La lettre du Collège de France

Hors-série 3 | 2010
Le Tabac

Entretien avec Nicole Maestracci

Nicole Maestracci et Marc Kirsch

Édition électronique
URL : https://journals.openedition.org/lettre-cdf/299
DOI : 10.4000/lettre-cdf.299
ISBN : 978-2-7226-0096-6
ISSN : 2109-9219

Éditeur
Collège de France

Édition imprimée
Date de publication : 1 février 2010
Pagination : 89-95
ISSN : 1628-2329

Référence électronique
Nicole Maestracci et Marc Kirsch, « Entretien avec Nicole Maestracci », *La lettre du Collège de France* [En ligne], Hors-série 3 | 2010, mis en ligne le 24 juin 2010, consulté le 17 août 2022. URL : http://journals.openedition.org/lettre-cdf/299 ; DOI : https://doi.org/10.4000/lettre-cdf.299

Tous droits réservés

Nicole Maestracci
Présidente du tribunal de grande instance de Melun

Pourriez-vous rappeler le contexte sanitaire et politique dans lequel vous avez été amenée à prendre la direction de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie

Lorsque j'ai été nommée présidente de la MILDT, en juin 1998, la question des drogues restait très passionnelle dans notre pays et, pour le grand public, la représentation de l'usager de drogues restait celle, effrayante, de l'héroïnomane dépendant. La construction d'une politique publique interministérielle cohérente se heurtait à l'organisation excessivement verticale de l'administration française et à des oppositions structurées et sans issue entre les ministères répressifs et les ministères sanitaires. La MILDT, dont j'étais la treizième présidente en quinze ans, était donc condamnée à conduire des actions parfois spectaculaires mais nécessairement superficielles et peu inscrites dans la durée dans un contexte où l'éradication des drogues apparaissait encore le seul objectif envisagé par les pouvoirs publics.

Cependant, quelques éléments étaient plus propices à une évolution : de nombreux rapports s'étaient succédés qui appelaient à une politique plus cohérente et plus proche de la réalité scientifique et humaine. Depuis le milieu des années 1980, le sida avait entraîné la mort de nombreux usagers de drogues et il devenait urgent de donner la priorité à la santé publique plutôt que de se concentrer sur la répression de l'usage et de la détention. Enfin, le développement des polyconsommations mettait en évidence la frontière floue entre le licite et l'illicite.

À la lecture des différents rapports, des données épidémiologiques, des travaux de recherche en neurobiologie mais aussi en sciences humaines, plusieurs constats s'imposaient :

- toutes les substances psychoactives agissent sur le cerveau selon des modalités comparables. Leurs points communs sont plus nombreux que leurs différences. Bien plus que les qualités intrinsèques de chaque produit, c'est le comportement de consommation et la plus ou moins grande vulnérabilité du sujet qui le rend plus ou moins dangereux ;
- la distinction entre les produits licites et illicites repose plus sur des considérations historiques, géopolitiques et culturelles que sur des bases conceptuelles claires. D'ailleurs, ni la loi ni les conventions internationales ne donnent de définition des drogues illicites puisqu'elles se contentent de renvoyer à une liste de produits interdits : « Est stupéfiant toute substance inscrite sur la liste de stupéfiants » ;
- l'éradication de la consommation des drogues qui avait été annoncée par l'ONU en 1998 comme un objectif atteignable... en 2008 (!) apparaît hors de portée. En revanche, l'idée d'une politique visant à réduire sensiblement les dommages résultant de la consommation fait son chemin en France et en Europe ;
- comparée à celle des drogues illicites, la consommation abusive d'alcool et de tabac concerne bien plus de personnes, son coût social et économique est largement plus élevé mais paradoxalement, le dispositif de prévention et de soins est beaucoup moins développé, voire indigent, au regard des enjeux de santé publique.

Ces constats n'étaient évidemment pas nouveaux. Ce qui était nouveau, c'était non seulement de les rendre publics mais encore d'essayer d'en tirer des conséquences.

© Lee O'Dell

Sous votre direction, la Mildt a étendu sa compétence au tabac, à l'alcool et aux médicaments psychotropes, en mettant l'accent davantage sur le comportement addictif que sur les substances qui le produisent. Déjà, en 1994, un rapport du Comité d'éthique sur les toxicomanies avait souligné « le fait que la distinction entre les drogues licites et les drogues illicites ne repose sur aucune base scientifique cohérente ». De même, le rapport sur la dangerosité des drogues dirigé en 1998 par Bernard Roques mêlait, dans un tableau comparatif de leurs effets, les drogues licites et illicites, « dures » et « douces », ainsi que des produits de consommation courante comme le tabac et l'alcool et des substances psychoactives considérées essentiellement comme des médicaments. C'était un tournant conceptuel dans la représentation des « drogues ». Ce changement a-t-il conduit à une modification des représentations sociales, des comportements, et de l'action de l'État ?

Certes, le rapport Roques venait d'être publié et avait été largement commenté. Mais, la traduction de cette évolution pragmatique des concepts dans les politiques publiques n'allait pas de soi. Parler de « drogues » à propos du tabac ou de l'alcool était considéré comme une provocation, à tel point qu'en juin 1999, lorsque le plan que j'avais préparé avec difficulté a été adopté, un rapport de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) qui consacrait à l'alcool et au tabac un chapitre intitulé « les drogues licites » a été mis au pilon à la demande du cabinet du Premier Ministre. Ainsi, la proposition de construire une politique publique de prévention des addictions qui dépasse le clivage licite/illicite et intègre l'ensemble des produits psychoactifs a fait l'objet d'une vive et longue opposition.

Il ne faut pas oublier que dès lors que les produits sont licites, il existe des interlocuteurs industriels actifs et vigilants sur leur image qui rendent particulièrement difficile la mise en œuvre de politiques publiques fondées sur les exigences de santé publique. On n'observe évidemment pas le même lobbying pour les drogues illicites. Le lobby particulièrement puissant et efficace de l'alcool a été évidemment le plus bruyant et le plus rapidement mobilisé. Il avait déjà su vider la loi Évin de l'essentiel de son contenu au fil des amendements parlementaires. Il pensait que compte tenu de l'importance économique et culturelle du vin dans notre pays, l'opinion publique le suivrait. Cela n'a pas été le cas. Certes, ils avaient le soutien des élus des régions viti-vinicoles mais dès 2002, l'opinion publique était à 85 % d'accord avec l'idée que l'alcool était une drogue.[1]

L'industrie du tabac a exercé une influence plus discrète. Elle avait déjà intégré dans sa communication la mauvaise image du tabac et savait que les marchés des pays occidentaux seraient désormais limités. Elle a conduit en conséquence des campagnes subtiles fondées sur la promotion de la liberté individuelle des adultes et sur la protection des mineurs. Elle a ainsi déclaré qu'elle était pour l'interdiction de la vente aux mineurs tout en sachant parfaitement que cette interdiction ne serait pas respectée et en développant des produits dont elle savait qu'ils attireraient en priorité les plus jeunes.

Elle a dans le même temps investi massivement les marchés d'Asie et d'Afrique dans lesquels aucune politique de contrôle n'était encore mise en place. Enfin, elle a été très présente à Bruxelles pour retarder la négociation d'une convention cadre et pour la vider de tout caractère contraignant.

Comment jugez-vous le rôle de l'État et l'ambiguïté qui fait de lui un pourfendeur du tabagisme alors même qu'il continue de bénéficier de revenus substantiels liés à la vente du tabac, et qu'il a longtemps conservé, en France, le monopole de la production de tabac ? L'État a-t-il aujourd'hui une position claire sur ces questions ?

Ce n'est pas le seul domaine où les politiques publiques sont au centre d'intérêts contradictoires. D'une manière générale, le choix entre prohibition et autorisation plus ou moins contrôlée s'explique

1. Sondage BVA, juin 2002.

rarement par des considérations de santé publique mais bien plus souvent par des considérations économiques. Ainsi, on ne peut comprendre la guerre de l'opium au XIXe siècle si on n'a pas à l'esprit l'importance de l'opium dans les échanges commerciaux entre l'Angleterre et l'Asie. Pour le tabac, comme pour l'alcool, cette ambiguïté résulte paradoxalement du fait qu'il s'agit de produits licites, donc intégrés au circuit économique. Un produit autorisé a en outre l'immense avantage de pouvoir être taxé ou faire l'objet, comme le tabac, d'un monopole de vente. En 2002, environ 75 % des 15 milliards d'euros que représente en France le marché du tabac revient à l'État. La tentation est donc grande de faire tout pour ne pas sacrifier une telle manne sur l'hôtel de la santé publique. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle le ministère des Finances s'est souvent rallié au front des opposants aux textes qui ont tenté de limiter la consommation d'alcool et de tabac, notamment lors de la discussion de la loi Évin de 1991. C'est aussi pour cette raison qu'il a été en 1999 particulièrement réticent à l'élargissement des compétences de la MILDT aux produits licites.

La gestion de ces contradictions peut aller jusqu'au cynisme. Ainsi dans un entretien daté de 1996, Jean-Dominique Comolli, PDG de la Seita, haut fonctionnaire, ancien conseiller technique du ministre des Finances, puis du Premier Ministre explique dans le journal de l'entreprise que « certains experts disent que fumer génère plus d'économies du fait des retraites non versées que de dépenses d'assurance-maladie. Globalement le tabac rapporte plus à la collectivité qu'il ne coûte ».

Récapitulatif des économies réalisées par la collectivité du fait des décès prématurés imputables au tabac (en millions de francs)

Source : Rapport OFDT, Coûts et bénéfices économiques des drogues, juin 2004. (année de référence 1878-1979)

	Hypothèse haute
Retraites non versées	**49 358,21**
dont : - hommes	*42 047,34*
- femmes	*7 310,86*
Economies en dépenses de santé	**5 062,30**
dont : - Médecine de ville	2 008,38
dont : - hommes	*1 594,96*
- femmes	*413,42*
- Soins hospitaliers	3 053,92
dont : - hommes	*2 425,28*
- femmes	*628,64*
Total	54 420,51

Quel regard portez-vous sur le problème de la dangerosité et du coût social du tabac comparé aux autres drogues ? Les politiques de lutte contre le tabagisme sont-elles à la mesure des coûts sociaux induits par le tabac et de la puissance des lobbies industriels dont elles contrarient les intérêts ?

Une des rares études sur cette question a permis de comparer le coût social des drogues licites et illicites (ensemble des coûts tangibles supportés par la collectivité, aussi bien par les agents privés que par les pouvoirs publics). Malgré les limites méthodologiques soulignées par les auteurs, cette étude montre clairement le poids élevé de l'alcool et du tabac par rapport aux drogues illicites. L'alcool représente 52 % de ce coût, le tabac, 41 %, et les drogues illicites, seulement 6 %, ce qui signifie respectivement 1,42 % du PIB, 1,1 % et 0,16 %[2]. Les résultats sont comparables à ceux obtenus par des études similaires à l'étranger, sauf pour l'alcool dont le coût social apparaît 50 % plus élevé en France qu'au Canada ou en Australie. Dans ces pays, c'est le coût social du tabac qui arrive en tête.

Ces chiffres ont toujours été contestés par l'industrie du tabac qui a considéré que toutes les données n'avaient pas été prises en compte et notamment les économies réalisées grâce au décès prématuré d'un grand nombre de fumeurs.

S'agissant des politiques de prévention et de communication, il est évident qu'elles sont modestes au regard des sommes investies par l'industrie du tabac pour installer une image positive du fumeur malgré l'interdiction de la publicité imposée par la loi Évin.

Mais, ce n'est pas seulement un problème de moyens. Les campagnes de communication destinées au grand public sont utiles car elles créent un bruit de fond mais, à elles seules, elles ne font pas prévention. De plus, il ne suffit pas de dénoncer les dangers d'un produit pour diminuer sa consommation. Nous n'avons pas en France, contrairement aux pays du Nord de l'Europe, de culture de la prévention. Les interventions dans les établisse-

2. P. Kopp et P. Fenoglion, *Le coût social des drogues licites et illicites en France,* Paris, OFDT, 2000. Voir encadré p. 95.

Diverses affiches de campagnes de lutte anti-tabac dans le monde. DR

ments scolaires sont artisanales et peu professionnalisées. Elles touchent peu de jeunes et ne sont pas systématiquement inscrites dans le cursus. De nombreux jeunes ne bénéficieront d'aucune action de prévention pendant leur scolarité. Si on souhaite modifier durablement les comportements, il faudrait sortir du volontariat, définir un noyau dur de messages de prévention incontournables, un espace-temps spécifique et obligatoire, des financements pérennes et des professionnels dédiés à cette mission. Nous en sommes loin. Et on ne peut que regretter que les dernières campagnes de communication soient à nouveau fondées sur le danger des produits et la peur du consommateur, alors que de nombreuses études nationales et internationales ont montré l'inefficacité de tels messages et leur absence de crédibilité auprès des jeunes.

Enfin, pour diminuer la consommation de tabac sans pour autant entraîner un déplacement vers la consommation d'autres produits, il faut faire une offre de soins compétente sur l'ensemble du territoire. Or, en 1998, le dispositif de soins pour les usagers excessifs ou dépendants d'alcool et de tabac était indigent au regard des enjeux de santé publique (150 consultations de sevrage tabagique sur l'ensemble du territoire pour les quelques 12 millions de fumeurs réguliers et 650 centres de cure ambulatoire en alcoologie pour les 5 millions de consommateurs problématiques d'alcool). En comparaison, le dispositif de soins aux toxicomanes, presque exclusivement orienté à l'époque vers les héroïnomanes dépendants (environ 150 000 en 2000) était incomparablement plus développé.

Lorsqu'on découvre ces chiffres, on s'interroge sur les aveuglements sélectifs qui conduisent à ne tirer aucune conséquence de constats et de données épidémiologiques pourtant connues.

À la lumière de votre expérience, quels sont les meilleurs moyens de lutte contre le tabagisme, et quels sont les obstacles les plus forts ? Doit-on lutter contre le tabac de la même manière que l'on combat la toxicomanie ? A-t-on les mêmes raisons et les mêmes moyens de le faire ?

Pour conduire une politique efficace, il faut d'abord créer une forme de consensus de la société, une culture commune autour des actions à mettre en œuvre. Pour le tabac, ce consensus, qui n'existait pas en 1991, au moment de l'adoption de la loi Évin, commence à être une réalité. C'est d'ailleurs ce qui explique que les mesures restrictives les plus récentes ont finalement été globalement respectées.

Mais on ne peut se contenter d'une approche centrée sur la dangerosité du produit qui ne tienne pas compte de la fragilité de celui qui consomme. Les raisons qui poussent à consommer un produit psychoactif sont toujours les mêmes : rechercher ou retrouver du plaisir, ne pas souffrir, améliorer ses performances, rompre l'ennui, surmonter un obstacle, une rupture, une perte, oublier tout simplement qu'on ne s'aime pas ou que la vie paraît parfois intolérable.

Cette extrême banalité des sentiments qui conduisent à consommer des produits concerne également le tabac dont on a vu par ailleurs qu'il agissait sur le cerveau selon des modalités similaires à celles des autres drogues.

C'est ce constat progressivement partagé par de nombreux professionnels qui a conduit à avoir une approche plus transversale du soin et à développer la notion d'addictologie, puis à créer les centres de soins et de prévention en addictologie (CSAPA) qui ont vocation à se substituer aux centres de soins aux toxicomanes et aux consultations ambulatoires en alcoologie.

Certes, cette évolution s'est heurtée à quelques résistances liées en grande partie aux cultures différentes et cloisonnées des acteurs du soin : les in-

tervenants en toxicomanie venaient essentiellement de la psychologie et de la psychiatrie, les alcoologues étaient souvent gastro-entérologue et les tabacologues, la plupart du temps pneumologues. Sans doute, pour une part en raison de leur formation, ces derniers n'imaginaient pas pouvoir soigner dans les mêmes lieux des fumeurs et des usagers de drogues illicites. Ils étaient en outre majoritairement orientés vers l'exigence d'une abstinence totale sans toujours prendre en compte les parcours de vie et la plus ou moins grande vulnérabilité du patient.

Aujourd'hui, la plupart des résistances apparaissent levées et l'approche addictologique fait l'objet d'un consensus. Cela ne veut pas dire évidemment qu'il faut abandonner toute approche spécifique. La consommation régulière de tabac touche plus de 20 % de la population. Elle n'entraîne pas, contrairement aux autres produits, de dommages autres que sanitaires. Et c'est une différence importante.

Cependant, si on ne développe pas l'offre de soins, il est peu probable que l'on parvienne à diminuer encore le nombre de consommateurs. En effet, tous ceux pour lesquels il suffisait de limiter l'accès au produit (hausse des prix, interdiction de fumer dans les lieux publics) se sont engagés dans un processus d'arrêt du tabac.

Pour les autres, le produit joue un rôle trop important pour qu'il soit balayé par des interdits ou des substituts nicotiniques. Il faut donc un accompagnement au long cours qui tienne compte de l'état de santé mais aussi des conditions de vie, des exigences réalistes et compatibles avec la fragilité de chacun, une acceptation de la rechute. Un tel accompagnement est loin d'être la règle.

Or, les défenseurs d'une abstinence totale ont tendance à perdre de vue le fait que le tabac , quelle que soit son évidente nocivité, a, sinon des vertus « thérapeutiques », au moins un rôle important dans la vie des gens et qu'on ne peut pas se contenter d'interdire le produit sans réfléchir à cette question. À défaut, on risque de susciter des effets de substitution d'un produit à un autre, qui ne sont pas forcément positifs. La politique actuellement conduite permet de limiter l'accès au produit et donc sa consommation et c'est une étape absolument nécessaire. Mais on ne peut pas se contenter de la dimension répressive ou de l'interdiction. Il faut s'intéresser aussi, du point de vue clinique et du point de vue social, à cette petite marge de gens à qui l'arrêt du tabac ou d'autres produits pose un problème persistant. Ce sont généralement les plus dépendants et les plus fragiles, pour qui ces produits sont une sorte de pansement pour la vie : on souligne et on renforce leur fragilité en les leur retirant. Il faut proposer à ces personnes en grande difficulté psychologique ou sociale une offre de soin et un accompagnement adaptés.

Une politique de santé publique vise à diminuer les risques au niveau de la population. Mais le risque ne fait-il pas aussi partie de la vie des individus et des sociétés humaines ?

Bien sûr, la vie ne se résume pas à la limitation des risques et à l'arrêt de la consommation de substances psychoactives. Certains psychologues et pédopsychiatres insistent sur l'idée que les conduites à risques font partie de l'adolescence. Une adolescence sans recherche du risque peut aussi être le signe d'autres difficultés voire de pathologies. Le désir d'intensité, l'envie de plaisir, la recherche de sensations fortes font substantiellement partie de l'adolescence – on ne peut mettre les adolescents sous cloche. On doit porter sur leurs conduites à risque un regard éducatif et non seulement disciplinaire. Mais notre société a tendance à avoir peur de sa jeunesse. Or, nous savons, et ce point a été mis en évidence lors des travaux de la commission sur la jeunesse présidée par Martin Hirsch, que notre jeunesse est la plus pessimiste d'Europe, celle qui a le moins confiance en son avenir. C'est cela qui doit nous inquiéter, bien plus que l'existence de conduites à risque chez les adolescents. Tout le travail de l'éducation, c'est de transformer la recherche de sensations fortes en projets positifs, de proposer des modèles et des voies pour l'avenir. Il faut donc trouver une voie étroite, qui ne peut pas se résumer à des interdits hygiénistes uniquement focalisés sur la nocivité des produits.

Ces propos n'ont pas pour objectif de remettre en cause les mesures restrictives dont j'ai déjà dit qu'elles étaient positives. Il ne fait aucun doute par exemple que l'interdiction de fumer dans un

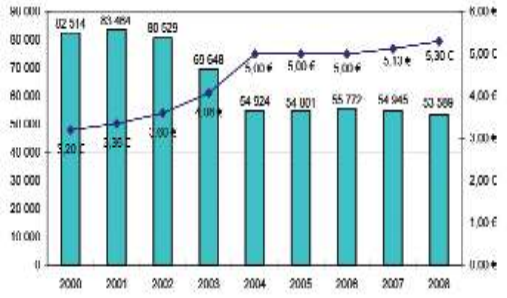
lieu public, limite efficacement les occasions de consommation et d'entraînement, avec un coût très faible, notamment en terme de restriction des libertés. Mais il faut insister aussi sur la nécessité de renforcer prioritairement les politiques de prévention, surtout en direction des jeunes. Faut-il rappeler en effet que les pays qui ont réussi à diminuer durablement la consommation de drogues sont ceux qui ont la politique de prévention la plus solide et la plus continue ? C'est ce qui explique par exemple que les jeunes néerlandais sont les européens les moins consommateurs de cannabis. .

L'augmentation du prix du tabac n'est-elle pas aussi une source d'injustice lorsqu'elle pénalise plus gravement des catégories sociales défavorisées pour lesquelles le tabac est quelquefois un adjuvant utile dans des situations difficiles ?

Je ne sais pas très bien où serait la justice en l'espèce dès lors que nous savons que les inégalités de santé sont considérables. Un meilleur accès aux produits ne ferait évidemment que les aggraver et ce ne serait sûrement pas la solution. Mais vous avez raison de dire que le tabac joue un rôle d'adjuvant. Les travaux sur les inégalités de santé montrent tous que le fait d'être au chômage ou dans une situation sociale défavorisée est sans influence sur l'expérimentation des produits mais aggrave le risque d'être usager régulier. Une étude récente[3] montre que les personnes les plus défavorisées se montrent en outre plus réticentes aux messages préventifs et plus sceptiques à l'égard de la lutte anti-tabac. Pour ces personnes, le meilleur traitement serait évidemment l'amélioration des conditions de vie et la sortie du chômage. Il faut dans tous les cas leur apporter une aide plus globale qui ne se limite pas au traitement de la consommation du produit.

Ventes de cigarettes (en millions d'unités) et prix annuel moyen des cigarettes de la classe la plus vendue

source : Altadis/DGDDI



En matière d'inégalités, on retrouve aussi sur ces questions des schémas classiques. Les études qui comparent les établissements scolaires situés en zone d'éducation prioritaire et ceux qui ne s'y trouvent pas montrent que la consommation est plus forte dans les établissements les plus favorisés, sans doute parce que les élèves de ces établissements ont plus d'argent de poche. C'est vrai pour le tabac, pour l'alcool comme pour le cannabis. Néanmoins, qui voit-on dans les tribunaux ? Ce sont essentiellement des jeunes de milieux défavorisés.

Comment trouver un équilibre entre une raison sanitaire qui vise à interdire – au prix de ce qui peut apparaître comme un nouvel hygiénisme ou un discours abusivement répressif visant à faire le bien des citoyens au besoin contre leur gré – et la liberté ou le (bon) plaisir des individus – que l'on peut aussi suspecter d'être influencés par l'habile communication de l'industrie du tabac ?

Toutes les politiques publiques supposent des arbitrages entre des logiques contradictoires. Par exemple, les débats sur la sécurité routière pendant les vingt-cinq dernières années ont été constamment traversés par des conflits d'intérêt : poids de l'industrie automobile et respect de la liberté individuelle confrontés au coût social et sanitaire des accidents automobile. L'amélioration de la situation a été un long chemin et il faut se souvenir des débats passionnés autour du port obligatoire de la ceinture de sécurité que personne ne songerait plus aujourd'hui à contester. De même, les contrôles radar automatiques étaient impensables, il y a dix ans. Dans ces exemples, le rapport bénéfice/coût est indiscutable et la mesure s'est imposée jusqu'à faire consensus.

Les mesures contraignantes n'ont pas d'effet si elles ne reposent pas sur un consensus social durable et éclairé, et malgré l'activisme de l'industrie, un tel consensus commence à exister sur le tabac. Ce consensus se heurte toutefois à des enjeux écono-

3. Peretti-Watel, Serot, Halfen, Gremy, Beck, *Les inégalités sociales, un obstacle à la prévention ? L'exemple du tabagisme*.Congrès de l'ORS paca, octobre 2008.

miques qui paraissent peser d'un poids plus lourd que les enjeux de santé publique, ce qui explique l'ambiguïté constante des pouvoirs publics. En outre, dans le cas du tabac, comme pour toutes les drogues, il faut tenir compte de la situation de ceux, même s'il s'agit d'une part infime de la population, pour lesquels l'arrêt total du tabac pose un problème persistant et qui nécessite une offre de soin et d'accompagnement adaptée.

Il existe une marge de manœuvre à condition d'expliciter ces contradictions et les choix opérés. Il est clair cependant qu'une politique qui ne viserait qu'à interdire sans prévenir, sans soigner et sans réfléchir aux raisons pour lesquelles les personnes ont besoin de produits, serait vouée à l'échec. Il ne faut pas oublier que ceux qui fument régulièrement recherchent quelque chose qu'une meilleure hygiène de vie ne suffira pas à leur donner. ■

Coûts et bénéfices économiques des drogues
Philippe Fenoglio, Pierre Kopp
Rapport de juin 2004, Observatoire français des drogues et des toxicomanies, décembre 2004.

« Si les drogues licites (alcool et tabac) et illicites imposent des coûts à la collectivité, celles-ci génèrent également des économies budgétaires et disposent d'un certain poids dans l'économie nationale. Le présent rapport a pour objectif d'évaluer ces différents éléments et des les comparer.
Il comptabilise d'abord les économies, certes malheureuses, mais réelles, de dépenses publiques pour la collectivité du fait des décès prématurés imputables aux drogues. Il recense ensuite l'ensemble de la chaîne de valeur des filières drogues (i.e. le chiffre d'affaires hors taxes), augmenté des recettes fiscales et du solde de la balance commerciale.
[…] Le résultat est clair, toutes les drogues coûtent plus cher à la collectivité qu'elles ne rapportent. »

« Pour savoir si les drogues rapportent à la collectivité, il convient de comparer le « coût social des drogues » avec le bénéfice des drogues. […] Le coût social des drogues licites (alcool et tabac) et illicites en France est évalué à 456 640,87 millions de francs, soit 5,61% du PIB de 1997. »

« À partir du calcul du surplus des consommateurs et du coût social, ce rapport démontre que les drogues licites (tabac et alcool) et illicites génèrent une perte de bien-être pour la collectivité »

[…] « en terme de répartition de cette perte de bien-être collectif entre les différentes drogues, les drogues illicites engendrent la perte de bien-être collectif la moins importante. En effet, celles-ci ne sont responsables que de "seulement" 4,79% de la perte de bien-être collectif attribuable aux drogues. Le tabac, quant à lui, génère plus de la moitié (53,02%) de la perte de bien-être collectif totale liée aux drogues, alors que la part de perte de bien-être collectif attribuable à l'alcool s'élève à 42,19 % ».

« Globalement, on peut résumer cette situation en affirmant que les drogues coûtent plus qu'elles ne rapportent, mais que les agents privés supportent le coût des drogues, alors que l'État en retire, via principalement la fiscalité, des avantages financiers. »

« la collectivité réalise des économies du fait de dépenses non réalisées via les décès prématurés imputables aux drogues, que ce soit en terme de retraites non versées ou en terme de dépenses de santé normales non effectuées. »

Le coût du traitement des pathologies liées aux drogues licites (alcool et tabac) et illicites et de mise en œuvre de la loi en France
Pierre Kopp, Philippe Fenoglio
Rapport de recherche subventionné par l'Office Français des Drogues et Toxicomanies (O.F.D.T.), mai 2006.

« Coût social des drogues : les dépenses publiques, toutes drogues confondues, s'élevaient à 1 159,12 millions d'euros pour l'année 2003 ; l'essentiel des dépenses concernait les drogues illicites (environ 80 %), la part la plus faible étant consacrée au tabac (moins de 5 %). Au final, la part des dépenses imputables à la lutte contre les drogues licites et illicites a représenté 0,33 % des dépenses publiques totales en 2003. Le coût social de l'alcool, du tabac et des drogues illicites représentent respectivement 2,37, 3,05 et 0,18% du PIB 2000. »