

AVIS

relatif à l'augmentation des taxes sur le tabac en vue de réduire la prévalence du tabagisme en France

25 janvier 2012

Par cet avis et pour faire suite à l'avis déjà formulé le 22 septembre 2010, le Haut Conseil de la santé publique souhaite souligner l'importance et préciser la mise en œuvre de l'un des outils les plus efficaces pour lutter contre le tabagisme, à savoir la taxation des produits du tabac. En effet, depuis janvier 2004, ce moyen de lutte contre le tabagisme n'a plus été utilisé ; seules des augmentations progressives de prix à l'initiative des industriels du tabac sont venues augmenter le prix des produits du tabac. Ces augmentations, chaque fois très insuffisantes, n'ont pas fait reculer le tabagisme en France. Force est d'ailleurs de constater que le tabagisme regagne du terrain en France, aussi bien en population générale [1], que chez les jeunes [2].

Cet avis vise à montrer l'intérêt de l'utilisation de l'outil fiscal et répond aux potentiels obstacles de mise en œuvre et à l'inquiétude des autorités publiques relative à l'évasion et l'évitement¹ fiscaux qui s'opèrent sur les produits du tabac. Il examine aussi son impact sur les inégalités sociales de santé et les mesures pour les prévenir.

Considérant :

- **Les engagements de la France sur la scène internationale**

La France, comme 174 pays aujourd'hui, a ratifié la Convention Cadre pour la Lutte AntiTabac (CCLAT) de l'OMS qui dispose à son article 6 que « les Parties reconnaissent que les mesures financières et fiscales sont un moyen efficace et important de réduire la consommation de tabac pour diverses catégories de la population, en particulier les jeunes », et en son article 14 que « chaque partie doit développer et disséminer des directives intégrées, compréhensibles et appropriées, fondées sur les preuves scientifiques et les meilleures pratiques, prenant en considération les priorités et circonstances nationales, et devrait rendre effective des mesures de promotion de l'arrêt du tabac et des prises en charge adéquates de la dépendance tabagique ».

- **La morbi-mortalité attribuable au tabac**

Selon les estimations [3] déjà anciennes reposant sur les données de mortalité 1999, le tabagisme est responsable de 66 000 décès chaque année en France, la moitié de ces décès survenant avant 70 ans. La mortalité attribuée se répartit approximativement en 48 % de cancers, 20 % de maladies cardiovasculaires, 19 % de maladies respiratoires et 13 % pour les autres causes. L'écrasante dominance de la mortalité masculine (*sex ratio* 9/1) observée il y a dix ans a tendance à se réduire. Ainsi la mortalité par cancer du poumon chez les personnes âgées entre 35 et 44 ans a été multipliée par quatre chez la femme entre 1984 et 1999 et divisée par deux chez les hommes en dix ans [4]. Le tabagisme est aussi responsable de l'aggravation de nombreuses maladies chroniques [5] ; chez la femme enceinte, le tabac est

¹ L'évitement fiscal fait référence à un comportement autorisé par la loi : les fumeurs ont le droit d'acheter du tabac à l'étranger dans des quantités limitées. On parle d'évasion fiscale quand, soit ces quantités achetées sont supérieures au seuil légal, soit le tabac est issu de la contrebande.

toxique pour la mère et l'enfant [6] ; le tabagisme passif était, avant les mesures prises, responsable d'environ 3000 décès annuels en France [7].

- **La charge économique supportée par la collectivité à cause du tabac**

La charge économique que supporte la collectivité du fait de l'existence du tabac est importante. Le coût social du tabac, autrement dit la somme des coûts directs et indirects imputables² à l'existence même du tabac en France, a été évalué à 47,7 milliards d'euros en 2003, soit 3,05 points de PIB de 2003 ou encore 772,50 € par habitant. A titre de comparaison, le coût social de l'alcool était évalué à 37 milliards d'euros, celui des drogues illicites à moins de 3 milliards d'euros [8]. De plus, même lorsqu'il est tenu compte des bénéfices apportés par la consommation de tabac, que cela soit en termes de recettes fiscales ou de plaisir ressenti par le fumeur, les finances publiques se retrouvent négativement affectées par le tabagisme en France [9]. En d'autres termes, le tabagisme est à la source d'un coût économique conséquent pour la collectivité et n'apporte aucun bénéfice.

- **L'impact économique des arrêts du tabac**

L'arrêt du tabac est bénéfique pour la santé des anciens fumeurs : les risques de développer une pathologie attribuable à la consommation de tabac se stabilisent ou diminuent tous sans exception, suite à l'arrêt du tabac [10, 11]. Alors que pour certaines pathologies, après sevrage tabagique et en fonction de la durée de l'abstinence, les risques ne reviennent pas au même niveau que ceux des non-fumeurs tout en restant toutefois toujours bien inférieurs à ceux des fumeurs, pour d'autres pathologies, des bénéfices se font très rapidement ressentir. Le sevrage tabagique est d'un indéniable rapport coût-efficacité [10] et pour s'en convaincre, notons, qu'en 2003, le coût moyen d'un séjour hospitalier pour une pathologie attribuable au tabac était évalué entre 2 668 et 3 377 euros. Le coût moyen du traitement en médecine de ville s'élevait quant à lui entre 670 et 736 euros [12]. Ces estimations sont fondées sur l'utilisation de 2,6 millions de séjours hospitaliers pour des pathologies attribuables au tabac en 2003 ; le nombre de cas retenu en médecine de ville, toujours pour les pathologies attribuables au tabac, étant de quasiment 13 millions.

- **La sensibilité au prix et les stratégies de contournement de la taxe**

- ***L'élasticité prix de la demande de tabac***³

Comme pour la plus grande majorité des biens et services, les individus sont sensibles aux variations du prix du tabac. Quand le prix baisse, les individus sont enclins à commencer à consommer ou à augmenter leur consommation et inversement, quand le prix augmente, les consommateurs ont tendance à ne pas commencer à consommer ou à diminuer, voire à arrêter de fumer. Cette sensibilité au prix du tabac est confirmée aussi bien au niveau international [13] qu'en France [14-16]. L'élasticité prix de la demande de tabac, qui mesure cette sensibilité aux variations de prix, s'établit entre - 0,3 et - 0,4 en France prenant en compte la dépendance au tabac. Autrement dit, quand le prix du tabac augmente de 10 %, la diminution des ventes attendue est de l'ordre de 3 à 4 %. Toutes les catégories de la population n'ont pas la même sensibilité aux variations de prix. Il ressort que ce sont les plus jeunes qui présentent la plus grande sensibilité aux variations de prix [17]. En d'autres termes, chaque augmentation des taxes sur le tabac (qui augmentent *de facto* le prix) vient plus particulièrement soit désinciter les jeunes à commencer à fumer, soit les inciter à diminuer leur consommation de tabac ou encore à arrêter.

² Entre autre, les coûts directs se réfèrent aux coûts de prise en charge sanitaire des pathologies attribuables au tabac, les coûts indirects aux pertes de revenu, de productivité et de fiscalité liées aux décès attribuables à la consommation de tabac.

³ L'élasticité prix de la demande de tabac mesure la sensibilité de la demande aux variations de prix du tabac. Elle traduit non seulement le comportement des fumeurs mais aussi des non-fumeurs à travers réciproquement l'élasticité de demande conditionnelle et l'élasticité de participation. Cette dernière exprime le fait qu'un non-fumeur peut décider de consommer du tabac si le prix lui semble faible ; au contraire, si le prix est élevé, il peut décider de rester non-fumeur. Les augmentations de taxe sur le tabac visent donc à inciter les fumeurs soit à diminuer soit à arrêter leur consommation pendant que cela désincite les non-fumeurs à commencer.

Si les augmentations de prix ne sont pas réitérées dans le temps, plusieurs facteurs viennent éteindre la sensibilité au prix provoquée lors de la dernière augmentation. La prise en compte des prix relatifs est cruciale dans la mesure où l'appréhension du prix d'un bien de la part d'un consommateur se fait relativement aux prix des autres biens. D'autres facteurs, tels que les stratégies des industriels du tabac ou les modifications de comportement de consommation et d'achat des fumeurs, viennent aussi altérer les effets des augmentations de taxes.

○ ***Le prix relatif du tabac***

En France, depuis janvier 2004, aucune augmentation de taxe n'est venue faire croître le prix du tabac, seules des augmentations de prix de 6 % (en août 2007, novembre 2009, novembre 2010, octobre 2011)⁴ sont venues augmenter le prix du paquet de cigarettes de la classe la plus vendue : selon les données de l'Insee, la moyenne annuelle de l'indice du prix du tabac a augmenté de 15,25 % entre 2004 et 2010. Dans le même temps, l'indice annuel moyen des prix à la consommation (alimentation et boissons non alcoolisées hors tabac) a augmenté de 9,53 % ; celui concernant le logement, eau, gaz, électricité et autres combustibles augmentait de quasiment 22 %. Ainsi, depuis 2004, le prix des cigarettes n'a pas connu d'importantes augmentations et est même devenu relativement moins cher par rapport à certaines catégories de bien de consommation.

○ ***Les stratégies de contournement de la taxe des industriels du tabac***

Les augmentations de prix de 6 %, proposées par les industriels du tabac, apparaissent être la résultante de stratégies commerciales visant d'une part à ne pas désinciter les individus à consommer du tabac (compte tenu de l'inflation, les augmentations ne sont pas assez fortes pour cela), et d'autre part, du fait de la structure particulière des accises⁵ et leur partage entre part fixe et part proportionnelle, à faire basculer le consommateur vers des marques moins chères de cigarettes. Ces stratégies de contournement des augmentations de taxes mises en place par l'industrie du tabac sont largement documentées : elles ont fait l'objet d'analyses rendues possibles par la mise à disposition des documents de l'industrie du tabac [17].

Plus précisément, les industriels n'appliquent pas de manière homogène les augmentations du prix du tabac décidées : il apparaît que des marques de cigarettes, souvent les moins chères, sont les moins affectées par les augmentations. Ainsi en France, en août 2007, alors que les fabricants décident d'augmenter les prix de 6 % (et que le ministère de l'économie, des finances et du budget valide cette décision), le prix de certains produits du tabac bon marché n'augmentent pas de 6 % : une marque de cigarettes blondes vendue par paquet de 20 passe de 4,70 € à 4,80 €, soit une augmentation de seulement 2,1 %. De la même manière, une autre marque de cigarettes, luxembourgeoise cette-fois, n'augmentait que de 4,4 %, passant de 6,75 € à 7,05 € pour 30 cigarettes [18].

⁴ Une augmentation de prix de 6 % est a priori programmée en janvier 2012. Ces petites augmentations industrielles du prix du tabac aggravent les inégalités sociales sans bénéfice sur la santé et diminuent les chances d'utiliser l'augmentation des taxes dans l'avenir.

⁵ Les taxes sur les produits du tabac sont multiples, on retrouve la TVA mais aussi des taxes spécifiques au tabac comme le minimum de perception, les accises (ou droits indirects) fixes et proportionnels.

○ ***La substitution entre les produits du tabac***

Les consommateurs eux-mêmes mettent en place des stratégies visant à éviter les augmentations de taxes ou de prix. La première d'entre elles est la substitution qu'ils opèrent entre cigarettes manufacturées et tabac à rouler ou à tuber, voire cigares-cigarillos⁶. En effet, non seulement les cigarettes manufacturées ont des prix différents en fonction de la marque et du packaging mais aussi certains produits du tabac, et tout particulièrement le tabac à rouler et les cigarillos, présentent l'avantage pour le consommateur d'être nettement moins onéreux⁷. En conséquence, l'effet attendu de chaque augmentation de taxe ou de prix visant le non-commencement, la diminution ou l'arrêt du tabac se trouve amoindri par cette substitution qui s'opère. Sur la période 1985-1995, il a été calculé que l'élasticité de substitution entre cigarettes et tabac à rouler était de + 1 aux Pays-Bas. Autrement dit, à chaque fois que le prix des cigarettes augmentait de 10 %, les ventes de tabac à rouler augmentaient elles-aussi de 10 % [19].

Ce prix moins élevé sur ces types de produits est le fait de niveaux d'accises spécifiques qui viennent taxer ces produits. Ainsi en janvier 2010, seules les cigarettes manufacturées étaient taxées d'une accise spécifique en plus d'une accise proportionnelle et de la TVA, les autres produits du tabac échappent donc à ce type de taxe. De plus, il existe de grandes disparités sur le niveau de taxation des produits du tabac. Le total des taxes est de 80,4 % du prix de vente pour les cigarettes manufacturées alors qu'il n'est que de 75 % du prix de vente pour le tabac à rouler, de 69 % pour les autres tabacs à fumer (narguilé et pipe) et il n'est que de 44 % pour les cigares [18]. En début d'année 2010, 16 grammes de tabac coûtaient sous forme de cigarettes manufacturées 5,07 € et 2,08 € sous forme de tabac à rouler soit 2,4 fois moins cher [18].

○ ***Les achats transfrontaliers et la contrebande de tabac***

Depuis 2004, le prix des cigarettes en France est nettement plus élevé que celui de tous nos voisins européens, en particulier l'Espagne, Andorre et le Luxembourg. Ce différentiel de prix inédit a incité certains de nos compatriotes à se procurer du tabac aux frontières les plus proches de chez eux. Ce comportement d'évitement fiscal, complètement rationnel par ailleurs si les coûts de déplacement à la frontière ne viennent pas altérer le bénéfice réalisé par l'achat de tabac meilleur marché, a récemment conduit à évaluer les achats transfrontaliers à environ 15-20 % du marché national, soit une perte fiscale de 2 milliards d'euros annuels [22, 23, 16]. Quant à la contrebande, les douanes évaluent ce dernier phénomène, en expansion à l'heure actuelle, à environ 5 % du marché. Il a été estimé que l'évasion et l'évitement fiscaux sur les produits du tabac représentent 20 % du marché national.

Un moyen évident de lutte contre les achats transfrontaliers (en plus d'un renforcement des contrôles douaniers pour les cas de dépassement des quantités autorisées) et contre le tabagisme par ricochet, serait que le prix des cigarettes soit le même de part et d'autre des frontières. En d'autres termes, si la fiscalité sur les produits du tabac est harmonisée – et préférentiellement calquée sur les taux les plus élevés – le différentiel de prix sur les produits du tabac se réduit. Seule une différence de prix peut subsister en tant que telle en fonction de la richesse et du niveau général des prix des pays considérés. Cette solution prônée par ailleurs [23, 24] dans le cadre de l'Union européenne semble, trouver écho auprès de la Commission [25].

○ ***Le contournement de la taxe par les fumeurs dépendants ou à faible revenu***

⁶ La seconde tient au fait que les fumeurs inhalent plus fortement leurs cigarettes consécutivement à une augmentation des prix : ils compensent ainsi l'augmentation en consommant moins de cigarettes mais plus intensément [20, 21].

⁷ Notons de plus que certains cigarillos se vendent à l'unité, ce qui a nettement tendance à amoindrir les effets des augmentations de taxes.

Ce sont principalement les fumeurs les plus dépendants et les fumeurs les plus pauvres qui achètent du tabac étranger ou de contrebande, exception faite évidemment des fumeurs habitant près des frontières. Une enquête menée à l'initiative de l'OFDT et conduite par l'Inpes auprès de 767 fumeurs âgés de 20 à 54 ans montre que ce sont les fumeurs ayant des revenus moyens (entre 900 et 1 500 € mensuels) qui sont les plus enclins à acheter leur tabac dans un pays frontalier à la France. Cette enquête fait aussi ressortir que ce sont les fumeurs les plus dépendants qui achètent le plus souvent leur tabac à l'étranger [16].

Une autre enquête de l'OFDT menée auprès d'un public beaucoup plus précaire, celui fréquentant trois CAARUD⁸ / CSAPA⁹ parisiens, révèle que 15 % d'entre eux se fournissent auprès du marché noir pour leur consommation de tabac. Encore une fois, un lien significatif est trouvé entre dépendance et achat de tabac de contrebande [26].

Même si des études plus poussées mériteraient d'être conduites, on est en droit de penser que les achats de tabac non taxés en France (achats étrangers ou issus de la contrebande) sont le fait de fumeurs dépendants. Les plus pauvres d'entre eux, n'ayant pas les moyens de supporter les coûts de transport jusqu'aux frontières, se fourniraient sur le marché noir, alors que ceux au revenu moyen n'hésiteraient pas à se rendre dans un pays limitrophe pour assouvir leur consommation.

○ **Les exemples internationaux à ne pas suivre**

Il ne faut pas tenir compte des arguments des industriels du tabac concernant des baisses de prix visant à lutter contre l'évasion et l'évitement fiscaux. Le Canada ainsi que la Suède ont fait l'expérience d'un retour en arrière dans leur politique fiscale de lutte contre le tabac : après avoir fortement augmenté les taxes, ces pays les ont réduites sous la pression du lobbying des industriels [27, 28] et de la contrebande. Les provinces canadiennes ayant diminué leurs taxes ont vu non seulement leurs recettes fiscales baisser mais ont aussi connu une remontée des prévalences tabagiques : chez les jeunes, la remontée des prévalences a été immédiate passant de 16 % à 20 %, la prévalence en population générale augmentant également [27]. Il s'est avéré de plus, dans le cas du Canada, que la contrebande était organisée par les industriels eux-mêmes.

● **Le bon rapport coût-efficacité démontré de la prise en charge du sevrage tabagique**

En février 2007, un système de prise en charge partiel (à hauteur de 50 euros par an et par personne) des substituts nicotiques a été mis en place par l'assurance maladie. Sur un budget annuel alloué de 60 millions d'euros au Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS), seulement 21,4 millions, soit 428 770 forfaits de 50 euros, avaient été engagés cette même année. Alors que ce système de prise en charge partiel semblait monter en puissance, soit 488 441 forfaits en 2008, les données ne sont plus disponibles auprès de l'OFDT depuis cette date¹⁰. Malgré cela, il est à noter que les premiers résultats d'une étude menée sur le remboursement d'une prise en charge intégrale par l'assurance maladie du sevrage tabagique montrent le coût-efficacité d'un tel dispositif [29]. Ceci confirme, s'il le fallait, les conclusions et recommandations de la Haute Autorité de santé concernant l'efficacité du remboursement du sevrage tabagique [30]. Le remboursement intégral d'une prise en charge pour sevrage tabagique serait d'autant bienvenu qu'une récente étude met en relief que, chez les populations les plus précaires - l'arrêt du tabac étant principalement motivé par des raisons financières - les tentatives d'arrêt sont plus souvent marquées d'échec [31].

● **La nécessité de réduire la consommation de tabac sans pour autant creuser les inégalités sociales de santé**

La question posée est de savoir si les augmentations de taxes (et donc de prix) sur le tabac pourraient creuser les inégalités sociales de santé : dans la mesure où le tabagisme serait

⁸ Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogues.

⁹ Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie.

¹⁰ Voir les séries longues du tableau de bord tabac de l'OFDT : <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesnat/tabtabac.html>

concentré dans les catégories sociales à faible revenu, augmenter les taxes serait injuste et plus précisément régressif puisque frappant plus les pauvres que les riches. Si le tabagisme est concentré dans les catégories à faible revenu et que ces dernières sont plus sensibles aux augmentations de taxes que les riches, alors toute augmentation de taxe conduirait à réduire plus la consommation de tabac chez ces populations que chez les plus riches d'entre elles. En conséquence, la part de revenu consacrée aux taxes sur le tabac augmenterait moins fortement pour les pauvres que pour les riches [32].

Selon l'Inpes, la proportion de fumeurs qui consacrent plus de 20 % de leur revenu au tabac atteint 15 %. L'impact des augmentations des prix est donc loin d'être marginal dans les populations défavorisées, dans lesquelles les fumeurs restent les plus nombreux. On peut craindre des arbitrages aux dépens d'autres consommations, alimentaires notamment, surtout « saines », voire des réductions des dépenses consacrées à la santé. En outre, quelle que soit la baisse de tabagisme observée en augmentant les prix par la taxation, chez les adultes, la plus grande part du poids des taxes sera supportée par les individus ayant une position socio-économique faible, et ce sont eux qui fument encore le plus. A ce titre, plusieurs auteurs considèrent que de telles mesures, si elles sont isolées, sont régressives.

L'information pertinente pour trancher une telle question porte sur la sensibilité au prix du tabac des personnes ayant un faible revenu. Les travaux scientifiques ne sont pas conclusifs sur le sujet. Certains trouvent qu'effectivement les personnes à faible revenu sont moins sensibles aux augmentations de taxes [33, 34] et supportent donc une plus grande partie de la charge fiscale que les personnes à plus haut revenu. D'autres études prouvent le contraire [35-37]. Enfin, des travaux admettent des difficultés théoriques et méthodologiques ne permettant pas de conclusions tranchées quant à la régressivité des taxes [38] tandis que la lecture des résultats d'autres études est ambiguë [39]. Une étude française rapporterait toutefois un accroissement des inégalités sociales de tabagisme entre 2000 et 2008, une période où le prix du paquet de cigarettes a augmenté de 3,20 € à 5,30 € [40].

Le degré de sensibilité au prix du tabac varierait en fonction du niveau de tabagisme moyen dans la population : plus la consommation de tabac dans une population diminue, plus la dépendance dans la population qui continue à fumer est élevée, moins les fumeurs (en particulier ceux à faible revenu) seraient sensibles aux augmentations de prix [33]. Autrement dit, plus le niveau global de tabagisme baisse, plus les gains sont difficiles à obtenir. L'explication est que l'on atteindrait le « noyau dur » des fumeurs, à savoir les plus dépendants et donc les plus difficiles à sevrer.

Or, les fumeurs ayant une position socio-économique faible sont tout autant motivés à arrêter de fumer que les autres [41, 42]. Ils sont cependant plus confrontés à l'échec [41], le statut socio-économique du fumeur étant prédictif de sa probabilité d'arrêter à 1 an [43]. Des données danoises montrent que les motivations pour l'arrêt du tabagisme diffèrent selon la position socio-économique des individus [42]. Les personnes ayant une faible position socio-économique privilégient le coût, les problèmes de santé à court terme, ou l'insatisfaction d'être dépendant ; mais ils rencontrent des obstacles plus fréquents à l'origine de leurs rechutes, tels qu'une mauvaise expérience lors d'une tentative d'arrêt antérieure, le manque lors des sorties ou dans la vie quotidienne, un faible soutien de l'entourage plus souvent fumeur, une nervosité/dépression, la prise de poids, ou des événements marquants comme le chômage. Il y a aussi une observance des programmes d'arrêt plus faible dans ces groupes [44].

L'augmentation des prix pesant plus lourdement sur les fumeurs pauvres et les fumeurs les plus dépendants, il faut accompagner l'augmentation des prix par d'autres mesures.

Malgré tous les comportements et stratégies de contournement de la taxe, malgré l'incertitude concernant la régressivité des taxes sur le tabac, l'outil fiscal reste un moyen efficace de lutte contre le tabagisme. La littérature ne permet cependant pas de conclure clairement sur l'effet d'une hausse des prix sur les inégalités sociales de prévalence du tabagisme. La préoccupation des politiques de santé publique pour les inégalités de santé incite alors à ne pas la considérer comme l'unique politique de réduction du tabagisme. Une stratégie soucieuse d'équité doit donc impérativement s'accompagner d'autres mesures.

Au vu de ces considérations, le Haut Conseil de la santé publique émet les recommandations suivantes :

- **Faire croître les taxes sur le tabac en vue d'en augmenter le prix**

L'augmentation progressive, continue et conséquente des taxes visant au minimum une augmentation de 10 % du prix de vente TTC des produits du tabac est la principale recommandation que le HCSP puisse émettre dans l'optique de limiter l'initiation tabagique et de faire baisser les prévalences tabagiques, et diminuer la morbi-mortalité attribuable à la consommation de tabac. **Le décideur public ne doit pas oublier que les augmentations de taxes sur les produits du tabac visent non seulement à faire arrêter ou diminuer dans leur consommation les actuels fumeurs, mais visent aussi à inciter les non-fumeurs à ne pas commencer, en particulier les jeunes.** Les augmentations franches des taxes sur les produits du tabac réduisent le tabagisme et les inégalités sociales de santé dans le sens où elles incitent les individus les plus pauvres à ne pas commencer à fumer, à diminuer ou à arrêter. A l'inverse, les augmentations marginales de prix par les industriels contribuent à creuser les inégalités sociales de santé car ne elles ne désincitent pas au non-commencement, à la diminution ou à l'arrêt du tabac.

- **Harmoniser et reconfigurer la structure des accises sur le tabac**

Comme le souligne un récent rapport de l'OMS, **les structures fiscales complexes sont plus difficiles à administrer et créent des opportunités à l'évasion et l'évitement fiscaux.** Il convient donc de simplifier et d'harmoniser les taxes sur les produits du tabac pour une plus grande efficacité de la politique de lutte contre le tabagisme [45].

- **Taxer à la même hauteur tous les produits du tabac**

Alors que les cigarettes manufacturées sont aujourd'hui taxées à hauteur de 80,4 %, les produits du tabac tels que le tabac à rouler est taxé à 75 % ; les autres tabacs à fumer à hauteur de 69 % et les cigares à 44 %. **Le HCSP recommande une harmonisation des niveaux de taxes pour que le prix au gramme de tabac soit calqué sur celui des cigarettes manufacturées** pour, d'une part, limiter les effets de substitution qui s'opèrent entre les produits du tabac, et, d'autre part, limiter l'initiation du tabagisme avec les produits du tabac les moins chers.

- **Restructurer les accises sur les produits du tabac**

Afin de limiter les stratégies des industriels de report de marques de cigarettes rendu possible par la structuration des taxes, **le HCSP recommande d'augmenter simultanément le minimum de perception, l'accise spécifique (qui est l'une des plus faibles d'Europe) et le droit de consommation sur les cigarettes manufacturées.** Ceci, pour d'une part, réduire l'écart entre les cigarettes les moins chères et le prix moyen pris en référence, et d'autre part, ne pas pénaliser les recettes fiscales bénéficiant à l'assurance maladie.

- **Pour contenir l'évasion et l'évitement fiscaux, harmoniser et augmenter les taxes sur le tabac en Europe**

Cette mesure apparaîtrait clairement comme la volonté de limiter le commerce transfrontalier, qu'il soit licite ou illicite, dans un but de santé publique.

- **Pour ne pas aggraver les inégalités sociales de santé**

- **redéfinir les stratégies de prévention**

Il s'agit d'adapter les messages et les actions de prévention aux différents groupes de populations et non plus seulement de mener des campagnes de prévention s'adressant à des « individus moyens ». Ces stratégies doivent prendre en compte les difficultés à l'arrêt du tabac, les blocages et la signification du tabagisme dans un certain nombre de groupes, et les effets secondaires possibles de l'arrêt du tabac.

- **considérer la volonté d'arrêt mais la difficulté de réussite de certains fumeurs**

Rappelons que les fumeurs ayant une position socio-économique faible sont tout autant motivés à arrêter de fumer que les autres [41, 42] mais qu'ils sont plus souvent confrontés à l'échec [42]. Toutes ces dimensions doivent être prises en compte si l'on souhaite espérer avoir une politique de lutte contre le tabagisme efficace. Le rapport de la Haute Autorité de santé relevait le consensus de la littérature anglo-saxonne sur la méconnaissance des stratégies à proposer pour diminuer le tabagisme des fumeurs appartenant aux catégories sociales les plus vulnérables. **Il convient de développer dans ce domaine des actions de recherche spécifiques, y compris des recherches interventionnelles.**

➤ **soutenir économiquement les efforts de sevrage**

Non seulement, il conviendrait de rendre de nouveau accessible les données relatives au système de remboursement partiel, mais surtout **d'augmenter le montant de la prise en charge dans la mesure où certains individus rechutent dans l'année et ont besoin de plusieurs tentatives pour arrêter le tabac.** Comme les directives de mise en œuvre de l'article 14 de la CCLAT de l'OMS le soulignent, les traitements de la dépendance tabagique se doivent d'être incorporés pleinement dans le système d'assurance maladie.

• **Créer une mission interministérielle de lutte contre le tabac**

Afin non seulement d'éviter la dilution des responsabilités entre le ministère de la santé, la MILDT et les agences sanitaires (Inca, Inpes, Afssaps et HAS) mais aussi pour réconcilier les objectifs de santé publique, budgétaires et fiscaux, **le HCSP préconise la création d'un pilotage unique du contrôle du tabac et de l'application de la Convention Cadre de Lutte contre le Tabac, dépendant directement du Premier ministre.**

La Commission spécialisée Prévention, Education et Promotion de la Santé (CsPEPS) du Haut Conseil de la santé publique a tenu séance le 25 janvier 2012 : 12 sur 16 membres qualifiés votant étaient présents, 0 conflit d'intérêt, le texte a été approuvé par 12 votants, 0 abstention, 0 vote contre.

Références

- [1] BECK F., GUIGNARD R., RICHARD J.-B., WILQUIN J.-L., PERETTI-WATEL P. (2010). Premiers résultats du baromètre santé 2010, évolutions récentes du tabagisme en France. INPES, 13 pages.
<http://www.inpes.sante.fr/30000/pdf/Evolutions-recentes-tabagisme-barometre-sante2010.pdf>
- [2] SPILKA S., LE NEZET O., TOVAR M. L. (2011). Estimations 2011 des consommations de produits psychoactifs à 17 ans. Saint-Denis, OFDT, 8 pages.
<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxstra.pdf>
- [3] HILL, C., LAPLANCHE, A. Tabagisme et mortalité : aspect épidémiologiques. http://www.umr8080.u-psud.fr/PDF/PDF_CANCER_METHODO/PDF_021.PDF
- [4] HILL, C., JOUGLA, E., BECK, F. (2010). Le point sur l'épidémie de cancer du poumon dû au tabagisme. *BEH*, 19-20, 210-213.
- [5] HAUTE AUTORITE DE SANTE. Guides destinés aux médecins sur les affections de longue durée (ALD).
- [6] WISBORG, K., KESMODEL, U., BRINK HENRIKSEN, T. *et al.* (2001). Exposure to tobacco smoke in utero and the risk of stillbirth and death in the first year of life. *American Journal of Epidemiology*, 154, 322-327.
- [7] DAUTZENBERG, B. (2002). *Le tabagisme passif*. Paris, La Documentation Française, 200p.
- [8] KOPP P., FENOGLIO Ph. (2006). Le coût social des drogues en 2003. Saint-Denis, OFDT, 58 pages.
<http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/rapports/rap06/epfxpkm4.html>

- [9] KOPP P., FENOGLIO Ph. (2011). Les drogues sont-elles bénéfiques pour la France ?, *La Revue Economique*, 62(5), 899-918.
- [10] THOMAS, D. (2011). Bénéfices cardiovasculaire du sevrage tabagique : revue. *BEH*, n° 20-21, 236-239.
- [11] LEON, M. E., DRESLER C. M. (2008). Bénéfices de l'arrêt du tabac. *BEH*, n° 21-22, 194-197.
- [12] KOPP P., FENOGLIO Ph. (2006). Le coût des traitements et de la mise en œuvre de la loi dans le domaine des drogues. Saint-Denis, OFDT, 578 pages.
<http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/rapports/rap06/epfxpkm5.html>
- [13] GALLET C. A., LIST J. A. (2003). Cigarette demand: a meta-analysis of elasticities. *Health Economics*, 12(10), 821-835.
- [14] ANGUIS M. & DUBEAUX D. (1997), Les fumeurs face aux récentes hausses du prix du tabac, *Insee Première*, n° 551, 4 p.
- [15] ETILE, F. (2006), L'analyse économique des politiques publiques du tabagisme. *Psychotropes*, vol. 12, n° 1, pp. 25-55.
- [16] BEN LAKHDAR, C., LERMENIER A., VAILLANT N.G. (2011). Estimation des achats transfrontaliers de cigarettes 2004-2007. OFDT, *Tendances*, n° 75, 4 p.
- [17] CHALOUPEK F.J., CUMMINGS K.M., MORLEY C.P., HORAN J.K. (2002). Tax, price and cigarette smoking: evidence from the tobacco documents and implications for tobacco company marketing strategies. *Tobacco Control*, 11(Supp), i62-i72.
- [18] HILL C. (2010). Prix du tabac en France et conséquences sur les ventes et sur la consommation. *BEH*, 19-20, 222-224.
- [19] MINDELL J.S., WHYNES D. W. (2000). Cigarette consumption in the Netherlands 1970-1995 – Does tax policy encourage the use of hand-tolling tobacco?, *European Journal of Public Health*, 10(3), 214-219.
- [20] MOLIMARD, R., AMRIOUI, F., MARTIN, C., CARLES, P. (1994). Poids des mégots et contraintes économiques. *La Presse Médicale*, 23(18), 824-827.
- [21] BEN LAKHDAR, C., BASTIANIC, T. (2011). Economic constraint and modes of consumption of addictive goods. *International Journal of Drug Policy*, 22(5), 360-365.
- [22] BEN LAKHDAR, C. (2005). Contrebande et ventes de tabac, 1999-2004. OFDT, *Tendances*, n° 44, 4 p.
- [23] BEN LAKHDAR, C. (2008), Quantitative and qualitative estimates of cross-border tobacco shopping and tobacco smuggling in France. *Tobacco Control*, vol. 17, n° 1, pp. 12-16.
- [24] DUFFY, M. (2006). Tobacco consumption and policy in the United Kingdom. *Applied Economics*, 38, 1235-1257.
- [25] CNOSEN, S. (2006). Tobacco taxation in the European Union. CESIFO Working Paper, n° 1718.
- [26] LERMENIER, A. (2011). Les comportements d'achats de tabac des fumeurs précaires fréquentant les CAARUD/CSAPA parisiens. OFDT, St-Denis.
<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxalra.pdf>
- [27] JOOSSENS L., RAW M. (2000). How can cigarette smuggling be reduced? *British Medical Journal*, 321, 947-950.
- [28] BANTHIN C. (2004). Cheap smokes: state and federal responses to tobacco tax evasion over the Internet. *Health Matrix*, 14, 325-356.
- [29] CHEVREUL, K., CADIER B., CHAN E., DURAND-ZALESKI, I. (2011). L'assurance maladie doit-elle rembourser intégralement la prise en charge médicale du sevrage tabagique ? Etude présentée lors du Colloque de la Société Française de Santé Publique, 2-4 novembre, Lille.
- [30] HAS (2007). Stratégies thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique – Efficacité, efficacité et prise en charge financière. Saint-Denis, HAS, 122 pages.
- [31] MERSON, F., PERRIOT, J. (2011). Précarité sociale et perception du temps, impact sur le sevrage tabagique. *Santé Publique*, 23(5), 345-358.
- [32] WARNER K.E. (2000). The economics of tobacco: Myths and realities. *Tobacco Control*, 9(1), 78-89.
- [33] FRANKS P., JERANT A. F., et al. (2007). Cigarette prices, smoking, and the poor: implications of recent trends. *American Journal of Public Health*, 97(10), 1873-1877.
- [34] PERETTI-WATEL P., CONSTANCE J. (2009). "It's all we got left". Why poor smokers are less sensitive to cigarette price increases. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 6(2), 608-621.

- [35] SIAHPUSH M., WAKEFIELD M. A., et al. (2009). Taxation reduces social disparities in adult smoking prevalence. *American Journal of Preventive Medicine*, 36(4), 285-291.
- [36] THOMAS S., FAYTER D., et al. (2008). Population tobacco control interventions and their effects on social inequalities in smoking: systematic review. *Tobacco Control*, 17(4), 230-237.
- [37] DECICCA P., McLEOD L. (2008). Cigarette taxes and older adult smoking: evidence from recent large tax increases. *Journal of Health Economics*, 27(4), 918-929.
- [38] COLMAN G., REMLER D.K. (2004). Vertical equity consequences of very high cigarette tax increases: if the poor are the ones smoking, how could cigarette tax increases be progressive? *NBER*, Working Paper 10906.
- [39] GODEFROY, R. (2003), Les taxes sur le tabac sont-elles régressives ?, *Economie Publique*, n° 13, pp. 3-28.
- [40] PERETTI-WATEL P., CONSTANCE J., et al. (2009). Cigarettes and social differentiation in France: is tobacco use increasingly concentrated among the poor? *Addiction*, 104(10), 1718-1728.
- [41] KOTZ D., WEST R. (2009). Explaining the social gradient in smoking cessation: it's not in the trying, but in the succeeding. *Tobacco Control*, 18(1), 43-46.
- [42] PISINGER C., AADAHL M. et al. (2011). Motives to quit smoking and reasons to relapse differ by socioeconomic status. *Preventive Medicine*, 52(1), 48-52.
- [43] PISINGER C., VESTBO J. et al. (2005). Smoking cessation intervention in a large randomised population-based study. The Inter99 study. *Preventive Medicine*, 40(3), 285-292
- [44] HISCOCK R., JUDGE K. et al. (2011). Social inequalities in quitting smoking: what factors mediate the relationship between socioeconomic position and smoking cessation? *Journal of Public Health (Oxf)*, 33(1), 39-47.
- [45] OMS (2010). *Tobacco tax administration*. Genève, WHO Technical Manual, 143 pages.

Avis produit par la Commission spécialisée Prévention, Education et Promotion de la Santé
Le 25 janvier 2012

Haut Conseil de la santé publique
14 avenue Duquesne 75350 Paris 07 SP
www.hcsp.fr