

8

Évaluation des coûts sociaux liés à l'alcoolisation

De nombreuses études ont été consacrées à l'évaluation des coûts que l'alcoolisme génère pour la collectivité. La plupart de ces travaux s'intègrent dans le cadre de la problématique de l'abus de drogues – licites ou non – et se basent sur la méthodologie des études du coût de la maladie.

L'abus peut être défini comme toute situation dans laquelle la consommation d'alcool produit des effets défavorables pour le consommateur et/ou pour les autres individus de la société. En termes économiques, Collins et Lapsley (1991) définissent l'abus de substance psychotrope comme toute consommation qui implique un coût social net, en plus du coût d'acquisition de la substance. Cette définition couvre un champ d'application large, dans la mesure où même des niveaux de consommation modérés peuvent être considérés comme « abusifs » s'ils impliquent un coût pour la société.

Les études sur le coût de l'abus d'alcool sont intéressantes pour les décideurs en santé, les politiciens et les chercheurs. Elles peuvent être utilisées pour conscientiser le public et le monde politique quant au fardeau que constitue l'alcoolisme et ainsi suggérer des priorités de recherche et d'action. Ces études peuvent aussi servir comme étape initiale pour l'évaluation économique de programmes de traitement alternatifs, susceptibles de réduire l'abus d'alcool et, par là même, le coût qu'il induit.

Elles s'inscrivent dans le champ théorique des études du coût de la maladie. Dans ce cadre, elles font référence à la notion clé de « coût d'opportunité » : c'est-à-dire le coût d'une utilisation alternative des ressources. La question centrale est alors la suivante : quelles ressources pourraient être épargnées (et donc affectées à un autre usage) si les individus décidaient de ne plus consommer d'alcool ? Faute de données suffisamment précises, il est difficile, voire impossible, d'avancer un chiffre définitif quant à l'ampleur de ce coût. En revanche, les études de type « coût de la maladie » fournissent des éclairages sur les interrogations suivantes :

- Quel recours aux soins est nécessaire pour traiter l'alcoolisme et ses conséquences ? Pour quel coût ?
- Combien de personnes décèdent de l'alcool ? Quel est le coût de ces décès prématurés ?
- Quelle est la criminalité en lien avec l'alcool ? Quel coût implique-t-elle ?

- Quel est l'effet de l'alcool sur les accidents de la circulation ? Quel coût ceci engendre-t-il ?

La démarche pour évaluer le coût social de l'alcoolisme comprend trois étapes. Dans un premier temps, on cherche, à partir d'une analyse approfondie de la littérature, à identifier toutes les conséquences, sanitaires ou autres, associées à la consommation d'alcool. Deuxièmement sont documentés les liens de causalité entre ces conséquences et cette même consommation d'alcool. Ce point, central dans l'analyse, fait l'objet de nombreuses controverses, tant il est difficile de distinguer l'association du lien de causalité. Ces critiques portent tant sur la causalité des pathologies (Heien et Pittman, 1989) que sur celle de la criminalité (Cohen, 1999). La troisième étape consiste à assigner un coût à chacun des événements recensés. Le coût total imputable à l'alcoolisme – le coût social – est alors obtenu par sommation des coûts des événements imputables à la consommation d'alcool. Malgré la simplicité apparente de la démarche, on constate des variations méthodologiques parfois importantes entre les études (Xie et coll., 1998), ce qui nous amène à préciser certains concepts.

Méthodologie

En l'absence d'une harmonisation des méthodologies, différentes typologies sont proposées pour permettre de calculer le coût social de l'alcoolisme. Aux coûts médicaux s'ajoutent des coûts dits « externes ». Mais la définition même de ces derniers varie également selon les approches.

Nature des coûts pris en compte dans les études du coût de l'alcoolisme

Dans les études consacrées au coût de l'abus de drogue, on distingue traditionnellement les coûts médicaux (*core costs*) des autres postes de coûts (*other related costs*) (Harwood et coll., 1998). Ces deux catégories se subdivisent à leur tour en coûts directs et coûts indirects (tableau 8.I).

Tableau 8.I : Typologie des coûts utilisés dans les études du coût de l'alcoolisme (d'après Harwood et coll., 1998)

	Direct	Indirect
Médical (<i>core costs</i>)	Recours aux soins induit par l'alcoolisme et ses pathologies associées	Pertes de productivité induites par la morbidité et la mortalité prématurée du fait de l'alcoolisme
Non médical (<i>other related costs</i>)	Autres biens et services non médicaux directement liés à l'alcoolisme et à ses pathologies associées (criminalité, accidents de la route...)	Pertes de productivité résultant des accidents de la route et de la criminalité

Kopp et Fenoglio (2000) proposent une typologie plus élaborée, tenant compte, en plus des catégories précédentes, des coûts intangibles difficilement monétarisables (pertes de bien-être...) et de l'identité de l'acteur économique supportant la dépense. Les auteurs distinguent ainsi le consommateur de drogue (l'abuseur), le non-consommateur (le non-abuseur), l'État (et les collectivités territoriales) et la Sécurité sociale, le tout constituant la collectivité dans son ensemble (tableau 8.II).

Cette distinction selon l'acteur supportant la dépense est à l'origine de la notion de coût externe. Ce dernier correspond en effet au coût que l'abuseur fait supporter à la collectivité. Ce concept d'externalité peut être interprété au sens large ou au sens strict. Considérons l'exemple décrit par Heien et Pittman (1993). Imaginons qu'un buveur cause un accident et se blesse tout seul. Dans ce cas, le coût est exclusivement privé (interne), sauf si le conducteur n'est pas assuré et que la collectivité paie pour lui. Que se passe-t-il si un autre conducteur est également atteint ? Dans ce cas, le comportement fautif du buveur génère un coût externe. Selon Heien et Pittman (1993), seuls les coûts externes (au sens strict) doivent être pris en considération. D'autres auteurs considèrent au contraire que les coûts supportés par le consommateur d'alcool (à l'exception des coûts d'acquisition de celui-ci) relèvent des coûts externes (au sens large), dans la mesure où les conséquences de la consommation abusive d'alcool n'étaient pas prévues.

Par ailleurs, les approches du type « coût de la maladie » ne comptabilisent que les coûts supportés par les agents, publics ou privés, sans intégrer les bénéfices de santé liés à la consommation d'alcool. Ces derniers doivent, en revanche, être pris en compte dans le cadre de l'évaluation d'une action de prévention de l'alcoolisme, par le biais d'une analyse coût-bénéfice. En pratique, toutefois, ce type d'analyse demeure exceptionnel, étant donné notamment la difficile documentation du lien de causalité avec l'action de prévention considérée.

Choix du scénario comparatif

Malgré l'organisation de plusieurs symposiums destinés à harmoniser les méthodologies, des divergences demeurent quant au choix du scénario comparatif. Il existe en fait trois possibilités (Devlin et coll., 1997).

- Si l'alcool n'avait jamais existé dans le passé, quels coûts sociaux auraient pu être évités au cours du temps ?
- Si tout abus d'alcool cessait aujourd'hui, quelle serait la valeur actuelle de tous les coûts futurs évités ? Cette dernière approche permet de simuler l'impact d'une politique mais son caractère dynamique nécessite des hypothèses ardues à élaborer et à chiffrer.
- Si tout abus d'alcool cessait aujourd'hui, quels coûts pourraient être évités au cours d'une année « standard » ? C'est cette dernière approche, statique, qui est utilisée dans la grande majorité des études.

Tableau 8.II : Coût social des drogues dans les études de type « coût de la maladie » (d'après Kopp et Fenoglio, 2000)

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

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

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

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

« Coût social » au sens des études « coût de la maladie » = externalités au sens large

Certaines études incluent également les coûts intangibles : « coût social » au sens des études « coût de la maladie » + coûts intangibles

Estimation du prix de la vie humaine

Les pertes de production imputables aux décès prématurés en lien avec l'alcool sont estimées à partir de la valeur présente des revenus futurs, en utilisant la théorie du capital humain. Seuls les revenus du travail sont en général utilisés, ce qui ne permet pas de prendre en considération, sauf correction, les activités domestiques. Une méthode alternative – quoique peu utilisée en pratique – consiste à faire révéler aux individus le montant que ceux-ci sont prêts à payer pour un changement de leur probabilité de décès.

Le choix du taux d'actualisation des revenus futurs revêt une importance cruciale (Single et coll., 1998). Un taux compris entre 2 % et 10 % est en général utilisé. Il est recommandé de mener une analyse de sensibilité sur ce paramètre.

Résultats

Le coût médical direct de l'alcoolisme, analysé par Reynaud et coll. (1999 et 2001) dans le contexte français, se décompose en deux postes :

- le coût du dispositif de soins spécialisés pour les alcooliques (158 centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie, CHAA, et l'Association nationale de prévention de l'alcoolisme, Anpa), aisément identifiable car correspondant à une ligne du budget de l'État (5,11 millions d'euros en 1996) ;
- le coût du dispositif de soins général, évalué selon deux méthodes.

La première méthode est fondée sur l'évaluation des proportions de cas attribuables (PCA)⁴⁹. La PCA dépend du risque relatif (RR), pour un sujet alcoolique, de contracter chaque maladie et de P, la prévalence (P) de l'alcoolisme dans la population considérée. Les RR sont issus d'études épidémiologiques françaises et étrangères reposant sur des seuils d'alcoolisme pas toujours concordants. Les calculs sont effectués pour deux seuils de prévalence, P = 0,10 (hypothèse basse) et P = 0,15 (hypothèse haute).

Les résultats indiquent, pour l'année 1996, un coût compris entre 2,1 milliards et 2,5 milliards d'euros. Comme l'indique le tableau 8.III, l'essentiel de ce coût sanitaire est engendré par les pathologies indirectement liées à l'alcool. Portella et coll. (1998), pour l'Espagne, aboutissent, avec une méthodologie similaire, à une estimation du coût médical direct de 1,064 milliard d'euros en 1996.

La seconde méthode, basée sur la prévalence de l'alcoolisme à l'hôpital et en ambulatoire, ne permet pas de prendre en compte les pathologies pour lesquelles l'alcoolisme est un facteur de risque. Selon cette méthode, le coût sanitaire avoisine 3 milliards d'euros dont 1,5 pour l'hospitalier et 1,5 pour l'ambulatoire.

49. $PCA = P (RR - 1)/1 + P(RR - 1)$

Tableau 8.III : Coût sanitaire de l'alcoolisme en France (en milliards d'euros) lorsque P = 0,15 (d'après Reynaud et coll., 2001)

Pathologies	Coûts
Pathologies directement liées à l'alcool	1,052
Dépendance, psychose alcoolique	0,704
Cirrhose du foie	0,173
Cancers cavité buccale, pharynx et larynx	0,140
Cancers œsophage	0,035
Intoxication alcoolique, ivresse	0,022
Pathologies indirectement liées à l'alcool	1,448
Schizophrénie	0,438
Hypertension artérielle	0,268
Accidents cardiovasculaires	0,266
Dépression	0,192
Anxiété	0,086
Total	2,500

Brecht et coll. (1996) ont réalisé en 1990 une étude des coûts, directs et indirects, de l'alcoolisme au sens strict (correspondant aux diagnostics suivants : syndrome de dépendance alcoolique ou alcoolisme chronique, maladie chronique et cirrhose du foie, psychoses alcooliques) en République fédérale d'Allemagne (RFA). Les coûts directs correspondent aux coûts de prise en charge médicale de l'alcoolisme. Les coûts indirects sont constitués des pertes de production liées à l'absentéisme, aux retraites anticipées et à la mortalité prématurée. Le coût total de l'alcoolisme en RFA pour 1990 est estimé à 3,055 milliards d'euros, dont 74 % au titre des coûts indirects (tableau 8.IV)

Tableau 8.IV : Répartition des coûts directs et indirects de l'alcoolisme en RFA (ex République fédérale d'Allemagne) en 1990 par poste constitutif (en milliards d'euros ; d'après Brecht et coll., 1996)

Poste	Coûts
Coûts directs	0,794
Soins hospitaliers	56 %
Services de rééducation	24 %
Soins ambulatoires	20 %
Coûts indirects	2,261
Décès prématurés	52 %
Maladie	26 %
Invalidité	22 %

La prédominance des coûts indirects est la résultante d'une mortalité prématurée très importante chez les patients atteints des pathologies considérées (âge moyen au décès de 55 ans).

Par ailleurs, une analyse intertemporelle entre 1985 et 1991 indique que toutes les ressources consommées sont stables au cours du temps, à l'exception du nombre d'années de vie perdues en augmentation de près de 30 % au cours de la période considérée. Ce résultat peut, selon les auteurs, s'interpréter comme le fait que les problèmes de santé liés à l'alcoolisme affectent des gens de plus en plus jeunes.

Les études réalisées aux États-Unis pour le NIAAA (*National institute of alcohol abuse and alcoholism*) prennent en considération un spectre de coût élargi. Ainsi, ces études prennent-elles en compte la traduction monétaire des crimes et accidents de la route imputables à la consommation d'alcool. Pour 1992, Harwood et coll. (1998) estiment les coûts sociaux de l'alcoolisme à 148 milliards de dollars (tableau 8.V) (les auteurs évaluent ce même coût à 166 milliards de dollars pour 1995, en tenant compte du taux d'inflation et d'une croissance démographique annuelle de l'ordre de 1 %). Les coûts médicaux représentent 81 % du coût social total, essentiellement en raison du poids économique considérable que constituent les pertes de revenus liées aux décès prématurés ou à la maladie.

Tableau 8.V : Coût social de l'alcoolisme aux États-Unis en 1992 (en milliards de dollars 1992 ; d'après Harwood et coll., 1998)

	Directs	Indirects (pertes de revenus)	Coûts
Médicaux	Services spécialisés		5,573
	Dépenses de santé (comorbidité)		13,247
		Décès prématurés	31,327
		Maladies	67,696
		Populations en institutions	1,513
Total 1			119,356
Non médicaux	Crimes		6,312
	Administration		0,683
	Accidents de la circulation		13,619
	Incendies		1,590
		Victimes de crimes	1,012
		Incarcération	5,449
Total 2			28,665
Total 1 + 2			148,021

Malgré quelques différences d'ordre méthodologique, cette estimation se révèle globalement comparable à celles précédemment publiées pour les États-Unis et actualisées en dollars de 1992 (tableau 8.VI). Ces chiffres sont toutefois supérieurs de 42 % à ceux avancés par Rice pour 1985 (104 milliards actualisés en 1992), en raison de dépenses de santé et de pertes de revenus plus élevées (du fait de l'évolution des connaissances épidémiologiques portant sur les conséquences délétères de la consommation d'alcool).

Tableau 8.VI : Coût social de l'alcoolisme et de ses conséquences aux États-Unis selon différentes études (en milliards de dollars 1992 ; d'après Harwood et coll., 1998)

Étude	Coût
Berry (1975)	146
Cruz (1977)	140
Harwood (1980)	186
Rice (1985)	104
Harwood (1992)	148

Comme le préconisent Heien et Pittman (1989, 1993), les auteurs identifient les acteurs sur lesquels porte ce coût social. L'abuseur (incluant, outre le consommateur d'alcool, les autres membres du ménage) supporte 66,8 des 148 milliards (soit 45 %) (tableau 8.VII).

Tableau 8.VII : Part du coût social de l'alcoolisme supportée par chacun des acteurs (en milliards de dollars 1992 ; d'après Harwood et coll., 1998)

	Coût
Abuseur (ménage)	66,8
Gouvernement	57,2
Assurance privée	15,1
Victimes	8,9
Total	148,0

Les coûts « externes » supportés par la société correspondent :

- aux dépenses relatives aux crimes liés à l'alcool et aux blessures corporelles occasionnées par les accidents de la circulation ;
- au coût des services gouvernementaux (justice et sécurité routière) financés *in fine* par les contribuables ;
- à différents mécanismes d'assurance, publique (*medicare-medicaid*) ou privée.

Cette méthodologie, développée aux États-Unis, a également été utilisée dans d'autres pays. Ainsi, de la même manière, Nakamura et coll. (1993), Devlin et coll. (1997) ainsi que Single et coll. (1998) évaluent le coût social de l'alcoolisme respectivement au Japon, en Nouvelle-Zélande et au Canada. Les résultats de ces études soulignent, de façon convergente, le poids que représentent les coûts indirects et les coûts externes.

En France, Kopp et Fenoglio (2000) ont calculé récemment le coût social des drogues, licites (tabac et alcool) ou non. À l'instar des études précédentes, les auteurs ne limitent pas leur analyse aux seules dépenses de santé (prise en compte des coûts afférents aux accidents de la route et à la criminalité alcoolo-induite). De plus, ils intègrent le coût des conséquences indirectes de la consommation d'alcool, pour l'État et la Sécurité sociale, sous la forme des pertes d'impôts et de cotisations sociales imputables aux décès prématurés et aux incarcérations (tableau 8.VIII).

Selon l'hypothèse adoptée, le coût social de l'alcool est compris entre 14,8 milliards et 17,6 milliards d'euros.

Tableau 8.VIII : Coût social de l'alcoolisme en France en 1996 (en milliards d'euros ; d'après Kopp et Fenoglio, 2000)

	Hypothèse basse	Hypothèse haute
(Consommation)	14,163	14,163
Dépenses de santé	2,808	2,808
Ministères	0,082	0,087
CNAM	0,264	0,523
Assurances	3,364	3,525
Pertes de revenus et de production	6,914	8,776
Pertes de prélèvements obligatoires	1,398	1,872
Autres	0,006	0,006
Total	14,836	17,596

Les pertes de revenus et de production représentent le poste de dépense le plus important (50 % du coût social total dans le cas de l'hypothèse haute), devant les dépenses supportées par les assurances en cas de sinistres matériels et/ou corporels (20 %).

Les dépenses de santé constituent, par ordre d'importance, le troisième poste de coût (15 %). Bien que n'intégrant pas, faute de données, un grand nombre de pathologies pour lesquelles l'alcool constitue un facteur de risque, les dépenses de santé évaluées par Kopp et Fenoglio sont d'un ordre de grandeur comparable à celles estimées par Reynaud et coll. (2001). Viennent ensuite les

pertes de prélèvements obligatoires, essentiellement du fait de décès prématurés, et les dépenses supportées par la CNAM (Caisse nationale d'assurance maladie) au titre de la prévention ou des accidents du travail.

Les dépenses affectées aux ministères, regroupant les subventions (notamment celles versées dans le cadre du dispositif spécialisé de lutte contre l'alcoolisme), la sécurité routière et la justice (tribunaux + système pénitentiaire), ne constituent qu'une partie infime du coût social (0,5 %).

L'emploi d'une méthodologie identique permet aux auteurs de comparer le coût social de l'alcool avec celui du tabac et des drogues illicites (tableau 8.IX).

Tableau 8.IX : Coût social des drogues licites et illicites en France en 1996 (d'après Kopp et Fenoglio, 2000)

	Alcool	Tabac	Drogues illicites	Total
Coût social (en milliards d'euros)	17,596	13,607	2,035	33,238
Part de chaque substance dans le coût social total	52,94 %	40,94 %	6,12 %	100,00 %
Coût social/PIB	1,42 %	1,10 %	0,16 %	2,68 %
Dépense par habitant (en euros)	299,71	231,87	34,61	566,20

Ces résultats sont étonnants dans la mesure où ils diffèrent de ceux obtenus à l'étranger selon une méthodologie similaire. Dans le cas présent, le coût associé à l'alcool, par ailleurs sous-estimé faute de données adéquates, excède celui du tabac, créant ainsi, selon l'auteur, une « exception française ». Selon les auteurs de ce rapport, le niveau de consommation d'alcool considérablement élevé dans notre pays explique ce résultat surprenant.

En conclusion, l'analyse des conséquences économiques imputables à la consommation excessive d'alcool constitue un champ de recherche vaste et fécond (l'essentiel des publications demeurant toutefois issues des pays anglo-saxons). La diversité des effets potentiels de l'alcoolisme sur l'économie implique en effet des études dépassant le strict cadre de la mesure des répercussions de la maladie sur la santé des individus. Ainsi, de telles recherches, en plus des coûts de la maladie, comptabilisent souvent les dépenses imputables à la criminalité et aux accidents de la circulation induits par la consommation d'alcool.

L'évaluation du coût induit par l'alcoolisme repose sur l'utilisation des ratios étiologiques et sur la documentation des coûts des conséquences, sanitaires ou autres, associées à la consommation d'alcool. De façon traditionnelle, on distingue les coûts directs médicaux (recours aux soins) ou non médicaux (criminalité, accidents de la route) des coûts indirects (pertes de revenu ou de production potentielles liées à la morbidité et/ou à la mortalité prématurée).

Les études menées à l'étranger mettent en évidence le poids financier important que l'alcoolisme implique pour la collectivité. Ainsi, Harwood et coll. (1998) évaluent, pour 1992, le coût de l'alcoolisme et de ses conséquences aux États-Unis à 148 milliards de dollars. Cette étude, confortée par plusieurs autres (Rice et coll., 1991 ; Brecht et coll., 1996 ; Devlin et coll., 1997 ; Single et coll., 1998 ; Xie et coll., 1998), souligne l'importance des coûts indirects dans le coût total. Respectivement 46,7 % et 21,1 % de ce coût sont en effet représentés par les pertes de revenus liées à la maladie ou au décès prématuré. En revanche, les dépenses de santé ne constituent que 8,9 % du coût total. Se restreindre à l'étude du seul recours aux soins généré par l'alcoolisme en tant que pathologie ou facteur de risque associé présente par conséquent un intérêt plutôt limité.

Une autre question importante pour l'économiste est de savoir qui supporte les coûts générés par l'alcoolisme. Ceci renvoie à la notion de « coûts externes » : c'est-à-dire les coûts que font supporter les abuseurs aux non-abuseurs (Heien et Pittman, 1989). Selon Harwood et coll. (1998), les coûts externes prédominent, la personne à l'origine de la consommation excessive d'alcool ou son conjoint supportant seulement 45 % du coût de l'alcoolisme et de ses conséquences.

En France, plusieurs études ont été consacrées à l'étude du coût de l'alcoolisme. Les deux publications les plus récentes sont celles de Reynaud et coll. (1999 et 2001) et Kopp et Fenoglio (2000). La première évalue les coûts médicaux directs de l'alcoolisme à plus de 2,44 milliards d'euros en 1996. La seconde dépasse le cadre restreint de l'analyse du recours aux soins et intègre par ailleurs, outre les pertes de revenus et de production, les dépenses induites par la criminalité et les accidents de la route, de même que les pertes de prélèvements obligatoires du fait de la consommation excessive d'alcool. Le montant total des dépenses imputables à l'alcool est ainsi estimé à 17,6 milliards d'euros (hypothèse haute). Les dépenses de santé représentent 15 % de ce total, loin derrière les pertes de revenus et de production (50 %) et les dépenses qu'occasionnent les accidents de la route pour les assurances (20 %).

Ces études, tant étrangères que françaises, soulignent le poids considérable de l'alcoolisme pour la société et l'importance des coûts indirects. À l'inverse, les coûts médicaux directs, les plus souvent étudiés, ne représentent, selon les études, que 10 % à 15 % du coût total de l'alcoolisme. Ces travaux mettent également en évidence l'importance de disposer d'études épidémiologiques robustes, afin d'affiner l'estimation des ratios étiologiques de coûts.

BIBLIOGRAPHIE

- BRECHT JG, POLDRUGO F, SCHÄDLICH PK. Alcoholism. The Cost of illness in the Federal Republic of Germany. *Pharmacoeconomics* 1996, **10** : 484-493
- COHEN MA. Alcohol, drugs and crime : is «crime» really one-third of the problem ? *Addiction* 1999, **94** : 644-647
- COLLINS DJ, LAPSLEY HM. Estimating the economic cost of drug abuse in Australia. *Canberra : Australian Government Publishing Service*, 1991 ; Monograph Series n° 15
- DEVLIN NJ, SCUFFHAM PA, BUNT LJ. The Social costs of alcohol abuse in New Zealand. *Addiction* 1997, **92** : 1491-1505
- HARWOOD HJ, FOUNTAIN D, LIVERMORE G. Economic costs of alcohol abuse and alcoholism. *Recent Dev Alcohol* 1998, **14** : 307-330
- HEIEN DM, PITTMAN DJ. The Economic costs of alcohol abuse : an assessment of current methods and estimates. *J Stud Alcohol* 1989, **50** : 567-579
- HEIEN DM, PITTMAN DJ. The external costs of alcohol abuse. *J Stud Alcohol* 1993, **54** : 302-307
- KOPP P, FENOGLIO P. Le Coût social des drogues licites (alcool et tabac) et illicites en France. Étude n° 22, OFDT 2000
- NAKAMURA K, TANAKA A, TAKANO T. The Social cost of alcohol abuse in Japan. *J Stud Alcohol* 1993, **54** : 618-625
- PORTELLA E, RIDAO M, SALVAT M, CARRILLO E. Costes sanitarios del alcoholismo. *Aten Primaria* 1998, **22** : 279-284
- REYNAUD M, GAUDIN-COLOMBEL AF, LE PEN C. Estimation du coût sanitaire de l'alcoolisme en France : intérêts et limites de deux méthodes d'évaluation. *Presse Med* 1999, **28** : 1653-1660
- REYNAUD M, GAUDIN-COLOMBEL AF, LE PEN C. Two methods of estimating health costs linked to alcoholism in France (with a note on social costs). *Alcohol Alcohol* 2001, **36** : 89-95
- RICE DP, KELMAN S, MILLER LS. Estimates of economic costs of alcohol and drug abuse and mental illness, 1985 and 1988. *Public Health Rep* 1991, **106** : 280-292
- SINGLE E, ROBSON L, XIE X, REHM J. The Economic costs of alcohol, tobacco and illicit drugs in Canada, 1992. *Addiction* 1998, **93** : 991-1006
- XIE X, REHM J, SINGLE E, ROBSON L, PAUL J. The Economic costs of alcohol abuse in Ontario. *Pharmacol Res* 1998, **37** : 241-249