se monte à 7,24%. Le coût des soins à bas seuil pour la Suisse est alors estimé à 70 millions.

Comme aucun argument ne permet de privilégier un critère d'extrapolation plutôt que l'autre, il faut admettre que le coût des soins à bas seuil se situe entre 50 et 70 millions de francs.

5.2.4 Répression

La répression en matière de drogue vise à diminuer l'offre, à lutter contre le trafic et les opérations financières illégales que celui-ci implique, et enfin à combattre le crime organisé. Ainsi, depuis quelques années, la police ne traque plus en priorité les consommateurs, mais les producteurs, les passeurs et les trafiquants.

Aucune étude n'a été publiée ces dernières années sur la répression en matière de drogue et les coûts qu'elle représente pour la collectivité. L'étude la plus récente et celle qui offre les meilleures garanties méthodologiques a été menée par Estermann (1995). Les estimations, qui ont nécessité un important travail de collecte de données, portent sur 1991. Elles se fondent sur les données de l'Administration fédérale des finances, de la statistique policière sur les stupéfiants, de la statistique policière de la criminalité et de la statistique de l'exécution des peines. Il n'était pas possible dans le cadre de la présente étude d'effectuer des recherches approfondies sur les coûts de répression. Le choix a donc été fait d'actualiser les données de l'étude d'Estermann en tenant compte d'une part de l'évolution des salaires nominaux et du renchérissement entre 1991 et 2000 (15%³⁰) et de l'autre de l'évolution des infractions à la Loi sur les stupéfiants (LStup)³¹, afin d'obtenir une estimation pour l'année 2000. La classification des coûts en six postes adoptée par Estermann a été conservée.

³⁰ Taux calculé sur la base de l'indice suisse des salaires nominaux par catégorie de travailleurs (base = 1939). Source : OFS 2004a.

³¹ Loi fédérale sur les stupéfiants et les substances psychotropes.

a) Coûts des corps de police

On distingue les coûts des corps de police cantonaux et communaux. Le coût total des corps de police cantonaux, toutes causes confondues, s'élève à 1627 millions de francs. Le coût des corps de police communaux se monte quant à lui à 731 millions (Administration fédérale des finances, 2000). Selon Estermann, au début des années 1990, 15% des coûts des corps de police cantonaux et communaux étaient attribuables à la répression des drogues. Si ce coefficient était resté identique, les coûts des services de police engendrés par la drogue seraient de 352 millions de francs pour 2000. Ce taux de 15% est calculé sur la base de la proportion des dénonciations d'infractions à la Loi sur les stupéfiants par rapport à l'ensemble des infractions au code pénal et à la LStup. Toutefois, afin de tenir compte des efforts soutenus des forces de police dans la lutte contre la drogue, et en particulier de l'action proactive de la police, Estermann estime qu'il faut pondérer par un facteur 2,5 les dénonciations liées à la LStup. Alors que ces dénonciations représentaient 6% du total, les coûts de police engendrés par la lutte contre la drogue étaient donc estimés à 15% des dépenses totales de police au moment de l'étude d'Estermann.

Depuis 1991, le contexte dans lequel s'applique la politique de répression de la drogue a changé. Ainsi, la proportion des dénonciations pour infractions à la LStup a passé de 6% à 15% de l'ensemble des dénonciations, le nombre de dénonciations liées à la LStup ayant doublé en dix ans tandis que celles pour infractions au code pénal ont diminué. Le nombre des dénonciations liées à la drogue a ainsi passé de 23 470 en 1991 à 46 600 en 2000³². Parallèlement, le nombre total de dénonciations a diminué de 382 671 à 317 333³³. Si les efforts exigés des services de police continuent sans doute d'être plus importants pour les infractions à la LStup que pour les autres types d'infractions, le coefficient de 2,5 proposé par Estermann paraît peu vraisemblable dans le contexte actuel³⁴. Pour l'année 2000, l'estimation se fonde sur un surcoût de 50% pour les dénonciations à la LStup. La part des dépenses de police liées à la drogue représente aujourd'hui 22,5% des dépenses totales de police, soit 521,8 millions de francs.

b) Autres coûts de police

Ce poste comprend notamment la police des frontières, la police des lacs, les dépenses pour les services de sécurité privés et les services centraux au niveau de la Confédération. Au niveau fédéral, le montant net est de 98,5 millions de francs alors qu'il est de 24,6 millions aux niveaux cantonal et communal. Pour les coûts aux niveaux cantonal et communal, l'approche est identique à celle adoptée pour les corps de police (les dépenses attribuables à la drogue représentent 22,5% du total). En ce qui concerne les dépenses de la Confédération, le coefficient estimé par Estermann (20% des dépenses attribuables à la drogue) a été conservé. Les autres coûts de police s'élèvent à 25,2 millions de francs.

³² « Choix d'infractions dénoncées à la police, évolution », OFS, Encyclopédie statistique de la Suisse, Premium, 2004.

³³ « Infractions dénoncées à la police et suspects identifiés selon le type d'infraction », OFS, Encyclopédie statistique de la Suisse, Premium, 2004.

³⁴ Appliquer le coefficient proposé par Estermann (1995) afin de tenir compte de la politique proactive de la police en matière de drogue reviendrait à admettre que près de 40% des dépenses de police sont aujourd'hui attribuables à la lutte contre les stupéfiants, alors que cette proportion était de 15% en 1991. La part des dénonciations pour des délits liés aux stupéfiants dans l'ensemble des dénonciations ayant doublé, il ne serait pas judicieux de supposer que le travail proactif de la police en la matière ait augmenté dans la même mesure.

c) *Frais judiciaires*

Les frais de justice attribuables à la drogue sont calculés en prenant pour base la part des jugements pénaux inscrits au casier judiciaire central en lien avec la Loi sur les stupéfiants. Cette part n'a pratiquement pas changé entre le début et la fin des années 1990. Comme les condamnations pour infractions à la LStup n'ont quasiment pas varié depuis 1991³⁵, on peut admettre qu'il en va de même pour les inscriptions au casier judiciaire. Dans ces conditions, il paraît légitime d'admettre que 3% des frais de justice sont liés à la drogue, comme l'avait fait Estermann (1995). Les dépenses de justice attribuables à la drogue se montent à 19,4 millions de francs.

Il s'agit d'une estimation prudente, car les frais de procédure en rapport avec la LStup sont fixés à un niveau bas.

d) *Coût des établissements affectés à l'exécution des peines et des mesures*

Les dépenses nettes pour les établissements pénitentiaires se chiffrent au total à 363,5 millions de francs. Au début des années 1990, un tiers environ des détenus avaient été condamnés pour une infraction à la LStup. La dernière enquête sur l'exécution des peines qui permet de connaître la proportion des personnes détenues pour un délit lié à la drogue date de 1996. Cette part s'élevait alors à 50%³⁶. Pour estimer le coût de l'exécution des peines, faute de données plus récentes, nous avons utilisé cette proportion de 50%, ce qui revient à dire que la moitié des coûts de détention est attribuable aux drogues illicites. Les dépenses correspondantes s'élèvent à 181,7 millions de francs.

e) *Autres frais d'exécution des peines*

Il s'agit en particulier des coûts liés à la détention préventive, à l'arrestation et au transport des détenus, ainsi qu'au casier judiciaire. Ces coûts sont supposés varier en proportion des coûts de détention. Par conséquent, la proportion de 50% a également été utilisée pour estimer les autres frais d'exécution des peines. Les coûts se montent à 47,7 millions de francs.

f) *Patronage*

Le patronage vise la réinsertion des détenus libérés, par une assistance morale et matérielle. Faute de données récentes, l'estimation d'Estermann (1995) a été adaptée sur la base de l'évolution de l'indice des salaires. Le coût attribuable aux drogues illégales s'élève à 2,5 millions de francs.

³⁵ « Condamnations selon la loi appliquée, évolution », OFS, Encyclopédie statistique de la Suisse, Premium, 2004.

³⁶ « Privation de liberté », Communiqué de presse n°110/1997, OFS, décembre 1997.

Tableau 5.8 : Coûts de la répression en matière de drogues, en millions de francs, 2000

Domaine	Montant net en millions de francs Estimation prudente
Corps de police	521,8
Autres unités de police	25,2
Justice	19,4
Etablissements pénitentiaires	181,7
Autres institutions de droit pénal	47,7
Patronage	2,5
Total	798,4

Les chiffres étant arrondis, ils se peut que des montants inscrits s'écartent légèrement du total.

Sources : Estermann (1995); OFS (1997, 2004a, 2004b, 2004c, 2004d); AFF (2000a, 2000b).

5.3 Coût direct du VIH/sida chez les toxicomanes

La transmission du VIH/sida est fréquente chez les toxicomanes qui s'administrent leur drogue par voie intraveineuse. En effet, ces consommateurs de drogue réunissent les trois modes connus de transmission du VIH, soit la transmission par le sang (partage du matériel d'injection), la transmission sexuelle et la transmission mère-enfant. Toutefois, grâce aux mesures de prévention telles que la distribution de matériel d'injection et surtout grâce à des campagnes d'information sur les situations à risque et sur la manière dont le virus se transmet (Campagne Stop-Sida de l'Office fédéral de la santé publique), le groupe des personnes infectées par injection de drogue, qui représentait plus du tiers des malades du sida au milieu des années 1980, n'en constituait plus que 13% en 2000.

Une étude de Zurn *et al.* (2001) fournit une estimation des coûts directs du VIH/sida en Suisse, tous modes de transmission confondus. Si l'on connaît la proportion des infections liées à la drogue, on peut estimer la part des coûts directs totaux attribuables à la drogue à partir du travail de Zurn.

Il importe de distinguer le VIH du sida car la part des toxicomanes atteints du sida et celle des toxicomanes atteints du VIH ne sont pas identiques (28,5% pour le sida, 13,3% pour le VIH). Le sida est défini comme une progression de la maladie du VIH et ce sont des manifestations cliniques bien spécifiques (infections opportunistes, sarcome de Kaposi, encéphalopathie, syndrome cachectique à VIH et lymphomes) qui conduisent au diagnostic de sida. Cependant, à l'heure actuelle, pour estimer les coûts, la distinction entre les traitements du VIH et du sida ne se justifie pas vraiment car leurs coûts sont à peu près identiques³⁷. Les coûts directs du VIH/sida en Suisse sont de 168,1 millions de francs pour 1998 (Zurn *et al.* 2001). Le coût engendré par la consommation de drogues est, par hypothèse, proportionnel à la part des cas – VIH et sida – provoqués par la toxicomanie. Le coût direct attribuable à la drogue pour le VIH/sida s'élève à 40,3 millions de francs.

³⁷ Utilisation de traitements antirétroviraux quel que soit le stade de la maladie (pré-sida ou sida).

Tableau 5.9 : Coût du VIH/sida chez les personnes s'injectant des drogues

Pathologie	Nombre de cas total en 1998	Part des infections attribuables à la drogue	Nombre de cas attribuables à la drogue	Coûts attribuables à la drogue en milliers de francs
VIH	1 010	13,3%	118	6 566,9
Sida	2 129	28,5%	607	33 780,7
Total VIH/sida	3 139		725	40 347,6

Sources : Gebhardt (2001), Zurn *et al.* (2001).

5.4 Synthèse des coûts directs engendrés par la consommation de drogues illicites

Les coûts directs attribuables à la drogue, soit le coût des traitements médicaux et hospitaliers, le coût des politiques publiques et le coût du VIH/sida chez les toxicomanes, s'élèvent à 1,4 milliard de francs (Tableau 5.10.).

Tableau 5.10 : Coûts directs de la consommation de drogues illicites, en millions de francs, 2000

	Coûts	%
Traitements médicaux et hospitaliers	146,3	10.3
<i>Traitements chez le médecin et médicaments sur ordonnances</i>	48,4	3.4
<i>Traitements stationnaires (hôpitaux et cliniques)</i>	97,9	6.9
Politique de la drogue	1 225,8	86.8
<i>Prévention et recherche</i>	53,2	3.8
<i>Thérapie de la toxicodépendance</i>		
- Institutions résidentielles	175,3	12.4
- Traitements ambulatoires		
- Prescription médicale d'héroïne	18,1	1.3
- Traitements à la méthadone	120,8	8.6
<i>Réduction des risques et aide à la survie</i>		
- Offres de soins à bas seuil	60,0	4.2
<i>Répression</i>	798,4	56.5
Coût direct du VIH/sida chez les toxicomanes	40,3	2.9
Total	1 412,4	100.0

Avec près de 800 millions de francs, la répression absorbe plus de la moitié des coûts directs de la consommation de drogues illicites en Suisse en 2000. Inversement, l'Etat investit peu pour la prévention. En effet, celle-ci ne représente que 2% du total des coûts directs.

5.5 Comparaisons internationales

Des travaux sur les coûts directs de la consommation des drogues illicites ont été menés dans plusieurs pays. Les résultats ne sont que partiellement comparables, car l'évaluation des dommages est parfois très complète, parfois limitée à quelques domaines précis. Le fait que les coûts estimés en monnaie nationale doivent être transformés en unité commune – dollar américain au taux de change courant de l'année 2000 – est un autre facteur qui rend plus

difficiles les comparaisons. Les travaux de Rice *et al.* (1990) et de Harwood *et al.* (1998) sont les seuls à avoir estimé les coûts directs de la criminalité liée aux drogues illégales, ce qui explique en partie du moins les valeurs plus élevées en points de PIB. A l’opposé, l’étude française ne cerne qu’un champ étroit, soit le traitement des malades du sida infectés lors de la consommation de drogues illicites et les traitements de substitution (subatex). Afin de permettre une comparaison de ces travaux, les coûts directs ont été rapportés à la production totale du pays (PIB). Les résultats des études américaines sont convergents : les coûts des drogues illégales représentent 0,5% du PIB. Les coûts directs mesurés pour la Suisse dans la présente étude sont nettement plus élevés – en points de PIB – que ceux qu’avaient mesuré Danthine, Balletto et Bernasconi une dizaine d’années plus tôt. Il faut noter à ce propos que la politique de la drogue a changé depuis le début des années 1990, avec la mise en œuvre, en 1994, de la politique dite des quatre piliers. En matière de thérapies, l’offre proposée aux toxicomanes a été étendue et diversifiée. Ainsi, l’OFSP estime que, sur une population de 30 000 personnes dépendantes, la moitié bénéficie d’un traitement sous une forme ou une autre (traitement résidentiel, axé sur l’abstinence, ou ambulatoire, avec prescription de méthadone ou d’héroïne). Par ailleurs, la répression s’est intensifiée. Ainsi, le nombre de dénonciations pour des infractions à la Loi sur les stupéfiants est passé de 23 470 en 1991 à 46 600 en 2000. Ces changements expliquent dans une large mesure l’augmentation du coût direct des drogues illicites observé en Suisse depuis le début des années 1990.

Tableau 5.11 : Coûts directs de la consommation de drogue : comparaison internationale

Source	Pays	Année	Coûts mesurés	Coût total (en mio US\$) ¹	Coût total (en % du PIB) ²
Danthine et Balletto (1990)	Suisse	1988	CP/CT/J	182.1	0.10%
Bernasconi (1993)	Suisse	1990	CP/CT/J	310.2	0.14%
Koop et Fenoglio (2000)	France	1997	CP/CT/J	1 096.9	0.08%
Rice <i>et al.</i> (1990)	Etats-Unis	1988	CP/CT/CC	22 619.0	0.45%
Harwood <i>et al.</i> (1998)	Etats-Unis	1992	CT/J/CC	28 238.0	0.45%
Collins et Lapsley (2002)	Australie	1998-99	CT/J	2 070.0	0.53%
Jeanrenaud <i>et al.</i> (2004)	Suisse	2000	CP/CT/J	813.0	0.34%

CP : coûts de prévention, CT : coûts de traitement, J : coûts de répression, CC : coûts de la criminalité.

¹ en millions de dollars, au prix de l’année d’étude.

² PIB au prix courant de l’année d’étude.

6. COÛTS INDIRECTS DE LA CONSOMMATION DE DROGUES ILLÉGALES

6.1 Choix méthodologiques

6.1.1. Méthode d'estimation

Les coûts indirects ont été estimés à l'aide de la méthode du capital humain. Selon cette approche, le prix de la vie correspond à la valeur de la production réalisée tout au long de la vie active, valeur estimée par le revenu brut du travail d'un individu représentatif. Ainsi, lorsqu'une personne décède prématurément (coût indirect de mortalité) ou est incapable de travailler pour cause de maladie ou d'invalidité (coût indirect de morbidité), la production potentielle du pays s'en trouve diminuée. Le montant du dommage correspond à la valeur de la production non réalisée dans le cadre d'une activité professionnelle, d'un travail domestique ou d'une occupation bénévole.

La méthode du capital humain postule que la production perdue à la suite d'une incapacité de travail temporaire ou permanente l'est définitivement, les entreprises n'ayant pas la possibilité de remplacer la personne malade ou décédée par un travailleur sans emploi ayant les mêmes qualifications. Cela revient à supposer implicitement que l'économie se trouve dans une situation proche du plein emploi. Quelques auteurs contestent cette manière de faire et proposent une autre approche, dite du « coût de friction ». Ils considèrent en effet qu'en cas d'absence temporaire ou durable d'un travailleur, l'entreprise est à même de recruter un remplaçant – chômeur ou non – et de retrouver ainsi rapidement son niveau de production antérieur (Koopmanschap *et al.* 1992). Cette méthode suppose que les pertes de production d'un individu malade ou décédé se limitent au temps nécessaire à le remplacer sur son lieu de travail. Les pertes de production sont estimées à partir de cette période d'attente dénommée « période de friction ». Dès que l'entreprise réembauche, il n'y a plus de pertes de production. Par conséquent, l'importance des coûts est étroitement liée à la situation sur le marché du travail. Plus le taux de chômage est élevé, plus la période de friction est courte et moins les pertes de production sont élevées.

Finalement, la méthode du capital humain a été préférée à la méthode du coût de friction parce qu'elle repose sur des fondements théoriques plus solides³⁸. De plus, faire l'hypothèse que l'économie suisse dispose d'une réserve de travail est peu réaliste, puisque le taux de chômage se trouve presque en permanence à son niveau jugé incompressible.

L'approche de la disposition à payer aurait également pu être adoptée pour estimer les pertes de production³⁹. Cette voie n'a pas été suivie, parce qu'une méthode fondée sur les

³⁸ La méthode du coût de friction fait l'objet de nombreuses critiques. Selon Johannesson et Karlsson (1997), elle repose sur des hypothèses peu plausibles. Par exemple, elle postule qu'après la période de friction, le coût d'opportunité du travail est nul ou encore que l'absentéisme pour cause de maladie réduit le taux de chômage. Ces deux hypothèses ne se vérifient pas dans la réalité. De plus, il existe une seule application de cette méthode, sur le coût des maladies cardio-vasculaires aux Pays-Bas (Koopmanschap et van Ineveld 1992). Selon les résultats de l'estimation réalisée par les chercheurs de l'université de Rotterdam, le coût indirect estimé par la méthode du coût de friction représente environ un douzième des pertes brutes de production estimées par l'approche du capital humain.

³⁹ On aurait alors utilisé une évaluation contingente ou une autre méthode de préférence exprimée pour mesurer non seulement les coûts humains mais également les coûts économiques directs et indirects (approche extensive de la disposition à payer, Drummond *et al.* 1999).

préférences individuelles risque de ne pas conduire à une mesure correcte des coûts indirects lorsqu'une part importante des pertes de revenu est prise en charge par le système d'assurances sociales (Jeanrenaud et Priez 1999).

6.1.2 Coûts mesurés et non mesurés

Les dommages pris en compte sont la valeur de la production non réalisée dans le cadre d'une activité professionnelle, d'un travail domestique ou d'une occupation bénévole. Les causes de cette baisse de la production sont le décès prématuré, la maladie (incapacité temporaire de travail), l'invalidité permanente et la baisse de la productivité sur le lieu de travail.

Certains coûts n'ont toutefois pas pu être estimés, faute de données statistiques. Il s'agit du temps de visite des proches aux victimes hospitalisées ou placées dans un centre de traitement spécialisé pour toxicomanes, du temps non consacré à une activité rémunérée pour cause d'assistance à un proche malade et du temps que le patient ou sa famille passe à se rendre chez le médecin ou à l'hôpital. Le coût indirect de la morbidité pour les hommes et les femmes âgés respectivement de plus de 65 et 62 ans n'est pas non plus évalué, faute de données statistiques.

6.1.3 Pertes de production non marchande

Les pertes de production non marchande sont également estimées selon l'approche du capital humain. Il s'agit de connaître le nombre d'heures que les ménages consacrent aux activités domestiques et au bénévolat, ainsi que la valeur d'une heure de travail non rémunéré. Pour estimer celle-ci, la méthode du coût du marché, plus conservatrice, a été préférée à la méthode du coût d'opportunité. La valeur attribuée aux activités domestiques et au bénévolat correspond au prix des services correspondants sur le marché, soit au salaire horaire brut d'une personne exerçant la même activité à titre professionnel : les activités domestiques sont valorisées d'après le salaire d'un employé de maison et le bénévolat d'après le salaire moyen brut de la population active.

6.1.4 Taux d'actualisation

Le choix du taux d'actualisation doit faire l'objet d'une réflexion approfondie car la valeur des pertes de production est très sensible au niveau du taux. Plus celui-ci est élevé, plus les dommages qui surviennent dans un futur éloigné perdent de l'importance.

Quelques auteurs émettent des doutes sur l'opportunité d'actualiser les coûts et les bénéfices dans le domaine de la santé. La majorité estime cependant que les dépenses de prévention et de traitement constituent un investissement et qu'il n'y a aucune raison de ne pas actualiser les bénéfices qui en résultent. De même, les comportements qui ont des conséquences négatives pour la santé aboutissent à une perte de capital humain ; par conséquent, les coûts associés à ces comportements doivent être actualisés, il n'y a aucune raison de faire une exception (voir Krahn et Gafni 1993, Viscusi 1996, Kopp 2001). Les auteurs qui recommandent un taux nul en économie de la santé (West 1996, Barendregt *et al.* 1999) donnent comme argument que l'actualisation favoriserait les programmes qui offrent des avantages à court terme et pénaliserait ceux qui ont des effets bénéfiques à plus long terme.

Les taux d'actualisation retenus dans les travaux sur le coût des atteintes à la santé – souvent compris entre 4% et 6% – sont nettement plus faibles que le taux de rendement exigé par les entreprises pharmaceutiques au moment de prendre des décisions relatives au développement de nouveaux médicaments (de l'ordre de 9% selon Grabowski et Vernon 1990). Le taux élevé adopté dans l'industrie pharmaceutique s'explique par les risques associés à la recherche.

Dans la présente étude, un taux de 2% a été retenu pour l'estimation de référence. Cela correspond au taux d'intérêt réel moyen des obligations de la Confédération sur les dix dernières années. La différence entre les taux utilisés en Suisse et à l'étranger se justifie par le fait que les taux d'intérêt réels en Suisse sont faibles en comparaison internationale. Les pertes de production ont aussi été estimées en utilisant un taux de 6%, équivalent au taux moyen de rendement du capital en Suisse (OCDE 1996), et un taux nul. Dans ce dernier cas, les coûts indirects correspondent à la somme des pertes de production futures non actualisées.

6.2 Coût indirect de la mortalité due aux drogues illégales

6.2.1 Remarques liminaires

Le coût indirect de la mortalité correspond à la valeur de la production qui aurait été obtenue si les toxicomanes n'étaient pas décédés prématurément. Les pertes de production sont estimées à partir des revenus futurs actualisés des personnes décédées. Le coût de la mortalité est calculé uniquement pour les individus décédés avant 74 ans. Au-delà de cette limite, les pertes de production sont supposées faibles car le taux d'activité des hommes et des femmes est bas; elles sont par conséquent ignorées.

Pour estimer la perte de production totale, il faut dans un premier temps déterminer le nombre de décès dus directement et indirectement à la consommation de drogues illégales, de même que les années potentielles de vie perdues. L'estimation porte sur la production tant marchande (activité professionnelle) que non marchande (tâches domestiques et bénévolat). La valeur de la production est estimée à partir du revenu professionnel brut médian, en tenant compte de la probabilité pour une personne d'appartenir à la population active et d'occuper un emploi. La perte de production future est ramenée à l'année 2000 par un calcul d'actualisation.

6.2.2 Décès attribuables aux drogues illégales

La mortalité attribuable aux drogues illégales correspond aux décès survenus en 2000 pour les pathologies où les toxicomanes sont soumis à un risque plus élevé que le reste de la population. L'estimation du nombre de décès demande de prendre en compte la mortalité directement liée à la consommation de stupéfiants (overdose, psychose et suicide) mais aussi celle qui en résulte indirectement (sida et hépatite).

Les informations relatives aux décès directement dus aux drogues illégales apparaissent dans deux statistiques : la Statistique des victimes de la drogue établie par l'Office fédéral de la police et la Statistique des causes de décès de l'Office fédéral de la statistique (OFS). Les décès provoqués par une surdose représentent 96% des cas recensés par l'Office fédéral de la police selon une estimation (Schick et Alberto 1994). Les décès par psychose, intoxication et suicide consécutif à un abus de drogues⁴⁰ sont recensés dans la Statistique des causes de décès établie par l'OFS. La difficulté tient au fait que les deux statistiques se recoupent partiellement. Schick et Alberto (1994) ainsi que Estermann (1996) arrivent à la conclusion qu'il y a recoupement dans 80% des cas (ISPA 1997). Finalement, le nombre de décès directement dus à la consommation de drogues illégales est estimé à 250.

⁴⁰ Selon code CIM-10 : F11-F129 : F14-F169 : X42-X429 : X62-X629 : Y12-Y129.

Les principales causes de décès indirectement attribuables aux drogues illégales sont le sida et les hépatites. En 2000, il y a eu 48 décès dus au sida chez des personnes s'étant injecté des drogues. Pour chaque type d'hépatite, on connaît le nombre de cas de maladie attribuable aux drogues illégales, mais pas le nombre de décès. L'espérance de vie des toxicomanes étant diminuée, l'hépatite C n'est que rarement la cause de leur décès; on estime à entre 5 et 10% au maximum les décès provoqués par l'hépatite C chez les toxicomanes⁴¹.

Tableau 6.1 : Décès attribuables aux drogues illégales jusqu'à 74 ans, 2000

Age au décès	Hommes	Femmes	Total
<15	1	0	1
15-19	6	1	7
20-24	29	8	37
25-29	56	4	60
30-34	52	12	64
35-39	38	18	56
40-44	36	18	54
45-49	17	2	19
50-54	4	2	6
55-59	6	1	7
60-64	1	1	2
65-69	4	1	5
70-74	1	3	4
Total	251	71	322

Source : OFS 2004, Statistique des causes de décès, exploitation ad hoc sur chiffres 2000; OFP 2004, site internet www.fedpol.ch.

Le nombre de décès dus à la consommation de drogues illégales est estimé à 322. Cela représente 12 529 années potentielles de vie productive perdues, calculées en multipliant le nombre de décès par la différence entre l'âge au décès et un âge cible (74 ans). Pour les hépatites, l'on ne connaît pas la répartition par âge des décès chez les toxicomanes; les décès par hépatite sont supposés répartis par classes d'âge de la même manière que dans la population générale.

⁴¹ Information communiquée par M. Kammerlander, OFSP.

Tableau 6.2 : Années potentielles de vie productive perdues attribuables aux drogues illégales jusqu'à 74 ans, 2000

Age au décès	Hommes	Femmes	Total
<15	67	0	67
15-24	1 850	473	2 323
25-34	4 816	692	5 508
35-44	2 558	1 242	3 800
45-54	547	98	645
55-64	114	29	143
65-74	30	13	43
Total	9 982	2 547	12 529

6.2.3 Pertes de production dues à la mortalité imputable aux drogues illégales

6.2.3.1 Production marchande

Les décès prématurés entraînent une perte de production et, par conséquent, un coût pour la société. La perte de production correspond aux revenus futurs actualisés des personnes décédées, estimés à partir du gain d'un individu représentatif. Les données sur le revenu professionnel brut médian par âge et par sexe de la population résidente suisse proviennent de l'Enquête suisse sur la population active (ESPA, OFS 2000). Pour déterminer le revenu sur tout le cycle de la vie active, il s'agit encore de connaître les gains de productivité ainsi que la probabilité pour un individu d'appartenir à la population active et d'occuper un emploi à plein temps ou à temps partiel.

Tableau 6.3 : Revenu professionnel annuel brut médian, en francs, 2000

Classe d'âge	Hommes	Femmes
15-24	46 974	45 572
25-39	68 209	59 084
40-54	81 639	65 250
55-61/64	81 929	64 308
62/65 et plus	46 800	40 586

Sources : ESPA (OFS 1998 et 2000), exploitation IRER.

Gains de productivité

Le scénario de référence prévoit une croissance annuelle moyenne de la productivité de 0,9%. Cette estimation est basée sur les prévisions du Centre de recherche sur le futur de l'Université de Saint-Gall (Graf 1998).

Taux d'activité et taux d'occupation

L'ESPA fournit chaque année les taux d'activité de la population résidente permanente de plus de 15 ans, par sexe et âge. Le choix d'un âge cible supérieur à l'âge de l'entrée en retraite se justifie du fait que le taux d'activité des personnes âgées de plus de 65 ans est élevé en Suisse (10,7% en moyenne pour les hommes et les femmes).

Tableau 6.4 : Taux d'activité moyen de la population résidente, 2000

Classe d'âge	Hommes	Femmes
15-24	70,5%	66,0%
25-39	96,4%	78,6%
40-54	97,0%	77,3%
55-61/64	79,3%	62,4%
62/65 et plus	14,3%	8,2%

Sources : ESPA (OFS 1998 et 2000), exploitation IRER.

La valeur de la production future dépend aussi de la probabilité que les individus ont d'occuper un emploi à plein temps. Celle-ci est déterminée par le taux d'occupation de la population active. Comme les personnes ne sont pas toutes occupées à plein temps et se trouvent parfois au chômage, il convient d'en tenir compte en calculant un taux moyen d'occupation par sexe et par âge⁴². La probabilité de se retrouver temporairement sans emploi est donc intégrée au calcul du taux d'occupation.

Tableau 6.5 : Taux d'occupation moyen de la population active, 2000

Classe d'âge	Hommes	Femmes
15-24	86,6%	80,8%
25-39	89,7%	71,5%
40-54	90,3%	66,4%
55-61/64	86,4%	66,1%
62/65 et plus	55,7%	48,9%

Sources : ESPA (OFS 1998 et 2000), exploitation IRER.

Probabilité de survie

Les pertes de production marchande sont pondérées par la probabilité de survie des individus, puisqu'une partie des personnes concernées seraient décédées avant l'âge cible de 74 ans pour d'autres raisons que la consommation de drogues illégales.

⁴² Taux d'occupation moyen = nombre d'heures hebdomadaires travaillées par la population active occupée de sexe *s* / (nombre total de personnes actives occupées de sexe *s* × temps maximal de travail hebdomadaire). La probabilité d'être sans emploi correspond au socle du chômage.

Valeur actualisée de la production perdue

Trois taux d'actualisation ont servi à estimer la valeur actuelle des revenus futurs : un taux nul, un taux de 2% pour l'estimation de référence et un taux de 6%. Plus le taux est élevé, plus la valeur actuelle des pertes de production futures est faible. La valeur actuelle des pertes de production marchande (V_{march}) d'une personne décédée prématurément est donnée par la formule suivante :

$$V_{march} = \sum_{i=1}^{74-t} W_{s,t+i} a_{s,t+i} o_{s,t+i} e_{s,t+i} (1 + g / 1 + r)^i$$

où

t âge au décès

$W_{s,t+i}$ revenu annuel professionnel brut (médian) d'un individu de sexe s et d'âge $t+i$ travaillant à plein temps

$a_{s,t+i}$ taux d'activité du sexe s à l'âge $t+i$

$o_{s,t+i}$ taux d'occupation moyen du sexe s à l'âge $t+i$

$e_{s,t+i}$ probabilité de survie d'un individu de sexe s de l'âge $t+i$ à l'âge $t+i+1$

g taux de croissance de la productivité

r taux d'actualisation

La perte de production marchande est estimée à partir du revenu qu'une personne décédée prématurément aurait touché jusqu'à l'âge cible de 74 ans si elle était restée en vie. Ainsi, un homme décédé entre 25 et 29 ans aurait touché 1 885 400 francs jusqu'à la fin supposée de sa vie active (74 ans), dans l'estimation de référence.

Tableau 6.6 : Pertes de production marchande selon l'âge au décès, en milliers de francs, 2000

Age au décès	Hommes			Femmes		
	Taux d'actualisation			Taux d'actualisation		
	0%	2%	6%	0%	2%	6%
< 1	3 976,5	1 714,1	404,5	2 009,9	920,7	245,6
1-4	3 871,1	1 770,7	468,9	1 956,6	951,1	284,7
5-9	3 701,5	1 869,4	600,1	1 870,9	1 004,1	364,3
10-14	3 539,3	1 973,5	767,9	1 788,9	1 060,0	466,2
15-19	3 347,6	2 045,7	942,4	1 677,6	1 080,0	560,5
20-24	3 056,5	2 006,7	1 034,1	1 468,8	1 005,4	556,5
25-29	2 701,5	1 885,4	1 063,8	1 245,9	893,5	523,7
30-34	2 306,5	1 697,4	1 031,3	1 043,6	786,2	493,1
35-39	1 924,4	1 494,4	984,2	854,3	677,8	459,9
40-44	1 524,9	1 244,4	885,4	658,3	547,3	399,5
45-49	1 122,8	958,3	732,5	466,1	404,4	316,1
50-54	742,5	660,9	541,9	292,1	263,8	220,6
55-59	411,1	380,7	334,6	140,6	131,3	116,4
60-64	137,7	130,9	121,6	38,4	35,8	31,6
65-69	27,2	25,6	23,7	12,7	12,1	11,2
70-74	5,3	5,1	5,1	2,3	2,2	2,2

Pertes de production marchande

Le tableau 6.7 présente les pertes de production marchande dues aux décès prématurés. L'estimation de référence, calculée avec un taux d'actualisation de 2%, aboutit à un coût d'environ 430 millions. Il convient de souligner que près de 90% de la production sacrifiée est attribuable à la mortalité masculine. Il y a en effet beaucoup plus d'hommes que de femmes qui sont dépendants de la drogue. De plus, les taux d'occupation et d'activité sont plus élevés chez les hommes.

**Tableau 6.7 : Pertes de production marchande,
en millions de francs, 2000**

Taux d'actualisation	0%	2%	6%
Hommes	536,4	389,2	235,6
Femmes	59,9	45,7	29,7
Total	596,3	434,9	265,3

6.2.3.2 Production non marchande

Les décès prématurés causés par la consommation de drogues illégales entraînent des pertes de production domestique et une diminution des activités bénévoles.

a) Activités domestiques

L'Enquête suisse sur la population active (ESPA) fournit une estimation du temps que la population consacre aux tâches domestiques. Les femmes allouent en moyenne 2,3 fois plus de temps que les hommes aux tâches ménagères et familiales. Le temps consacré aux activités domestiques augmente jusqu'à 25 ans, puis diminue chez les femmes à partir de 40 ans.

**Tableau 6.8 : Temps consacré aux tâches domestiques,
en heures par semaine**

Classe d'âge	15-24	25-39	40-54	55-61/64	62/65-74
Hommes	11	19	17	15	18
Femmes	16	39	35	29	29

Source : ESPA, OFS (2000).

Valeur d'une heure de travail domestique

L'approche choisie pour estimer la valeur d'une heure de travail domestique est la méthode des coûts du marché généraliste. Elle consiste à valoriser les tâches domestiques sur la base du salaire d'une personne capable d'effectuer l'ensemble des activités du ménage. Souza-Poza (1999) estime ainsi à 19,80 francs la valeur d'une heure de travail domestique⁴³.

⁴³ L'estimation de Souza-Poza porte sur l'année 1997. Les salaires réels n'ont pas augmenté entre 1997 et 2000.

Actualisation

Comme précédemment, trois taux d'actualisation (0%, 2% et 6%) ont été employés. La valeur actuelle des pertes de production domestique d'une personne décédée (V_{domest}) est donnée par la formule suivante :

$$V_{domest} = \sum_{i=1}^{74-t} \bar{h} \cdot f_{s,t+i} e_{s,t+i} (1 + g / 1 + r)^i$$

où

- $\bar{h}$ salaire horaire d'un(e) employé(e) de maison « polyvalent(e) »
- $f_{s,t+i}$ nombre d'heures par an consacrées aux activités domestiques par les individus de sexe s à l'âge $t+i$
- $e_{s,t+i}$ probabilité de survie d'un individu de sexe s de l'âge $t+i$ à l'âge $t+i+1$
- g taux de croissance de la productivité
- r taux d'actualisation

b) Bénévolat

Les activités bénévoles exercées dans le cadre d'associations et d'institutions jouent un rôle important en Suisse. En effet, une personne sur quatre effectue un travail bénévole (Bühlmann *et al.* 1999). Pour estimer la valeur de la production correspondante, il faut connaître le taux de participation de la population au bénévolat, le nombre d'heures consacrées en moyenne à ce type d'activité, ainsi que le prix d'une heure de travail bénévole.

Tableau 6.9 : Pourcentage de la population exerçant une activité bénévole, 2000

Classe d'âge	15-24	25-39	40-54	55-61	62/65-74
Hommes et femmes	23,0%	26,2%	30,6%	27,7%	19,0%

Source : ESPA, OFS (2000).

Un peu plus d'une femme sur trois (36%) et un peu moins d'un homme sur quatre (24%) consacrent une fraction de leur temps aux activités bénévoles (ESPA 2000). Les hommes y consacrent en moyenne quinze heures par mois, les femmes douze (Bühlmann et Schmid 1999). Etant donné la grande variété des tâches qui peuvent être exercées à titre bénévole, le salaire horaire moyen de tous les actifs occupés – 35,60 francs – a servi de base pour valoriser ce type d'activité⁴⁴.

⁴⁴ Valeur calculée sur la base des résultats de Schmid, Sousa-Poza et Widmer (1999).

La valeur actuelle des pertes de production liées au bénévolat (V_{benev}) d'une personne décédée prématurément des suites d'une consommation de drogues illégales est donnée par la formule suivante :

$$V_{benev} = \sum_{i=1}^{74-t} \bar{w} \cdot t_{s,t+i} p_{s,t+i} e_{s,t+i} (1+g/1+r)^i$$

où

$\bar{w}$	salaire horaire moyen de la population active occupée
$t_{s,t+i}$	nombre d'heures annuelles de bénévolat effectuées par les personnes concernées de sexe s et d'âge $t+i$
$p_{s,t+i}$	taux de participation des individus de sexe s et d'âge $t+i$ aux activités de bénévolat
$e_{s,t+i}$	probabilité de survie d'un individu de sexe s de l'âge $t+i$ à l'âge $t+i+1$
g	taux de croissance de la productivité
r	taux d'actualisation

LA VALEUR DE LA PRODUCTION NON MARCHANDE SACRIFIÉE (TABLEAU 6.10) EST FONCTION DE L'ÂGE AU DÉCÈS, DONC DU NOMBRE D'ANNÉES DE VIE PRODUCTIVE PERDUES, DU TAUX D'ACTUALISATION, DE LA PROBABILITÉ DE SURVIE ET DU TAUX DE CROISSANCE DE LA PRODUCTIVITÉ.

Tableau 6.10 : Pertes de production non marchande (activités domestiques et bénévoles) selon l'âge au décès, en milliers de francs, 2000

Age au décès	Hommes			Femmes		
	Taux d'actualisation			Taux d'actualisation		
	0%	2%	6%	0%	2%	6%
< 1	1 499,3	618,4	148,2	2 722,2	1 123,0	259,9
1-4	1 459,5	638,9	171,8	2 650,0	1 160,1	301,4
5-9	1 395,6	674,5	219,9	2 533,9	1 224,7	385,6
10-14	1 334,5	712,0	281,4	2 422,9	1 292,9	493,5
15-19	1 241,1	715,3	320,7	2 268,7	1 314,9	577,4
20-24	1 129,0	694,1	341,5	2 089,9	1 303,9	644,0
25-29	999,1	647,9	342,6	1 854,3	1 225,0	656,6
30-34	860,0	583,0	324,6	1 587,2	1 095,8	618,2
35-39	727,0	514,6	301,6	1 331,8	959,5	569,3
40-44	604,8	447,4	277,6	1 098,4	826,8	518,7
45-49	491,4	380,2	251,5	882,4	694,7	463,3
50-54	383,5	309,9	218,7	676,6	555,9	393,3
55-59	287,3	243,0	184,6	497,6	427,8	323,7
60-64	200,8	178,1	147,9	338,7	305,9	250,5
65-69	114,0	106,1	96,5	190,1	180,4	160,6
70-74	31,2	30,5	30,3	52,5	52,5	51,1

Si une femme décédée entre 30 et 34 ans était restée en vie, la valeur des prestations domestiques et bénévoles qu'elle aurait fournies jusqu'à la fin de sa vie active aurait atteint 1,1 million de francs (estimation de référence). Avec un taux d'actualisation de 6%, ce montant est réduit de moitié (0,6 million).

Tableau 6.11 : Pertes de production non marchande (activités domestiques et bénévoles), en millions de francs, 2000

Taux d'actualisation	0%	2%	6%
Hommes			
Travail domestique	184,8	124,1	69,0
Bénévolat	19,1	13,1	7,4
<i>Production non marchande</i>	<i>204,0</i>	<i>137,1</i>	<i>76,4</i>
Femmes			
Travail domestique	89,6	62,8	36,4
Bénévolat	3,9	2,8	1,6
<i>Production non marchande</i>	<i>93,5</i>	<i>65,5</i>	<i>38,0</i>
Total	297,5	202,7	114,3

Les chiffres étant arrondis, ils se peut que des montants inscrits s'écartent légèrement du total.

Les coûts indirects de mortalité – production non marchande – s'élèvent à 202,7 millions de francs (estimation de référence). Bien que les pertes de production individuelles des femmes soient supérieures à celles des hommes (Tableau 6.10), ce n'est pas le cas des pertes globales, qui se montent à 137,1 millions pour les hommes et 65,5 pour les femmes (Tableau 6.11). Cela s'explique par le fait que la mortalité due aux drogues illégales est près de trois fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes.

6.2.4 Coût indirect de la mortalité

6.2.4.1 Coût indirect par décès

Les pertes de production totales (marchande et non marchande) dépendent en premier lieu de l'âge au décès. Ainsi, plus une personne décède jeune, plus le nombre d'années où elle aurait pu exercer une activité, lucrative ou non, est élevé et donc plus le coût pour la société est grand. Jusqu'à l'âge de la retraite, les pertes de production diminuent régulièrement puis, à partir de 62 ou 65 ans, elles chutent du fait que le taux d'activité et le revenu professionnel moyen sont considérablement réduits.

En moyenne, le coût d'un décès dû à la consommation de drogues illégales, en termes de pertes de production, atteint 2,1 millions de francs pour un homme et 1,6 million pour une femme. L'écart reflète les différences de rémunération et de taux d'activité entre les sexes. Les montants sont relativement élevés du fait que les personnes toxicodépendantes décèdent alors qu'elles sont encore jeunes (32 ans en moyenne).

Figure 6.1 : Valeur actuelle des pertes de production dues à la mortalité attribuable aux drogues illégales, par cas



6.2.4.2 Pertes de production totales

En 2000, le total des pertes de production dues à la mortalité attribuable à la consommation de drogues illégales s'élève à 637,6 millions de francs dans l'estimation de référence. L'écart entre les hommes et les femmes est important (Tableau 6.12). Ce phénomène s'explique par un nombre de décès nettement plus élevé chez les hommes, ainsi que par un salaire moyen et un taux d'activité professionnelle plus élevés également. Les pertes de production marchande représentent près de 70% des pertes totales.

Tableau 6.12 : Pertes de production totales dues à la mortalité attribuable aux drogues illégales, actualisé à 2%, en millions de francs, 2000

Pertes de production	Hommes	Femmes	Total
Marchande	389,2	45,7	434,9
Domestique	124,1	62,8	186,8
Bénévole	13,1	2,8	15,8
Total	526,4	111,2	637,6

Les chiffres étant arrondis, ils se peut que des montants inscrits s'écarteraient légèrement du total.

6.2.4.3 Consommation propre des personnes décédées

Au moment d'additionner les pertes de production dues à la consommation de drogues illégales, la question se pose de savoir s'il faut retenir les pertes brutes ou la valeur nette. En d'autres termes, est-il plus opportun de mesurer le recul effectif de la production du pays (perte de production brute) ou faut-il déduire de ce montant la part qui aurait été consommée par la personne décédée prématurément (perte de production nette) ? Etant donné que la consommation de la victime fournit une estimation de la perte de l'aptitude à vivre (Jones-Lee 1976, Johannesson 1994) et que cet élément est déjà inclus dans les coûts humains, le choix a

été fait d'adopter l'approche la plus conservatrice et de compter les pertes de production nettes. On évite ainsi un risque de double comptabilisation⁴⁵.

Tableau 6.13 : Consommation propre des personnes décédées, en millions de francs, 2000

Taux d'actualisation	0%	2%	6%
Hommes	122,5	83,4	46,5
Femmes	31,6	22,0	12,7
Total	154,1	105,5	59,2

Les chiffres étant arrondis, ils se peut que des montants inscrits s'écartent légèrement du total.

6.2.4.4 Coût indirect net

La consommation propre des personnes décédées est portée en diminution des pertes de production, de manière à calculer la valeur de la production dont la collectivité est effectivement privée suite à un décès prématuré. En 2000, les personnes décédées avant 74 ans des suites d'une consommation de drogues illégales ont occasionné une perte nette de production de 532,2 millions de francs pour l'estimation de référence (Tableau 6.14). En raison d'un nombre de décès presque quatre fois supérieur et, dans une moindre mesure, d'un taux d'activité plus élevé, les hommes enregistrent des pertes nettes de production cinq fois plus importantes que les femmes.

Tableau 6.14 : Pertes nettes de production dues à la mortalité attribuable aux drogues illégales, en millions de francs, 2000

Taux d'actualisation	0%	2%	6%
Hommes	617,9	443,0	265,5
Femmes	121,8	89,2	55,0
Total	739,7	532,2	320,5

⁴⁵ Pour le détail de la méthode d'évaluation, voir Jeanrenaud *et al.* (2003).

6.3 Coût indirect de la morbidité due aux drogues illégales

Le coût indirect de la morbidité correspond à la valeur de la production sacrifiée en raison d'une incapacité temporaire de travail. Comme pour la mortalité, le coût de la morbidité a été estimé par la méthode du capital humain. Dans une optique de prévalence, ce coût correspond aux journées de travail perdues par les personnes atteintes dans leur santé à la suite de la consommation de drogues illégales au cours de l'année de référence. Deux informations sont nécessaires pour estimer ce coût : le nombre de cas de morbidité et le taux d'incapacité de travail des malades. En raison du manque de données statistiques sur la morbidité en Suisse, l'estimation du coût indirect est plus difficile pour la morbidité que pour la mortalité.

Estimation des pertes de production

Deux enquêtes ont été menées auprès de personnes toxicodépendantes, l'une par le CPTT (centre de soins à bas seuil), l'autre par la fondation Phénix à Genève (institution résidentielle)⁴⁶. Il en ressort qu'environ 30% des toxicomanes exercent une activité lucrative à plein temps durant leur phase de dépendance, que 10% exercent une activité lucrative à temps partiel, alors que 15% sont au chômage. Près de la moitié des personnes dépendantes n'ont aucune activité et ne sont pas inscrites au chômage : un toxicomane sur cinq touche l'assurance-invalidité, un sur quatre vit de l'assistance publique.

Cette première source d'information a été complétée par une enquête auprès d'experts proches du terrain (annexe 7). Il en est ressorti qu'un tiers des personnes dépendantes exercent une activité, avec un taux d'occupation moyen de 50%. Les deux tiers sont au chômage, à l'assistance publique, suivent une thérapie résidentielle ou sont incarcérés⁴⁷. Ces individus n'ont par conséquent aucune activité de production⁴⁸. Le salaire mensuel brut moyen s'élevant à 6487 francs pour les hommes (4844 pour les femmes), le coût indirect de la morbidité attribuable à la dépendance aux drogues illégales se monte à 1,78 milliard de francs⁴⁹.

⁴⁶ CPTT (2002) et Fondation Phenix, site internet.

⁴⁷ Sur les 20'000 toxicomanes sans activité, 540 sont hospitalisés, 1600 séjournent en institution de thérapie résidentielle et 1090 sont incarcérés (Sources : Statistique pénitentiaire (OFS) et Relevé sur la privation de liberté (OFS)).

⁴⁸ Le taux de 50% de personnes dépendantes ayant une activité professionnelle normale, qui se fonde sur les résultats d'une enquête auprès d'experts, est peut-être un peu optimiste. Selon la statistique du traitement et de l'assistance ambulatoire dans le domaine de la drogue (SAMBAD), seul 31% des personnes consultant pour un problème d'héroïne disposeraient de sources propres de revenu.

⁴⁹ Pour une étude sur les conséquences de la consommation de psychotropes illicites dans la vie professionnelle à partir d'entretiens approfondis, voir A. Fontaine (2002).

Tableau 6.15: Coût indirect de la morbidité attribuable à la dépendance aux drogues illégales, en millions de francs, 2000

	Part de la population dépendante	Pertes de production		
		Hommes	Femmes	Total
Avec activité professionnelle	1/3	259,5	96,9	356,4
Sans activité professionnelle	2/3	1 037,9	387,5	1 425,4
Total		1 297,4	484,4	1 781,8

Source : Avis d'experts⁵⁰; Enquête suisse sur la structure des salaires (OFS 2000); ISPA 1999.

Les pertes de production résultant directement du trafic – s'ils ne consacraient pas leur temps au commerce de la drogue, les trafiquants pourraient exercer une activité utile à la société – n'ont pas été incluses dans l'estimation. Faire l'hypothèse qu'en l'absence de drogues illégales, tous les trafiquants deviendraient des travailleurs honorables paraît peu réaliste. Le choix d'une autre norme de référence pour le calcul des coûts ne pourrait être qu'arbitraire, d'où le choix de renoncer à mesurer ce type de coûts⁵¹.

Il est important de noter que cette estimation ne porte que sur les incapacités de travail pendant la dépendance. A l'issue de celle-ci, il est probable que le revenu des anciens toxicomanes est inférieur à ce qu'il serait si ces personnes n'avaient jamais consommé de drogues illégales. La toxicomanie peut avoir eu des conséquences négatives sur l'apprentissage d'un métier. Par ailleurs, le fait d'avoir interrompu son activité professionnelle pendant une période plus ou moins longue n'est pas sans conséquence sur la capacité de gain future. Finalement, les anciens toxicomanes ont un état de santé moins bon que la population générale, ce qui influence leur capacité de trouver un emploi.

On ne dispose que d'informations très fragmentaires sur la trajectoire suivie par les toxicomanes après la dépendance; l'on ne sait à peu près rien de leur comportement sur le marché du travail ni s'ils reprennent une vie plus ou moins normale. Les seules données dont on dispose sont les études de suivi de toxicomanes menées à l'étranger⁵². C'est pourquoi, en

⁵⁰ Dr Jacques Besson, professeur associé, médecin-chef de la Division d'abus de substances, Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Lausanne; Dr B. Broers, Département de médecine communautaire, Hôpitaux universitaires de Genève (HUG); M. Marcel Cotting, directeur du Centre de prévention et de traitement de la toxicomanie (CPTT), Neuchâtel; M. Christophe Mani, responsable du projet BIPS (bus itinérant de prévention du sida), Genève, et responsable du secteur Réduction des risques au sein du Groupe sida, Genève; M. Pierre Mancino, éducateur, centre de jour l'entracte, Thônex; N. Jacques Macabrey, responsable administratif de la Fondation Goeland, Boudry.

⁵¹ Près de 1000 trafiquants (965) se trouvaient en prison pour l'exécution de leur peine en 2000 (Source : Statistique pénitentiaire, exploitation spécifique de la Section criminalité et droit pénal de l'OFS. Sur la base d'un salaire brut moyen de 4950 francs, la perte de production serait de 47,2 millions. Il ne s'agit que de la partie visible de l'iceberg car il y a sans doute plus de trafiquants en activité que de trafiquants en prison.

⁵² Une étude menée par Haastrup et Jepsen (1988) au Danemark sur 300 jeunes héroïnomanes a montré que, onze ans après le début du traitement, 26% sont décédés, 16% sont des consommateurs abusifs, 11% sont en traitement ou en prison et 36% sont réinsérés. Les 11% restants n'ont pas été retrouvés. Cette étude est intéressante car, menée une première fois en 1980, elle a été renouvelée quatre ans plus tard. Elle illustre la complexité des trajectoires de toxicomanie. Au cours des 11 ans de suivi, seuls 20% des toxicomanes auraient maintenu une situation d'abstinence, les autres ayant connu des hauts et des bas. Les auteurs concluent qu'à long terme, le nombre de dépendants diminue principalement parce qu'ils meurent et non parce qu'ils deviennent abstinents. Une autre étude menée à Baltimore et portant sur 238 toxicomanes inscrits sur les registres de police

l'absence d'informations plus précises, il a fallu renoncer à estimer les coûts indirects correspondant à la perte de capacité productive des toxicomanes une fois qu'ils sont sortis de l'état de dépendance. Il faut cependant être conscient que l'on sous-estime ainsi fortement les coûts indirects des drogues illégales.

6.4 Coût indirect total

6.4.1 Synthèse

Le coût indirect brut de la consommation de drogues illégales en Suisse s'élève à près de 2,4 milliards de francs. Pour l'estimation de référence, le coût indirect de la morbidité est près de trois fois plus élevé que celui de la mortalité. Pour obtenir le coût effectif pour la collectivité, il convient de déduire ce que les personnes en question auraient consommé si elles n'étaient pas décédées prématurément (105,5 millions). Le coût indirect net – soit la valeur des biens et services dont la communauté est privée – atteint 2,3 milliards.

Tableau 6.16 : Coût indirect brut et net de la consommation de drogues illégales, en millions de francs, 2000

Catégorie de coût	Estimation basse	Estimation de référence	Estimation haute
Taux d'actualisation	6%	2%	0%
Mortalité	379,6	637,6	893,8
Morbidité*	1 781,8	1 781,8	1 781,8
Coût indirect brut	2 161,4	2 419,4	2 675,6
(-) Consommation propre des personnes décédées	-59,2	-105,5	-154,1
Coût indirect net	2 102,2	2 313,9	2 521,5

* Y compris autres causes d'incapacité de travail.

6.4.2 Comparaison internationale

Afin de faciliter les comparaisons, le coût indirect a été rapporté à la production totale du pays (PIB). Les méthodes d'estimation et les catégories de coûts diffèrent d'une étude à l'autre. Tous les auteurs ont toutefois utilisé l'approche du capital humain, avec quelques différences méthodologiques importantes. Ainsi, Rice *et al.* (1990) et Harwood *et al.* (1998) ont estimé la baisse de la productivité au travail au moyen d'une relation économétrique entre consommation de drogues illégales et revenu.

Le ratio coût indirect/PIB obtenu pour la Suisse dans la présente étude est comparable à celui de l'étude australienne et se situe en-dessous des estimations américaines (Rice *et al.* 1990, Harwood *et al.* 1998). Les écarts reflètent l'importance des dommages pour la société, la politique de la drogue (plus ou moins grande importance accordée à la répression), mais aussi l'éventail des coûts pris en compte dans l'estimation. Ainsi, dans les études américaines, la

arrive à la conclusion qu'il n'y a pas de profil type. Chez la plupart des toxicomanes, les périodes de consommation intensive alternent avec des périodes d'abstinence, volontaire ou non.

valeur de la production que pourraient réaliser les trafiquants et revendeurs, s'ils consacraient leur temps à une activité utile à la société, est incluse dans l'estimation du coût social.

Tableau 6.17 : Coûts indirects de la consommation de drogues illégales : comparaison internationale

Source	Pays	Année	Coûts mesurés	Coût total ¹ (en mio US\$)	Coût total ² (en % du PIB)
Danthine et Balletto (1990)	Suisse	1988	M/It	169.4	0.09%
Kopp et Fenoglio (2000)	France	1997	C/It/M	1 197.8	0.08%
Rice <i>et al.</i> (1990)	Etats-Unis	1988	M/P/It/C	35 660.0	0.70%
Harwood <i>et al.</i> (1998)	Etats-Unis	1992	M/P/It/C	69 421.0	1.11%
Collins et Lapsley (2002)	Australie	1998-99	M/It	1 184.2	0.30%
Jeanrenaud <i>et al.</i> (2004)	Suisse	2000	M/It	1 367.8	0.57%

¹ en millions de dollars, au prix de l'année d'étude.

² PIB au prix courant de l'année d'étude.

Cause des pertes de production : C = criminalité; It = incapacité temporaire de travail; M = mortalité; P = baisse de productivité sur le lieu de travail.

7. COÛTS HUMAINS DE LA DÉPENDANCE AUX DROGUES ILLÉGALES

7.1 Choix méthodologiques

7.1.1 Objet de l'évaluation et choix de la méthode

La mesure des coûts porte sur les dommages au corps provoqués par la consommation de drogues illégales, de même que sur les effets psychosociaux et comportementaux du syndrome de dépendance à la drogue. Sont appréhendés non seulement les coûts humains pour le dépendant lui-même, mais encore ceux que sa maladie fait subir aux membres de sa famille et à ses proches.

Afin de conserver une unité de méthode avec les autres travaux sur le coût des substances engendrant la dépendance (Vitale *et al.* 1998, Jeanrenaud *et al.* 2003), les coûts de la dépendance à la drogue sont estimés à l'aide d'une évaluation contingente. Cette méthode offre l'avantage de permettre l'évaluation des seuls coûts humains, en excluant les conséquences financières de la toxicomanie telles que les pertes de revenu ou les frais médicaux pris en charge par le patient⁵³. Cette précaution évite une double comptabilisation. Les coûts économiques (dépenses médicales, réparation des dommages matériels, pertes de production) sont en effet pris en compte dans les coûts directs et indirects (chapitres 5 et 6).

7.1.2 Population cible de l'enquête

L'enquête peut s'adresser à des patients ou à un échantillon de la population générale. Les patients ont l'avantage de connaître les problèmes de santé que l'on cherche à évaluer, alors qu'il est nécessaire de commencer par informer les enquêtés quand on touche la population générale. Cependant, lorsque l'évaluation se situe dans une perspective de santé publique, il est préférable de s'adresser à la population. Les décideurs obtiennent ainsi une information sur l'importance que le pays attache à un problème de santé. Dans la présente étude, c'est la seconde option qui a été choisie.

7.1.3 Echantillonnage

Différentes méthodes d'échantillonnage – sondage aléatoire ou quotas – sont *a priori* possibles. La complexité et les contraintes pratiques liées à la nature du questionnaire – utilisation de supports visuels – ne permettaient pas un envoi par la poste. Par ailleurs, ce mode de distribution présente le risque que les enquêtés les plus directement concernés par le sujet répondent en priorité (biais d'autosélection). Le questionnaire a donc été administré sous forme d'entretiens en face-à-face. Recourir à un sondage aléatoire – à supposer que l'on dispose d'un bon critère d'échantillonnage – aurait fortement renchéri l'enquête sans nécessairement en améliorer la qualité⁵⁴. La méthode des quotas, qui consiste à définir des sous-ensembles de la population, a été jugée plus adéquate. Le sexe, l'âge et la catégorie

⁵³ L'approche de la disposition à payer est alors utilisée dans une perspective restreinte, puisqu'elle vise à appréhender une partie seulement du coût social (voir Drummond *et al.* 1999 et Jeanrenaud 2004).

⁵⁴ Les quotas impliquent certes un biais potentiel lié au choix des critères de délimitation des catégories. Toutefois, lorsque la taille de l'échantillon est faible, cette méthode donne de meilleurs résultats que l'échantillonnage aléatoire et le biais potentiel du sondage par quotas est plus tolérable que l'imprécision du sondage probabiliste (Deville 1992).

socioprofessionnelle ont été retenus comme critères pour constituer les quotas (Tableau 7.1). Par simplicité, les classes d'âge et les catégories socioprofessionnelles ont été regroupées en respectivement trois et quatre sous-groupes.

Tableau 7.1 : Critères d'échantillonnage et quotas

Critères	Quota ⁵⁵
<i>Groupe d'âge</i>	
25-34	31,8%
35-44	37,2%
45-54	31,0%
<i>Sexe</i>	
Hommes	49,4%
Femmes	50,6%
<i>Catégorie socioprofessionnelle</i>	
Dirigeants, professions libérales	20,7%
Commerçants, professions intermédiaires	19,7%
Employés et ouvriers qualifiés	37,0%
Travailleurs non qualifiés	22,6%

Sources : Annuaire statistique suisse (OFS 2001) et Recensement fédéral de la population (OFS 1990)⁵⁶.

L'enquête s'adresse aux personnes de 25 à 54 ans. En raison du scénario présenté (7.2.2), seules des personnes en âge d'avoir des enfants ont été interrogées. Comme il n'est pas nécessaire de tirer des conclusions pour des sous-ensembles de la population, il a été possible de réaliser l'enquête sur un échantillon de taille relativement modeste.

7.2 Conception du questionnaire

Le questionnaire constitue l'instrument de mesure, aussi une grande attention est-elle accordée à sa conception et à sa mise au point. La description des conséquences de la maladie précède le scénario et constitue avec lui l'axe central du questionnaire. Le scénario consiste en une situation hypothétique destinée à mettre l'enquêté en position d'accepter ou de refuser le marché qui lui est proposé. Enfin, diverses questions portant sur l'enquêté visent à identifier les facteurs susceptibles d'expliquer les différences observées dans les dispositions à payer.

7.2.1 Fiche descriptive

Pour être à même d'exprimer un consentement à payer, les participants à l'enquête doivent être bien informés des conséquences de la dépendance à la drogue. Il s'agit donc de décrire de

⁵⁵ Les quotas sont égaux au pourcentage des sous-groupes dans la population générale.

⁵⁶ Les résultats du Recensement fédéral de la population du 5 décembre 2000 n'étaient pas encore disponibles au moment de l'enquête. Les toutes premières estimations n'indiquaient toutefois pas de modification importante de la structure par âge et par sexe de la population. Les résultats de l'Enquête suisse sur la population de 1999 pouvaient donc être valablement utilisés. A défaut d'informations plus récentes sur les catégories socio-professionnelles, les proportions sont celles du Recensement fédéral de la population de 1990.

manière simple et précise la maladie et ses implications, en particulier dans la sphère familiale, sociale et professionnelle, en tenant compte de la capacité cognitive de l'enquêté à comprendre et retenir l'information qui lui est communiquée. La fiche contenant ces informations est remise à la personne interrogée au moment de l'enquête. Elle a été élaborée à partir de la littérature – manuels CIM 10⁵⁷ et DSM IV⁵⁸ en particulier – et avec l'appui de spécialistes des problèmes de toxicomanie⁵⁹. Avant l'enquête, la fiche a été testée auprès d'une dizaine de personnes, dans le cadre de deux *focus groups*.

La fiche décrit les symptômes et les possibilités de traitement de la maladie, de même que ses conséquences physiologiques, psychologiques et comportementales. Elle explique également l'impact de la dépendance sur la vie familiale et sociale de ceux qui vivent avec une personne toxicodépendante.

7.2.2 Scénario

L'application de la méthode d'évaluation contingente à la dépendance à la drogue soulève des problèmes quelle que soit l'approche adoptée (ex post ou ex ante). Une enquête auprès de personnes toxicodépendantes – approche ex post – est ici exclue, tant pour des raisons éthiques que pratiques. L'autre approche traditionnelle – ex ante – consiste à administrer le questionnaire à un échantillon de personnes issues de la population générale, le scénario consistant alors à demander aux enquêtés d'imaginer qu'ils pourraient être un jour dépendants de la drogue. Les enquêtés doivent indiquer le montant qu'ils seraient prêts à payer pour réduire ce risque⁶⁰. Or, comme un abstinent s' imagine mal devenir un jour dépendant, il est impossible de construire un scénario réaliste et cette approche doit être écartée. En définitive, la méthode retenue consiste à mettre les répondants dans la situation d'une personne qui a un enfant toxicomane. Dans le cadre du scénario, l'enquêteur explique qu'il existe un traitement permettant au malade et à ses proches de retrouver une vie familiale, sociale et professionnelle normale. Les enquêtés exprimant un intérêt pour le traitement sont amenés à indiquer, sur une carte de paiement, le montant maximum qu'ils consentiraient à payer pour que leur enfant dépendant de la drogue puisse recevoir le traitement.

Aux difficultés déjà évoquées vient s'ajouter le fait que la toxicomanie chez un enfant est une question très sensible, susceptible de conduire au rejet du marché. C'est pourquoi une attention particulière a été consacrée à l'élaboration du scénario et à la formulation des questions. En outre, le questionnaire a été soumis à un examen approfondi avant le lancement de l'enquête. Deux *focus groups* d'environ une heure chacun ont été conduits le 28 mai et le 10 juin 2003, afin de vérifier si la fiche descriptive était bien comprise et de juger s'il était possible pour les enquêtés de saisir et d'assimiler l'information fournie. Après avoir pris connaissance de la fiche, l'enquêté doit se rendre compte des conséquences de la dépendance à la drogue pour la santé, ainsi que pour la vie familiale et sociale. Il est apparu lors du test que certaines personnes ne pouvaient pas se décider à accepter le traitement sans disposer d'informations plus précises sur ses modalités. Le scénario a alors été adapté en conséquence.

⁵⁷ Classification internationale des maladies, 10^e révision, Organisation mondiale de la santé (F10.2).

⁵⁸ Manuel de diagnostic et de statistique des troubles mentaux, 4^e édition, Association américaine de psychiatrie (303.9).

⁵⁹ Les auteurs ont bénéficié des conseils du D^r Broers, responsable de l'unité de toxicodépendance à l'Hôpital universitaire de Genève, et du D^r Jacques Besson, professeur associé, médecin chef de la Division d'abus de substances du CHUV (Département de psychiatrie et Département de médecine et santé communautaire).

⁶⁰ L'approche ex ante mesure une valeur d'assurance.

7.2.3 Variables explicatives du consentement à payer

L'expérience acquise dans l'application des méthodes de préférences exprimées montre que la valeur attachée à une même amélioration de l'état de santé diffère d'un individu à l'autre. Cela est conforme aux attentes de la théorie économique, à condition toutefois que les écarts dans le consentement à payer reflètent la diversité des préférences. Afin de savoir si cette condition est remplie, un modèle est établi dans lequel la variable dépendante est le prix que l'enquêté accepte de payer pour le traitement et les variables explicatives, les déterminants supposés du consentement à payer.

La disposition à payer (DAP) constitue la variable dépendante. Elle représente la somme mensuelle que les individus consentent à payer pour permettre à leur enfant de suivre un traitement l'aidant à se libérer de la dépendance à la drogue⁶¹. L'objectif de la modélisation est de vérifier si les montants annoncés peuvent être expliqués par les caractéristiques personnelles des répondants. De cette analyse, on peut tirer des conclusions sur la validité de l'évaluation contingente et, par conséquent, sur la validité des résultats⁶². Cinq groupes de variables sont susceptibles d'expliquer la disposition à payer : variables sociodémographiques (sexe, âge, formation), économiques (revenu), relatives à la santé (perception de l'état de santé, mode de vie), variables décrivant la relation parent-adolescent et enfin variables reflétant l'attitude face à la dépendance. La plupart sont dichotomiques, c'est-à-dire qu'elles ne peuvent prendre que la valeur 0 ou 1; d'autres, comme le revenu (REVENU) ou l'âge (AGE), sont quantitatives.

Tableau 7.2 : Description des variables

Nom des variables	Signe attendu	Description
Variables sociodémographiques		
ACTIF	+	Variable valant 1 pour une personne professionnellement active, 0 sinon.
AGE	+ ou –	Age de l'enquêté.
CSP	+	Catégorie socioprofessionnelle de la personne : 0 pour les « employés et ouvriers qualifiés » et « travailleurs non qualifiés », 1 pour les « dirigeants, professions libérales » et « commerçants, professions intermédiaires » ⁶³ .
EDUCATION	+	Niveau d'éducation : 1 si l'enquêté a une formation de degré tertiaire (formation professionnelle supérieure ou universitaire), 0 sinon.
MENAGE	+	Variable valant 0 si la personne interrogée vit seule et 1 sinon.
SEXE	+ ou –	La variable prend la valeur 0 pour un homme et 1 pour une femme.
ZONE	+	Variable valant 1 en zone de résidence urbaine, 0 en zone rurale.
ENFANT	+	Variable valant 1 si la personne a 1 ou plusieurs enfants, 0 sinon.
Variables économiques		
REVENU	+	Revenu annuel ajusté du ménage.
FORTUNE	+	Variable prenant la valeur 1 si la fortune personnelle excède 12 mois de vie sans travail en conservant le même niveau de vie, 0 sinon.

⁶¹ Selon le scénario, le traitement doit être suivi pendant cinq ans.

⁶² Il s'agit d'un test dit de validité interne.

⁶³ Voir l'annexe 6.4 pour une description détaillée des catégories socioprofessionnelles.

UMR	+	Utilité marginale du revenu : 1 si une augmentation de 500 francs du revenu mensuel de la personne affecte très peu ou faiblement son pouvoir d'achat, 0 sinon.
		Variables relatives à la santé
HYGIENE	+	Hygiène de vie : 1 si l'individu prend davantage de mesures pour préserver sa santé que la moyenne de l'échantillon, 0 sinon.
CULTURE	–	Attitude culturelle face à la maladie : 0 si l'individu estime que la maladie est une fatalité ou une punition, 1 s'il pense qu'elle est une épreuve à surmonter.
		Sensibilité de l'enquête au problème de dépendance
SELFDEP	–	Variable valant 1 si l'individu se considère comme dépendant de quelque chose, 0 sinon.
QUALITE	+	Qualité de vie des autres membres du ménage : 1 si l'individu juge qu'elle est très fortement réduite par la dépendance du proche, 0 sinon.
CONNTOX	+	Variable valant 1 si l'enquête connaît quelqu'un qui est ou a été toxicomane, 0 sinon.
RESPTOX	–	Variable valant 1 si l'individu juge que le dépendant est responsable de son état, sinon 0.
SCHIZOPHRENIE	–	Variable valant 1 si l'individu serait prêt à payer un montant plus élevé pour un enfant atteint de schizophrénie que pour un enfant dépendant de la drogue, 0 s'il est prêt à payer un montant identique ou inférieur.
		Relation parent-adolescent
SANTE	+	Age jusqu'auquel l'enquête juge qu'un parent est responsable de son enfant du point de vue de sa santé. Variable valant entre 1 et 5 selon l'âge plus ou moins élevé donné par l'individu
FINANCE	+ ou –	Age jusqu'auquel l'enquête juge qu'un parent est responsable de son enfant du point de vue financier. Variable valant entre 1 et 5 selon l'âge plus ou moins élevé donné par l'individu
RESPONSABILITE	+	Age jusqu'auquel l'enquête juge qu'un parent est responsable de son enfant du point de vue éducatif. Variable valant entre 1 et 5 selon l'âge plus ou moins élevé donné par l'individu
PARPROTECT	+	Variable prenant la valeur 1 si la personne interrogée est plus protectrice en tant que parent que la moyenne, 0 sinon.
		Autre variable
SEXETOX	+ ou –	Sexe de l'enfant que l'individu a imaginé lors du scénario : 1 pour un garçon, 0 pour une fille.

La deuxième colonne du tableau 7.3 indique le signe attendu des coefficients. Pour la plupart des variables, il est aisé de le déterminer. Ainsi, plus le revenu annuel du ménage (REVENU) est élevé, plus la DAP doit théoriquement être importante. Pour d'autres, le signe peut être positif ou négatif. Pour la variable SEXE, par exemple, on ne sait *a priori* pas comment les hommes et les femmes appréhendent les problèmes liés à la dépendance à la drogue. Il en va de même avec la variable AGE : le sens du coefficient n'est pas prévisible *a priori*.

7.3 Réalisation de l'enquête

L'enquête a été réalisée au moyen d'entretiens en face-à-face. Cette pratique offre l'avantage d'un taux de réponse beaucoup plus élevé qu'une enquête par la poste. Au moment de l'analyse des résultats, on dispose d'un feed-back (protocole de l'entretien) permettant de

savoir si des problèmes ont surgi au cours de l'entrevue, si l'enquêté s'est montré disponible et s'il a semblé bien comprendre le scénario. Les entretiens ont été menés par 28 enquêteurs, qui ont tous participé à une journée de formation au cours de laquelle ils ont pu se familiariser avec le questionnaire. Les enquêteurs ont été rendus attentifs à la nécessité de s'en tenir strictement au texte du questionnaire et d'adopter une attitude neutre. Ils ont été sensibilisés au risque d'influencer les réponses s'ils ne respectaient pas ces directives (biais de l'enquêteur). Chacun avait pour tâche de recruter et de questionner douze personnes en Suisse romande, choisies de manière à satisfaire les quotas imposés. Les entrevues se sont déroulées entre le 10 juillet et le 2 août 2003.

Sur les 297 questionnaires retournés, 14 ont été écartés, l'enquêté ayant annoncé une disposition à payer invraisemblable⁶⁴. Au total, 41 questionnaires n'ont pas été pris en compte; d'autres personnes interrogées n'ont pas voulu révéler leur revenu ou leur DAP ou encore ont refusé le traitement même si celui-ci était gratuit. En définitive, 256 questionnaires ont été conservés pour l'analyse (Tableau 7.4).

Les faibles écarts entre la structure de la population suisse et celle de l'échantillon (Tableau 7.3) attestent de la représentativité de celui-ci.

Tableau 7.3 : Représentativité de l'échantillon

Critères d'échantillonnage	% de la population résidente	% de l'échantillon	Ecart en points
<i>Sexe</i>			
Femmes	49,4%	49,8%	0,4
Hommes	50,6%	50,2%	- 0,4
<i>Groupe d'âge</i>			
25-34 ans	31,8%	35,3%	3,5
35-44 ans	37,2%	30,6%	- 6,6
45-54 ans	31,0%	34,0%	3,0
<i>Catégorie socioprofessionnelle</i>			
Dirigeants, professions libérales	20,7%	23,2%	2,5
Commerçants, professions intermédiaires	19,7%	19,9%	0,2
Employés et ouvriers qualifiés	37,0%	35,7%	- 1,3
Travailleurs non qualifiés	22,6%	21,2%	1,4

7.4 Résultats

7.4.1 Observations retenues pour l'analyse économétrique

Pour le traitement économétrique, seuls les questionnaires où l'enquêté a exprimé un consentement à payer, positif ou nul, peuvent être pris en considération. Quelques enquêtés

⁶⁴ Ces personnes ont déclaré être prêtes à sacrifier plus de la moitié de leur revenu pour le traitement sur une période de cinq ans.

refusent le marché qui leur est proposé et ne donnent donc pas d'information sur la valeur qu'ils attachent au traitement. Ces cas sont cependant peu nombreux. Le taux élevé de participation au marché (96,3%) indique que le scénario et le marché hypothétique sont bien acceptés. L'une des difficultés est d'identifier les personnes qui annoncent un consentement à payer nul pour d'autres raisons que le manque de moyens financiers ou le fait qu'elles n'attachent pas d'importance au résultat du traitement. Le refus de paiement est alors stratégique ou éthique et ne reflète pas la valeur que l'enquêté attache au traitement.

Tableau 7.4 : Echantillon utilisé pour estimer le modèle de la disposition à payer

Echantillon de départ	336	100,0%
Questionnaires non retournés	39	-11,6%
Questionnaires incomplets (refus de donner DAP ou revenu)	15	-4,5%
Questionnaires écartés avant le traitement statistique	26	-7,7%
Refus du marché	11	
DAP nulle ne reflétant pas la valeur attribuée au traitement (« faux zéro »)	1	
DAP anormalement élevée (biais hypothétique)	14	
Questionnaires utilisés pour modéliser la disposition à payer	256	76,2%

Parmi les enquêtés qui souhaitent que leur enfant dépendant puisse bénéficier du traitement, onze refusent de payer pour l'obtenir, sans que le manque de moyens financiers en soit la raison. Soit ils ne croient pas au traitement, soit ils estiment que le malade s'est mis volontairement dans un état de dépendance et doit donc en supporter les conséquences. Dans le premier cas, il s'agit d'un réel refus du marché. Dans le second cas, il s'agit de refus de paiement fondés sur des motifs stratégiques ou éthiques et la valeur annoncée n'est pas prise en considération. En effet, l'enquêté ne répond pas à la question qui lui a été posée et sa réponse ne peut donc pas être utilisée dans l'analyse économétrique.

7.4.2 Modélisation de la disposition à payer

De l'analyse de statistique descriptive (Annexe 7.2), il ressort que les enquêtés sont disposés à payer en moyenne 1087 francs par mois pour le traitement. Comme la distribution des DAP n'est pas symétrique mais étalée à droite, la médiane (848 francs/mois) donne une indication plus pertinente de la valeur centrale que la moyenne.

Les modèles de régression multiple sont estimés par la méthode des moindres carrés ordinaires. La distribution de la DAP étant log-normale (Annexe 7.2)⁶⁵, on pouvait s'attendre à ce qu'une spécification semi-logarithmique ou logarithmique du modèle explicatif de la DAP donne de meilleurs résultats qu'une spécification linéaire. Ce type de modèle présente en outre l'avantage de tasser les valeurs extrêmes, réduisant ainsi les conséquences d'un éventuel biais dans les réponses dû au fait qu'il s'agit d'un marché hypothétique et non d'un

⁶⁵ La distribution des DAP sous forme logarithmique est normale à un seuil de 95%. La statistique de Jarque-Bera a été utilisée comme test de normalité. La valeur obtenue est de 0,24 alors que la valeur critique pour un seuil de signification de 95% est de 4,61.

marché réel⁶⁶. Le modèle logarithmique étant celui qui donne les meilleurs résultats, il est utilisé pour estimer la valeur attribuée au traitement ou, ce qui est équivalent, les coûts humains de la dépendance à la drogue.

Une part appréciable de la variation totale de la disposition à payer est expliquée par le modèle puisque le coefficient de détermination ajusté atteint 31,4%. Le niveau d'explication est supérieur à celui observé habituellement dans les évaluations contingentes portant sur la santé (Jones-Lee *et al.* 1993, Tolley *et al.* 1994). La bonne qualité du modèle tient sans doute à l'introduction de variables explicatives généralement ignorées⁶⁷.

Tableau 7.5 : Modèle explicatif de la DAP

Modèle logarithmique			
Variables	Coefficient	Test t	Valeur p
Constante	- 2,50	- 2,592	0,010
EDUCATION	0,18**	2,006	0,046
ENFANT	0,18**	2,061	0,040
SANTE	0,07**	1,982	0,049
SCHIZOPHRENIE	- 0,27**	- 2,067	0,040
Ln(REVENU)	0,79***	9,341	0,000
Nombre d'observations		256	
R ²		0,33	
R ² ajusté		0,31	
Prob (F-stat)		0,000	

** (***) coefficients statistiquement significatifs à un seuil de 5% (1%).

Cinq variables contribuent à expliquer la DAP dans le modèle logarithmique. Ces coefficients sont significatifs à 95% ou à 99% et ont le signe attendu. Dans le modèle logarithmique, les coefficients des variables quantitatives sont des élasticités, les coefficients des variables dichotomiques des semi-élasticités⁶⁸.

- La variable EDUCATION influence positivement la disposition à payer. Les personnes ayant le niveau de formation le plus élevé – « formation professionnelle supérieure ou universitaire » – consentent à une dépense plus grande que les autres enquêtés. Elles sont prêtes à payer 18% de plus pour bénéficier du traitement.
- Le fait d'avoir des enfants (variable ENFANT) a une influence positive sur la disposition à payer.

⁶⁶ Il y a un biais hypothétique si le répondant annonce une DAP supérieure au prix qu'il aurait accepté de payer sur un vrai marché.

⁶⁷ Le fait que la DAP soit expliquée par les caractéristiques personnelles des répondants est un argument en faveur de la validité de l'évaluation, donc de la pertinence des valeurs obtenues par le marché contingent.

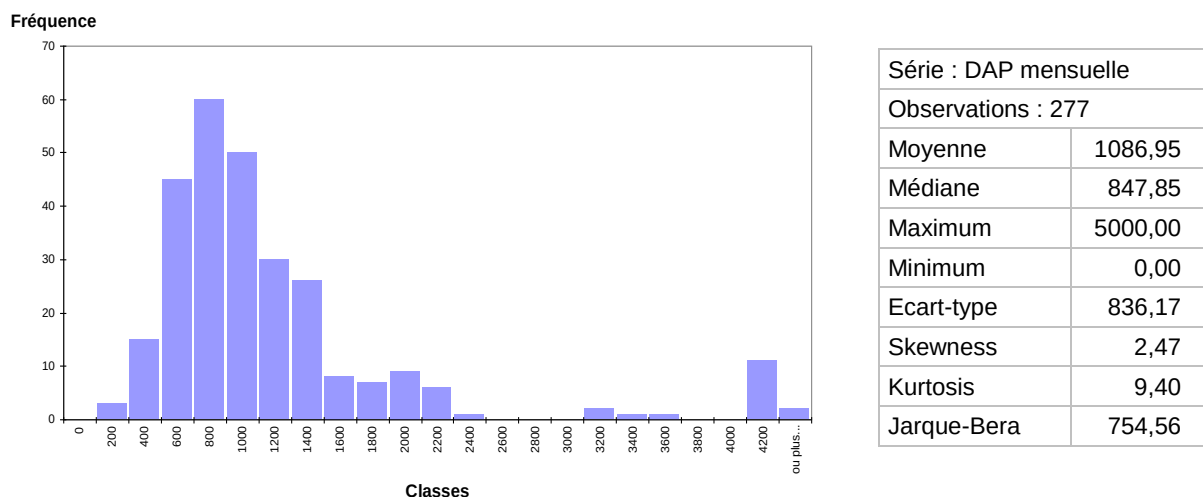
⁶⁸ Le coefficient des variables dichotomiques indique de quel pourcentage la DAP varie lorsque la variable indépendante prend la valeur 1.

- La variable SCHIZOPHRENIE, de signe négatif, est une variable proxy et sert à identifier les personnes qui estiment qu'un toxicomane est en partie responsable de son état.
- La variable SANTE influence positivement la disposition à payer. Plus les parents se sentent responsables de la santé de leur enfant, plus leur disposition à payer est élevée.
- La santé étant un bien normal⁶⁹, le coefficient de la variable REVENU doit être significatif et de signe positif. Le fait que la demande réponde aux variations du revenu est en effet un postulat fondamental de la théorie économique. Si cette condition n'était pas remplie, la validité de l'évaluation contingente serait sérieusement mise en doute. Ici, cette condition est pleinement satisfaite puisque le coefficient de la variable REVENU, de signe positif, est significatif à un seuil de 99%. L'élasticité de 0,79 révèle que la DAP croît d'un peu moins de 0,8% chaque fois que le revenu augmente de 1%. L'élasticité obtenue dans le modèle est du même ordre de grandeur que les valeurs trouvées dans la littérature.

7.5 Coûts humains

La disposition à payer révèle le coût humain de la dépendance à la drogue tel qu'il a été perçu par les personnes interrogées⁷⁰. Les montants mensuels s'étalent entre 0 et 5000 francs. La moyenne obtenue à partir des valeurs estimées par le modèle est de 1087 francs. Ce montant équivaut au coût, en termes de perte de qualité de vie, d'un cas de dépendance à la drogue, tel que le perçoit la population.

Figure 7.1 : DAP estimées selon le modèle logarithmique



⁶⁹ Il s'ensuit que la demande de services de santé croît lorsque le revenu augmente. L'élasticité-revenu de la demande de ces services est donc positive.

⁷⁰ Elle est obtenue à partir du modèle logarithmique, qui a la propriété de tasser les valeurs élevées. Ce modèle fournit donc une estimation plus conservatrice de la DAP.

Le nombre de dépendants à la drogue en Suisse étant estimé à 30 000 (OFSP 1998) et la disposition à payer annuelle de la population à 13 043 francs par malade, le coût humain annuel de la dépendance à la drogue s'élève à 391,3 millions de francs. Ce montant représente l'équivalent monétaire de la perte de bien-être attribuable aux conséquences personnelles, familiales et sociales de la dépendance à la drogue, tant pour les malades que pour leurs proches.

Tableau 7.6 : *Coûts humains de la dépendance à la drogue, 2000*

	en milliers de francs par an
Coûts humains par cas	13,0
Coûts humains de la dépendance à la drogue en Suisse	391 300,0

8. COÛT SOCIAL DE LA CONSOMMATION DE DROGUES ILLÉGALES

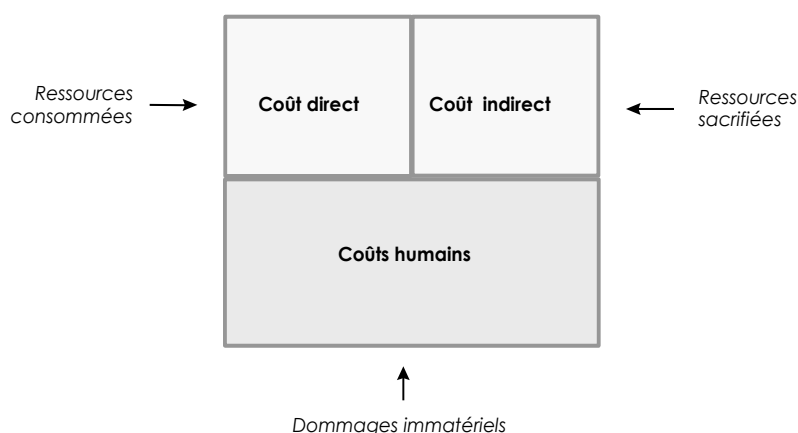
8.1 Coût social

Le coût social correspond à l'ensemble des conséquences négatives pour la communauté de la consommation de drogues illégales, qu'il s'agisse de frais médicaux, de la mise en œuvre de la politique de la drogue, de pertes de production ou d'atteintes à la santé. Tous sont exprimés en termes monétaires. L'avantage des valeurs monétaires est de pouvoir exprimer en une grandeur unique le fardeau que représente la drogue pour l'ensemble de la communauté.

Le coût social est formé de trois composantes :

- ♦ Le *coût direct* correspond à la valeur des ressources consommées en raison de la toxicomanie (traitements médicaux et politique de la drogue). Ces ressources ne sont plus disponibles pour répondre à d'autres besoins de la société;
- ♦ Le *coût indirect*, aussi appelé coût de morbidité et de mortalité, représente la valeur de la production non réalisée en raison de la consommation excessive de drogues illégales. Les décès prématurés, l'incapacité de travail due à la maladie, au suivi d'une thérapie ou à un séjour en prison constituent les causes des pertes de production;
- ♦ Les *coûts humains* représentent la perte de qualité de vie des personnes atteintes dans leur santé en raison d'une consommation de drogues illégales ainsi que celle de leurs proches.

Figure 8.1 : Composantes du coût social



L'addition des coûts directs et des coûts indirects ne pose pas de problème, car les méthodes d'estimation de ces deux grandeurs reposent sur les mêmes fondements théoriques. Le résultat correspond à la valeur des ressources utilisées – pour les traitements médicaux, le placement en institutions – ou sacrifiées en raison des incapacités de travail permanente ou temporaire. La valeur de ces ressources est mesurée à partir des prix du marché.

Toutefois, la mesure de la production sacrifiée soulève une question délicate : faut-il ou non déduire la valeur des biens que la personne prématurément décédée aurait elle-même consommés, autrement dit faut-il utiliser les pertes de production brutes ou nettes comme indicateur de coût pour la société ? Les économistes sont partagés sur la question. En l'absence d'un argument décisif en faveur de l'une ou de l'autre option, les deux valeurs apportent une information utile. Lorsque la consommation propre des personnes décédées est

déduite, le coût pour la société correspond à la valeur des biens dont la communauté est privée.

Les *coûts directs* comprennent toutes les dépenses engagées pour prévenir et corriger les conséquences négatives de la consommation de drogues illégales, qu'il s'agisse d'atteintes à la santé, de frais de police, de justice, d'incarcération ou des mesures servant à prévenir l'usage des drogues. Les frais de justice, de police et d'incarcération constituent deux tiers des coûts directs. En résumé, les coûts directs se montent à 1,4 milliard de francs.

Tableau 8.1 : Coûts directs, en millions de francs, 2000

Traitements médicaux et hospitaliers	146,3
Coûts des politiques publiques	1 225,8
VIH/sida chez les toxicomanes	40,3
Coûts directs	1 412,4

Les *coûts indirects* de la morbidité et de la mortalité correspondent à la valeur de la production non réalisée. La consommation de drogues illégales est en effet à l'origine de décès prématurés, d'invalidité et d'incapacités de travail pendant des périodes très longues. Les pertes de production marchande et non marchande dues aux décès prématurés atteignent près de 650 millions. Le nombre de décès est relativement faible par comparaison avec le tabac et l'alcool, mais le nombre d'années de vie productive perdue est très élevé car ce sont des personnes jeunes qui décèdent. Les coûts de la morbidité sont plus élevés encore, la majorité des toxicomanes n'exerçant aucune activité professionnelle durant toutes les années où ils sont dépendants de la drogue. Ce qui aurait été la consommation propre des personnes décédées prématurément est déduit des pertes brutes de production. Le coût indirect net – 2 313,9 millions de francs – correspond à la valeur des ressources dont les autres membres de la communauté sont privés.

Tableau 8.2 : Coûts indirects bruts et nets, en millions de francs, 2000

Mortalité	637,6
Morbidité*	1 781,8
Coût indirect brut	2 419,4
(-) Consommation propre des personnes décédées	105,5
Coût indirect net	2 313,9

*Et autres causes d'incapacité de travail.

Les *coûts humains* sont l'équivalent monétaire de la baisse de la qualité de vie des personnes atteintes dans leur santé à la suite d'une consommation de drogues illégales. Seuls les toxicomanes dépendants – soit environ 30 000 personnes – ont été pris en compte dans l'estimation. Les coûts humains atteignent un peu moins de 400 millions de francs et sont donc nettement moins importants que les coûts directs et indirects. Toutefois, les coûts humains par cas sont semblables à ceux observés pour l'alcool.

Le *coût social* des drogues illégales correspond à l'ensemble des dommages que subit la communauté en raison de la consommation ou du trafic des produits. Les pertes de production (coûts indirects) représentent plus de la moitié des coûts totaux. Afin d'éviter le risque d'une double comptabilisation, seules les pertes de production nettes sont ajoutées aux coûts

humains (Schwab Christe et Soguel 1995). Le coût social des drogues illégales se monte alors à 4,1 milliards de francs, soit 1,0% de la valeur de la production annuelle de l'économie suisse (PIB).

Tableau 8.3 : *Coût social de la consommation de drogues illégales, en millions de francs, 2000*

Coûts directs	1 412,4	34,3%
Coûts indirects	2 313,9	56,2%
Coûts humains	391,3	9,5%
Coût social	4 117,6	100,0%

Le coût social est un bon indicateur de l'ampleur de la consommation de drogues illégales en tant que problème de santé publique et de son importance relative par rapport à d'autres préoccupations telles que le tabagisme, l'abus d'alcool, le sida, les accidents de la route ou les maladies professionnelles.

En revanche, si l'on veut juger des bénéfices d'un programme de santé publique visant à réduire la prévalence des consommateurs abusifs, c'est le coût *marginal* qui est la mesure pertinente. Le coût marginal correspond à l'accroissement de la charge due à la drogue lorsque la quantité augmente. Or, il existe plusieurs manières de définir la quantité, donc plusieurs notions de coût marginal.

Dans une perspective de santé publique, la façon la plus pertinente de définir le coût marginal (ou coût par cas) consiste à s'intéresser aux conséquences de la variation du nombre de consommateurs dépendants. Cette acception du coût marginal permet de mesurer l'accroissement de coût lorsque le nombre de consommateurs de drogues illégales augmente d'une unité ou, à l'inverse, le bénéfice marginal d'une politique de santé permettant de réduire d'une unité la prévalence de la consommation. Comme les principales composantes du coût social ont été estimées pour les consommateurs dépendants, le coût social par cas est calculé uniquement pour ces derniers. Les coûts qui ne peuvent pas être attribués à un groupe spécifique de consommateurs sont ignorés. Cela concerne en particulier les coûts de prévention et de répression. Il y a en Suisse 30 000 toxicomanes dépendants. En faisant l'hypothèse d'un coût marginal constant, l'augmentation d'une unité de la prévalence engendre un coût de 103,4 milliers de francs par toxicomane dépendant⁷¹.

⁷¹ Les hypothèses suivantes ont été adoptées pour le calcul du coût par cas : 80% des coûts indirects de mortalité sont attribués aux consommateurs dépendants. On rappellera que les coûts de morbidité estimés ici concernent les seuls usagers dépendants. Il a par ailleurs été admis que deux tiers des dépenses médicales et la totalité des aides à la survie sont dus à des consommateurs dépendants.

Tableau 8.4 : Coût marginal d'un toxicomane dépendant, en milliers de francs par année, 2000

Coûts imputables ⁷²	Nombre de consommateurs dépendants	Coût marginal
2 671	30 000	103,4

8.2 Comparaisons internationales

A l'étranger, de nombreuses études ont été menées sur le coût social de la consommation de drogues illégales. La comparaison des résultats exige quelques précautions, car les méthodes, les catégories de coûts et les hypothèses retenues diffèrent d'une étude à l'autre. A l'exception de la recherche australienne (Collins et Lapsley 2002), tous les autres travaux se sont limités aux coûts directs et indirects.

Tableau 8.5 Coût social de la consommation de drogues illégales: comparaison internationale

Source	Pays ou région	Année	Coûts mesurés	Coût total	
				en milliards de dollars ⁷³	en % du PIB ⁷⁴
Danthine et Balletto (1990)	Suisse	1988	CT/PP/CP/J	0.35	0.19%
Rice <i>et al.</i> (1990)	Etats-Unis	1988	CT/PP/J/CP	58.28	1.15%
Single <i>et al.</i> (1998)	Canada	1992	CT/PP/J/CP	1.13	0.20%
Harwood <i>et al.</i> (1998)	Etats-Unis	1992	CT/PP/J	97.66	1.56%
Liu (1998)	Texas	1997	CT/PP/AR/J	6.11	0.07%
Kopp et Fenoglio (2000)	France	1997	CT/PP/J/CP	2.30	0.16%
Garcia-Altès <i>et al.</i> (2002)	Espagne	1997	CT/CP/J/PP	0.47	0.07%
Collins et Lapsley (2002)	Australie	1998-99	CT/PP/AR/CH ⁷⁵	3.87	1.00%
Sieroslawski et Bukowska	Pologne	2000	CT/CP/J/PP	0.09	0.06%
Jeanrenaud <i>et al.</i> (2004)	Suisse	2000	CT/CP/PP/J/CH	2.41	1.00%

CH = coûts humains; CP = coûts de prévention et de recherche; CT = coût du traitement; J = frais de justice et police; PP = pertes de production.

En Suisse, deux études ont été réalisées il y a une quinzaine d'années sur le coût social de la consommation de drogues. La première, menée par Danthine et Balletto, porte sur l'année 1988. Le coût social était estimé à 0,4 milliard de francs, soit 0,18% du PIB. Cette valeur

⁷² Sans le coût des politiques publiques. Par hypothèse, deux tiers des décès ont été attribués aux consommateurs dépendants, ainsi que la moitié des dépenses médicales.

⁷³ En milliards de dollars, aux prix de l'année de l'étude, au taux de change courant.

⁷⁴ Le coût social est rapporté au PIB – au prix courant – de l'année de l'étude.

⁷⁵ Estimation partielle des coûts humains : ne comprend que la valeur de la vie perdue et la consommation non réalisée par les personnes décédées prématurément.

relativement basse s'explique par le fait que les deux auteurs n'ont évalué qu'une petite partie des dommages provoqués par la consommation de drogues illégales. L'étude de Bernasconi (1993) englobe les coûts humains.

D'une manière générale les études réalisées en Europe arrivent à des valeurs nettement plus faibles que celles des travaux américains ou australiens. Ceci s'explique par le fait que les auteurs, confrontés au manque de données, n'ont pas été en mesure de couvrir l'ensemble des domaines dans lesquels les drogues illégales occasionnent des coûts.

Dans la présente étude, le coût social de la consommation de drogues représente un peu moins de 1% du PIB soit une valeur proche de celle obtenue par Collins et Lapsley (2002) pour l'Australie et par Rice et al. (1990) pour les Etats-Unis. Il faut noter que l'étude australienne comprend une estimation des coûts humains, ce qui n'est pas le cas de l'étude américaine. En excluant les coûts humains, le coût social estimé pour la Suisse représente 0,9% du PIB, soit une valeur qui reste assez proche de celle obtenue par Rice. Seuls Harwood et al. (1998) aboutissent à des valeurs sensiblement plus hautes.

Enfin, les pertes de production résultant directement du trafic – s'ils ne consacraient pas leur temps au commerce de la drogue, les trafiquants pourraient exercer une activité utile à la société sur le marché suisse du travail – ne sont pas prises en compte. Faire l'hypothèse qu'en l'absence de drogues illégales, tous les trafiquants deviendraient des employés honorables paraît peu réaliste. Le choix d'une autre norme de référence pour le calcul des coûts ne pourrait qu'être arbitraire, d'où la décision de renoncer à mesurer les pertes de production directement liées au trafic.

8.3 Coûts sociaux de la consommation de drogues, d'alcool et de tabac

Entre 1999 et 2004, trois études portant sur le coût social des substances engendrant la dépendance en Suisse ont été réalisées sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique. La première étude (Vitale *et al.* 1998) portait sur les coûts engendrés par la consommation de tabac. La deuxième étude présentait une estimation des coûts de la consommation excessive d'alcool (Jeanrenaud *et al.* 2003). Le présent travail sur le coût des drogues illégales constitue la troisième étude mandatée par l'Office fédéral de la santé publique. Le coût social du tabac en 1995 a été estimé à 10,0 milliards de francs, celui de la consommation excessive d'alcool à 6,5 milliards de francs, alors que les drogues illégales occasionnent des coûts pour la société se montant à 4,1 milliards.

Tableau 8.6 : coût social des substances engendrant la dépendance en Suisse

	Drogues illégalles	Alcool	Tabac
Données épidémiologiques			
Consommateurs	30'000	357'000	1'950'000
Décès à l'année de référence	322	2'137	8'300
Années de vie productive perdues	11'300	28'500	49'700
Coûts, en milliards de francs*			
Coûts directs ⁷⁶	1,4	0,8	1,5
Coûts indirects	2,3	1,5	4,0
Coûts humains	0,4	4,4	5,2
Coût social	4,1	6,7	10,7

Estimation 2000 pour les coûts de l'alcool et du tabac.

La relation entre le coût social des trois substances, exprimée en % du PIB, n'est pas très différente de celle obtenue par Rice *et al.* pour les Etats-Unis et Collins et Lapsley pour l'Australie. C'est toujours le tabac qui occasionne les coûts les plus élevés pour la communauté, suivi de l'alcool puis des drogues illégales. Ainsi, dans l'étude de Rice, le coût social du tabac représente 2,0% du PIB, celui de l'alcool 1,8% et celui des drogues illégales 1,2%.

Les différences s'expliquent tout d'abord par le fait que les atteintes à la santé provoquées par le tabac et l'alcool touchent une population beaucoup plus large. Il y a près de 2 millions de fumeurs en Suisse et 357 000 consommateurs d'alcool à usage nocif contre 30 000 personnes dépendantes aux à l'héroïne et (ou) à la cocaïne.

Les coûts indirects des drogues illégales sont élevés au regard du nombre de personnes impliquées. Cela s'explique par le fait que les décès touchent des personnes jeunes alors que la majorité des décès dus au tabac interviennent après l'âge de la retraite. Par ailleurs, la majorité des toxicomanes dépendants ne sont pas en mesure de travailler ou ont une activité fortement réduite. Ainsi, les coûts indirects de morbidité (par cas) sont nettement plus élevés que chez les fumeurs et les consommateurs excessifs d'alcool.

Si l'on rapporte le coût social aux individus concernés, on constate que les coûts par personne sont nettement plus élevés pour les drogues illégales que pour les deux autres substances.

⁷⁶ Les coûts directs des drogues illégales concernent un groupe plus large que celui des seuls consommateurs dépendants (90'000).

Tableau 8.7 : Coût par usager et par année, en francs

Drogues illégal	Alcool*	Tabac*
103 400	14 700	5 500

* Tabac et alcool : valeurs estimées pour 2000.

9. CONCLUSIONS

Rappel des résultats

Le coût social des drogues illicites se rapporte à l'ensemble des dommages que l'usage des substances en question représente pour les consommateurs eux-mêmes, les proches et la population générale. Le coût social correspond au revenu auquel la communauté serait prête à renoncer pour ne plus avoir à subir les conséquences négatives de l'usage et du trafic des drogues illicites.

Si les coûts sont mesurés pour une année particulière (2000), les faits qui les ont provoqués sont généralement antérieurs. De même, si les années de vie productive perdues suite aux décès prématurés à l'année de référence s'étalent sur plusieurs décennies, les coûts correspondant sont néanmoins attribués à l'année du décès. Par conséquent, le coût social correspond au montant des dommages actuels et futurs provoqués par la consommation passée et présente des produits. Le fait que l'on ne mesure pas les seules conséquences de la consommation présente s'explique par les délais de latence de certaines maladies liées aux drogues illicites. Une diminution de la prévalence se répercute donc avec retard sur les coûts. Il faut relever à ce propos que l'on rencontre le même problème avec le tabac et l'alcool.

Le coût social des drogues illicites en Suisse est estimé à 4,1 milliards de francs pour l'année 2000. Les coûts directs – soit les moyens consacrés à la politique de la drogue ou utilisés pour traiter les atteintes à la santé – représentent un tiers du coût social (1,4 milliard). Les coûts de répression représentent une proportion très élevée du coût social : 800 millions sur 4,1 milliards, soit 20%. Les traitements médicaux, les séjours en institution et les aides à la survie engendrent des dépenses de 375 millions (environ 10% du coût social). Les incapacités de travail dues à la morbidité ou à la mortalité ont un coût annuel de 2,3 milliards (57% du coût social). Quant aux coûts humains – la détérioration de la qualité de vie des toxicomanes atteints dans leur santé et de leurs proches – ils s'élèvent à 391 millions. Ils forment un peu moins de 10% du coût social.

Comparaisons

Le coût social des drogues illicites peut-être comparé à celui des substances licites engendrant la dépendance – tabac et alcool – ou au coût des accidents de la route par exemple. Le coût social du tabac a été estimé à 10 milliards de francs en 1995 (10,7 milliards en 2000) et le coût de l'alcool à 6,5 milliards en 1998 (6,7 milliards en 2000). Quant au coût des accidents de la route, il est estimé à 12,3 milliards en 1998 (ARE 2002).

Aux Etats-Unis les coûts des traitements médicaux et des thérapies représentent un peu moins de 10% des coûts totaux et les coûts de répression 22,4%, soit des proportions très proches de celles observées en Suisse. L'étude australienne, qui comprend une estimation des coûts humains, offre toutefois une meilleure base de comparaison. Dans ce pays, les coûts de répression forment presque 30% du coût social. En France également, les dépenses de répression forment près de 30% du coût social (29,3%).

Ce qui est le plus frappant dans la structure du coût social, c'est le déséquilibre entre les moyens consacrés à la prévention par rapport à la répression. La Suisse consacre ainsi 50 fois plus de moyens à la répression qu'à la prévention. Aux Etats-Unis, le rapport est même de 1 à 100.

Les coûts indirects forment plus de la moitié (56%) des coûts totaux. Sur ce point, toutes les études arrivent plus ou moins au même constat. Aux Etats-Unis, les pertes de production représentent même deux tiers du coût social. L'importance des coûts indirects s'explique par le fait que ce sont des personnes jeunes qui sont atteintes dans leur santé ou qui décèdent prématurément.

En ce qui concerne les coûts humains, la différence entre l'alcool et l'usage des drogues illicites est frappante. On rappellera que les coûts humains des atteintes à la santé dues à l'abus d'alcool s'élèvent à 4,3 milliards (année de référence 1998) contre 391 millions pour les drogues illicites. Toutefois, si l'on sait que la prévalence de l'abus d'alcool est plus élevée et si l'on rapporte les montants au nombre de cas, les valeurs sont tout à fait comparables : 12'000 francs par consommateur à usage nocif par année pour l'alcool et 13'000 francs par cas et par année pour les drogues illicites.

Une estimation prudente

Le montant de 4,1 milliards doit être considéré comme une estimation prudente du coût des drogues illégales. Les coûts de morbidité sont estimés en admettant que la phase de dépendance, pendant laquelle une partie importante des toxicomanes n'a pas d'activité professionnelle, s'étend en moyenne sur dix ans. Or, divers indices nous font penser que celle-ci pourrait être plus longue. Ainsi, les personnes consultant un service ambulatoire pour un problème de santé dû à l'héroïne ont vécu en moyenne 9 années de consommation régulière avant de recourir à un tel service (OFS 2002). Enfin, après la sortie de la phase de dépendance, les toxicomanes qui ne touchent pas une rente d'invalidité sont supposés retrouver une activité professionnelle normale. Cette hypothèse, peu réaliste, a été adoptée faute d'informations sur la réintégration socioprofessionnelle des toxicomanes après la période de dépendance.

En ce qui concerne les coûts humains, il faut rappeler que seuls les cas de dépendance ont été inclus dans l'estimation. La population des consommateurs d'héroïne, de cocaïne ou d'autres drogues illégales exposés à un risque pour la santé ne se limite cependant pas aux usagers dépendants et une partie au moins des consommateurs à usage nocif rencontrent des problèmes de santé et ont une qualité de vie amoindrie.

Qui supporte les coûts ?

La présente étude ne comporte pas d'estimation spécifique des coûts externes, à savoir des dommages que les toxicomanes imposent au reste de la population. Contrairement au tabac, où la plus grande partie des coûts est supportée par les fumeurs eux-mêmes, la collectivité prend à sa charge une part importante du coût des drogues illicites. Ainsi, les coûts financiers de répression sont à la charge de la collectivité, il en va de même pour la plus large partie des frais de séjour en institution, des traitements médicaux et des rentes d'invalidité. Il convient toutefois de ne pas attacher une importance excessive à cette répartition, car c'est le coût total et non le seul coût externe qui constitue la grandeur significative pour la politique de santé et la politique de la drogue.

Coûts évitables ou non évitables

Plusieurs des auteurs qui se sont intéressés à la question des drogues légales ou illégales et des dommages pour la population ont cherché à distinguer les coûts évitables des coûts non évitables. Les premiers sont ceux qu'une politique gouvernementale et des programmes sociaux efficaces pourraient conjurer. A noter que certains coûts ne sont pas évitables à court terme en raison du long délai de latence entre l'exposition au produit et ses conséquences

pour la santé. A cela, il faut ajouter que la référence utilisée pour le calcul des coûts – une société sans drogue – correspond à une situation peu réaliste. Ainsi, même dans les pays qui pratiquent la politique la plus efficace, la consommation des drogues n'a pas été éliminée. Dans ces conditions, la norme de référence pour le calcul du coût social ne devrait-elle pas être le taux de prévalence dans les pays qui ont obtenu les meilleures performances en matière de lutte contre la toxicomanie plutôt qu'une absence de consommation de drogues ?

Si l'estimation des coûts évitables est possible pour des substances comme le tabac et l'alcool – 62% des coûts de l'alcool et 45% des coûts du tabac pourraient être évités par la mise en œuvre d'une politique de prévention appropriée selon une étude australienne (Collins et Lapsley 2002) – une telle estimation est difficile voire impossible pour les drogues illicites en raison du manque de données. A ce propos, il faut savoir que toutes les études font état d'un taux élevé de comorbidité de la toxicomanie et des troubles mentaux (troubles de l'humeur, troubles psychotiques, troubles anxieux), qui toucherait entre la moitié et les deux tiers des patients en milieu de traitement de la toxicomanie. La toxicomanie serait d'abord une comorbidité et la prise de drogue une automédication. Même si l'on pouvait concevoir une société sans drogues, tous les coûts ne disparaîtraient pas. Les pathologies sous-jacentes devraient être traitées par des médicaments et une prise en charge psychosociale et l'hypothèse selon laquelle les toxicodépendants auraient tous un état de santé normal et une activité professionnelle n'est de toute évidence pas réaliste. Par contre, les dépenses de justice, de police et une part importante des dépenses de santé sont des charges pour la société largement évitables.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- AFF (1999), *Statistique financière des collectivités publiques*, Administration fédérale des finances, Berne.
- AFF (2000), *Statistique financière*, Administration fédérale des finances, Berne
- AFF (2001a), *Dépenses et recettes des cantons 2000*, Administration fédérale des finances, Berne.
- AFF (2001b), *Dépenses et recettes des cantons 2000*, Administration fédérale des finances, Berne.
- ARE (2002), *Unfallkosten im Strassen- und Schienenverkehr der Schweiz 1998*, Office fédéral du développement territorial, Berne.
- Arrow, K., Solow, R., Portney, P.R., Radner, R. and Schuman, H. (1993), « Report of the NOAA panel on contingent valuation », *Federal Register*, vol. 58, no. 10, pp. 4602-4614.
- Barendregt, J.J., Bonneux, L. and Van der Maas, P.J. (1997), « The health care costs of smoking », *The New England Journal of Medicine*, vol. 337, no. 15, pp. 1052-1057.
- Becker, G.S. and Murphy, K.M. (1988), « A Theory of Rational Addiction », *Journal of Political Economy*, Vol. 96, No. 4, pp. 675-700.
- Benninghoff, F. (1999), *Prise en charge de la toxicodépendance en Suisse: une typologie des offres d'aide à "bas seuil" et à "haut seuil"*, Lausanne.
- Bernasconi, D. (1993), *Oekonomische Ansätze zur Ausgestaltung der Drogenpolitik in der Schweiz*, Diss. St-Gallen, Bamberg.
- Bühlmann, J. et Schmid, B. (1999), *Du travail, mais pas de salaire. Le temps consacré aux tâches domestiques et familiales, aux activités honorifiques et bénévoles et aux activités d'entraide*, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel.
- Carson, R.T., Carson, N., Alberini, A., Flores, N.E. and Wright, J. (1994), *A bibliography of contingent valuation studies and papers*, Natural Resource Damage Assessment, Inc., La Jolla.
- Chadeau, A. (1992), « Que vaut la production non marchande des ménages ? », *Revue économique de l'OCDE*, vol. 18, p. 95-114.
- CPTT (2002), *Enquête auprès des utilisateurs*, Centre de prévention et de traitement de la toxicomanie, doc. int.
- Collins, D. and Lapsley, H. (1991), *Estimating the economic costs of drug abuse in Australia*, Monograph Series No. 15, National Campaign Against Drug Abuse, Canberra.
- Collins, D. and Lapsley, H. (1996), *The social costs of drug abuse in Australia in 1988 and 1992*, Monograph Series No. 30, National Drug Strategy, Canberra.
- Collins, D. and Lapsley, H. (2002), *Estimating the economic costs of drug abuse in Australia*, Australian Government Publishing Service, Canberra.
- Danthine, J.P. et Balletto, R. (1990), *Le problème de la drogue – en particulier en Suisse – considéré sous son aspect social et préventif*, ISPA, Lausanne.
- Deville, J.-C. (1992), "Eléments pour une théorie des enquêtes par quotas", in *La qualité de l'information dans les enquêtes*, Dunod, Paris.

- Diener, A., O'Brien, B.J and Gafni, A. (1998), « Health care contingent valuation studies: a review and classification of the literature », *Health Economics*, no. 7, pp. 313-326.
- Diener, A., Donaldson, C., O'Brien, B.J. and Gafni, A (1999), *The NOAA guidelines for contingent valuation: an assessment of their current relevance to health care*, University of Nebraska Medical Center, Omaha, NE.
- Domenighetti, G. et Maggi, J. (2000), *Définition des priorités sanitaires et rationnement : l'opinion des Suisses, des administrateurs hospitaliers et des départements sanitaires des cantons*, Cahier n° 00.01, Université de Lausanne, Lausanne, janvier 2000.
- Donaldson, C., Shackley, P. and Abdalla, M. (1997), « Using willingness to pay to value close substitutes : carrier screening for cystic fibrosis revisited », *Health Economics*, vol. 6, pp. 145-159.
- Drop-in (2002), *Addictions : pratiques et changements, le rapport d'activité 2001*, Neuchâtel.
- Drummond, M.F., O'Brien, B.J., Stoddart, G.L. and Torrance, G.W. (1997), *Methods for the economic evaluation of health care programmes*, Oxford University Press, Oxford.
- English et al. (1995), *The quantification of drug caused morbidity and mortality in Australia*, Commonwealth Department of human Services and health, Canberra.
- Estermann, J. (1995), *Consommation et trafic de drogues : les coûts de la répression*, OFS, Berne.
- Estermann, J., Herrmann, U., Hügi, D., und Nydegger, B. (1996), *Sozialepidemiologie des Drogenkonsums*, Orlux, Luzern.
- Fondation Phénix (1999), *Rapport d'activités*, <http://www.phenix.ch/rapport99/Rapp99sl.htm>
- Fontaine, A. (2002), *Usages de drogues et vie professionnelle. Recherche exploratoire*, Observatoire français des drogues et des toxicomanies, Paris.
- Frei, A. (1998), *Kostenanalyse des Tabakkonsums in der Schweiz. Teil 1 Epidemiologie, Teil 2 Direkte Kosten*, Rohbericht im Auftrag des Bundesamt für Gesundheit, Basel.
- Frei, A., Greiner, R.A., Mehnert, A. und Dinkel, R. (2000), „Socioeconomic Evaluation of Heroin Maintenance Treatment“, in Gutzwiller, F. and Steffen, T. (eds), *Cost-Benefit Analysis of Heroin Maintenance Treatment*, Karger, Basel, pp. 37-130.
- Frei, A. (2001), *Kostenanalyse des Alkoholkonsums in der Schweiz*, HealthEcon, Basel.
- Garcia-Altès et al. (2002), « The social cost of illegal drug consumption in Spain », *Addiction*, No. 97, pp. 1145-1153.
- Gebhardt, M. (2001), *Sida et VIH en Suisse : situation épidémiologique à fin 2000*, OFSP, Neuchâtel.
- Gervasoni, J.-P., Zobel, F., Kellerhals, C., Dubois-Arber, F., Spencer, B., Jeannin, A., Benninghoff, F., Paccaud, F. (2000), *Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie*, IUMSP, Lausanne.
- Gmel, G. und Müller, R. (2003), *Risikoreicher Alkoholkonsum in der Schweiz im Wandel ? Das Alkoholprogramm 'Alles im Griff?' Vergleich der Baselinebefragung 1998, der Nachbefragung 2000 und der Nachbefragung 2002*, Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies, Lausanne.
- Gold, M.R., Russell, L.B., Siegel, J.E. and Weinstein, M.C. (1996), *Cost-effectiveness in health and medicine*, Oxford University Press, New York and Oxford.

Goldschmidt-Clermont, L. (1990), "La mesure économique de l'activité non marchande des ménages: est-elle utile, est-elle faisable?" *Revue internationale du travail*, Vol. 129, No. 3, pp. 305-327.

Grabowski, H. and Vernon, J. (1990), "A new look at the returns and risks to pharmaceutical R&D", *Management Science*, vol. 36, no. 7, pp. 804-821.

Graf, H.G. (1998), *Echange de correspondance*, Centre de recherches sur le futur, Université de Saint-Gall, Saint-Gall, novembre 1998.

Gutjahr, E. und Gmel, G. (2001), *Die sozialen Kosten des Alkoholkonsums in der Schweiz. Epidemiologische Grundlagen 1995-1998*, Institut Suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies, Lausanne.

Haastrup, S. and Jepsen, P.W. (1988), « Eleven year follow-up of 300 young drug abusers », *Acta Psych. Scand*, no. 77, pp. 22-26.

Harwood, H.J., Fountain D., Livermore, G., Collins J.J. (1998), *Economic Costs to Society of Alcohol and Drug Abuse and Mental Illness: 1992*, National Institute on Drug Abuse (NIDA), Bethesda, Maryland.

Hicks, J.R. (1982), *Wealth and welfare*, Blackwell, Oxford.

Hodgson, T.A. and Meiners, M.R. (1982), "Cost-of-illness methodology: a guide to current practices and procedures", *Health and Society*, Vol. 60, No. 3, pp. 429-462.

Horley, J. (1984), « Life satisfaction, happiness, and morale: two problems with the use of subjective well-being indicators », *Gerontologist*, vol. 24, pp. 124-127.

Institut de marché IHA-IMS HEALTH (2002), *Index suisse des diagnostics (SDI)*, exploitation ad hoc.

ISPA (1997), *Alcool, tabac et drogues illégales en Suisse de 1994 à 1996*, Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies, Lausanne.

ISPA (2003), *Trends im Konsum psychoaktiver Substanzen von Schülerinnen und Schülern in der Schweiz, Ausgewählte Ergebnisse einer Studie, durchgeführt unter der Schirmherrschaft der Weltgesundheitsorganisation (WHO)*, Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies, Lausanne.

ISPA (2003), *Evaluation globale du programme de mesures de santé publique de la Confédération en vue de réduire les problèmes de drogue (ProMeDro). Quatrième rapport de synthèse 1999-2002*, Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies, Lausanne.

ISPA (2004), *Chiffres et données sur l'alcool et les autres drogues*, Institut suisse de la prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies, Lausanne.

Jeanrenaud, C. (2004), « Assessing the tangible and intangible costs of illicit drug use », in EMCDDA, *Hepatitis C and injecting drug use : impact, costs and policy options*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon, pp. 285-303.

Jeanrenaud, C. and Priez, F. (1999), *Valuing intangible cost of lung cancer*, Paper presented at the 2nd iHEA World Conference, Rotterdam.

Jeanrenaud, C. und Schwab Christe, N. (2000), « Bewertung der sozialen Kosten des Suchtmittelkonsums », in Uchtenhagen, A. und Zieglgänsberger, W. (eds), *Suchtmedizin, Konzepte, Strategien und therapeutisches Management*, Urban & Fischer, München, pp. 162-173.

- Jeanrenaud, C. and Priez, F. (2001), *Valuing intangible costs of lung cancer*, IRER, Université de Neuchâtel, Working paper 00-01.
- Jeanrenaud, C. et Priez, F. (2001), « Introduction », *Revue suisse d'économie et de statistique*, 137(1), pp. 1-6.
- Jeanrenaud, C., Priez, F., Pellegrini S., Chevrou-Séverac H. et Vitale, S. (2003), *Le coût social de l'abus d'alcool en Suisse*, IRER, Neuchâtel.
- Johannesson, M. (1993), « The contingent valuation method: appraising the appraisers », *Journal of Health Economics*, vol. 2, no. 4, pp. 363-365.
- Johannesson, M. (1994), "The willingness to pay for health changes, the human capital approach and the external costs", *Health Policy*, vol. 36, pp. 231-244.
- Johannesson, M. and Karlsson, G. (1997), « The friction cost method: a comment », *Journal of Health Economics*, vol. 16, no. 2, pp. 249-255.
- Johansson, P.O. (1995), *Evaluating health risks: an economic approach*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Jones-Lee, M.W. (1976), *The value of life*, Martin Robertson, Oxford.
- Jones-Lee, M.W., Loomes, G., O'Reilly, D. and Philips, P. (1993), *The value of preventing non-fatal road injuries: Findings of a willingness to pay national sample survey*, Working Paper SRC/2, Transport Research Laboratory, Crowthorne, Berkshire.
- Kammerlander et al. (1998), „Vaccination contre l'hépatite B en Suisse“, *Revue médicale de la Suisse romande*, 118, 371-376.
- Kartman, B., Andersson, F. and Johannesson, M. (1996), « Willingness to pay for reductions in angina pectoris attacks », *Medical Decision Making*, vol. 16, pp. 248-253.
- Knolle, H. (1996), "Die Dynamik der Drogenszene in der Schweiz 1977-1990", *Sozial- und Präventivmedizin*, No. 41, pp. 143-149.
- Knolle, H. (1997a), *Die Entwicklung des Drogenkonsums in der Schweiz seit 1990*, *Zeitschrift für Volkswirtschaft und Statistik*, Vol. 133 (1), pp. 49-63.
- Knolle, H. (1997b), *Zunehmender Heroin- und Kokainkonsum in der Schweiz seit 1990: Anwendung eines verallgemeinerten Poisson-Ansatzes auf Anzeigedaten*, *Soz. Präventivmed.*, No. 42, pp. 105-113.
- Knolle, H. (1998), *Die Epidemie des Heroin- und Kokainkonsums in der Schweiz 1979-1997*, Forschungsprojekt für das BAG, Vertragen Nr. 8063 et Nr. 8084.
- Koopmanschap, M.A. and van Ineveld, B.M. (1992), "Towards a new approach for estimating indirect costs of disease", *Social Science and Medicine*, vol. 34, no. 9, pp. 1005-1010.
- Kopp, P. (2001), *Comment calculer le coût social des drogues illicites. Démarches et outils pour l'estimation du coût social lié à la consommation de substances psychotropes*, Editions du Conseil de l'Europe, Strasbourg.
- Kopp, P. et Fenoglio, P. (2000), *Le coût social des drogues licites (alcool et tabac) et illicites en France*, Observatoire français des drogues et des toxicomanies, Paris.
- Kots, L. (2004), *Drogen*, Universität Zürich.
- Krahn, M. and Gafni, A. (1993), "Discounting in the economic evaluation of health care interventions", *Medical Care*, vol. 31, no. 5, pp. 403-418.

- Liu L.Y. (1998), *Economic costs of alcohol and drug abuse in Texas: 1997 update*, Texas Commission on Alcohol and Drug Abuse, Austin.
- Maag, V. (2000), *Prävalenz der Heroinabhängigkeit in der Schweiz: Schätzmethode und Schätzergebnisse*, Master Thesis, Universitäten Basel, Bern und Zürich.
- Maag, V. (2000), *Prävalenz der Heroinabhängigkeit in der Schweiz: Schätzmethode und Schätzergebnisse*, Master Thesis, Universitäten Basel, Bern und Zürich.
- Markandya, A. and Pearce, D.W. (1989), « The social costs of tobacco smoking », *British Journal of Addiction*, Vol. 84, pp. 1139-1150.
- McGuire, A., Henderson, J. and Mooney, G. (1988), *The economics of health care. An introductory text*, Routledge, London and New York.
- Meltzer, D. and Johannesson, M. (1999), « Inconsistencies in the 'societal perspective' on costs of the panel on cost-effectiveness in health and medicine », *Medical Decision Making*.
- Mitchell, R.C. and Carson, R.T. (1989), *Using surveys to value public goods: The contingent valuation method*, Resource for the Future, Washington.
- Moatti, J.P. et Le Coroller, A.G. (1996), « Réflexions économistes sur l'éthique médicale », *Journal économique médical*, vol. 14, pp. 67-78.
- Müller, T., Grob, P. (1992), *Medizinische und soziale Aspekte der offenen Drogenszene Platzspitz in Zürich 1991. Vergleichende repräsentative Befragung von 758 DrogenkonsummentInnen*, Zürich Universitätsspital.
- OCDE (1996), *Etudes économiques de l'OCDE, 1995-1996 : Suisse*, Organisation pour la coopération et le développement économique, Paris.
- OFP (2001), *Statistique policière de la criminalité : situation suisse*, Office fédéral de la police, Berne.
- OFP (2004), *Statistique suisse des stupéfiants*, Office fédéral de la police, Berne.
- OFP (2004), site internet : www.fedpol.ch.
- OFS (1990), *Recensement fédéral de la population*, Office fédéral de la statistique, Berne.
- OFS (1992), *Enquête sur la consommation 1990 : les dépenses et les revenus des ménages privés*, Office fédéral de la statistique, Berne.
- OFS (1997), *Privation de liberté*, communiqué de presse n°110/1997, Office fédéral de la statistique, décembre 1997, Berne.
- OFS (1999), *Enquête suisse sur la population active (ESPA). Résultats commentés et tableaux 1999*, Office fédéral de la statistique, Berne.
- OFS (2001a), *Annuaire statistique suisse*, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel.
- OFS (2001b), *Statistique médicale des hôpitaux*, Office fédéral de la statistique, Berne.
- OFS (2002), *Statistique du coût du système de santé*, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel.
- OFS (2004), *Statistique des causes de décès. Tableaux 2000*, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel.
- OFS (2004a), *Evolution des salaires 2003*, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel.
- OFS (2004b), *Choix d'infractions dénoncées à la police, évolution*, OFS – Encyclopédie statistique de la Suisse – Premium.

- OFS (2004c), *Infractions dénoncées à la police et suspects identifiés selon le type d'infractions*, OFS – Encyclopédie statistique de la Suisse – Premium.
- OFS (2004d), *Condamnation selon la loi appliquée, évolution*, OFS – Encyclopédie statistique de la Suisse – Premium.
- OFS (2004e), *Enquête suisse sur la santé 1992/93, 1998 et 2002*, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel.
- OFSP (1996), *Révision de la loi fédérale du 3 octobre 1951 sur les stupéfiants*, Rapport de la Commission d'experts à l'attention de la cheffe du Département fédéral de l'intérieur.
- OFSP (2001), *Traitement avec prescription d'héroïne (HeGeBe) en 2000*, Office fédéral de la santé publique, Berne.
- OFSP, *Les toxicomanes en Suisse*, info@gs-edi.admin.ch
- Olsen, A. and Donaldson, C. (1993), « Willingness to pay for public sector health care programmes in Northern Norway », *HERU Discussion Paper*, no. 5793.
- OMS, OFSP, ISPA (2003), *Evolution de la consommation de substances psychotropes chez les écolières et les écoliers en Suisse*, Organisation mondiale de la santé, Office fédéral de la santé publique, Institut suisse pour la prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies, Genève, Berne et Lausanne.
- Pharma-Information (2000), *Pharma- Markt Schweiz*, Basel.
- Phénix (2004), site internet: www.phenix.ch.
- Rehm, J., Fahrenkrug, H., Müller R., Klingemann, H., Linder R. (1995), *Drogues illégales en Suisse 1990-1993*, ISPA sur mandat de l'OFSP, Lausanne.
- Rice, D.P. (1967), « Estimating the cost-of-illness », *American Journal of Public Health*, vol. 57, pp. 424-440.
- Rice, D.P. (1995), « Economic costs of substance abuse, 1995 », *Proceedings of the Association of American Physicians*, Vol. 111, No. 2, pp. 119-125.
- Rice, D.P., Hodgson, T.A. and Kopstein, A.N. (1984), *The economic costs of illness: a replication and update*, N631, University of California, Aging Health Policy Center, San Francisco.
- Rice, D.P., Kelman, S., Miller, L.S., Dunmeyer, S. (1990), *The Economic Costs of Alcohol and Drug Abuse and Mental Illness: 1985*, University of California, San Francisco.
- Schick, M.T. und Alberto, Y.J. (1994), *Epidemiologische Analyse der Drogentodesfälle in der Schweiz 1990-1993 unter Einbezug der Jahre 1987-1989*, Schlussbericht zuhanden des Bundesamtes für Gesundheitswesen, ISPM, Bern.
- Schmid, H., Souza-Posa, A. et Widmer, R. (1999), *Evaluation monétaire du travail non rémunéré. Une analyse empirique pour la Suisse basée sur l'enquête suisse sur la population active*, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel.
- Schmid, H., Delgrande, J.M., Kuntsche E.N., Kuendig, H., Messerli, J. (2003), *Trends im Konsum psychoaktiver Substanzen von Schülerinnen und Schülern in der Schweiz*, Lausanne.
- Schwab Christe, N. (1995), « The valuation of human costs by the contingent method : the Swiss experience », in Schwab Christe, N. and Soguel, N. (eds), *Contingent Valuation, Transport Safety and the Value of Life*, Kluwer Academic Publishers, Boston, pp.19-43.

- Schwab Christe, N. et Soguel, N. (1995), *Le prix de la souffrance et du chagrin*, EDES, Neuchâtel.
- Sieroslowski, and Bukowska (2003), *Estimating the social cost of illicit drugs in Poland*, Council of Europe, Strasbourg.
- Single, E., Robson, L., Xie, X. and Rehm, J. (1998), « The economic costs of alcohol, tobacco and illicit drugs in Canada, 1992 », *Addiction*, Vol. 93, No. 7, pp. 991-1009.
- Souza-Poza, A. (1999), *The allocation and value of time assigned to housework and childrencare : an analysis for Switzerland using data from the 1997 Swiss Labour Force Survey*, Paul Haupt, Berne.
- Spinatsch, M. (2004), *Une nouvelle politique en matière de dépendances pour la Suisse? Rapport à l'attention de l'Office federal de la santé publique*, Berne.
- Spinatsch, M., Hofer, S. (2001), *Schwerpunkte für die kantonale Suchtprävention 2002 bis 2005. Problemmonitoring und empfehlungen für die Schwerpunktsetzung für die wirkungsorientierte Suchtpräventionspolitik*. Bericht zuhanden der Gesundheits- und Fürsorgekirektion des Kantons Bern. <http://www.m-spinatsch.ch/d/DetailsPublikationen/GEF-PM.html>
- Spinatsch, M., Hofer, S. (2004), *Une nouvelle politique en matière de dépendances pour la Suisse ? Bases et prémisses pour une politique fédérale plus intégrée en matière de dépendances*, Beratung für Politik und Verwaltung, Bern.
- Thompson, M.S. (1986), « Willingness to pay and accept risks to cure chronic disease », *American Journal of Public Health*, vol. 76, no. 4, pp. 392-396.
- Tolley, G., Kenkel, D. and Fabian, R. (1994), *Valuing health for policy*, The University of Chicago Press, Chicago and London.
- Uchtenhagen, A, Dobler-Mikola, A., Steffen, T., Gutzwiller, F., Blättler, R. and Pfeifer, S. (1999), *Prescription of narcotics for heroin addicts*, Karger, Zurich.
- Viscusi, W.K. (1996), "Discounting health effects for medical decisions", in Sloan, F. A. (ed.), *Valuing Health Care. Costs, benefits, and effectiveness of pharmaceuticals and other medical technologies*, Cambridge University Press, Cambridge, pp. 125-147.
- Vitale, S. (2001), *L'estimation indirecte des coûts de la maladie : méthodes d'évaluation et application au cas de la consommation excessive d'alcool*, Thèse, mimeo, Neuchâtel.
- Vitale, S., Priez, F. et Jeanrenaud, C. (1998), *Le coût social de la consommation de tabac en Suisse*, IRER, Neuchâtel.
- Weisbrod, B.A. (1961), *Economic of public health*, University of Pennsylvania Press, Philadelphia.
- West, R.R. (1996), "Discounting the future: influence of the economic model", *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 50, no. 3, pp. 239-244.
- WHO (1992), *ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, World Health Organization, Geneva.
- WHO (2003), *International guidelines for estimating the costs of substance abuse*, 2nd ed., World Health Organization, Geneva.
- Widmer, R. et Sousa-Poza, A. (1997), "Valeur ajoutée des ménages privés. Un essai d'évaluation monétaire du travail non rémunéré", *La Vie économique*, vol. 10, pp. 56-60.

- Xie, X., Rehm, J., Single, E., Robson, L. (1996), *The economic costs of alcohol, tobacco and illicit drug abuse in Ontario: 1992*, Toronto.
- Zethraeus, N. (1998), « Willingness to pay for hormone replacement therapy », *Health Economics*, vol. 7, pp. 31-38.
- Zurn, P., Taffé, P., Rickenbach, M., Danthine, J.-P. (2001), *Social cost of HIV infection in Switzerland*, Lausanne.
- Zwahlen, M., Neuenschwander, B. (1997), *Letter to the editor: Zunehmender Heroin- und Kokainkonsum in der Schweiz seit 1990: Anwendung eines verallgemeinerten Poisson-Ansatzes auf Anzeigedaten*, *Soz. Präventivmed.*, Vol. 42 (2), pp. 321-323.

ANNEXES

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE

Institut de recherches économiques et régionales
Université de Neuchâtel
Pierre-à-Mazel 7 / CH-2000 Neuchâtel
Tél. 032 / 718 14 08

Numéro d'enquêteur 	Numéro de questionnaire
------------------------------------	---

Perception de la population suisse en matière de dépendance à la drogue

Sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique, l'Université de Neuchâtel réalise une étude sur les conséquences de la dépendance à la drogue sur la qualité de vie des personnes dépendantes et de leurs proches. On dénombre environ 30'000 toxicomanes en Suisse. Les substances consommées sont principalement l'héroïne et la cocaïne. La toxicomanie provoque différents types de troubles du comportement qui rendent la vie professionnelle, familiale et sociale difficile. Les questions que je vais vous poser vont nous permettre de comprendre comment vous percevez le problème de la dépendance à la drogue.

Enquêteur : Remettez l'attestation à l'enquêté(e) et poursuivez.

Comme en atteste le document que je vous ai remis, vos réponses sont réservées à un usage scientifique. Elles seront traitées de manière confidentielle et anonyme. Vous pouvez en tout temps refuser de répondre aux questions que vous jugeriez trop personnelles. Il n'y a pas de réponse juste ou fausse aux questions que je vais vous poser. Je souhaite simplement connaître votre point de vue.

Question 1

Compte tenu de ces renseignements, acceptez-vous de participer à cette enquête ?

Oui	☐	1
Non	☐	0
→Q2		

Enquêteur : Si la réponse est OUI, inscrivez l'heure actuelle ci-dessous, puis poursuivez le questionnaire. Si la réponse est NON, remercier et prendre congé.

Heure : h-d

Question 2

Que faites-vous pour rester en bonne santé ? Indiquez-moi dans quelle mesure chacune des propositions suivantes est vraie ou fausse dans votre cas.

	Tout à fait vrai	Plutôt vrai	Ni vrai, ni faux	Plutôt faux	Tout à fait faux
a/ Vous faites du sport régulièrement (min. 1-2 fois par semaine)	5	4	3	2	1
b/ Vous faites régulièrement des activités en plein air (promenade, marche, etc.)	5	4	3	2	1
c/ Vous faites attention à votre alimentation (peu de graisse, de sucre, de sel et beaucoup de légumes et de fruits)	5	4	3	2	1
d/ Vous ne fumez pas	5	4	3	2	1
e/ Vous veillez à avoir suffisamment de repos et de loisirs	5	4	3	2	1
f/ En général, vous ne buvez pas plus de 1 à 2 verres d'alcool par jour	5	4	3	2	1

→Q3

Question 3

Selon vous, la maladie est :

Une fatalité qu'il faut savoir accepter	☐	1
Une épreuve à surmonter	☐	2
Une punition	☐	3
Ne peut pas répondre	☐	9

→Q4

Question 4

Les questions qui vont suivre portent sur la relation parent-adolescent. C'est pourquoi nous vous demandons, si ce n'est pas votre cas, d'imaginer que vous êtes père/mère d'un enfant de 16-17 ans.

Je vais vous lire quelques phrases. En imaginant que vous avez un enfant de 16-17 ans, pour chacune, indiquez-moi dans quelle mesure vous acceptez ou non la proposition qui vous est faite.

Enquêteur : si la personne demande s'il agit d'une fille ou d'un garçon, dites-lui de choisir l'un ou l'autre et de répondre à toutes les questions en fonction de ce choix.

	Oui sans hésitation	Oui sous certaines conditions	Non
a/ Votre enfant désire s'acheter un scooter. Acceptez-vous ?	1	2	3
b/ Votre enfant souhaite partir avec un ami dans une grande ville européenne, le laissez-vous partir ?	1	2	3

→Q5

Question 5

Imaginez que votre enfant a 16-17 ans et fréquente un/e petit/e ami/e qui ne vous convient pas, comment réagissez-vous ?

- | | | |
|---|--------------------------|---|
| Vous lui interdisez de le/la voir | ☐ | 3 |
| Vous tentez de lui faire comprendre qu'il devrait cesser de le/la voir | ☐ | 2 |
| Vous ne lui dites rien car vous pensez qu'il est libre de ses choix | ☐ | 1 |

→Q6

Question 6

Imaginez que vous appreniez que votre enfant qui a 16-17 ans fume des cigarettes et se saoule régulièrement lors des soirées passées avec ses amis (1-2 soirs par semaine).

Q6a : Selon vous, c'est :

- | | | |
|-------------------|--------------------------|---|
| Pas grave du tout | ☐ | 1 |
| Moyennement grave | ☐ | 2 |
| Plutôt grave | ☐ | 3 |

→Q6b

Q6b : Quelle attitude adopteriez-vous dans une telle situation ?

- | | | |
|--|--------------------------|---|
| Vous ne lui dites rien :
c'est une expérience de jeunesse comme une autre | ☐ | 1 |
| Vous tentez de le raisonner :
Vous lui expliquez les méfaits du tabac et de l'alcool sur la santé sans dramatiser la situation | ☐ | 2 |
| Vous le punissez :
Vous lui interdisez toutes sorties pendant un certain temps | ☐ | 3 |

→Q7

Question 7

Jusqu'à quel âge pensez-vous qu'un parent est responsable de son enfant du point de vue... :

	Tant qu'il n'a pas fini son école obligatoire (environ 15 ans)	18 ans	Tant qu'il n'a pas achevé sa formation	Tant qu'il vit sous votre toit	A vie
a/ Financier	1	2	3	4	5
b/ De sa santé	1	2	3	4	5
c/ De son éducation	1	2	3	4	5
d/ Du choix de ses amis	1	2	3	4	5

→Q8

Question 8

Comme je vous l'ai dit au début du questionnaire, l'enquête porte sur la manière dont vous percevez les conséquences de la dépendance à la drogue sur la vie de votre enfant et sur celle de ses proches. Pour que vous vous rendiez compte des conséquences de cette maladie, je vais maintenant vous en lire une description :

Enquêteur : Donnez à l'enquêté la fiche «Description de la maladie » et lisez-lui son contenu (pas trop vite !). Vous avez le texte ci-après.

Que signifie être dépendant d'une drogue ?

Il y a environ 30'000 toxicomanes en Suisse. Cela représente à peu près 1 personne sur 100 parmi les 15 à 39 ans. Ces personnes sont principalement dépendantes de l'héroïne. Souvent, elles consomment également d'autres substances, de la cocaïne en particulier. Chaque année, 350 personnes décèdent des suites de leur consommation. 2 fois sur 3, la mort est provoquée par une overdose.

Pourquoi ces personnes se droguent-elles ?

Les raisons de consommer des drogues sont différentes selon chaque personne. Elles sont liées à son histoire, à son état de santé ainsi qu'à son environnement familial et social. Pour comprendre l'attrait de la drogue, il faut savoir que ces substances font disparaître la souffrance tant physique que psychique. L'absorption de drogue procure un sentiment de bien-être. Tant que dure cet effet, l'individu oublie ses problèmes et sa souffrance. Au fil du temps, il doit augmenter sa consommation pour tenter d'obtenir le même effet. Il est alors pris au piège et perd la capacité de contrôler sa consommation. La drogue n'est plus recherchée que pour éviter l'état de manque. Le dépendant en arrive à un point où sa consommation est au centre de son existence. Toute sa vie s'organise autour de la substance : en obtenir, en consommer, ne pas en manquer.

Conditions de vie

Les dépendants s'isolent du reste de la société. La plupart ne se rendent plus à leur travail ou à leur école. L'essentiel de l'argent dont ils disposent est consacré à la drogue aux dépens parfois d'un logement et de nourriture. Pour se payer leur dose, beaucoup de toxicomanes font du trafic de drogues, commettent des vols de toutes sortes, voire se prostituent. La plupart ont affaire avec la justice. Les périodes d'incarcération et d'hospitalisation sont fréquentes dans la vie du dépendant.

Les toxicomanes sont à la merci de nombreuses maladies du fait d'une mauvaise hygiène et de l'utilisation de seringues. Ils ont des infections de toutes sortes, par exemple des abcès, des plaies ouvertes ou des caries graves. De plus, les drogues ont un effet anti-douleur. Les toxicomanes ressentent beaucoup moins la douleur, ce qui explique qu'ils ne prennent pas la peine de se soigner. Les conséquences les plus graves, souvent mortelles, sont le sida et les hépatites. Elles sont dues à l'utilisation de seringues contaminées. On sait qu'environ 1 toxicomane sur 5 est infecté par le virus du sida et que 90% des personnes qui s'injectent des drogues depuis plusieurs années ont une hépatite C.

Relations familiales

Vivre avec un toxicomane est éprouvant. Les personnes qui l'entourent veulent l'aider mais, pour lui, rien ne compte si ce n'est la substance et tout le rituel qui l'entoure. Les parents dans un tel cas redoutent pour leur enfant la maladie, les ennuis avec la justice, le suicide. Ils ne peuvent plus croire en ses promesses car le toxicomane ment fréquemment pour arriver à ses fins.

Sortie de la toxicomanie

La sortie de la toxicomanie est le résultat d'un long parcours qui dure en général une dizaine d'années et qui nécessite souvent de nombreuses cures de désintoxication. En définitive, un tiers des toxicomanes finit par renoncer à l'usage des drogues et se réinsère dans la société. Un tiers décède des suites de leur consommation et le dernier tiers rechute. Pour eux, les périodes de consommation intensive alternent avec les périodes d'abstinence. Ils vivent principalement de l'assistance publique ou de petits boulots.

Q8a : Y a-t-il quelque chose que vous n'avez pas compris dans cette description?

Oui	☐	1	→Q8b
Non	☐	0	→Q9

Q8b : Enquêteur : Selon la question de l'enquêté, relisez le paragraphe concerné de la description de la maladie, donnez un synonyme ou paraphrasez. Si la question va au-delà de ce qui est dit dans la fiche, dites que vous n'en savez pas plus. Ne donnez en aucun cas des explications personnelles.

Notez les éventuelles questions de la personne interrogée et les réponses que vous y avez apporté, puis poursuivez avec la question 9.

.....
.....
.....
.....→Q9

Question 9

Vous considérez-vous vous-même comme dépendant de quelque chose, par exemple café, tabac, chocolat, sport, jeu, alcool, ... ?

Oui	☐	1	→Q10
Non	☐	0	→Q11

Question 10

Comment percevez-vous cette dépendance ?

Comme une contrainte dont vous aimeriez vous débarrasser	☐	1
Comme un besoin dont vous vous accommodez	☐	2
Comme un plaisir dont vous ne cherchez pas à vous passer	☐	3

→Q11

Question 11

Parmi vos connaissances y a-t-il eu par le passé ou y a-t-il actuellement une personne qui est toxicomane ?

Oui	☐	1
Non	☐	0

→Q12

Question 12

Je vais maintenant vous demander d'imaginer une situation particulière :

Imaginez que vous avez un enfant et qu'arrivé à l'âge de 16-17 ans, influencé par de mauvaises fréquentations, il ait touché à la drogue et soit devenu toxicomane. Votre enfant se trouve actuellement dans la situation décrite sur la fiche. Il a suivi de nombreuses cures de désintoxications, mais elles ont toujours été suivies de rechutes.

Il est important pour la suite du questionnaire que vous ayez à l'esprit les conséquences que la drogue aurait sur la vie de votre enfant et ce qu'elle impliquerait pour son avenir personnel et professionnel. Il faut que vous pensiez aussi aux risques pour sa santé. Souhaitez-vous relire la fiche pour vous remémorer son contenu avant que nous continuions ?

Oui ☐ 1 *Enquêteur : redonnez la fiche « Dépendance à la drogue » à l'enquêté et laissez-lui tout le temps pour la relire. Ensuite poursuivez.*

Non ☐ 0 *Enquêteur : poursuivez votre lecture.*

Imaginez maintenant qu'un nouveau traitement contre la drogue vient d'être approuvé par les autorités sanitaires. Il consiste en une injection faite **une fois par mois** chez un médecin. La mise au point du produit a nécessité de nombreuses années de recherche. Son principe est de permettre la production d'anticorps capables de « bloquer » la substance avant qu'elle n'arrive au cerveau. Rapidement, la personne dépendante ne ressent plus le besoin de consommer et la substance ne présente plus aucun intérêt. Dès le début du traitement, la personne retrouve une vie sociale et familiale normale, ne risque plus de développer une maladie et ne souffre plus d'aucun symptôme de dépendance. Les effets secondaires dus au traitement sont modestes. Un suivi psychologique régulier est néanmoins indispensable pour soigner la dépendance psychique. Il consiste en 4 à 5 séances par mois chez un psychothérapeute. La durée de traitement permettant d'éviter tout risque de rechute est de 10 ans.

En résumé, pour guérir, votre enfant devrait donc subir une injection une fois par mois ainsi que se rendre 4 à 5 fois par mois chez un psychothérapeute et ceci pendant 10 ans.

Si votre enfant était dépendant et qu'il avait déjà tenté plusieurs cures de désintoxication sans succès, souhaiteriez-vous qu'il bénéficie de ce nouveau traitement ?

Oui	☐	1	→Q14
Non	☐	0	→Q13

Question 13

Vous dites ne pas souhaiter que votre enfant bénéficie de ce traitement. Pourriez-vous me dire pourquoi ?

Enquêteur : Notez le plus exactement possible la réponse de la personne interrogée.

.....

.....

.....

.....

Enquêteur : Parmi les propositions suivantes, cochez celle(s) qui correspond(ent) le mieux aux motifs invoqués par la personne interrogée.

- | | | |
|---|--------------------------|---|
| <i>L'enquêté ne croit pas à l'efficacité du traitement.</i> | ☐ | 1 |
| <i>Il trouve trop contraignant que son enfant doivent répéter ce traitement pendant 5 ans.</i> | ☐ | 2 |
| <i>Il pense qu'il y a beaucoup plus d'effets secondaires.</i> | ☐ | 3 |
| <i>Il veut en savoir plus sur le traitement avant d'accepter (méfiance).</i> | ☐ | 4 |
| <i>Il pense que ce sont les faibles qui deviennent dépendants / qu'il ne vaut pas la peine d'entreprendre un traitement pour eux.</i> | ☐ | 5 |
| <i>L'enquêté ne peut pas s'imaginer avoir un enfant dépendant d'une drogue.</i> | ☐ | 6 |
| <i>Motif religieux.</i> | ☐ | 7 |
| <i>Autre raison.</i> | ☐ | 9 |

→Q18

Question 14

Pour les besoins de l'enquête, supposez que vous vivez dans un pays comme les Etats-Unis où les frais médicaux sont entièrement à la charge des patients et de leur famille. Si vous étiez dans un tel cas, j'aimerais que vous réfléchissiez au montant maximum que vous accepteriez de payer **chaque mois** pour que votre enfant dépendant de la drogue puisse bénéficier du traitement et retrouver une vie normale.

En décidant du montant maximum que vous seriez prêt(e) à consacrer au traitement, pensez aux conséquences de la dépendance pour votre enfant et à la souffrance de ses proches. Vous devez savoir que ce montant ne sera plus disponible pour d'autres besoins et qu'il vous faudra donc renoncer à d'autres dépenses.

Enquêteur : Prenez le document « Carte de paiement », inscrivez-y votre numéro d'enquêteur et celui du présent questionnaire, remettez cette feuille à l'enquêté(e), puis poursuivez votre lecture.

Q14a : Je vous demande de cocher dans la liste le montant le plus élevé que vous accepteriez de payer pour que votre enfant bénéficie du traitement. Si aucun montant de la liste ne convient, vous pouvez en inscrire un autre.

Enquêteur : Laissez tout le temps nécessaire à l'enquêté. Lorsqu'il a terminé, reportez dans la case ci-dessous le montant coché par l'enquêté.

Frs

Enquêteur : Si la somme reportée est zéro, passez à la question 16. Si la somme est « plus de 4000 », passez à la question 14d. Sinon, poursuivez votre lecture avec la question 14b.

Q14b : Si le prix du traitement était de francs (*Enquêteur : mentionnez sur l'échelle le montant juste supérieur à celui coché par l'enquêté*), seriez-vous encore disposé(e) à l'acheter ?

Oui	☐	1	→Q14c
Non	☐	0	→Q15

Q14c : *Enquêteur : Reposez la question 14b en mentionnant la somme suivante de l'échelle. Répétez la question jusqu'à ce que l'enquêté(e) ne soit plus disposé(e) à verser la somme que vous mentionnez. Reportez ci-dessous la somme la plus élevée que l'enquêté(e) accepte de payer et passez à la question 15.*

Frs

→Q15

Q14d : D'après le montant que vous avez coché, vous accepteriez de payer plus de 4 000 francs **par mois** pour bénéficier de ce traitement. C'est bien cela ?

Oui	☐	1	→Q14e
Non	☐	0	→Q14f

Q14e : Pourriez-vous me dire approximativement quel est le montant *maximal* que vous seriez disposé(e) à payer ?

Frs

→Q15

Q14f : *Enquêteur : Redonnez à la personne la carte de paiement.*

Souhaitez-vous modifier le montant que vous acceptez de payer ?

Enquêteur : Reportez ci-dessous la somme la plus élevée que l'enquêté(e) accepte de payer et passez à la question 15 ci-dessous.

Frs

→Q15

Question 15

Vous avez accepté de payer un certain montant pour que votre enfant bénéficie du traitement proposé. Pourriez-vous m'expliquer comment vous avez déterminé le montant que vous m'avez indiqué ?

Enquêteur : Notez le plus exactement possible la réponse de la personne interrogée.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....→Q17

Question 16

Vous m'avez dit que vous souhaiteriez que votre enfant puisse bénéficier de ce traitement, mais vous n'êtes pas disposé(e) à payer pour l'obtenir. Pourriez-vous m'expliquer pourquoi ?

Enquêteur : Notez le plus exactement possible la réponse de la personne interrogée.

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Enquêteur : Parmi les propositions suivantes, cochez celle(s) qui correspond(ent) le mieux aux motifs invoqués par la personne interrogée.

- | | | |
|---|--------------------------|----------|
| <i>Son revenu est trop faible. Il ne lui permet pas de faire des dépenses pour ce traitement.</i> | ☐ | <i>1</i> |
| <i>Le traitement devrait être pris en charge par les caisses maladie / par l'Etat.</i> | ☐ | <i>2</i> |
| <i>C'est au dépendant lui-même de payer pour son traitement.</i> | ☐ | <i>3</i> |
| <i>Le dépendant s'est mis lui-même dans une mauvaise situation.</i> | ☐ | <i>4</i> |
| <i>La santé n'a pas de prix, l'enquêté(e) ne veut pas donner de valeur.</i> | ☐ | <i>5</i> |
| <i>La question posée n'a pas de sens. C'est une question à laquelle on ne peut pas répondre.</i> | ☐ | <i>6</i> |
| <i>Autre raison.</i> | ☐ | <i>9</i> |

→Q19

Question 17

Q17a : Je vous demande maintenant de concevoir une situation un peu différente. Imaginez que votre enfant soit atteint de schizophrénie. La schizophrénie est une maladie mentale caractérisée par la perte du contact avec la réalité et par des troubles plus ou moins graves de la personnalité. La personne souffre notamment d'hallucinations visuelles ou auditives. Elle a l'intime conviction que ce qu'elle voit ou entend correspond à la réalité alors que rien ne justifie sa sensation. Son comportement et sa pensée sont désorganisés. La moitié environ des schizophrènes sont insérés professionnellement. Environ 30 % sont sérieusement et durablement handicapés et 10% sont hospitalisés de façon chronique.

Si votre enfant souffrait de cette maladie, est-ce que le montant que vous seriez prêt(e) à payer pour qu'il reçoive un traitement efficace serait :

- | | | |
|--|--------------------------|---|
| Identique à celui payé pour le traitement contre la dépendance à la drogue | ☐ | 1 |
| Plus élevé | ☐ | 2 |
| Plus faible | ☐ | 3 |

→Q17b

Q17b : Pourriez-vous m'expliquer pourquoi ?

Enquêteur : Notez le plus exactement possible la réponse de la personne interrogée.

.....
.....
.....
.....
.....

Enquêteur : Parmi les propositions suivantes, cochez celle(s) qui correspond(ent) le mieux aux motifs invoqués par la personne interrogée.

- | | | |
|--|--------------------------|---|
| L'enquêté estime que la schizophrénie est plus grave que la toxicomanie. | ☐ | 1 |
| L'enquêté estime que la schizophrénie est aussi grave que la toxicomanie. | ☐ | 2 |
| L'enquêté estime que la schizophrénie est moins grave que la toxicomanie. | ☐ | 3 |
| L'enquêté estime que le dépendant à la drogue a une responsabilité face à sa dépendance alors qu'il n'en a pas dans le cas de la schizophrénie. | ☐ | 4 |
| Autre raison. | ☐ | 9 |

→Q18

Question 18

L'enfant que vous avez imaginé dépendant à la drogue est-il :

- | | | |
|-------------------------------------|--------------------------|---|
| Un garçon | ☐ | 0 |
| Une fille | ☐ | 1 |
| Vous n'avez pas imaginé précisément | ☐ | 9 |

→Q19

Question 19

Je vais vous lire une série d'affirmations et vous me direz dans quelle mesure vous estimez que chacune d'elle est vraie ou fausse.

	Totalement vrai	Plutôt vrai	Je ne sais pas	Plutôt faux	Totalement faux
a/ La dépendance à la drogue est une maladie.	5	4	3	2	1
b/ N'importe qui peut un jour glisser dans la dépendance.	5	4	3	2	1
c/ Le dépendant est responsable de son état.	1	2	3	4	5
d/ On ne parvient jamais à guérir complètement une personne dépendante à la drogue.	1	2	3	4	5
e/ Seules des personnes faibles de caractère peuvent devenir dépendantes.	1	2	3	4	5
f/ La majorité des personnes qui ont suivi une cure de désintoxication rechutent tôt ou tard.	5	4	3	2	1
g/ Le cannabis n'est pas un produit aussi dangereux que l'héroïne ou la cocaïne.	5	4	3	2	1
h/ La consommation abusive d'alcool et de tabac n'est qu'une étape avant la consommation de drogues dites « dures ».	5	4	3	2	1

→Q20

Question 20

***Enquêteur :** Prenez le document intitulé « Echelle HAD » et inscrivez-y votre numéro d'enquêteur et celui du présent questionnaire. Remettez le document à l'enquêté avec le crayon et la gomme.*

J'aimerais maintenant que vous répondiez aux questions qui figurent sur les deux feuilles que je viens de vous donner. Prenez votre temps.

***Enquêteur :** Laissez à la personne interrogée tout le temps nécessaire pour répondre aux questions. Une fois que la personne a terminé reprenez le matériel (feuille, crayon, gomme) et passez à la question 21.*

→Q21

Question 21

Je vais maintenant vous poser quelques questions générales sur vous.

Q21a : Avez-vous des enfants ?

Oui	☐	1	→Q21b
Non	☐	0	→Q21c

Q21b : Quel âge ont-ils ?

.....ans

.....ans

.....ans

.....ans

→Q21c

Q21c. Exercez-vous actuellement une activité lucrative ?

Oui	☐	1	→Q21d
Non	☐	0	→Q21f

Q21d. Quelle est votre activité professionnelle actuelle ?

.....

Enquêteur : *Passez à la question 21e.*

Q21e : S'agit-il d'une activité :

à temps complet ?	☐	1	→Q21i
à temps partiel, à plus de 40%?	☐	2	→Q21i
à temps partiel, à moins de 40%?	☐	3	→Q21h

Q21f :Etes-vous:

- | | | | |
|---------------------------|--------------------------|---|-------|
| Retraité(e) ? | ☐ | 1 | →Q21g |
| Chômeuse / chômeur ? | ☐ | 2 | →Q21g |
| Femme / homme au foyer ? | ☐ | 3 | →Q21h |
| Au bénéfice d'une rente | ☐ | 4 | →Q21g |
| Si autre, précisez :..... | ☐ | 9 | →Q21g |

Q21g. Quelle était votre dernière activité professionnelle?

.....
Enquêteur : *Passez à la question 21i.*

Q21h. Si vous avez un conjoint, quelle est sa profession ?

.....
Enquêteur : *Passez à la question 21i.*

Q21i. Quel est le niveau de formation le plus élevé pour lequel vous avez obtenu un titre ou un diplôme ?

.....
Enquêteur : *Passez à la question 21j*

Q21j. Quelle est votre année de naissance ?

19.....

Enquêteur : *Passez à la question 22*

Question 22 :

Enquêteur : Prenez les feuilles intitulées "Question 22" ainsi qu'une enveloppe. Inscrivez votre numéro d'enquêteur et le numéro du présent questionnaire sur les deux pages ainsi que sur l'enveloppe. Remettez ces documents ainsi que le crayon et la gomme à la personne que vous interrogez, puis poursuivez votre lecture.

Pour terminer, je vous demande de bien vouloir répondre aux 3 questions qui se trouvent sur les feuilles que je viens de vous remettre. Lorsque vous aurez terminé, veuillez les glisser dans l'enveloppe et la fermer avant de me la rendre.

Enquêteur : Laissez tout le temps nécessaire à l'enquêté(e). Lorsqu'il / elle a terminé, reprenez le crayon, la gomme et l'enveloppe fermée par l'enquêté(e). Vérifier que votre numéro d'enquêteur et le numéro du présent questionnaire figurent bien sur l'enveloppe, puis poursuivez.

Voilà, le questionnaire est terminé. Je vous remercie chaleureusement d'avoir répondu à mes questions.

Enquêteur : Notez l'heure actuelle ci-dessous:

Heure: h-f

Enquêteur : Demandez les coordonnées de l'enquêté(e) en lui rappelant que l'Université en a besoin pour contrôler la qualité de votre travail.

Enquêteur : Demandez à l'enquêté(e) s'il souhaite avoir une explication quant au but de la recherche. Si oui, lisez-lui le texte ci-après :

Un grand nombre de travaux scientifiques ont été réalisés dans le but de mesurer la qualité de vie. Cette recherche tente de voir si l'on arrive à mesurer la qualité de vie perdue par une personne atteinte de dépendance à la drogue et par ses proches. Le montant que vous êtes disposé(e) à payer pour que votre enfant bénéficie du traitement est supposé refléter la gravité perçue de la maladie et de ses conséquences.

COORDONNÉES DE L'ENQUÊTÉ(E)

Nom:

Prénom:

Numéro postal et localité de résidence:

Indicatif et numéro de téléphone:

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES SUR L'ENQUÊTÉ(E)

*Ne remplissez **pas** ce document en présence de l'enquêté(e).*

Commencez par vérifier que sur l'enveloppe, contenant les réponses aux questions 22a,b et c, figure bien votre numéro d'enquêteur et celui du présent questionnaire!

I. Indiquez le sexe de l'enquêté(e) :

- | | | |
|----------|--------------------------|---|
| Féminin | ☐ | 1 |
| Masculin | ☐ | 0 |

II. A partir de la réponse fournie à la question 21i, indiquez à quelle catégorie ci-dessous le titre obtenu par l'enquêté(e) correspond. Basez-vous sur le document jaune intitulé "Formation (formation scolaire, profession apprise)".

- | | | |
|---|--------------------------|---|
| 1. Aucune formation | ☐ | 1 |
| 2. La scolarité obligatoire | ☐ | 2 |
| 3. Une formation professionnelle en apprentissage ou en école | ☐ | 3 |
| 4. Une maturité ou un diplôme d'enseignement jusqu'au degré primaire | ☐ | 4 |
| 5. Une formation professionnelle supérieure suivie après une première formation de base | ☐ | 5 |
| 6. Une école professionnelle supérieure type ETS, HES ou ESCEA | ☐ | 6 |
| 7. L'université ou une école polytechnique fédérale | ☐ | 7 |
| 8. Si autre, précisez : | ☐ | 8 |

III. A partir de la réponse fournie aux questions 21d, g ou h indiquez à quelle catégorie socio-professionnelle l'enquêté(e) appartient. Basez-vous sur le document jaune intitulé "Catégories socio-professionnelles".

- | | | |
|---------------|--------------------------|---|
| Catégorie I | ☐ | 1 |
| Catégorie II | ☐ | 2 |
| Catégorie III | ☐ | 3 |
| Catégorie IV | ☐ | 4 |

IV. En vous référant au document intitulé "Communes urbaines et rurales par canton", indiquez si la personne interrogée réside dans une commune urbaine ou rurale :

- | | | |
|---------|--------------------------|---|
| Urbaine | ☐ | 1 |
| Rurale | ☐ | 0 |

CONTEXTE DE L'ENTRETIEN

Date :

Lieu (ex. : dans un café, chez la personne, etc.) :

De quelle façon avez-vous recruté l'enquêté(e) ?

APPRÉCIATION DE L'ENQUÊTEUR

Mettez une croix dans la case qui convient :

Attitude de l'enquêté(e)	Faible	Satisfaisant	Bon	Très bon
Son intérêt pour le sujet	1	2	3	4
Sa compréhension des questions	1	2	3	4
Sa disponibilité et sa patience	1	2	3	4

DÉCLARATION DE L'ENQUÊTEUR

Je certifie avoir personnellement conduit l'entretien avec la personne mentionnée et avoir rempli le questionnaire conformément à ses réponses. Je m'engage à ne divulguer aucune information recueillie lors de cet entretien.

Signature :

ANNEXE 2 : CARTE DE PAIEMENT

Université de Neuchâtel
IRER
Pierre-à-Mazel 7
2000 Neuchâtel

Numéro
d'enquêteur

Numéro du
questionnaire

.....

.....

Francs par mois

Quelle somme **au maximum** accepteriez-vous de payer **chaque mois** pour que votre enfant bénéficie de ce traitement ?

Tenez compte de votre budget et du fait que ce montant ne sera plus disponible pour d'autres dépenses.

- 0 ☐
- 10 ☐
- 20 ☐
- 40 ☐
- 60 ☐
- 80 ☐
- 100 ☐
- 125 ☐
- 150 ☐
- 175 ☐
- 200 ☐
- 225 ☐
- 250 ☐
- 275 ☐
- 300 ☐
- 350 ☐
- 400 ☐
- 450 ☐
- 500 ☐
- 550 ☐
- 600 ☐
- 700 ☐
- 800 ☐
- 900 ☐
- 1000 ☐
- 1200 ☐
- 1400 ☐
- 1600 ☐
- 1800 ☐
- 2000 ☐
- 2200 ☐
- 2400 ☐
- 2600 ☐
- 2800 ☐
- 3000 ☐
- 3200 ☐
- 3400 ☐
- 3600 ☐
- 3800 ☐
- 4000 ☐
- Plus de 4000 ☐

ANNEXE 3 : REVENU MENSUEL

Université de Neuchâtel
Institut de recherches économiques et régionales
Pierre-à-Mazel 7 / CH-2000 Neuchâtel
Tél. 032 / 718 14 08

Numéro d'enquêteur 	Numéro du questionnaire
------------------------------------	---

LE REVENU MENSUEL NET DE VOTRE MENAGE

Pouvez-vous indiquer le **revenu mensuel net de votre ménage** en cochant la case correspondante.

Par revenu net, nous entendons le revenu **après les déductions des assurances obligatoires**, telles que l'AVS ou la Caisse de retraite, mais avant la déduction de l'assurance maladie.

Additionnez l'ensemble des revenus nets des personnes vivant avec vous.

- | | | |
|--------------------------------|--------------------------|------|
| moins de 2501 francs..... | ☐ | J1-A |
| de 2501 à 3500 francs..... | ☐ | J1-B |
| de 3501 à 4500 francs..... | ☐ | J1-C |
| de 4501 à 5500 francs..... | ☐ | J1-D |
| de 5501 à 6500 francs..... | ☐ | J1-E |
| de 6501 à 7500 francs..... | ☐ | J1-F |
| de 7501 à 8500 francs..... | ☐ | J1-G |
| de 8501 à 9500 francs..... | ☐ | J1-H |
| de 9501 à 10 500 francs..... | ☐ | J1-I |
| de 10 501 à 12 500 francs..... | ☐ | L1-J |
| de 12 501 à 14 500 francs..... | ☐ | J1-K |
| de 14 501 à 16 500 francs..... | ☐ | J1-L |
| plus de 16 500 francs..... | ☐ | J1-M |

Veuillez glisser cette feuille dans l'enveloppe qui vous est fournie et que vous fermerez vous-même. Merci de votre collaboration.

ANNEXE 4 : CATÉGORIES SOCIO-PROFESSIONNELLES

CATÉGORIE I

Dirigeants : entrepreneurs, directeurs et fonctionnaires supérieurs de l'administration publique.

Professions libérales : architectes, avocats, ingénieurs, médecins, chefs de petites entreprises. *Condition : être indépendant et avoir une formation universitaire.*

Professions intellectuelles et d'encadrement (salariés) : ingénieurs, cadres, collaborateurs scientifiques des universités, journalistes salariés, enseignants détenant un titre universitaire, etc. *Condition : avoir une formation universitaire ou des responsabilités d'organisation acquises par promotion interne ou par expérience.*

CATÉGORIE II

Autres indépendants : agriculteurs exploitants, horticulteurs, maraîchers, viticulteurs, artisans (boulangers, bouchers, charcutiers, etc.), commerçants, physiothérapeutes indépendants, artistes, écrivains, etc.

Professions intermédiaires (salariés) : techniciens, contremaîtres, employés administratifs ayant des responsabilités d'organisation du travail (chefs de bureau, responsables d'un domaine, etc.). Il s'agit également des personnes à orientation sociale ou médicales tels que assistants sociaux, animateurs, physiothérapeutes salariés, etc. *Condition : la formation professionnelle ne détermine pas automatiquement la position sociale; la capacité d'organisation acquise à l'intérieur de l'entreprise justifie également le classement parmi les intermédiaires.*

CATÉGORIE III

Non-manuels qualifiés (employés) : employés techniques (dessinateurs, laborantins, etc.), employés de bureau, secrétaires, employés de commerce, stewards, employés de réception, policiers, pompiers, contrôleurs, etc. *Condition : formation de type apprentissage.*

Manuels qualifiés (ouvriers) : ouvriers agricoles (horticulture, sylviculture, etc.), ouvriers de la production et de la construction (ceux qui travaillent en usine, pour autant qu'ils soient qualifiés), ouvriers des services (capitaines de bateaux, etc.). *Condition : formation de type apprentissage.*

CATÉGORIE IV

Travailleurs non qualifiés : ouvriers agricoles, ouvriers travaillant dans les entreprises de production ou sur les chantiers de construction, employés non qualifiés. *Condition : personnes n'ayant suivi que l'école obligatoire (sans formation postobligatoire).*

ANNEXE 5 : FICHE DESCRIPTIVE

DÉPENDANCE À LA DROGUE

Il y a environ 30'000 toxicomanes en Suisse. Cela représente à peu près 1 personne sur 100 parmi les 15 à 39 ans. Ces personnes sont principalement dépendantes de l'héroïne. Souvent, elles consomment également d'autres substances, de la cocaïne en particulier. Chaque année, 350 personnes décèdent des suites de leur consommation. 2 fois sur 3, la mort est provoquée par une overdose.

Pourquoi ces personnes se droguent-elles ?

Les raisons de consommer des drogues sont différentes selon chaque personne. Elles sont liées à son histoire, à son état de santé, à son environnement familial et social. Pour comprendre l'attrait de la drogue, il faut savoir que ces substances font disparaître la souffrance tant physique que psychique. L'absorption de drogue procure un sentiment de bien-être. Tant que dure cet effet, l'individu oublie ses problèmes et sa souffrance. Au fil du temps, il doit augmenter sa consommation pour tenter d'obtenir le même effet. Il est alors pris au piège et perd la capacité de contrôler sa consommation. La drogue n'est plus recherchée que pour éviter l'état de manque. Le dépendant en arrive à un point où sa consommation est au centre de son existence. Toute sa vie s'organise autour de la substance : en obtenir, en consommer, ne pas en manquer.

Conditions de vie

Les dépendants s'isolent du reste de la société. La plupart ne se rendent plus à leur travail ou à leur école. L'essentiel de l'argent dont ils disposent est consacré à la drogue au dépens parfois d'un logement et de nourriture. Pour se payer leur dose, beaucoup de toxicomanes font du trafic de drogues, commettent des vols de toutes sortes, voire se prostituent. La plupart ont affaire avec la justice. Les périodes d'incarcération et d'hospitalisation sont fréquentes dans la vie du dépendant.

Les toxicomanes sont à la merci de nombreuses maladies du fait d'une mauvaise hygiène et de l'utilisation de seringues. Ils ont des infections de toutes sortes, par exemple des abcès, des plaies ouvertes ou des caries graves. De plus, les drogues ont un effet anti-douleur. Les toxicomanes ressentent beaucoup moins la douleur ce qui explique qu'ils ne prennent pas la peine de se soigner. Les conséquences les plus graves, souvent mortelles, sont le sida et les hépatites. Elles sont dues à l'utilisation de seringues contaminées. On sait qu'environ 1 toxicomane sur 5 est infecté par le virus du sida et que 90% des personnes qui s'injectent des drogues depuis plusieurs années ont une hépatite C.

Relations familiales

Vivre avec un toxicomane est éprouvant. Les personnes qui l'entourent veulent l'aider mais, pour lui, rien ne compte si ce n'est la substance et tout le rituel qui l'entoure. Les parents dans un tel cas redoutent pour leur enfant la maladie, les ennuis avec la justice, le suicide. Ils ne peuvent plus croire en ses promesses car le toxicomane ment fréquemment pour arriver à ses fins.

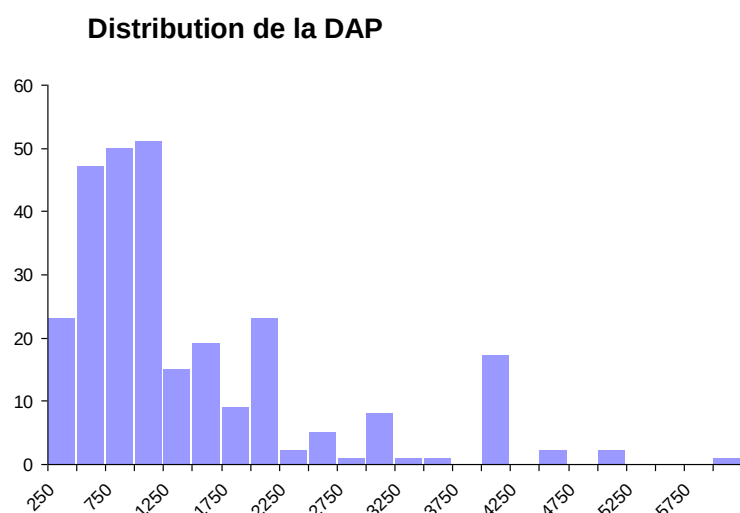
Sortie de la toxicomanie

La sortie de la toxicomanie est le résultat d'un long parcours qui dure en général une dizaine d'années et qui nécessite souvent de nombreuses cures de désintoxication. En définitive, un tiers des toxicomanes finit par renoncer à l'usage des drogues et se réinsère dans la société. Un tiers décède des suites de leur consommation et le dernier tiers rechute. Pour eux, les

périodes de consommation intensives alternent avec les périodes d'abstinence. Ils vivent principalement de l'assistance publique ou de petits boulots.

ANNEXE 6 : DISTRIBUTION DES DISPOSITIONS À PAYER (DAP)

Avant de procéder à l'analyse économétrique, il convient d'examiner la distribution des DAP. La DAP moyenne est de 1253 francs par mois et la médiane se situe à 500 francs. Les statistiques descriptives de la distribution nous permettent de conclure que celle-ci est pointue (ou leptokurtique), qu'elle est étalée à droite et qu'elle ne suit pas une loi normale.



Série : DAP mensuelle

Observations : 277

Moyenne	1253,42
Médiane	900,00
Maximum	6000,00
Minimum	0,00
Ecart-type	1111,99
Skewness ⁷⁷	1,66
Kurtosis ⁷⁸	5,36
Jarque-Bera ⁷⁹	191,81

La transformation logarithmique de la DAP normalise la distribution. En effet, les statistiques du tableau ci-dessous montrent que la courbe est normale à un seuil de 95%, bien que légèrement pointue et quelque peu décalée à gauche.

Distribution de la DAP logarithmique

Série : ln(DAP) mensuelle

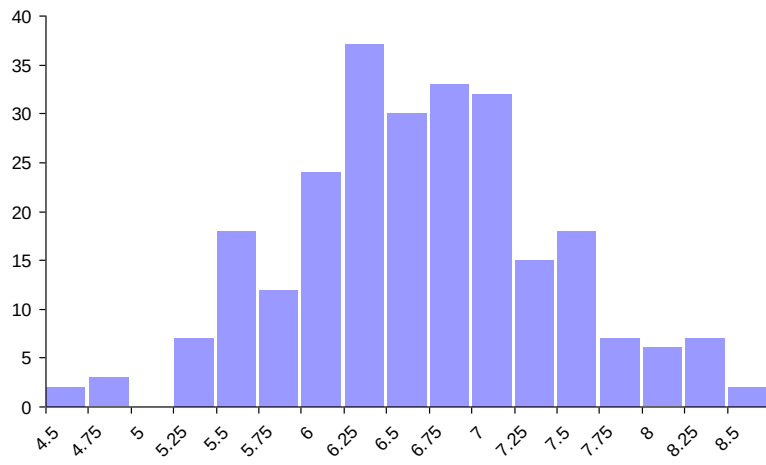
Observations : 277

Moyenne	6,71
Médiane	6,68
Maximum	8,70
Minimum	4,61
Ecart-type	0,76
Skewness ²³	0,06
Kurtosis ²⁴	2,96
Jarque-Bera ²⁵	0,18

⁷⁷ Le skewness caractérise le degré d'asymétrie d'une distribution par rapport à sa moyenne. Une asymétrie positive (négative) indique une distribution unilatérale décalée vers les valeurs les plus positives (négatives). Une loi normale a un skewness d'une valeur de 0.

⁷⁸ Le kurtosis caractérise la forme du pic ou l'aplatissement relatif d'une distribution comparée à une distribution normale. Un kurtosis positif indique une distribution relativement pointue, tandis qu'un kurtosis négatif signale une distribution relativement aplatie. Une loi normale a un kurtosis de 3.

⁷⁹ La statistique de Jarque-Bera teste, sous l'hypothèse nulle, la normalité de la distribution. Cette statistique suit une loi χ^2 à 2 degrés de liberté. La valeur critique est de 4,61 pour un seuil de signification de 95%. La statistique d'une loi normale est de 0.



ANNEXE 7 : ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE DES PERSONNES TOXICODÉPENDANTES : ENQUÊTE AUPRÈS DES EXPERTS

Deux sources de données ont été utilisées pour estimer le coût des pertes de production dues à la consommation de drogues illégales. Il s'agit dans un premier temps de deux enquêtes menées auprès de personnes toxicodépendantes, l'une par le CPTT⁸⁰ (centre de soins à bas seuil) à La Chaux-de-Fonds et l'autre par la Fondation Phénix (institution résidentielle) à Genève. Ces premières informations ont été complétées par une enquête menée par nos soins auprès d'experts dans le domaine de la drogue.

But de l'enquête

Cette enquête complémentaire a pour but de vérifier si les informations récoltées auprès des consommateurs de drogues illégales sont confirmées par un panel d'experts en matière de drogues. La diversité des horizons professionnels de ces spécialistes (centre de soins à bas seuil, institution résidentielle, hôpital, etc.) a permis d'obtenir des informations relatives à un large échantillon de personnes toxicodépendantes.

Déroulement de l'enquête

L'enquête s'est déroulée au cours des mois de mars et avril 2004. Après un premier contact téléphonique, chaque expert a reçu un questionnaire par courrier. Les personnes suivantes ont participé à l'enquête :

- D^r Barbara Broers, Hôpitaux universitaires genevois (HUG)
- Christophe Mani, Groupe Sida Genève
- Pierre Mancino, centre de jour l'Entr'Acte, Genève
- Marcel Cotting, Centre de prévention et de traitement de la toxicomanie (CPTT), La Chaux-de-Fonds
- D^r Jacques Besson, Centre Saint-Martin, Lausanne (centre d'accueil, d'orientation et de traitement ambulatoire pour patients toxicodépendants)
- Jacques Macabrey, Fondation Goéland, Boudry (Fondation spécialisée dans le traitement des dépendances)

Résultats de l'enquête

L'ensemble des experts considère qu'une faible part des toxicomanes (au maximum 30%) exerce une activité lucrative pendant la phase de dépendance⁸¹, confirmant par là les résultats des enquêtes auprès des toxicomanes. Une majorité d'experts estime à environ 50% le taux d'occupation moyen durant cette phase.

⁸⁰ Centre de Prévention et de Traitement de la Toxicomanie, La Chaux-de-Fonds.

⁸¹ La phase de dépendance est caractérisée par l'impossibilité de s'abstenir de consommer. La vie quotidienne est alors centrée autour de la recherche et de la prise du produit. Cette phase dure environ dix ans en moyenne.

Concernant la sortie de la dépendance, les experts sont dans l'impossibilité de fournir des informations sur la réinsertion des anciens toxicomanes sur le marché de l'emploi. Les trajectoires sont en effet trop diverses pour pouvoir en tirer des conclusions générales.

Enseignements tirés pour l'étude

La consultation des experts a confirmé les résultats obtenus par les deux enquêtes réalisées auprès des personnes toxicodépendantes. La convergence des résultats entre les deux sources de données a permis d'estimer le coût de morbidité engendré par les toxicomanes *durant* leur phase de dépendance.

Cette enquête a également permis de mettre en évidence le manque de données et la difficulté de connaître les trajectoires des toxicomanes *après* leur phase de dépendance. Par conséquent, le coût indirect de morbidité des anciens toxicomanes n'a pas pu être estimé.

ANNEXE 8 : TYPOLOGIE DES COÛTS

Coût direct

COÛTS CENTRAUX (CORE COSTS)

Traitements médicaux et hospitaliers

Traitement des pathologies attribuables à la consommation de drogues illicites (cf. liste CIM-10)

- Ambulatoire
- Hospitalier

Traitement des accidents attribuables à la consommation de drogues illicites

- Ambulatoire
- Hospitalier

Coût des politiques publiques

Thérapies de la toxicodépendance

- Séjour en établissement résidentiel
- Traitement ambulatoire (prescription médicale d'héroïne, de morphine ou de méthadone; traitement de substitution à la méthadone par voie orale)
- Programmes de réinsertion

Réduction des risques et aide à la survie

- Centres de soins à bas seuil

Prévention et recherche

- Programmes de prévention de la toxicomanie
- Part de la prévention du SIDA destinée aux toxicomanes
- Recherches relatives aux drogues illicites

Part du coût direct du VIH/sida attribuable à la drogue

COÛTS DERIVES (RELATED COSTS)

Traitements médicaux et hospitaliers

Domages corporels causés à des tiers

- Traitement des victimes d'agression par des consommateurs de drogues illicites
- Traitement des victimes d'accidents causés par des consommateurs de drogues illicites

Coût des politiques publiques

Répression

- Frais d'exécution des peines (emprisonnement)
- Frais de police et de douane
- Frais de justice

Frais administratifs des assurances

Autres

Domages matériels

- Accidents
- Violences
- Crimes

Coût indirect

COUTS CENTRAUX (CORE COSTS)

Mortalité

Pertes de production marchande et non marchande des personnes décédées

- par overdose
- de maladies attribuables à la consommation de drogue
- de suicides attribuables à la consommation de drogue
- d'accidents attribuables à la consommation de drogue

Morbidité

Pertes de production marchande et non marchande des personnes

- invalides (au sens de la LAI) pour motif de toxicomanie
- hospitalisées ou en arrêt de travail du fait de leur consommation de drogue
- inactives ou au chômage du fait de leur dépendance

Perte de productivité sur le lieu de travail

Formation professionnelle perturbée

COUTS DERIVES (RELATED COSTS)

Mortalité

Pertes de production des personnes décédées des suites

- d'un accident causé par un consommateur de drogues illicites
- d'un crime commis par un consommateur de drogues illicites

Morbidité

Pertes de production des personnes hospitalisées ou en arrêt de travail victimes d'un accident ou d'une agression par un consommateur de drogues illicites

Pertes de production liées au temps de visite des proches aux personnes hospitalisées

Incarcération

Pertes de production des personnes incarcérées pour cause de consommation, production ou trafic de stupéfiants

Crime careers (utilité sociale nulle)

Pertes de production des personnes qui produisent et commercialisent les stupéfiants (+ autres trafics plus ou moins légaux) et qui n'ont pas d'emploi légal

Coûts humains

COUTS CENTRAUX (CORE COSTS)

Perte de qualité de vie des consommateurs de drogues illicites du fait

- de leur usage nocif
- de leur dépendance
- de la dégradation de leur état de santé
- de la perte de l'aptitude à vivre

Perte de qualité de vie des proches des consommateurs de drogues illicites

COUTS DERIVES (RELATED COSTS)

Perte de qualité de vie pour la population en général

Sentiment d'insécurité dans les quartiers où se déroule le trafic, au voisinage des centres d'accueil

