

## 12. Tendances récentes des dépenses publiques relatives aux réponses apportées aux drogues

Ce travail a pour objectif d'examiner comment la politique budgétaire de la France en matière de drogues s'est vue affectée par la crise économique qui a débuté en 2008.

Avant de tenter de déterminer à quel point cette crise a conduit la France à une politique d'austérité dans ses dépenses publiques en matière des drogues, ce travail décrit l'évolution des données économiques et l'impact de la crise sur les comptes nationaux. Il présente ensuite des estimations des tendances récentes de la dépense publique liée aux drogues, les méthodes utilisées et leurs principales limites.

### 12.1. La Grande récession de 2007-2009

Cette première partie est consacrée à l'évaluation de l'impact de la crise sur les finances publiques françaises.

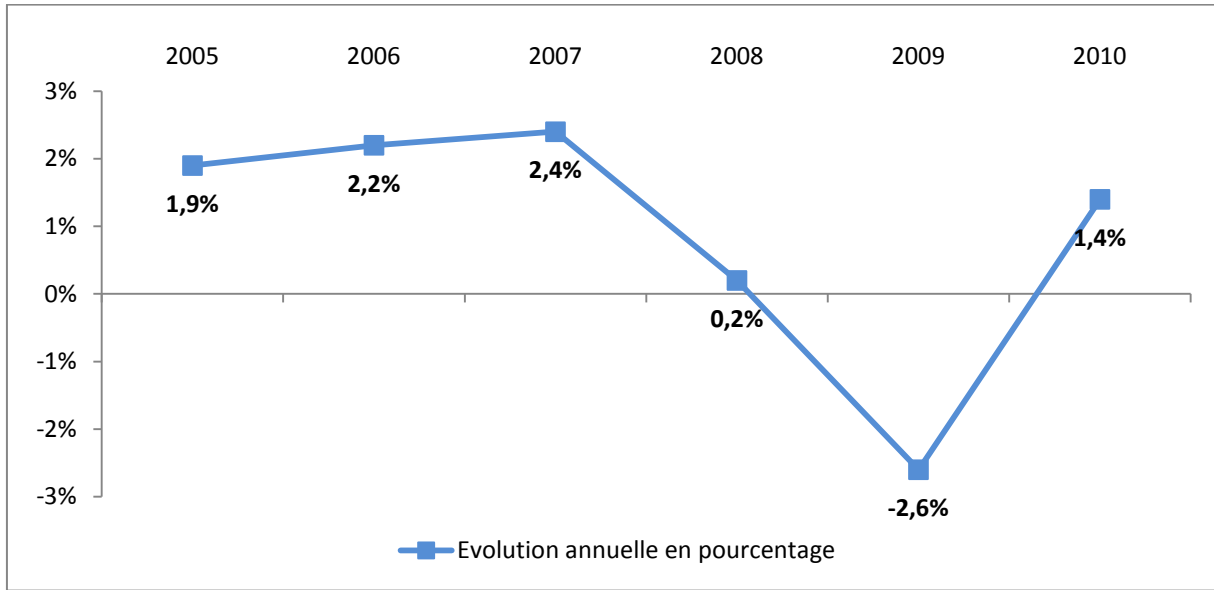
#### 12.1.1. Le ralentissement économique global

À la fin des années 2000, les économies des pays développés ont connu la récession économique la plus sévère depuis cinq décennies. Selon le *United States Bureau of Economic Research* (Bureau national de la recherche économique des États-Unis), la Grande récession a été déclenchée par l'effondrement du marché du logement et par l'éclatement de la bulle financière en décembre 2007.

La crise financière s'est rapidement propagée à toute l'Europe. Au deuxième trimestre de 2008, l'économie de la zone euro enregistrait une contraction de 0,2 %. Elle connu un nouveau recul au cours du troisième trimestre 2008 qui a mis la zone euro en récession technique. C'est la première fois depuis la création de cet ensemble en 1999 que son économie s'est contractée pendant deux trimestres consécutifs.

La France n'est pas entrée en récession, mais son économie a également connu un fort ralentissement au cours du deuxième semestre 2008. En 2009, l'économie française s'est contractée de - 2,6 % en moyenne après avoir enregistré une croissance annuelle de 0,2 % en 2008.

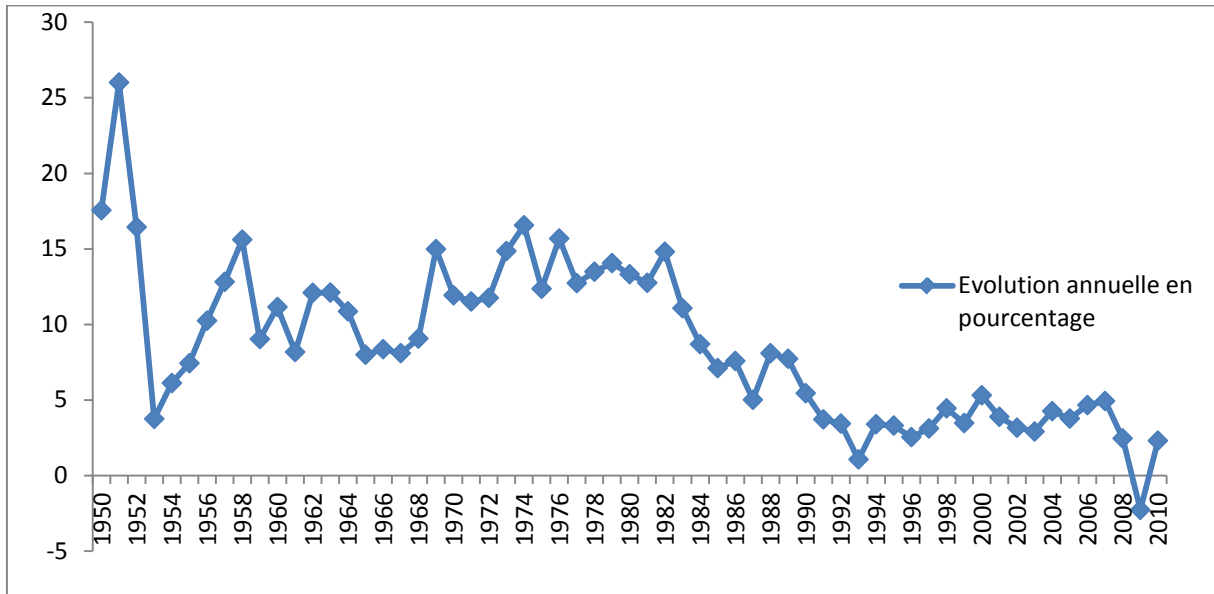
**Figure 12-1 : Tendence récente de la croissance en France**



Source : annexe statistique de « European Economy : Long-term macroeconomic series », EC (Été 2011) à partir des sources nationales.

À l'instar de toutes les économies industrielles à travers le monde, la France a connu en 2008-2009 sa crise économique la plus sévère depuis la fin de la Seconde guerre mondiale. Si l'économie française avait eu à surmonter difficultés (le premier choc pétrolier, la crise économique de 1993, le ralentissement global de la croissance en 1999 pour n'en citer que quelques unes), son activité économique ne s'était jamais réduite autant qu'en 2009.

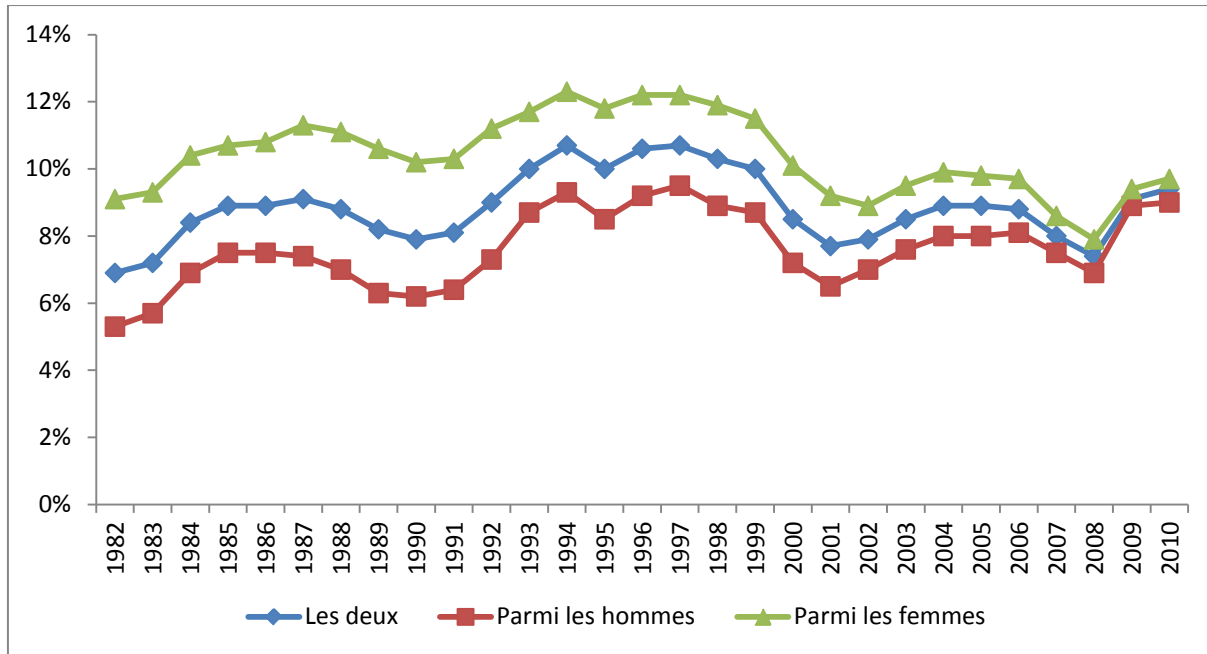
**Figure 12-2 : Croissance du PIB en France depuis la Seconde guerre mondiale**



Source : INSEE, Comptes nationaux, base 2005

Le marasme économique a produit une forte augmentation du chômage, touchant plus particulièrement les secteurs marchands non-agricoles.

**Figure 12-3 : Taux de chômage (en pourcentage) en France. Séries chronologiques de 1982 à 2010**



Source : INSEE, enquête emploi

### 12.1.2. Les mesures économiques gouvernementales pour combattre la récession : une augmentation de la dépense publique pour soutenir l'activité.

En décembre 2008, le gouvernement a lancé un plan de relance économique pour combattre la récession. Mis en œuvre en 2009, le plan de sauvetage de 26 M€ comprenait 11 M€ destinés à aider les entreprises à améliorer leur trésorerie, 11 M€ d'investissement directs de l'État et 4 M€ pour l'amélioration des infrastructures (en particulier la modernisation du réseau ferroviaire) et des services publics (énergie et poste). Le plan de relance représentait 1,4 % du PIB.

Bien que la récession n'ait pas été évitée, les investissements dans le secteur public ont considérablement soutenu l'activité économique globale. En 2009, la consommation étatique s'est accrue de 2,7 % après une croissance moindre de 1,7 % en 2008. La consommation privée s'est maintenue à un niveau satisfaisant (0,6 % de croissance annuelle en 2009, après 0,5 % en 2008).

Le déclin de l'activité en 2009 est principalement dû à une baisse très importante des exportations. En 2009, elles ont reculé de 12,4 % principalement en raison d'un commerce mondial léthargique. Le ralentissement des exportations a commencé en 2007 avec une croissance moyenne de 2,5 % alors qu'elle avait été de 4,8 % en 2006.

En plus du recul des exportations, la contraction de l'activité économique enregistrée en 2009 peut s'expliquer également par une importante réduction de l'investissement des entreprises, essentiellement en raison d'une pénurie en fonds d'investissement en 2008 et de faibles

perspectives de l'activité économique. La formation brute de capital fixe (FBCF) – terme qui désigne l'investissement dans la comptabilité nationale française – a chuté de 7,1 % en 2009, après une moyenne de 0,4 % sur 2008. Le recul de la demande totale a entraîné une réduction substantielle des importations.

**Tableau 12.1 : Évolution annuelle en pourcentage par rapport à la période antérieure (jours d'activité, données saisonnières ajustées)**

	2008	2009
PIB	+0,2	-2,6
Importations	0,6	-10,7
Dépense publique	1,7	2,7
Consommation privée	0,5	0,6
Exportations	-0,5	-12,4
Formation brute de capital fixe	0,4	-7,1

Source : Comptes nationaux trimestriels, INSEE

### 12.1.3. Menaces engendrées par la crise de la dette souveraine

L'activité atone a engendré le déclin des recettes de l'État qui ont chuté de 49,5 % du PNB en 2008 à 48,7 % en 2009. Malgré cette diminution, la dépense publique a continué d'augmenter (passant de 52,9 % du PNB en 2008 à 56,2 % en 2009) (INSEE, données officielles). Ce déclin des recettes est la conséquence d'un recul de la collecte de l'impôt tant sur le revenu que sur les entreprises et d'une diminution de la contribution des employeurs. La faiblesse de l'activité s'est traduite par des ressources disponibles amoindries. Le gouvernement français n'a pas eu d'autre choix que d'augmenter la dette souveraine. Avant la crise, la dette publique<sup>232</sup> s'élevait à 60 % du PIB (produit intérieur brut). Depuis le déclenchement de la récession, elle a vigoureusement augmenté pour atteindre 78,3 % du PIB au cours du quatrième trimestre 2009, 81,7 % un an plus tard, pour s'élever à 85,8 % au cours du quatrième trimestre 2011. Selon l'INSEE, la France a enregistré en 2011 un déficit dépassant 7 % du PIB.

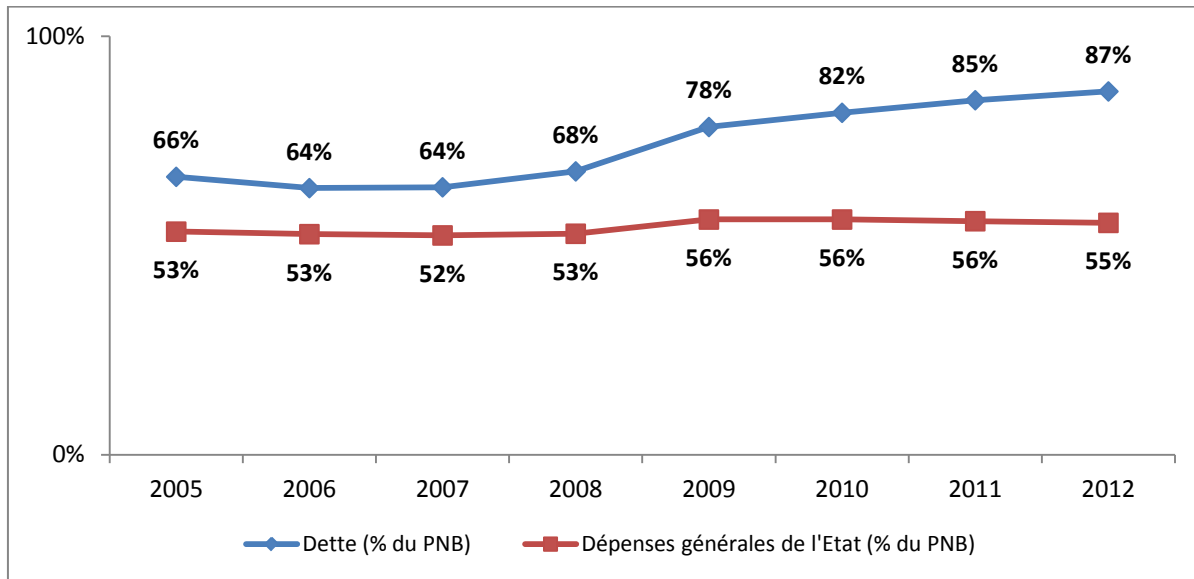
**Tableau 12.2 : Dette publique, telle que définie par le Traité de Maastricht, comme Q4 2011 par secteur (milliards d'euros)**

	Q4 2010	Q1 2011	Q2 2011	Q3 2011	Q4 2011
Dette publique	1 595,2	1 650,0	1 696,2	1 692,5	1 717,3
% du PIB	82,3 %	84,7 %	86,3 %	85,5 %	85,8 %
Dont, par secteur :					
État	1 245,0	1 286,2	1 338,7	1 330,1	1 335,2
Administrations centrales	14,1	11,0	9,8	9,9	10,4
Administrations locales	161,1	157,2	154,3	153,4	166,3
Sécurité sociale	175,0	195,7	193,4	199,1	205,4

Source : Comptes nationaux, INSEE, DGFIP, Banque de France

<sup>232</sup> La dette brute.

Figure 12-4 : Dette souveraine et part du PIB en dépense publique en France depuis 2005



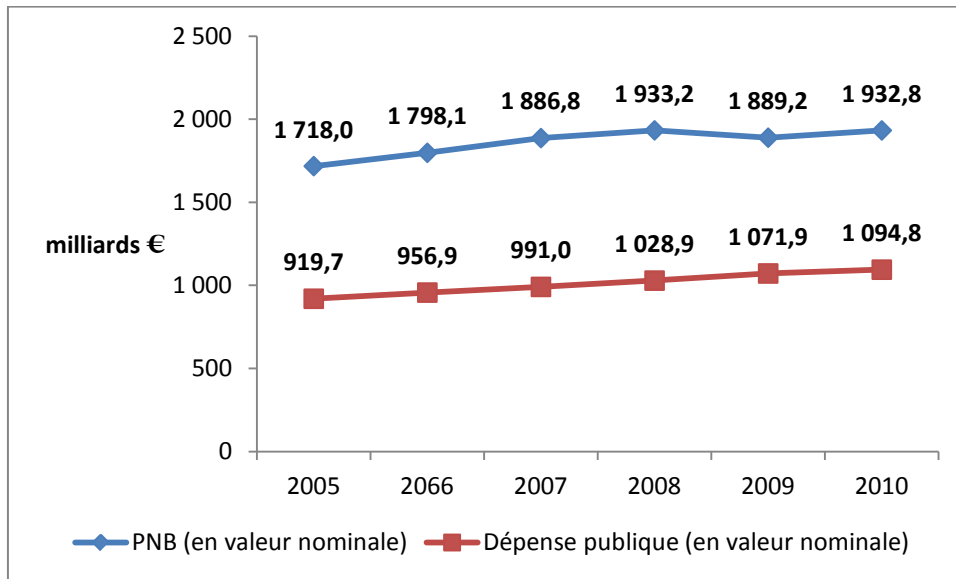
Source : *Statistical Annex of European Economy: Long-term macroeconomic series, EC (Spring 2011)*. Les chiffres pour 2011 et 2012 sont des prévisions formulées par la Commission européenne en utilisant les définitions et les dernières données disponibles à partir des sources nationales.

#### 12.1.4. Ressources publiques disponibles pour consommer ou investir

Après quatre trimestres négatifs, l'activité économique a repris de façon cependant modérée. Selon l'INSEE, le PIB en volume s'est accru de 1,4 % en 2010, niveau de croissance qui reste très inférieur à celui atteint avant la crise (2,4 % en 2007). En 2010, le PIB atteignait 1 932,8 milliards d'euros, montant légèrement inférieur au PIB de 2008.

En ce qui concerne les évolutions récentes de la dépense publique, il apparaît que la crise n'a pas engendré une réduction de la dépense publique sur la période de référence. Cependant, la croissance de la dépense publique s'est nettement ralentie en 2010 (voir Figure 5). Avant la crise, la dépense publique annuelle augmentait à un taux d'environ 4 %. En 2010, la croissance de la dette publique a décéléré pour atteindre 2 %. Les prévisions pour 2011 et 2012 indiquent une décélération graduelle de la dépense publique : 1,8 % en 2011 et 0,5 % en 2012.

Figure 12-5 : Dépense publique comparée au PIB



Source : Comptes nationaux, base 2005, INSEE

## 12.2. Dépense publique dans les principaux domaines couverts par les interventions liées aux drogues

Cette seconde partie est consacrée à l'analyse de l'impact de la décélération de la dépense publique globale sur les dépenses publiques liées aux drogues.

### 12.2.1. Évolution et répartition de la dépense globale liée aux drogues

En France, la question de la dépense publique liée aux drogues a déjà été abordée dans des études antérieures (Ben Lakhdar 2007b). Les coûts liés à la lutte contre les drogues ainsi qu'à la prévention et à la prise en charge des addictions ont déjà fait l'objet d'évaluations dans trois études précédentes. Kopp et Fenoglio ont estimé la dépense publique par les autorités françaises pour la politique des drogues illicites à 729,62 M€ en 1995, montant auquel il faut ajouter l'estimation des dépenses attribuées à l'alcool qui s'établissait à 128,45 M€ en 1997 (pas d'estimation disponible pour le tabac ni en 1995 ni en 1997). En 2003, elles étaient estimées, toutes drogues confondues (hors coûts des traitements imputables aux drogues), à 1 159,12 millions d'euros (Kopp *et al.* 2006). En 2005, Ben Lakhdar fournit une nouvelle estimation pour les drogues illicites en utilisant une méthode différente (Ben Lakhdar 2007b). Selon cette estimation, les dépenses publiques attribuables aux drogues illicites s'élevaient à 1 169,9 millions d'euros (hors coûts des traitements imputables aux drogues illicites).

Une approche alternative est ici adoptée pour fournir une nouvelle estimation des coûts directs engendrés par la politique des drogues de 2008 à 2010. Les chiffres pour 2011 et 2012 ne sont indiqués que lorsque les prévisions sont disponibles. Les données relatives aux dépenses publiques pour la période de référence englobent les dépenses fléchées « drogues » ainsi que les estimations de coûts attribuables à la politique de prévention des addictions et de lutte contre

les drogues (alcool, tabac et drogues illicites). Les dépenses relatives aux drogues illicites n'ont pas pu être isolées de celles relatives à l'alcool ou au tabac (approche globale des addictions).

Les dépenses fléchées « drogues » sont celles qui sont identifiées en tant que telles dans le budget. Il n'est pas utile de recourir à des méthodes de calcul pour les budgets identifiés. Des séries chronologiques pour cette catégorie de dépenses sont fournies régulièrement. Cependant, des variations dans la composition des dépenses fléchées rendent la comparaison difficile entre 1995 et la période 2008-2010. Les différences s'expliquent principalement par les changements intervenus dans l'origine du financement. Par exemple, entre 1995 et 2009, le dispositif des conventions départementales d'objectifs était financé par la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT). Depuis 2010, ce programme est financé par la sécurité sociale et les crédits ont été fusionnés avec ceux attribués aux structures médico-sociales de lutte contre l'addiction aux drogues et de réduction des risques. Par ailleurs, dans la majorité des cas, les ventilations ne sont pas disponibles, ce qui rend la comparaison des données entre 1995 et la période 2008-2010 impossible.

En plus des crédits fléchés, les dépenses publiques consacrées aux drogues regroupent d'autres budgets non spécifiques aux drogues. Depuis 2008, les dépenses non-ciblées mais attribuables aux drogues peuvent être retracées à l'aide du document de politique transversale sur les drogues qui fournit des estimations de l'effort financier consacré par l'État à la mise en œuvre de sa politique dans le champ des drogues. Les méthodes de calcul ne sont pas homogènes pour tous les programmes. L'estimation est réalisée par l'autorité en charge de la mise en œuvre de chaque programme participant à la lutte contre les drogues. Pour certains de ces programmes, l'estimation des coûts directs liés aux drogues est fondée sur une approche dite « *bottom-up* », alors que pour d'autres la méthode de calcul est fondée sur une approche « *top down* ». Des précisions sur la méthode de calcul sont apportées dans la section sur les dépenses non fléchées. Des raisons méthodologiques évidentes (approches différentes des méthodes de modélisation de la dépense non-fléchée liée aux drogues et dans la sélection des composantes) expliquent pourquoi ce travail ne réalise pas la comparaison des nouvelles et des anciennes estimations (Kopp *et al.* 2006; Ben Lakhdar 2007b), mais se limite à l'identification des évolutions récentes.

La partie suivante est d'abord consacrée aux dépenses fléchées. Elle aborde ensuite l'estimation des dépenses non-ciblées attribuables aux drogues ainsi qu'une présentation de méthodes de calcul utilisées. La dernière section présente la dépense totale attribuée aux drogues pour la période 2008-2010 et se termine par une discussion finale de ces résultats.

### Dépenses fléchées : principales catégories de financement et finalités

En France, les dépenses identifiées « drogues » se répartissent entre celles effectuées par la sécurité sociale et celles réalisées par la MILDT. Elles regroupent plusieurs catégories de dépenses dont l'objet est détaillé ci-après :

#### Dépenses réalisées par la sécurité sociale

En matière de prévention et prise en charge des addictions, la sécurité sociale prend en charge le financement de trois catégories de dépenses majeures. D'abord, le financement des structures médico-sociales consacrées à la réduction des risques et au traitement des addictions. Ces dispositifs interviennent tant dans des problématiques liées aux addictions aux substances (tant les drogues illicites que lorsqu'il s'agit d'abus d'alcool). Elle contribue également au financement d'une partie des coûts directs des prestations hospitalières spécialisées en addictologie. Il est cependant important de signaler que ces dépenses

représentent une fraction marginale de l'ensemble des dépenses liées aux drogues effectuées par les hôpitaux pour la prévention et les soins (voir la section ci-dessous sur les dépenses non-ciblées en santé). De plus, en France, la sécurité sociale contribue au remboursement d'une partie des traitements de substitution aux opiacés (TSO).

#### *Budget alloué par l'AM aux structures médico-sociales en addictologie*

En France, l'accès aux structures de traitement des addictions et pour la réduction des risques est gratuit. Les budgets de ces structures sont par conséquent entièrement financés par le système public.

Les dépenses totales de l'assurance maladie destinées à ce que le dispositif spécialisé puisse assurer ses missions représentent la somme des dépenses courantes de personnel et des autres dépenses entraînées par le fonctionnement normal de ces structures, auxquelles viennent s'ajouter des budgets complémentaires alloués selon les priorités définies par les stratégies nationales traitant spécifiquement de la politique publique dans le champ de l'addiction aux drogues et de la santé.

Sur la période 2007-2014, des budgets supplémentaires destinés à la politique de santé en matière de drogues ont été annoncés dans le cadre des trois stratégies nationales suivantes :

- Le Plan addictions 2007-2011 qui vise à développer la prévention et les soins pour les usagers de drogues au sein des établissements publics de santé.
- Le Plan gouvernemental sur les drogues 2008-2011 dont l'objectif principal est de faciliter l'accès au logement, aux soins et aux services sociaux pour des groupes vulnérables (jeunes usagers, femmes, personne détenues).
- Le Plan « santé en prison » 2011-2014 qui vise à garantir l'égalité des soins en prison par rapport au milieu ouvert dont bénéficient les personnes en liberté.



**Tableau 12.3 : Dépenses fléchées de l'AM pour le financement des structures en addictologie (en millions d'euros)**

Fonds de la sécurité sociale (valeur secteur : s1314)	Valeur Cofog1	Valeur Cofog2	2008	2009	2010
Coûts de personnel et dépenses courantes de fonctionnement	Gf07 – Santé	Gf0702 – services ambulatoires			
	Gf10-Protection sociale	Gf1006-Hébergement	271,27	283,10	304,71
Budgets attribués aux structures en addictologie pour la mise en œuvre des priorités définies dans le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues 2008-2011	Gf07 – Santé	Gf0702 - services ambulatoires			
	Gf10-Protection sociale	Gf1006-Hébergement	8,84	16,33	16,23
Budgets alloués aux structures en addictologie pour mettre en œuvre les conventions départementales d'objectifs Santé/justice	Gf07 – Santé	Gf0702 - services ambulatoires			
	Gf10-Protection sociale	Gf1006-Hébergement	(*)	(*)	5,25(*)
Montant total des dépenses	Gf07 – Santé	Gf0702 - services ambulatoire			
	Gf10-Protection sociale	Gf1006-Hébergement s	280,11	299,43	326,18

Source : ARS/DGS (crédits alloués aux structures en addictologie par les autorités régionales de santé)

(\*) Ce budget était fourni par la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie jusqu'en 2009. Depuis 2010, cette dépense a été assumée par la sécurité sociale. Depuis 2011, ces crédits ont été intégrés comme une partie des dépenses de personnel et pour le fonctionnement courant des structures en addictologie.

Pour la période 2008-2010, les dépenses allouées aux structures en addictologie indiquent une tendance à l'hausse de ces financements. Il n'y a par conséquent aucun signe tangible d'austérité dans les budgets. À court terme, la crise de 2008-2009 ne semble avoir eu aucun impact négatif sur les budgets alloués au dispositif médico-social afin de garantir l'accès aux prestations proposées aux usagers de drogues. Plus encore, selon les sources officielles (DGS), aucune coupe ni aucune réduction des budgets alloués au dispositif spécialisé en addictologie n'est prévue, même si les données officielles pour 2011 et 2012 ne sont pas encore disponibles.

### *Budgets alloués par l'AM aux établissements de santé pour offrir des prestations et services spécialisés en addictologie*

En France, les établissements publics de santé sont également financés par la sécurité sociale pour offrir des prestations spécialisées en matière de prévention et prise en charge de l'abus et la dépendance aux drogues. De 2007 à 2011, le Plan addictions (Ministère de la Santé et des Solidarités 2006) a apporté une contribution financière à hauteur de 30-40 M€ par an afin de renforcer l'offre de soins pour abus de substances et pour la dépendance au sein des établissements publics de santé. Au-delà de 2011, seule l'adoption de futurs plans pourrait garantir un financement à hauteur comparable des prestations en santé pour la prise en charge des problématiques liées aux drogues. Le plan récemment adopté par le gouvernement pour promouvoir la santé parmi les personnes détenues devrait contribuer à améliorer les réponses pour les usagers de drogues en prison. Il semble cependant que les montants alloués ne soient pas aussi importants que les efforts réalisés précédemment par la sécurité sociale pour la prévention et la prise en charge des addictions dans les établissements publics de santé.

**Tableau 12.4 : Dépenses fléchées de l'AM pour la prévention et la prise en charge des addictions dans les hôpitaux (million d'euros)**

<b>Financement alloué à la mise en œuvre des priorités définies dans le Plan addictions 2007-2011 (Valeur secteur : s1314)</b>	<b>Valeur Cofog1</b>	<b>Valeur Cofog2</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
Financement alloué à la création ou au renforcement des équipes de liaison	Gf07 - Santé	Gf0703 – Services hospitaliers	2,31	4,62	4,62	3,33	1,53
Financement pour la création ou le renforcement des consultations hospitalières en addictologie	Gf07 - Santé	Gf0703 – Services hospitaliers	7,08	10,16	10,16	5,94	2,97
Financement pour le développement de services hospitaliers pour la prévention et le traitement de l'abus de drogues	Gf07 - Santé	Gf0703 – Services hospitaliers	7,85	15,70	15,70	21,24	10,63
Financement pour assurer l'hospitalisation pour sevrages complexes	Gf07 - Santé	Gf0703 – Services hospitaliers	12,62	9,24	9,24	9,47	4,73
Financement pour la mise en place de consultations hebdomadaires spécialisées dans les services médicaux pour les établissements pénitentiaires	Gf07 - Santé	Gf0703 – Services hospitaliers	0	0,60	0	0	1,06
Sous-total des dépenses en hôpital pour les activités liées aux drogues planifiées dans le Plan addictions 2007-2011	Gf07 - Santé	Gf0703 – Services hospitaliers	29,86	40,32	39,72	40,03	20,92
<b>Financement alloué à la mise en œuvre des priorités définies dans le Plan santé en prison 2011-2014</b>	<b>Valeur Cofog1</b>	<b>Valeur Cofog2</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
Dépistage du VIH et des hépatites par les unités de soins en prison attachées à des établissements hospitaliers.	Gf07 - Santé	Gf0703 – Services hospitaliers	-	-	-	1,57	11,37
Groupes thérapeutiques dans les unités de soins en prison attachées à des établissements hospitaliers.	Gf07 - Santé	Gf0703 – Services hospitaliers	-	-	-	1,26	3,74
Sous-total de la dépense en hôpital pour la mise en œuvre des activités liées aux drogues planifiées dans le Plan santé en prison 2011-2014	Gf07 - Santé	Gf0703 – Services hospitaliers	-	-	-	2,83	15,11
Total de la dépense pour les plans publics	Gf07 - Santé	Gf0703 – Services hospitaliers	29,86	40,32	39,72	42,87	36,03

Source : DGOS (crédits alloués aux établissements publics de santé)

### *Budgets alloués par l'AM au financement des dépenses pour les TSO*

De plus, la sécurité sociale contribue aux dépenses liées aux drogues par le remboursement d'une partie du prix de vente des traitements de substitution aux opiacés. En France, cela représente la deuxième partie la plus importante des dépenses publiques ciblées.

En France, les deux molécules qui disposent d'une autorisation de mise sur le marché pour les traitements de substitution aux opiacés sont la BHD (buprénorphine) et la méthadone. Les dernières données de remboursement disponibles datent de 2009 pour les deux molécules (BHD et méthadone) (voir tableau ci-après)

**Tableau 12.5 : Dépenses fléchées de l'AM pour le remboursement des traitements de substitution aux opiacés (millions d'euros)**

Fonds de la sécurité sociale (Valeur secteur : s1314)	Valeur Cofog1	Valeur Cofog2	2005	2006	2007	2008	2009	2010
BHD dont ...	Gf07 - Santé	Gf0701 – Produits médicaux, appareils et équipement	78,49	77,64	78,59	78,11	72,17	na
Subutex®	Gf07 - Santé	Gf0701 – Produits médicaux, appareils et équipement	78,49	74,63	70,86	61,55	56,96	na
Génériques	Gf07 - Santé	Gf0701 – Produits médicaux, appareils et équipement	0	9,82	11,71	16,55	15,21	na
Méthadone	Gf07 - Santé	Gf0701 – Produits médicaux, appareils et équipement	8,41	9,82	11,71	14,41	16,70	na
Total TSO	Gf07 - Santé	Gf0701 – Produits médicaux, appareils et équipement	86,90	87,45	90,30	92,52	88,87	na

Source : MEDICAM (ADELI)

Les chiffres pour 2010 ne sont pas disponibles (la publication des données est attendue pour la fin de l'année 2012).

Avant 2006, le Subutex® était le seul médicament autorisé et en vente pour la molécule de BHD. En 2006, les autorités de santé ont autorisé la prescription de médicaments génériques pour la BHD. Les génériques étant moins chers, la quantité des boîtes vendues de ces médicaments a progressivement augmenté au détriment du Subutex®. En examinant globalement les montants remboursés pour ces deux médicaments, on observe une baisse importante de 6 M€ en 2009 par rapport à 2005, tandis que la méthadone continue sa progression. L'année 2009 pourrait ainsi montrer un changement de tendance. Cette baisse pourrait ainsi s'expliquer par l'augmentation de la part de la méthadone au cours de la période considérée. Entre 2005 et 2009, celle-ci est passée de 10 % à 19 % du total des médicaments de substitution aux opiacés. Cela pourrait également s'expliquer par une réduction de la demande des traitements de substitution, ou par une possible plus grande disponibilité de l'héroïne, comme cela a été rapporté par des études qualitatives menées entre 2007 à 2009 (Cadet-Taïrou *et al.* 2010b).

#### Dépenses effectuées par la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie

L'autre grande catégorie de dépenses clairement identifiée comme liée aux drogues est celle financée par la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT).

Il faut souligner que les dépenses effectuées par la MILDT ont été réduites de 15 % entre 2005 et 2010. Dans son étude, Ben Lakhdar (Ben Lakhdar 2007b) indiquait un montant de 39,3 M€ alors que les dépenses cinq ans plus tard s'élèvent à 33,10 M€ (voir tableau 6). Cette réduction des dépenses de la MILDT semble cohérente avec le transfert de 5,2 M€ payés par la sécurité sociale pour financer les mesures des programmes CDO Santé et Justice destinées aux structures spécialisées (voir la section ci-dessus traitant des paiements effectués par la sécurité sociale). Par conséquent, une telle réduction des dépenses ne peut être considérée comme une réduction nette du budget total drogues, du fait du transfert des crédits de la MILDT à la sécurité sociale.

**Tableau 12.6 : Total des dépenses annuelles réalisées par la Mission interministérielle pour la lutte contre la drogue et la toxicomanie (millions d'euros)**

Total des dépenses de la MILDT	2008	2009	2010
... dont ....	30,87	35,39	33,10
Crédits consommés hors recettes provenant du Fonds de concours « Stupéfiants »	27,38	29,00	22,00
Budget exécuté de la MILDT provenant du Fonds de concours « Stupéfiants » (*)	3,49	6,39	11,10

Source : RAP (Rapport annuel de performance) et DPT (Document de politique transversale)

(\*) Ces données ont été calculées par l'OFDT. Les chiffres du Fonds de concours « stupéfiants » ont été calculés en comparant les dépenses de la MILDT indiquées dans le DPT et le budget total exécuté de la MILDT rapporté dans le RAP. En fait, les crédits provenant du Fonds de concours « stupéfiants » effectivement réalloués aux ministères par la MILDT ne peuvent être identifiés que par les données figurant dans le RAP.

De plus, les fluctuations du budget exécuté par la MILDT au cours de la période de référence (2008-2010) sont difficiles à interpréter. Les chiffres de dépenses pour 2011 ne sont pas encore disponibles. Il est cependant important de noter que la contribution du fonds de concours « stupéfiant » au budget de la MILDT devrait continuer à augmenter (voir le tableau 6 ci-dessus). Ce fonds a été créé en 1995<sup>233</sup>. Depuis sa création, une part croissante des crédits de la MILDT provient de ce fonds de concours. La MILDT est responsable de la réallocation de ce fonds de soutien aux différents ministères menant des actions dans le champ des drogues selon une clé de répartition budgétaire par ministère établie au moment de la création de ce fonds. Des difficultés pratiques rencontrées par les tribunaux traitant des saisies de drogues et des confiscations expliquent qu'avant 2008 la contribution effective du fonds de concours « stupéfiant » ne représentait pas une part importante des dépenses de la MILDT. Le fonctionnement de ce fonds s'est amélioré au cours des dernières années. Par conséquent, depuis 2008, le fonds de concours « stupéfiant » a vu sa part augmenter régulièrement dans le budget de la MILDT. Cette évolution pourrait être accompagnée d'une réduction équivalente des crédits courants actuels. Mais il se pourrait également que cette tendance aille de pair avec un maintien des crédits courants actuels, aboutissant ainsi à une augmentation du total des crédits de la MILDT.

Les dépenses de la MILDT ont une double finalité : d'une part, elles permettent de supporter les coûts liés à sa mission de coordination de la politique gouvernementale en matière des drogues et d'autre part, elles servent à financer la mise en œuvre de certaines mesures prioritaires.

#### *Les dépenses de la MILDT destinées à élaborer et coordonner la politique des drogues*

La MILDT assume une partie des coûts de la planification et de la coordination des priorités gouvernementales dans le champ des drogues. Cela inclut les missions de la MILDT elle-même concernant l'élaboration et la coordination de la politique gouvernementale des drogues. Par ailleurs, la MILDT finance ses deux opérateurs : l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) et le Centre interministériel de formation antidrogue (CIFAD). Elle assume le financement des Dispositifs d'appui régionaux (DAR) qui ont pour mission de fournir une assistance aux chefs de projets « drogues » pour la mise en œuvre des priorités gouvernementales.

<sup>233</sup> Décret n° 95-322 du 17 mars 1995 autorisant le rattachement par voie de fonds de concours du produit de cession des biens confisqués dans le cadre de la lutte contre les produits stupéfiants (BUDB9560005D) et. Arrêté du 23 août 1995 fixant les modalités de rattachement par voie de fonds de concours du produit de cession des biens confisqués dans le cadre de la lutte contre les produits stupéfiants (SANG9502738A).

**Tableau 12.7 : Coûts supportés par la MILDT pour élaborer, coordonner, superviser et évaluer les politiques globales sur les drogues (millions d'euros)**

Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie	Valeur Secteur	Valeur Cofog1	Valeur Cofog2	2008	2009	2010
Élaboration et coordination de la politique globale sur les drogues (*)	S1311	Gf03-Ordre public et sécurité Gf07-Santé Gf09-Éducation Gf10-Protection sociale	Gf0306 – Ordre public et sécurité n.e.c Gf0706 – Santé n.e.c Gf0908 - Éducation n.e.c Gf1007 – Exclusion sociale	6,82	8,82	2,58
OFDT	S1311	Gf03-Ordre public et sécurité Gf07-Santé Gf09-Éducation Gf10-Protection sociale	Gf0305 – Recherche et développement (R & D), Ordre public et sécurité Gf0705 – R&D Santé Gf0907 - R&D Éducation Gf1008 – R&D Exclusion sociale	3,15	3,19	3,44
CIFAD	S1311	Gf09-Éducation	Gf0905 - Éducation non définissable par niveau	0,49	0,49	0,49
CIRDD (**)/DAR	S1312	Gf03-Ordre public et sécurité Gf07-Santé Gf09-Éducation Gf10-Protection sociale	Gf0305 – R&D Ordre public et sécurité Gf0705 – R&D Santé Gf0907 - R&D Éducation Gf1008 – R&D Exclusion sociale	2,80 (***)	2,80	2,44
Total des dépenses de la MILDT (préparation, coordination et suivi)				13,26	15,30	8,95

Source : RPA et DPT « politique des drogues »

(\*) Ces données ont été calculées par l'OFDT et validées par la MILDT. Les dépenses consacrées aux missions de la MILDT de planification de la politique et de la coordination ont été estimées en soustrayant les transferts de crédits réalisés par la MILDT au bénéfice de différents acteurs chargés de la mise en œuvre des interventions liées aux drogues, ou pour l'observation, la recherche appliquée ou la formation. Les bénéficiaires des transferts de crédits de la MILDT sont les coordinateurs régionaux drogues et le réseau national des structures de soutien technique, les ministères ainsi que l'OFDT et la CIFAD.

Les fluctuations du budget alloué à la MILDT pour les missions d'élaboration de la politique des drogues et de coordination sont très importantes et, plus précisément, elles indiquent une réduction importante des crédits de la MILDT en 2010 pour la réalisation de ces tâches.

#### *Les dépenses de la MILDT pour financer la mise en œuvre des mesures prioritaires dans le champ de la réduction de l'offre et de la demande*

Les paiements effectués par la MILDT permettent aux ministères et à des services décentralisés de réaliser des projets spécifiques liés aux drogues aux niveaux central et local.

Comme le montrent les tableaux 8 et 9 (voir ci-dessous), les fonds alloués par la MILDT à la politique de réduction de l'offre ont augmenté régulièrement entre 2008 et 2010 jusqu'à atteindre, à peu de choses près, le total des sommes allouées pour des projets dans le domaine de la réduction de la demande de drogues (12,85 M€ en 2010). Le rôle clé joué par le fonds de concours « stupéfiants » depuis 2008 explique dans une large mesure la tendance mentionnée ci-dessus : comme il a déjà été dit, la MILDT a la responsabilité de la gestion et de l'allocation des produits du fonds de concours « stupéfiants ». La clé de répartition avait été déterminée à la

création de ce fonds en 1995. Depuis la création du fonds de concours « stupéfiants », environ 90 % de ce fonds est redistribué aux ministères en charge de la lutte contre le trafic et pour l'application de la loi afin de financer l'acquisition d'équipements ou des services destinés à la lutte contre les drogues. Les 10 % restants sont utilisés pour financer des actions de prévention conduites par les ministères concernés.

**Tableau 12.8 : Fonds alloués par la MILDT pour soutenir des actions de réduction de l'offre (millions d'euros)**

Transfert de crédits aux ministères et aux services déconcentrés dans le champ de la réduction de l'offre	Valeur secteur	Valeur Cofog1	2008	2009	2010
Fonds provenant du Fonds de concours « stupéfiants »	S1311	Gf03 -Ordre public et sécurité	3,14	5,75	9,99
Fonds alloués aux chefs de projets « drogues »	S1312	Gf03 -Ordre public et sécurité	1,01	0,87	1,30
Total de la dépense pour le financement de projets de réduction de l'offre.		Gf03 -Ordre public et sécurité	4,15	6,62	11,29

Source : Tableau élaboré par l'OFDT en utilisant les données des RAP et les DPT de 2010 à 2012 et des informations fournies par la MILDT.

**Tableau 12.9 : Fonds alloués par la MILDT pour soutenir des actions de réduction de la demande (millions d'euros)**

Transfert de crédits aux ministères et aux services déconcentrés dans le champ de la réduction de la demande	Valeur secteur	Valeur Cofog1	2008	2009	2010
Fonds provenant du Fonds de concours « stupéfiants »	S1311	Gf07-Santé	0,35	0,64	1,11
Fonds alloués aux chefs de projets « drogues »	S1312	Gf09-Éducation	9,11	7,83	11,74
	S1312	Gf07-Santé	4,00	5,00	Payé par le FSS
CDO (*)		Gf10 – Protection sociale			
Total de la dépense pour le financement de projets de réduction de la demande	S1312		13,46	13,47	12,85

Source : tableau élaboré par l'OFDT en utilisant les données des RAP et DPT de 2010 à 2012 et des informations fournies par la MILDT

(\*) Cela concerne les programmes Santé et Justice. Ce budget a été financé par la MILDT de 1993 à 2009. Depuis 2010, cette dépense est prise en charge par la sécurité sociale.

### Dépenses non fléchées imputables à la politique de lutte contre les drogues : sources d'informations utilisées et principales composantes

Les dépenses non fléchées « drogues » présentées dans cette étude ont été estimées par les services ministériels investis dans la lutte contre les drogues et la prévention de l'usage de drogues. Depuis 2009, ces estimations sont listées dans un rapport financier : le document de politique transversale « Politique de lutte contre les drogues et les toxicomanies », qui porte sur les actions menées par les autorités pendant l'année sur laquelle porte le rapport. Ce document est produit par la MILDT en collaboration avec les ministères concernés.

Le DPT « Politique de lutte contre les drogues » dresse la liste des principales interventions conduites par les ministères dans le champ des drogues et indique les montants dépensés pour la mise en œuvre de ces interventions. Les estimations sont ventilées par programmes et par actions. Les programmes sont mis en œuvre par les ministères en charge de la lutte contre les

drogues et pour la prévention de l'usage de drogues. Trente programmes ministériels sont mentionnés. Ils impliquent plusieurs ministères et services afférant :

- Le ministère de l'Économie, des Finances et de l'Industrie contribue à la lutte contre l'économie parallèle liée aux stupéfiants et aux drogues légales par l'intermédiaire de la Direction générale des douanes et droits indirects (DGDDI), qui dépend de ce ministère.
- Le ministère de la Défense, le ministère de l'Intérieur et le ministère de la Justice participent également aux actions de lutte contre les drogues. Ils sont responsables des activités de l'armée et de la police et du fonctionnement de la justice (activités des tribunaux) et des services pénitenciers.
- Le ministère des Affaires étrangères est également investi dans la lutte contre les drogues illicites par l'intermédiaire de la coopération internationale visant à la lutte contre le trafic international de stupéfiants.
- Le ministère de l'Éducation nationale participe à des activités visant à la prévention des conduites addictives par le biais d'interventions dans les écoles.
- Enfin, le ministère de la Santé et de la Solidarité est également investi dans la prévention de l'abus de drogues.

Le tableau 10 fournit le détail des dépenses attribuables à la politique des drogues dans les domaines de la réduction de l'offre et de la réduction de la demande de drogues.

Comme le tableau 10 le montre, les évolutions de la dépense font apparaître des tendances distinctes par domaine d'intervention. Alors que les dépenses non fléchées imputables à la conduite d'actions dans le domaine de la prévention ont diminué considérablement entre 2009 et 2010, la dépense publique attribuable à la sécurité et à l'ordre public a fortement augmenté.

**Tableau 12.10 : Dépenses non fléchées « drogues » imputables à la politique de réduction de l'offre et de la demande (million d'euros)**

Réduction de l'offre	Valeur secteur	Valeur Cofog1	Valeur Cofog2	2008	2009	2010
Dépense attribuable à la lutte contre l'économie parallèle concernant les actions menées contre les stupéfiants et les drogues légales (Douanes)	S1311 S1312	Gf04- Économie	Gf0401- Économie générale	193,50	191,00	240,00
Dépense attribuable à la police concernant les infractions pour stupéfiants ou pour les drogues légales	S1311 S1312	Gf03- Ordre public et sécurité	Gf0301- Services de la police	146,122	183,22	199,11
Dépense attribuable à la gendarmerie nationale concernant les infractions pour stupéfiants ou pour les drogues légales	S1311 S1312	Gf02- Défense	Gf0202- Défense civile	15,64	69,65	128,43
Dépense attribuable à la lutte contre le trafic international (Défense)	S1311 S1312	Gf02- Défense	Gf0201- Défense militaire	32,16	22,35	14,55
Dépense attribuable aux poursuites liées aux drogues par les tribunaux	S1311 S1312	Gf03- Ordre public et sécurité	Gf0303- Tribunaux	-	67,85	92,17
Dépense attribuable à l'aide économique internationale	S1311 S1312	Gf01- Services publics généraux	Gf0102-Aide et coopération internationale	2,88	0,17	0,43
Total des montants consacrés aux interventions pour la réduction de l'offre de drogues	S1311 S1312	-	-	390,30	534,24	674,69
Réduction de la demande de drogues	Valeur Secteur	Valeur Cofog1	Valeur Cofog2	2008	2009	2010
Dépense attribuable aux campagnes de communication	S1311	Gf07-Santé	Gf0704- Services de santé publique	4,19	6,75	5,64
Coût en personnel et pour le fonctionnement des services ministériels de santé et pour les services publics de santé (ADALIS, INPES)	S1311	Gf07-Santé	Gf0704- Services de santé publique	21,01	39,72	30,75
Dépense attribuable aux services de santé à l'école	S1311 S1312	Gf07-Santé	Gf0704- Services de santé publique	37,05	34,40	28,67
Dépense attribuable à la prévention sélective	S1311 S1312	Gf10- Protection sociale	Gf1004- Famille et enfants	54,92	19,01	21,66
Dépense attribuable à la prévention universelle à l'école	S1311 S1312	Gf07-Santé	Gf0704- Services de santé publique	324,85	348,46	233,41
Total des montants consacrés aux interventions pour la réduction de la demande de drogues	S1311 S1312	-	-	444,38	449,77	323,76

Source : OFDT à partir des DPT



Le tableau 11 fournit les dépenses agrégées :

**Tableau 12.11 : Dépenses non fléchées imputables à la lutte contre les drogues et pour la prévention de l'usage de drogues (millions d'euros)**

Dépenses non fléchées	Valeur Secteur	Valeur Cofog1	2008	2009	2010
Imputables à la défense, à l'ordre public et à la sécurité, à l'action des douanes contre les stupéfiants et l'économie parallèle	S1311	Gf02-Défense	390,30	534,24	674,69
	S1312	Gf03-Ordre public et sécurité			
		Gf04			
Imputables à la prévention (universelle, sélective et indiquée) et à la santé	S13	Gf07-Santé	444,38	449,77	323,76
	S131211	Gf10-Protection sociale			
Imputables à la R&D (tous domaines)	S1311	Gf07-Santé	12,07	14,84	11,47
	S1312				
Imputables à la formation (tous domaines)	S1311	Gf09-Éducation	10,75	10,59	11,02
	S1312				
Total	S1311		857,51	1 009,45	1 020,92
	S1312				
Évolution annuelle (%)			na	+17,7 %	+1,1 %

Source : tableau élaboré par l'OFDT en utilisant les données des RAP et DPT de 2010, 2011 et 2012.

Note : les dépenses liées au dopage ont été exclues. Ce budget annuel s'élève à environ 9 M€.

Globalement, les données agrégées du tableau 11 font apparaître une évolution à la hausse de la dépense publique attribuable à la politique de lutte contre les drogues licites et illicites, passant de 857 M€ en 2008 à 1 milliard d'euros en 2010. Cependant, ces chiffres montrent également un net tassement de cette augmentation (passant de + 17 % à + 1 % d'évolution annuelle au cours de la période suivant la crise). Il faut cependant noter que cette remarque ne concerne pas les tendances, au cours de la période considérée, pour les dépenses de santé relatives aux drogues pour les généralistes et les hôpitaux dont les données ne sont pas disponibles. En effet, pour celles-ci, il n'existe pas d'estimations actualisées pour la période de référence (voir les explications plus bas sur les catégories de dépenses non prises en compte). Cette évolution semble cohérente avec la décélération de la croissance de la dépense publique globale décrite dans la première partie de ce travail. Il est cependant essentiel d'additionner les deux budgets (dépenses fléchées et non fléchées mais attribuables à la politique dans le champ des drogues) afin d'interpréter la tendance générale de la dépense liée aux drogues (voir dernière section).

### Les méthodes utilisées pour déterminer les dépenses non fléchées « drogues » et leurs insuffisances

Les rapports financiers pour la période 2008-2010 décrivent rarement très en détail les méthodes utilisées pour élaborer leurs estimations. La MILDT a demandé aux ministères pour l'année 2013 plus d'information méthodologique.

### *Identification des coûts directs de services ou d'interventions particuliers désignés comme « liés aux drogues »*

Il semble que, parfois, les autorités en charge des programmes aient la possibilité d'identifier clairement des services et des interventions particuliers. Lorsque les services ministériels ou les actions menées dans le cadre de programme plus globaux peuvent être désignés comme « liés aux drogues », les dépenses sont identifiées en tant que telles et listées comme « liées aux drogues ».

Voici quelques exemples, par domaine d'intervention :

- La mise en œuvre d'une campagne auprès des grands media sur les drogues ou le service national téléphonique et Internet de conseil et d'écoute sur les drogues licites et illicites (ADALIS) dans le domaine de la politique de réduction de la demande de drogues.
- Les « unités de coordination de police » pour la lutte contre les drogues dans le domaine de la politique de réduction de l'offre de drogues.

Les coûts directs sont assez aisément déterminés. Ces postes de dépenses incluent les coûts de personnel, du fonctionnement et des équipements. Ce cas est assimilable à toute autre dépense identifiée (voir la section traitant des dépenses fléchées). Aucune méthode particulière de calcul n'est nécessaire. Les coûts des activités ou services listés sont juste additionnés.

### *Méthodes de calcul utilisées reposant sur l'observation des relevés de contrôle d'activité*

Lorsque le service concerné dispose des données de suivi pour rendre compte de son activité, il est possible de réaliser des estimations sur l'effort budgétaire des administrations publiques à la mise en œuvre de la politique de lutte contre les drogues. La méthode d'estimation (« *top down* » ou « *bottom up* ») peut varier d'une activité à l'autre selon la disponibilité des informations. La dépense totale pour les activités liées aux drogues est calculée par programme. Voici quelques explications au sujet des deux méthodes.

#### *Approche « top down »*

Dans ce cas, la fraction de l'activité globale qui est consacrée à la prévention de l'usage de drogues ou à la lutte contre les drogues et la toxicomanie peut être définie. Les autorités peuvent évaluer la dépense attribuable à la politique des drogues même si elle n'est pas spécifiquement « liée aux drogues ». Afin de calculer une estimation, cette fraction est appliquée au coût total de personnel et de fonctionnement courant du service concerné. Par exemple, pour l'année 2010, 10 % des dossiers de police portaient sur des affaires de stupéfiants, qui concernaient soixante unités de police et comptaient pour des centaines de milliers d'heures de travail des officiers de police. Dans cet exemple, les dépenses de police attribuables aux activités liées aux drogues ont été calculées en multipliant la dépense totale pour les services de police par la fraction de 10 %.

#### *L'approche « bottom up »*

Le temps de travail passé par le personnel en charge des activités liées aux drogues ou bien les équipements utilisés ont été enregistrés par les services ministériels. C'est le cas par exemple pour les heures d'intervention de prévention en milieu scolaire ou pour les tests d'alcoolémie réalisés lors de contrôles routiers par les services de police ou par la gendarmerie nationale.

La principale insuffisance méthodologique concerne le caractère complet ou non des dépenses non fléchées compilées dans le DPT « politique des drogues ». Il est important de signaler que plusieurs catégories de dépenses liées aux drogues ne peuvent être déterminées dans les chiffres des dépenses non fléchées mentionnées plus haut.

- Les dépenses en santé.
- Les dépenses réalisées par les services pénitenciers.
- Les dépenses réalisées par les administrations locales.

#### *Les dépenses de l'administration publique imputables à la santé*

Le ministère de la Santé participe à la politique des drogues par l'élaboration, la coordination et l'évaluation de la politique de santé. Il finance l'activité de l'administration centrale dans le champ de la santé, mais aussi des institutions publiques investies dans le champ des drogues (par exemple le budget alloué à l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, INPES) et des associations. Ces dépenses sont incluses dans les estimations présentées dans le tableau 10. Le coût direct des Agences régionales de santé ne sont cependant pas pris en compte dans l'estimation. Aucune étude précédente n'a estimé cette catégorie de dépense publique.

Les dépenses attribuables aux autres services ministériels décentralisés (Économie, Défense, Intérieur, Justice et Éducation) sont prises en compte dans les rapports financiers utilisés dans cette étude.

#### *Dépenses attribuables aux traitements de pathologies imputables aux drogues*

Les rapports financiers utilisés ne comprennent pas les dépenses publiques attribuables aux traitements liés aux drogues (voir la section traitant des dépenses fléchées) dont le coût est assumé au moins en partie par la sécurité sociale. Le coût des traitements dispensés par la médecine de ville et par les hôpitaux ont été estimés pour l'année 2003 par Kopp et Fenoglio (Kopp *et al.* 2006) : ils représenteraient un montant situé entre 573 M€ et 632 M€ pour les drogues illicites, entre 5 467 M€ et 6 156 M€ pour l'alcool et, enfin, entre 15 537 M€ et 18 254 M€ pour le tabac. Aucune nouvelle estimation n'a été réalisée depuis l'étude de Kopp et Fenoglio. Ces données n'étant pas disponibles pour les années récentes, les estimations de 2003 (Kopp *et al.* 2006) peuvent être actualisées en tenant compte du taux d'inflation. Sur cette base, en 2010, ce serait ainsi au total 19 322,50 M€ pour les traitements de pathologies imputables au tabac ; les coûts en santé imputables à l'alcool seraient de 6 646,50 M€ et, enfin, les dépenses en santé pour les traitements imputables aux drogues illicites atteindraient 689,50 M€.

#### *Dépenses des services pénitentiaires*

Alors que les estimations compilées dans le tableau 10 incluent les crédits alloués par les services pénitentiaires pour mener à bien des interventions ciblées dont le montant s'élève à 2 M€, les autres postes de dépense de l'administration pénitentiaire correspondant aux frais de détention des condamnés pour infraction à la législation sur les stupéfiants (ILS), et des détenus pour délits commis sous l'emprise de drogues illicites et d'alcool n'ont pas été intégrés dans les documents budgétaires utilisés pour cette étude, probablement en raison de difficulté de comptabilisation. Kopp et Fenoglio (Kopp *et al.* 2006) ont évalué cette catégorie de dépense à 219,79 M€ en 2003. Au sein de cette dépense, la détention des personnes incarcérées pour ILS représente un coût de 200,49 M€ et les incarcérations pour des délits d'alcoolémie au volant ont

un coût évalué à 19,30 M€. Ces dépenses n'étant pas disponibles pour les années récentes, il est possible d'actualiser les estimations de 2003 en prenant en compte le taux d'inflation. Les dépenses pour détention des personnes poursuivies pour une affaire de drogues représenteraient ainsi 229 M€ pour les incarcérations pour ILS et 22 M€ pour celles en lien avec un délit d'alcoolémie au volant.

#### *Dépenses liées aux drogues des administrations locales*

Le DPT « politique des drogues » dépend entièrement du budget de l'État. Les budgets des administrations locales pour la lutte contre les drogues, pour la prévention et le traitement de l'addiction aux drogues ne sont pas inclus. Cette catégorie de dépense ne semble pas avoir été estimée par le passé.

#### **12.2.2. Total des dépenses liées aux drogues et discussion finale**

Le tableau 12 indique les dépenses fléchées « drogues » et non fléchées imputables à la mise en œuvre de la politique des drogues pour les trois ans de la période de référence.

**Tableau 12.12 : Total des dépenses pour la lutte contre les drogues et la prévention de l'usage de drogues (millions d'euros)**

Total de dépenses	Valeur secteur	Valeur Cofog1	Valeur Cofog2	2008	2009	2010
Dépense pour la défense, l'ordre public et la sécurité et les actions des douanes contre les stupéfiants et l'économie parallèle	S1311	Gf02-Défense	Gf0202-Défense civile	394,46	540,86	685,98
	S1312	Gf03-Ordre public et sécurité	Gf0301-Services de police			
		Gf04-Économie	Gf0401-Économie générale			
Dépense pour la prévention universelle et sélective	S1311	Gf07-Santé	Gf0704-Services de santé publique	452,22	456,80	332,97
	S1312	Gf10-Protection sociale	Gf1004-Famille et enfants			
Dépense pour la prévention indiquée et la santé (*)	S1311	Gf07-Santé	Gf0704- Services de santé publique	315,59	346,19	369,53
	S1312					
Dépense pour la R&D	S1311	Gf07-Santé	Gf0705-R&D en santé publique	12,07	14,84	11,47
	S1312					
Dépense pour la formation	S1311	Gf09-Éducation	Gf0905- Éducation non définissable par niveau	11,24	11,08	11,51
	S1312					
Dépense pour la coordination globale	S1311	Gf03-Ordre public et sécurité	Gf0306-- Ordre public et sécurité n.e.c	6,62	8,82	2,58
		Gf07-Santé	Gf0706-Santé n.e.c			
		Gf09-Éducation	Gf0908-Éducation n.e.c			
		Gf10-Protection sociale	Gf1009-Protection sociale n.e.c			
Dépense pour l'observation et l'évaluation (OFDT et DAR)	S1311	Gf03-Ordre public et sécurité	Gf0306-- Ordre public et sécurité n.e.c	6,15	5,99	5,88
		Gf07-Santé	Gf0706-Santé n.e.c			
		Gf09-Éducation	Gf0908-Éducation n.e.c			
		Gf10-Protection sociale	Gf1009-Protection sociale n.e.c			
Total				1 198,35	1 384,58	1 419,93
Évolution annuelle (%)				-	+16%	+3%

(\*) Afin de faciliter la comparaison d'année en année, le remboursement des TSO a été retiré du fait de l'indisponibilité du montant remboursé pour 2010. Ce poste compte pour approximativement 90 M€. En incluant l'estimation du montant remboursé par l'AM, la dépense publique s'établit à 1 509,9 millions d'euros.

Actualisation des estimations précédentes pour les postes de dépenses manquants (**)				2008	2009	2010
Actualisation des coûts des traitements attribuables aux pathologies				26 237	26 264	26 657
Tabac				19 018	19 038	19 323
Alcool				6 541	6 548	6 646
Drogues illicites				678	678	688
Actualisation des dépenses de l'administration pénitentiaire				246	246	251
Détention des personnes pour ILS				225	225	229
Détention des personnes pour délits d'alcoolémie au volant				21	21	22

(\*\*) Les coûts des traitements attribuables aux pathologies liées aux drogues ont été estimés pour l'année 2003 à hauteur de 21,58 milliards d'euros. Ceux supportés par l'administration pénitentiaire sont estimés à 219,79 millions d'euros en 2003 (Kopp et Fénoglio, 2006b).

Source : tableaux élaborés par l'OFDT en utilisant les données des RAP et des DPT pour 2010, 2011 et 2012.

Les chiffres présentés plus haut montrent l'évolution de la dépense gouvernementale pour la lutte contre les drogues et pour la prévention de l'usage de drogues de 2008 à 2010. Les données collectées sembleraient indiquer une rapide décélération de l'augmentation de la dépense publique pour la lutte contre les drogues. Entre 2008 et 2009, la dépense liée aux drogues a augmenté de 16 %. Cependant, après la crise, la croissance annuelle n'a pas été aussi importante (3 % en 2010). Cette tendance est cohérente avec la politique d'austérité globale menée par le gouvernement français récemment. Selon l'INSEE, la croissance de la dépense publique s'est ralentie après la crise pour atteindre 2 %. Les prévisions pour 2011 et 2012 annoncent une décélération régulière de la dépense publique : 1,8 % en 2011 et 0,5 % en 2012. Les mesures de sauvetage prises par le gouvernement au début de la crise ont effectivement permis à l'économie française de sortir du rouge en 2009. Cependant, la reprise économique s'est avérée modeste. L'activité économique mondiale atone a rendu impossible l'élimination de la menace de la spirale d'une crise de la dette souveraine plus profonde. Le gouvernement français n'eut alors pas d'autre choix que de mener une politique publique d'austérité. Comme les chiffres ci-dessus le montrent, la politique des drogues menée par l'État n'a pas fait exception.

En conclusion, il ressort que la dépense publique liée aux drogues est soumise à la même discipline budgétaire que les autres catégories de dépense publique française en général. L'analyse plus fine des dépenses liées aux drogues par domaine d'intervention permet de mettre en lumière certaines évolutions marquantes. La dépense pour des interventions de prévention universelle et sélective a été drastiquement réduite entre 2009 et 2010. Le champ de la prévention indiquée et de la santé a connu un ralentissement de la dépense publique de 9 % en 2009 et de 6 % en 2010. La croissance des dépenses a été la plus forte dans le domaine de la politique de réduction de l'offre, même si l'augmentation s'est fortement ralentie entre 2009 et 2010, passant de 37 % à 27 %.

Il faut souligner le fait que l'évolution décrite ci-dessus ne repose que sur les données disponibles relatives aux dépenses publiques dans le champ des drogues. Comme il a été mentionné plus haut, les estimations des coûts de santé imputables aux traitements de pathologies attribuables aux drogues ainsi que les dépenses supportées par l'administration

pénitentiaire pour des ILS et des délits commis sous l'emprise de drogues illicites et d'alcool ne sont pas disponibles pour la période 2008-2010.

### **Remerciements**

Nous voudrions remercier Maire-Claude Roisnard (OFDT), Jean-Marie Bazile (MILDT) et Malisa Rattanatray (DGS) pour les informations et les explications précieuses concernant les comptes publics, qu'elles nous ont fournis pendant la préparation de cette étude. Les commentaires de Christian Ben Lakhdar et de Christophe Palle ont également été très appréciés.