

3

La lutte contre le tabagisme : une politique à consolider

PRÉSENTATION

Le tabagisme représente un enjeu majeur de santé publique. Selon les données les plus récentes, avec près de 78 000 décès à la suite de cancers, de maladies cardiovasculaires, d'insuffisances respiratoires ou de maladies infectieuses, il constitue la première cause de mortalité évitable en France, loin devant l'alcool ou les accidents de la route.

En 2012, à la demande du comité d'évaluation et de contrôle (CEC) de l'Assemblée nationale, la Cour a procédé à une évaluation des politiques publiques de lutte contre le tabagisme menées depuis 2002²⁶⁶. Alors que la prévalence tabagique remontait en France depuis 2005, à rebours des évolutions observées dans la plupart des pays comparables, la Cour avait mis en évidence, malgré des progrès notables en matière de prévention du tabagisme passif, des faiblesses préoccupantes : absence d'atteinte des objectifs de la loi du 9 août 2004 de santé publique, méconnaissance persistante des coûts sociaux liés au tabac, dilution des responsabilités, absence de continuité et de cohérence dans les actions engagées, application défailante des réglementations sanitaires et, notamment, de l'interdiction de la vente aux mineurs, contrôles déficients, effort de prévention très timide, en particulier dans les établissements scolaires, faiblesse de l'aide à l'arrêt du tabac. Elle avait relevé que si des hausses de prix successives étaient intervenues, elles étaient d'un niveau chaque fois insuffisant pour provoquer une baisse durable de la consommation, reflétant en réalité une stratégie

²⁶⁶ Cour des comptes, *Rapport d'évaluation pour le Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques de l'Assemblée nationale, Les politiques de lutte contre le tabagisme*, décembre 2012, 332 p., disponible sur www.ccomptes.fr

d'optimisation financière à la fois pour l'État, les fabricants et les buralistes.

La Cour avait conclu à la nécessité de passer d'actions juxtaposées à une politique d'ensemble de lutte contre le tabagisme, coordonnée, et faisant appel à tous les outils susceptibles d'être mobilisés pour réduire la consommation de tabac. Elle proposait de la structurer autour de cinq axes principaux au soutien desquels elle formulait 32 recommandations : construire une stratégie pluriannuelle de lutte contre le tabagisme au travers d'un plan d'action spécifique au pilotage clair et aux objectifs identifiés ; améliorer la connaissance du tabagisme et de ses effets ; remobiliser la fiscalité au service de la santé publique ; renforcer la réglementation et en garantir l'application ; organiser la prévention notamment vis-à-vis des jeunes et l'aide à l'arrêt du tabac ; développer la coopération internationale.

Trois ans après la remise de cette évaluation²⁶⁷, la Cour s'est attachée à apprécier la manière dont les pouvoirs publics avaient pris en compte ses analyses et ses recommandations, dans le contexte notamment de la publication en septembre 2014 d'un programme national de réduction du tabagisme, dont la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé porte un volet important.

Elle a constaté que le programme national de réduction du tabagisme affirme une stratégie d'ensemble assortie d'objectifs ambitieux (I). Dans le même temps cependant, la menace pour la santé publique n'a pas diminué et a même tendance à augmenter (II). Dans ce contexte, les pouvoirs publics ne peuvent se priver, pour atteindre dans les délais prévus les objectifs qu'ils se sont fixés, de recourir à tous les leviers disponibles, y compris celui de la fiscalité (III).

²⁶⁷ L'Assemblée nationale en a alors tiré en février 2013 un rapport d'information dont elle a assuré le suivi en juillet 2014 : cf. JACQUAT Denis, TOURAINE Jean-Louis, Rapport d'information déposé par le comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques sur la mise en œuvre des conclusions du rapport d'information (n° 764) du 28 février 2013 sur l'évaluation des politiques publiques de lutte contre le tabagisme, disponible sur www.assemblee-nationale.fr

I - Des objectifs ambitieux

La Cour avait dégagé trois grandes priorités pour une relance de la lutte contre le tabagisme : une stratégie ambitieuse, portée politiquement et s'inscrivant dans la durée, un dispositif de pilotage unifié, des actions volontaristes et articulées entre elles.

A - Une volonté de résultats rapides grâce à une démarche d'ensemble

Conformément à la convention-cadre de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur la lutte contre le tabagisme, dont elle avait été le premier signataire dès octobre 2004 sans pour autant en mettre jusque-là en œuvre l'ensemble des préconisations, la France a cherché à affirmer une stratégie d'action globale en l'inscrivant dans un document de référence spécifique.

1 - Des objectifs de santé publique volontaristes

L'année 2014 a été marquée par une très forte inflexion dans le portage politique de la lutte contre le tabagisme.

Lors du lancement du plan cancer III (2014-2019), le 4 février 2014, le Président de la République a annoncé la préparation d'un plan spécifique au tabac que la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes a présenté le 25 septembre, soit sept mois plus tard, sous le nom de programme national de réduction du tabagisme (PNRT).

Ce programme fixe des objectifs quantifiés de réduction de la prévalence du tabagisme au sein de la population, qui sont à la fois élevés et enfermés dans un calendrier resserré :

- diminuer le nombre de fumeurs quotidiens (13,4 millions aujourd'hui) de 10 % en cinq ans, soit de 1 340 000 d'ici 2019 ;
- passer à moins de 20 % de fumeurs quotidiens en dix ans, soit en 2024, ce qui représenterait 3,9 millions de fumeurs quotidiens en moins, soit une baisse de dix points de la prévalence par rapport au niveau actuel ;

- faire en sorte, au-delà de ces échéances, que les enfants nés en 2014 forment la première génération « d'adultes sans tabac ».

En revanche, aucun objectif spécifique de réduction de la consommation de tabac n'est précisé pour les groupes les plus exposés (jeunes, femmes enceintes, populations en situation de précarité), même si le PNRT leur accorde une attention particulière. C'est ainsi notamment que, depuis août 2015, un nouveau pictogramme figure sur les paquets de tabac pour rappeler aux femmes enceintes et à leur entourage les dangers du tabac pour elles-mêmes et l'enfant qu'elles portent. Par ailleurs, plusieurs campagnes d'information ciblées ont été menées en direction de ces catégories de population par l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (INPES).

Il est, en outre, prévu, dès l'origine, une évaluation des résultats obtenus au terme de l'exécution du programme, non par l'administration elle-même, mais par un cabinet extérieur.

2 - Un souci de cohérence dans les axes d'action

Trois grands axes structurent la politique mise en place :

- « protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabagisme » ;
- « aider les fumeurs à arrêter de fumer » ;
- « agir sur l'économie du tabac ».

Chacun s'articule en plusieurs actions, qui relèvent soit de mesures législatives, portées largement par la loi de modernisation de notre système de santé, soit de leviers du ressort de l'administration ou de l'assurance maladie.

Les grands axes du programme national de réduction du tabagisme

Sur les 32 recommandations formulées par la Cour en 2012, une vingtaine a trouvé une traduction dans le cadre du programme national de réduction du tabagisme, comme le montre le contenu des trois grands axes qui le constituent :

Axe 1 : protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabagisme

En matière de renforcement de la prévention de l'entrée dans le tabagisme, la Cour avait recommandé la mise en place du paquet neutre, l'interdiction de la publicité sur les lieux de vente, ainsi que la vente de cigarettes au goût sucré. Ces actions ont été reprises dans le PNRT. Les recommandations visant à faire respecter l'interdiction de vente aux mineurs ou plus largement l'application de la réglementation relative au tabac ont fait l'objet d'une traduction dans la loi de modernisation de notre système de santé.

Axe 2 : aider les fumeurs à arrêter de fumer

La prévention et l'aide à l'arrêt du tabac, qui constituent un levier majeur de réduction du tabagisme, avaient fait l'objet de six recommandations. Un grand nombre d'entre elles figurent dans le PNRT, comme l'augmentation de la prise en charge par l'assurance maladie du sevrage, la définition d'une politique spécifique à l'égard des jeunes et des femmes enceintes ou l'implication de certains professionnels de santé.

Axe 3 : agir sur l'économie du tabac

Face à la faiblesse des moyens consacrés à la lutte contre le tabac malgré des coûts sociaux très importants, les pouvoirs publics ont choisi de mobiliser différents leviers, à savoir la création d'un fonds dédié aux actions de lutte contre le tabagisme, le renforcement de la transparence sur les activités de lobbying de l'industrie du tabac, ainsi que la lutte contre le commerce illicite de tabac, allant dans le sens des préconisations faites.

Le PNRT comporte, par ailleurs, une partie intitulée « accompagner la réalisation du programme », qui reprend une grande part des recommandations formulées en matière de pilotage, d'amélioration du dispositif d'observation ou de développement de la coopération internationale.

3 - Un pilotage unifié

L'affirmation d'une stratégie s'est accompagnée d'une clarification du pilotage public. Un terme a été mis à la dilution des responsabilités et à la dyarchie peu organisée constituée par une direction de ministère, la direction générale de la santé (DGS), et la mission interministérielle de lutte contre la drogue et les conduites addictives placée auprès du Premier ministre.

Le ministre chargé de la santé est explicitement responsable du pilotage du PNRT. Le secrétariat de ce dernier est assuré par un bureau de la DGS organisé en mission. Le comité de pilotage est présidé par le directeur général de la santé²⁶⁸. Un comité de coordination assure la liaison avec la société civile²⁶⁹, suit la mise en œuvre du programme et propose éventuellement des ajustements pour en renforcer l'efficacité.

Par ailleurs, la loi de modernisation de notre système de santé apporte un premier progrès dans le sens de l'indépendance de la décision publique, sous forme d'un rapport obligatoire au ministre chargé de la santé des fabricants, importateurs et distributeurs de produits du tabac « détaillant l'ensemble des dépenses liées à des activités d'influence ou de représentation d'intérêt ».

B - Une priorité : infléchir les comportements

Si l'objectif de réduction de la consommation de tabac apparaît *a priori* simple à énoncer, l'action à mener est complexe et nécessite une volonté sans faille pour être menée à bien. Elle vise en effet à modifier des comportements collectivement jugés comme préjudiciables, mais individuellement considérés comme un risque acceptable, d'autant que la nicotine présente la caractéristique d'installer rapidement une addiction durable.

Le programme national de réduction du tabagisme joue sur trois outils principaux pour faciliter une mutation des représentations et des mentalités : la réglementation qui est durcie, l'aide à l'arrêt du tabac qui est renforcée, la présentation du produit lui-même que l'on cherche à rendre moins attractive.

²⁶⁸ Le DGS est entouré du secrétaire général du ministère, du directeur de la sécurité sociale, du directeur général de l'offre de soins, du directeur des ressources humaines, des responsables de la mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives, de l'Institut national du cancer, de l'Institut national de prévention et d'éducation sanitaire et de l'assurance maladie.

²⁶⁹ Le comité comprend notamment des représentants d'associations de lutte contre le tabac, des usagers, des sociétés savantes et du ministère chargé des finances.

1 - Une réglementation durcie

Des restrictions supplémentaires ont été apportées à la mise sur le marché de certains produits, à la publicité sur les lieux de vente et à la détermination des lieux où il est possible de fumer.

Ainsi, conformément à une récente directive européenne²⁷⁰, transposée en droit interne par la loi de modernisation de notre système de santé, est interdite, mais à compter du 20 mai 2016, la mise sur le marché de produits de tabac comportant un « arôme caractérisant » ou un goût sucré, sauf pour le menthol dont le retrait est repoussé à mai 2020. Ce texte interdit également de faire figurer, désormais, sur un paquet des mentions suggérant que le produit qu'il contient est moins nocif que d'autres.

Par ailleurs, l'apposition d'affichettes publicitaires à l'intérieur des débits de tabac, même non visibles de l'extérieur, est dorénavant proscrite.

Des enquêtes indépendantes²⁷¹ avaient démontré l'efficacité des mesures d'interdiction de fumer dans certains lieux, destinées en particulier à éviter le tabagisme passif. Leur application était plutôt satisfaisante sur les lieux de travail, dans les trains, les aéroports et les restaurants, mais ces mesures étaient mal respectées dans les bars.

Ces mesures d'interdiction sont, désormais, étendues aux espaces publics consacrés aux enfants, en particulier les aires de jeux, et s'appliquent également dans les véhicules automobiles en transportant. Dans un objectif de prévention du tabac chez les jeunes, est proscrite toute nouvelle installation d'un débit de tabac à proximité d'un établissement scolaire, selon une démarche analogue à ce qui existe déjà en matière de débits de boissons. Pour faciliter le respect de l'interdiction de vente aux mineurs, les buralistes doivent, par ailleurs désormais, demander à leurs clients d'établir la preuve de leur majorité.

Cependant, les possibilités de contrôle effectif de la réglementation sanitaire, très modestes jusqu'alors, ne sont que très modérément

²⁷⁰ Directive 2014/40/UE du Parlement européen et du Conseil du 3 avril 2014 relative au rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres en matière de fabrication, de présentation et de vente des produits du tabac et produits connexes, et abrogeant la directive 2001/37/CE.

²⁷¹ International Tobacco Control, novembre 2014.

renforcées : la Cour avait constaté qu'un débitant de tabac ne courait le risque d'être contrôlé par un agent des douanes qu'une fois tous les 100 ans. Face au manque de disponibilité des corps de contrôle (douanes, inspections sanitaires, services de la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes, gendarmerie²⁷²), l'habilitation des agents des services de police municipale et des gardes champêtres pour effectuer de tels contrôles constitue certes un progrès, mais trop limité pour qu'il puisse en être escompté une forte hausse.

2 - Un soutien financier accru à l'arrêt du tabac

En 2012, la Cour notait que les fumeurs étaient insuffisamment pris en charge quand ils essayaient d'arrêter de fumer. En particulier, les traitements par substituts nicotiques (TSN) n'étaient que très partiellement remboursés par l'assurance maladie (dans la limite d'un forfait de 50 € par an, soit l'équivalent d'un mois de traitement environ, porté toutefois à 150 € depuis 2011 pour les femmes enceintes).

En 2015²⁷³, conformément aux orientations du PNRT, cette prise en charge forfaitaire a été triplée pour différents publics prioritaires : jeunes de 25 à 30 ans, assurés sociaux bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), patients atteints de cancer.

Ces mesures sont apparues d'autant plus nécessaires que depuis plusieurs années, le recours à ces dispositifs a très sensiblement baissé, alors même que les diverses innovations intervenues en ce domaine auraient dû en stimuler la vente. Sans doute une partie de l'explication réside-t-elle dans la complexité du mode actuel de remboursement et dans l'obligation jusqu'ici imposée de consulter un médecin pour obtenir la prescription d'un tel traitement. La loi de modernisation de notre système de santé lève ce second obstacle et étend à d'autres professionnels de santé (médecins du travail, infirmiers, chirurgiens-dentistes, masseurs-kinésithérapeutes) la faculté de les prescrire. Par ailleurs, des réflexions sont en cours à la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) sur la dispense d'avance des frais. Il se peut, cependant, également qu'un certain nombre de fumeurs aient préféré aux

²⁷² Cette dernière n'a relevé que 42 infractions en 2013 et 43 en 2014.

²⁷³ Loi du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015.

traitements par substituts nicotiques la cigarette électronique pour les aider à arrêter le tabac.

La cigarette électronique

Le succès de la cigarette électronique, utilisée en majorité par des fumeurs pour essayer d'arrêter de fumer – 12 millions de personnes l'ont testée, 3 % des 15-75 ans l'utilisent quotidiennement –, semble désormais plafonner. L'ambiguïté demeure quant aux bienfaits du vapotage. Selon les dernières enquêtes réalisées, la cigarette électronique permet sans doute à certains fumeurs de limiter fortement leur consommation et de faciliter un sevrage²⁷⁴, mais elle peut aussi parfois contribuer chez d'autres à prolonger dans le temps, ce qui constitue un facteur de risque. Des études américaines mettent en garde contre le risque que la cigarette électronique ne soit parfois un vecteur d'entrée dans le tabagisme.

En l'absence d'études suffisamment solides, la question de savoir si la cigarette électronique constitue un outil de sevrage ou une prolongation du tabagisme par d'autres moyens n'est tranchée ni par l'OMS ni par la Haute Autorité de santé (HAS).

Face à ces incertitudes, le PNRT s'est conformé à un principe de précaution : il interdit l'usage de la cigarette électronique dans les établissements scolaires, les transports collectifs et les lieux de travail et restreint la publicité en faveur des dispositifs électroniques.

3 - Une innovation marquante : le « paquet neutre »

La Cour avait relevé que le paquet de tabac, dernier moyen de communication avec le consommateur, était activement utilisé par les industriels du tabac pour véhiculer une image attractive incitant notamment les jeunes à fumer. Elle avait souligné à cet égard que l'introduction d'une norme de conditionnement identique pour tous les produits et marques de tabac constituait l'une des principales préconisations de la convention-cadre de l'OMS relative à la lutte contre le tabagisme.

Le PNRT a retenu l'obligation de mise en place de « paquets neutres », c'est-à-dire d'emballages uniformes faisant disparaître toutes les caractéristiques propres à chaque marque. Portée par la loi de

²⁷⁴ Source : Baromètre INPES.

modernisation de notre système de santé, cette disposition doit entrer en vigueur en mai 2016.

La France utilise ainsi la faculté ouverte sur ce point par la directive européenne 2014/40, comme le Royaume Uni qui l'appliquera à la même date et l'Irlande qui le fera à compter de mai 2017. Elle a choisi, ce faisant, d'aller au-delà des obligations du texte européen, qui n'impose que d'agrandir la surface à consacrer à des messages sanitaires. Elle n'a pas été, comme le recommandait la convention-cadre de l'OMS et comme le Royaume-Uni l'a mis en œuvre, jusqu'à supprimer la vente des paquets de tabac sur linéaires.

Le ministère de la santé compte sur cette innovation pour réduire le nombre d'entrées dans le tabagisme, tout particulièrement chez les jeunes, pour lesquels se constate en France, contrairement aux pays comparables, une nette remontée depuis 2011 de la prévalence tabagique. Cette disposition est très contestée par les fabricants et les buralistes, au motif que ce dispositif détournerait du réseau officiel une partie des achats sans pour autant avoir d'effet sensible sur la consommation des plus jeunes et que l'exemple australien n'est pas probant, le caractère insulaire de ce pays étant en soi un obstacle majeur au commerce illicite.

La mise en place du paquet neutre en Australie

Le pays précurseur en matière de standardisation des conditionnements est l'Australie qui l'applique depuis décembre 2012, mais la mesure a été associée à quatre augmentations successives des droits d'accises, chaque fois de 12,5 %, entraînant une forte hausse des prix, et à une campagne d'information massive, ce qui rend malaisée l'interprétation de la baisse très marquée de la consommation observée depuis lors, qui a fait tomber à 12,8 % le taux de prévalence du tabagisme au sein de la population. L'intensité de la réaction des industriels du tabac, qui ont notamment multiplié les recours contre l'État australien, peut cependant suggérer que son impact a été fort.

La direction générale des douanes et droits indirects voit cependant, pour sa part, dans le paquet neutre un moyen au contraire d'appréhender plus facilement, du fait de la spécificité de ce conditionnement, les trafics transfrontaliers ou l'offre illicite de tabac sur internet et, par voie de conséquence, de renforcer le monopole de distribution par le réseau des buralistes. Son suivi précis à partir d'une évaluation indépendante des pratiques d'achat actuellement constatées constitue ainsi un enjeu important, tant en termes de contrôle des achats

illicites et transfrontaliers qu’au regard de la lutte contre le tabagisme, en particulier chez les jeunes.

*

**

Le PNRT et la loi de modernisation de notre système de santé ont ainsi entendu donner un nouvel élan à l’action publique contre le tabagisme.

Ces orientations et mesures législatives sont beaucoup trop récentes pour pouvoir en observer d’ores et déjà les effets sur la consommation de tabac, d’autant plus qu’elles n’ont pas été accompagnées de fortes hausses de prix, à l’incidence plus rapide, en dépit de l’acuité grandissante des enjeux de santé publique.

II - Des évolutions inquiétantes

La Cour avait mis en évidence en 2012 au regard des données alors disponibles, certaines déjà anciennes, l’enjeu médico-économique d’exceptionnelle ampleur pour la société, mais mal documenté, que représentait le tabagisme. La dégradation des indicateurs de santé publique qu’elle avait constatée en ce domaine n’en revêtait que plus de gravité.

Depuis lors, les coûts sociaux du tabagisme ont été fortement réévalués, cependant que la consommation de tabac et la prévalence tabagique tendent à repartir à la hausse.

A - Des coûts sociaux liés au tabagisme fortement réévalués, mais non encore fiabilisés

L’ancienneté et le caractère partiel des estimations des conséquences du tabagisme sur les dépenses sanitaires et, plus globalement, de la charge qu’il impose à la société avaient conduit la Cour à recommander d’évaluer, selon une méthodologie rigoureuse et publique, les coûts de la morbidité et de la mortalité liées au tabac pour l’assurance maladie et pour la collectivité dans son ensemble. De fait, seules étaient alors disponibles des études fondées sur des données hétérogènes et anciennes et sur des hypothèses fragiles qui exigeaient d’en interpréter les résultats avec prudence.

Le coût sanitaire du tabac variait ainsi entre 18 Md€ selon une étude universitaire remontant à 2006 et exploitant des données du début des années 2000 et 11,9 Md€ au titre des dépenses remboursées en 2010 selon une analyse partielle réalisée par la CNAMTS à la demande de la Cour. Le nombre de décès, longtemps estimé à 42 000 par an, puis porté à 60 000, avait été réévalué à 73 000, mais cette donnée restait provisoire. Le coût global pour la collectivité n'avait fait l'objet que d'une seule étude, en 2006, aboutissant à un montant de 47 Md€, soit 3 % du PIB, qui apparaissait approximatif.

De nouvelles analyses ont conduit, d'une part, à réévaluer à 78 000 le nombre annuel de décès provoqués par le tabac et, d'autre part, en fonction notamment de cette réévaluation et d'une actualisation à 2010 des différentes données prises en compte en 2006, à porter à 120 Md€ le total des coûts sociaux liés au tabagisme²⁷⁵, soit un montant deux fois et demi supérieur à la précédente estimation.

Cependant, s'agissant des coûts sanitaires, de grandes divergences subsistent entre les nouvelles évaluations disponibles, celle de l'Observatoire français des drogues et toxicomanies, d'un montant de 25,9 Md€, et celle, d'un montant de 12 Md€ que la CNAMTS a réalisée à nouveau à partir de données plus récentes et selon une méthode qui se veut plus robuste. Malgré la recommandation de se doter d'une méthode fiable et partagée, les écarts ne se sont pas résorbés, bien au contraire, entre les deux sources.

²⁷⁵ Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT), *Le coût social des drogues*, Pr. Pierre Kopp, octobre 2015, disponible sur www.ofdt.fr

Une appréciation toujours incertaine des coûts sanitaires

À la demande insistante de la Cour, la CNAMTS avait produit une évaluation, à partir de données de l'année 2010, des coûts du tabac pour la seule assurance maladie, aboutissant à un montant de 11,9 Md€, chiffre manifestement sous-estimé, car n'incluant notamment ni les dépenses d'assurance complémentaire ni les restes à charge des patients.

En 2015, une nouvelle estimation de la CNAMTS s'est fondée sur la cartographie de l'ensemble des pathologies prises en charge et non plus des seules affections de longue durée et a retenu des « fractions attribuables » au tabac moins systématiquement basses qu'en 2012. Elle conclut, cependant, à un montant du même ordre, de 12 Md€. Ce chiffre est lui aussi présenté comme un minorant, car il n'inclut pas, par exemple, les dépenses d'assurance maladie consacrées aux missions hospitalières d'intérêt général et d'aide à la contractualisation ou au fonds d'intervention régional, ni celles des unités de longue durée, de l'hospitalisation à domicile et du secteur médico-social.

À la demande de la DGS, l'OFDT a chargé à nouveau le Professeur Pierre Kopp, qui avait réalisé l'étude initiale de 2006, de procéder à une évaluation du coût social des drogues et au premier chef du tabac, en incluant naturellement les dépenses de soins. Celui-ci aboutit à un chiffre de 25,9 Md€ pour les soins, soit plus du double de l'estimation de la CNAMTS. Les raisons de l'écart ne sont pas clairement établies. Certaines tiennent vraisemblablement à une différence de périmètre des pathologies retenues. Le parti de la CNAMTS de ne considérer que les pathologies dont le lien avec le tabac est incontestable l'amène, notamment, à exclure les maladies digestives, les maladies infectieuses et les troubles mentaux. D'autre part, il n'est pas certain que les coûts que cette nouvelle étude retient soient aussi complets que ceux de l'étude de l'OFDT. Cependant, ces facteurs ne sauraient en tout état de cause rendre compte à eux seuls d'un écart de 14 Md€.

B - Des indicateurs préoccupants

1 - Une consommation encore forte

Les premières données du Baromètre santé, enquête très détaillée de l'INPES, montrent que les résultats en matière de lutte contre le tabagisme sont toujours décevants. La France compte 13,4 millions de fumeurs quotidiens en 2014, soit un taux de prévalence du tabagisme de

28,2 %. Si l'on prend en compte les fumeurs occasionnels, le chiffre s'élève à 16 millions, ce qui correspond à une prévalence de 34,1 %.

**Tableau n° 1 : prévalence du tabagisme entre 2000 et 2014
parmi les 15-75 ans (en %)**

		2000	2005	2010	2014
<i>Fumeurs quotidiens</i>	Hommes	33,3	31,3	32,4	32,3
	Femmes	26,8	22,9	26,0	24,3
	Total	30,0	27,0	29,1	28,2
<i>Fumeurs quotidiens et occasionnels</i>		34,7	31,4	33,7	34,1

Source : Cour des comptes d'après données INPES, Baromètre santé, janvier 2015

Ces résultats demeurent inquiétants pour certaines populations « à risque ». Ainsi, la France est le pays d'Europe dans lequel les femmes enceintes fument le plus. En outre, les personnes en situation financière précaire demeurent plus que les autres concernées par le tabagisme.

Cette trajectoire s'écarte de celle de pays comparables. Ainsi, la proportion de fumeurs quotidiens dans la population adulte est inférieure à 20 % dans 15 des 34 pays membres de l'OCDE²⁷⁶. Là où un Français sur trois fume, c'est le cas d'un Anglais sur cinq. Les taux de fumeurs ont nettement diminué dans la majorité des pays membres de l'OCDE, en moyenne d'un cinquième au cours des dix dernières années, quand ils ont augmenté en France sur la même période.

2 - Une baisse des ventes stoppée en 2015

Après plusieurs années de baisse continue des mises en consommation sauf pour le tabac à rouler, qui, parce que moins taxé que les cigarettes, a notablement progressé, en particulier chez les jeunes, au point de représenter 15,5 % des ventes, la tendance s'est inversée. Toutes les consommations sont à nouveau à la hausse en 2015 (+ 1,6 % sur les huit premiers mois de l'année).

²⁷⁶ OCDE (2013), *Panorama de la santé 2013 : Les indicateurs de l'OCDE*, Éditions OCDE, p. 54, disponible sur http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-fr

**Tableau n° 2 : évolution des ventes de cigarettes
et de tabac à rouler dans le réseau légal de distribution
(en tonnes et en % d'une année sur l'autre)**

<i>En tonnes</i>	2011	2012	2013	2014	3 trim. de 2015/ 3 trim. de 2014
<i>Cigarettes</i>	54 108 - 1,3	51 456 - 4,9	45 527 - 11,5	45 014 - 1,1	+ 0,6
<i>Tabac à rouler</i>	7 976 + 5,0	8 489 + 6,4	8 710 + 2,6	8 447 - 3,0	+ 6,8
<i>Total</i>	62 084 - 0,6	59 945 - 3,4	54 237 - 9,5	53 461 - 1,4	+ 1,6

Source : Cour des comptes d'après données de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies

Il serait sans doute prématuré, à ce stade, d'en déduire une inversion de tendance durable, mais cette évolution constitue une contre-performance certaine et un sujet d'inquiétude. Elle montre que du temps a été perdu dans l'action publique et que les mesures prises dans l'attente de la mise en œuvre du PNRT n'ont sans doute pas été assez résolues.

*
**

La stagnation des indicateurs de prévalence et la remontée des ventes de tabac renforcent encore le caractère très ambitieux des objectifs fixés pour 2019 et 2024.

Elle met en évidence l'urgence de la remobilisation qu'entend porter le PNRT, mais aussi la nécessité pour obtenir des résultats dans le calendrier volontariste retenu de renforcer la stratégie mise en œuvre sur certains points déterminants.

III - Une action à renforcer

Pour ambitieuse qu'elle se veuille, la politique de lutte contre le tabagisme ne s'est pas donné tous les moyens d'atteindre ses objectifs. Outre la modestie des efforts en matière de communication et de prévention, la Cour avait souligné, à partir notamment de l'exemple britannique, l'importance déterminante de l'implication de l'ensemble des

professionnels de santé : leur mobilisation est demeurée en demi-teinte. Surtout, elle avait insisté sur la nécessité de jouer de manière cohérente et simultanée de l'ensemble des instruments de l'action publique, y compris en matière de fiscalité et de prix, sauf à n'obtenir que des résultats limités et peu durables. Or le levier de la fiscalité, d'un usage d'abord précautionneux, a fini par être écarté, au moins à court terme.

A - Des efforts de prévention à développer

La nécessité d'actions d'éducation et de prévention a été l'objet d'orientations expresses, aussi bien dans le plan cancer 2014-2019 que dans le plan gouvernemental 2013-2017 de lutte contre les drogues et les pratiques addictives ou dans le PNRT.

Cet effort est conduit essentiellement par l'INPES, sous forme notamment de campagnes ciblées en direction des jeunes, des femmes et des personnes en situation de précarité. Cet organisme collabore depuis 2002 avec la direction générale de l'enseignement scolaire pour la définition d'actions contre le tabagisme en milieu scolaire. Ces dernières ont été relancées en 2015 par le ministère de l'éducation nationale, dont l'implication pourrait encore être renforcée.

Cependant, la limite principale de la politique de prévention réside actuellement dans l'absence de crédits qui lui soient spécifiquement consacrés. Le PNRT a prévu la création d'un fonds dédié à la lutte contre le tabagisme et alimenté par une contribution de l'industrie du tabac. Ce dispositif n'a cependant pu être mis en œuvre à ce stade.

Les crédits consacrés à la lutte contre le tabagisme, que la Cour avait estimés en 2012 à 100 M€, restent, en tout état de cause, très modestes au regard de l'importance du problème de santé publique.

B - Une implication de l'ensemble des professionnels de santé à accroître

La Cour avait relevé en 2012 que les pays présentant les meilleurs résultats avaient développé des actions spécifiques, sans associer le tabagisme à d'autres addictions, et en mobilisant les divers professionnels de santé organisés en réseaux autour des médecins. Il en était résulté une prise en charge plus complète des fumeurs et un accompagnement plus aisé et plus probant dans le processus d'arrêt du tabac que nombre d'entre

eux souhaitent engager. Elle remarquait que l'offre en France restait, à la fois, peu développée en médecine de ville, alors même qu'un rôle essentiel revient aux médecins généralistes dans le soutien aux démarches de sevrage, et mal identifiée en matière hospitalière, où les services d'addictologie se révèlent d'accès compliqué.

Des initiatives utiles ont été prises depuis lors dans le cadre du PNRT. Ainsi, à la suite de la publication de recommandations de bonnes pratiques par la Haute Autorité de santé (HAS) pour le dépistage individuel et la prise en charge de l'arrêt de l'usage du tabac²⁷⁷, des outils destinés à aider les médecins dans l'accompagnement du fumeur vers la sortie du tabac sont en cours de déploiement. L'intégration de cet accompagnement comme un des éléments pris en compte pour la détermination de la rémunération des médecins sur objectifs de santé publique est envisagée dans le cadre des négociations conventionnelles qui s'engageront en 2016.

La CNAMTS travaille également avec l'INPES à introduire la problématique du tabagisme dans les thématiques prioritaires des visites aux médecins libéraux des délégués de l'assurance maladie. Elle cherche, par ailleurs, à mettre à profit les dispositifs d'accompagnement de certains assurés sociaux qu'elle développe pour y intégrer la dimension de l'aide à l'arrêt du tabac.

L'action de la caisse nationale d'assurance maladie

On a pu constater à l'étranger, et des études françaises l'ont confirmé, le rôle très utile, dans les processus d'arrêt du tabac, de simples « conseils minimaux » ou même de quelques questions élémentaires posées à l'occasion d'une rencontre avec un professionnel de santé.

La CNAMTS a lancé une action spécifique en ce sens, s'appuyant sur l'existence d'un dispositif d'accompagnement des assurés atteints de maladies chroniques telles que le diabète (dispositif SOPHIA), pour que les infirmiers conseillers en santé mettent en œuvre le « conseil minimal ». Les résultats (nombre d'arrêts du tabac) apparaissent positifs.

²⁷⁷ En revanche, la HAS renvoie le dépistage de la consommation de tabac chez l'adolescent à des fiches thématiques élaborées par la direction générale de l'enseignement scolaire conçues pour apporter une aide aux équipes éducatives.

Une action du même ordre est mise en œuvre par les sages-femmes dans le cadre de l'accompagnement du retour à domicile des femmes venant d'accoucher (dispositif PRADO).

Pour intéressantes qu'elles soient, ces mesures restent encore ponctuelles et ne s'intègrent pas dans une démarche structurée et systématique d'accompagnement et dans un parcours d'aide à l'arrêt du tabac, mobilisant fortement l'ensemble des professionnels de santé en ville. Elles ne mettent pas suffisamment l'accent sur la constitution de réseaux de professionnels, grâce auxquels le médecin traitant orienterait ses patients fumeurs vers l'intervenant le plus adapté à leur cas dans une logique de parcours de soins.

C - Des hausses de prix plus fortes et plus continues à imposer

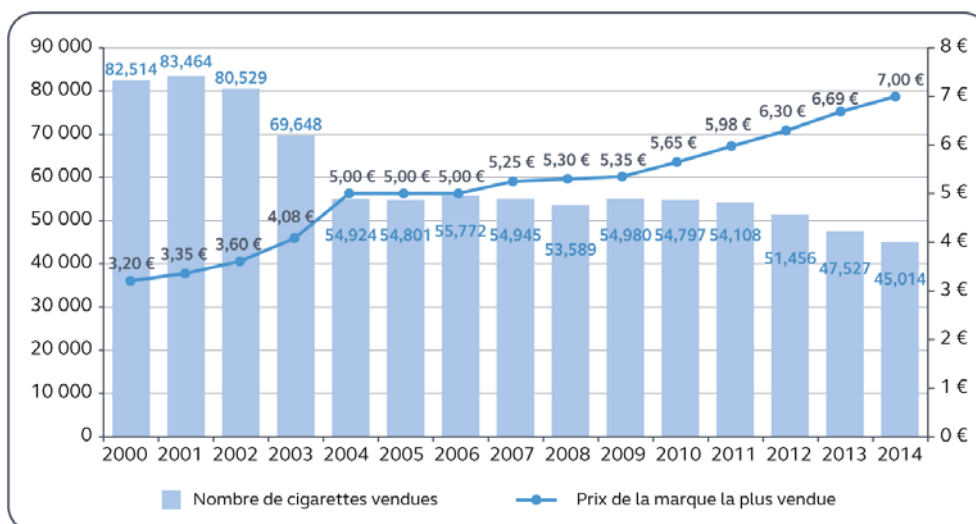
L'effet des hausses de prix sur le niveau de consommation est direct, mais différencié selon leur ampleur.

Après avoir augmenté de 6 % au 1^{er} octobre 2012 du fait d'un relèvement de la fiscalité qui leur était applicable, les prix du tabac ont été relevés de 4,5 % au 1^{er} juillet 2013 à la suite d'une nouvelle hausse des droits sur le tabac²⁷⁸. Au 1^{er} janvier 2014, ils ont progressé à nouveau, mais dans une proportion faible, en moyenne de 3 %.

Le graphique n° 1 montre que la baisse la plus prononcée de la consommation est survenue entre 2003 et 2004, moment de la hausse tarifaire la plus forte. Dans la période qui a suivi, de 2004 à 2010, on note la coïncidence d'une quasi-stabilité des prix et de la stagnation de la consommation. Cette dernière n'a repris sa décroissance de façon un peu sensible qu'avec les hausses tarifaires qui ont suivi.

²⁷⁸ La structure de la fiscalité sur les tabacs a, par ailleurs, été modifiée au 1^{er} janvier 2013 pour réduire, sans le supprimer ainsi que la Cour l'avait recommandé, un écart de taxation facilitant un report de consommation en cas de hausse des prix des cigarettes vers le tabac à rouler ou les cigares ou cigarillos.

**Graphique n° 1 : ventes de cigarettes (en millions d'unités)
et prix du paquet de cigarettes de la marque la plus vendue
(en euros courants)**



Source : Logista

En tout état de cause, ces relèvements de prix ont été, pour les cigarettes, toujours inférieurs au seuil minimal (10 %), estimé nécessaire selon l'ensemble des experts pour pouvoir provoquer une baisse durable des ventes. Leur amplitude n'a cessé de décliner depuis 2012. A contrario pour le tabac à rouler, les augmentations ont été plus fortes, notamment en 2014, année où la hausse des prix constatée a été de 10,8 % et, pour la première fois depuis 2009, le volume des ventes de cette catégorie de produits a reculé.

S'est ainsi poursuivie une politique prudente optimisant dans les faits le rendement financier à la fois pour l'État²⁷⁹, les industriels et les débiteurs de tabac, dont la Cour avait relevé pour la période immédiatement antérieure les limites et les contradictions au regard des objectifs de santé publique affichés.

Aucune hausse des prix des cigarettes n'est intervenue au 1^{er} janvier 2015, en raison notamment d'une modification apportée par la loi de finances rectificative pour 2014 à la détermination d'une composante de la fiscalité sur les tabacs (part dite spécifique). Auparavant, celle-ci progressait en fonction de la hausse des prix de

²⁷⁹ Les droits de consommation sur le tabac sont depuis 2013 intégralement reversés aux organismes sociaux, pour un montant en 2014 de 11,24 Md€. La TVA perçue sur les produits du tabac porte à 14 Md€ le montant total des recettes fiscales issues du tabac.

l'année précédente, désormais son montant est fixé par la loi en valeur absolue. Il en est résulté un gel des prix des cigarettes²⁸⁰, occasionnant une perte de recettes pour la sécurité sociale de l'ordre de 170 M€ en 2015.

Si, à ce stade, en l'absence d'analyses plus poussées, aucune corrélation ne peut être établie entre cette stabilité des prix en 2015 et la tendance à une reprise des ventes de cigarettes et, plus encore, du tabac à rouler, qui se dessine sur les trois premiers trimestres, cette coïncidence pose néanmoins question.

Les pouvoirs publics ont choisi en tout état de cause de prolonger ce moratoire en 2016, donnant la priorité à la mise en place du paquet neutre, dans un contexte où le débat récurrent sur l'incidence des différentiels de prix et de fiscalité entre pays européens sur les achats hors réseau des débiteurs de tabac reste particulièrement vif, mais toujours aussi mal documenté.

Les débiteurs de tabac font valoir que les hausses de fiscalité et de prix provoquent un détournement des ventes hors du réseau officiel. Ils considèrent en effet que les baisses de ventes susceptibles d'être enregistrées par ce dernier sont, en réalité, compensées par d'autres formes d'approvisionnement des consommateurs, du fait notamment des différences importantes de prix entre pays : légalement par achats transfrontaliers autorisés dans certaines limites, illégalement, par achat sur internet²⁸¹, par exemple, ou par voie de contrebande, en particulier sous forme organisée.

La lutte contre le commerce illicite constitue une dimension majeure de la lutte contre le tabagisme, comme l'avait souligné la Cour en appelant à son renforcement, plus particulièrement par la mise en œuvre des dispositifs de traçage des produits du tabac institués par un protocole signé dans le cadre de l'OMS en novembre 2012. La ratification de celui-ci par une loi du 26 octobre 2015 permet désormais d'accroître le contrôle de la chaîne logistique et d'identifier l'origine et la destination des produits de tabac, notamment par l'application d'un marquage unique, sécurisé et indélébile sur chaque produit.

²⁸⁰ La part spécifique a, en revanche, légèrement progressé pour les cigares et cigarillos.

²⁸¹ Une nouvelle prohibition de vente et d'achat à distance de produits du tabac manufacturés a été instituée à cet égard par la loi du 29 décembre 2014 de finances, qui a également accru les sanctions pénales en cas de trafic en bande organisée.

Pour autant, les divergences de fiscalité et les différences de prix persistantes en Europe portent atteinte à l'efficacité de la lutte contre la prévalence tabagique en constituant un cadre propice aux trafics de tabac. La Cour avait recommandé, à cet égard, aux pouvoirs publics d'engager des actions au plan européen en vue d'une meilleure harmonisation des niveaux de taxation et de prix du tabac. À la suite de l'adoption par l'Assemblée nationale en juin 2015 d'une résolution appelant à une coordination des politiques européennes en matière de prévention et de lutte contre le tabac, notamment par « une harmonisation fiscale par le haut », les ministres chargés de la santé et du budget ont saisi la Commission européenne, par lettre du 11 septembre 2015, afin d'évoquer la possibilité d'une révision en ce sens de la directive européenne régissant cette matière.

En tout état de cause, des données objectives font toujours défaut pour évaluer l'impact des hausses sur les circuits d'achat et même pour évaluer l'importance actuelle des ventes hors réseau officiel. Celles-ci représenteraient environ entre un cinquième et un quart des ventes totales, mais les estimations divergent très fortement entre l'administration et les acteurs du tabac sur l'importance respective des achats transfrontaliers légaux et de la contrebande : pour les buralistes, se fondant sur une enquête annuelle commanditée par les industriels du tabac, le marché illicite représenterait actuellement près de 26 % de la consommation de tabac, contre 22 % environ en 2012, dont de l'ordre de 20 % résulterait de la contrebande. À l'inverse, l'administration estime à partir d'une étude remontant à 2011 à environ 6 % le montant des achats de tabac résultant de la contrebande et de la contrefaçon.

Contrairement aux recommandations de la Cour, la question des achats hors réseau n'a ainsi pas fait l'objet d'éclairages supplémentaires pourtant indispensables. Il manque toujours à la direction générale des douanes et droits indirects, notamment, un instrument de mesure fiable et précis des effets économiques des mouvements de prix. Les désaccords persistants sur l'intensité du commerce illicite apparaissent une difficulté majeure pour mener dans la durée une politique de prix qui contribue efficacement aux objectifs de santé publique. Une analyse actualisée et indépendante apparaît d'autant plus indispensable que l'expiration fin 2016 du troisième « contrat d'avenir » passé avec les buralistes ne manquera pas d'aviver le débat sur l'importance des achats hors réseau, notamment illicites, et sur leur incidence sur la santé économique du réseau des débits de tabac.

Le réseau des buralistes

Les buralistes exercent pour le compte de l'administration le monopole de la vente de tabac (article 568 du code général des impôts). Un tel monopole de distribution par un réseau de « préposés de l'administration » n'est pas la règle dans l'Union européenne : en 2012, il était estimé que 22 % des cigarettes y étaient achetées dans des supermarchés et 10 % dans des distributeurs automatiques.

Depuis 2012, le nombre de débits de tabac a continué de décroître en moyenne de 500 par an pour revenir à un total de 26 000 débits de tabac au 31 décembre 2014. Ce rythme de fermeture se serait sensiblement accéléré en 2015, malgré la reprise des ventes de tabac.

Les buralistes sont rémunérés au moyen d'un pourcentage du chiffre d'affaires relatif au tabac qu'ils réalisent. Depuis 2004, les pouvoirs publics leur apportent des aides destinées à compenser la diminution de revenu liée aux baisses des ventes et à diversifier l'activité. Elles se sont élevées à 255 M€ de 2012 à 2014.

La Cour avait souligné, aussi bien dans son évaluation de la politique de lutte contre le tabagisme que dans son rapport public annuel de février 2013²⁸², que ce mécanisme d'aide, prévu à titre transitoire et qui s'était prolongé sans justification pertinente, dès lors que le chiffre d'affaires global de la profession avait en réalité très fortement augmenté, était généreux, porteur d'effets d'aubaine massifs au profit, en particulier, des débitants les plus prospères et peu incitatif à la diversification des activités. Elle avait appelé à leur remise en cause complète pour ne laisser subsister que les aides structurelles destinées à permettre de moderniser le réseau et à renforcer la sécurité des buralistes. Une réforme a été esquissée lors de la préparation du PNRT, mais n'a pas prospéré, alors même que tant la situation des finances publiques que la lutte contre le tabagisme rendent indispensable un meilleur ciblage des concours apportés à la profession.

*
**

Les expériences des pays les plus engagés dans la lutte contre le tabagisme attestent de l'efficacité de l'outil fiscal s'il est employé dans la durée et à un niveau adapté, en cohérence avec d'autres : une prévention active, une réglementation volontariste et contrôlée, un accompagnement organisé à l'arrêt du tabac, enfin une répression ferme du trafic illicite.

²⁸² Cour des comptes, *Rapport public annuel 2013*, Tome I, volume 1. Le soutien de l'État aux débitants de tabac : des aides injustifiées, p. 583_620. La Documentation française, février 2013, 657p., disponible sur. www.ccomptes.fr

C'est bien le choix d'une mobilisation de l'ensemble des instruments possibles qui a permis au Royaume-Uni de parvenir à réduire de près de 10 points en dix ans le niveau de la consommation de tabac, le ramenant de 30 à 20 % dans l'ensemble de sa population.

Au regard des objectifs du même ordre qu'a fixés à 10 ans le PNRT – ramener en 2024 à moins de 20 % de la population le nombre de fumeurs quotidiens –, une prolongation du moratoire fiscal décidée pour les années 2015 et 2016 ou son relais par des hausses de prix calibrées à un niveau insuffisant pour provoquer l'arrêt du tabac apparaîtraient de nature à compromettre très fortement leur atteinte.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Avec le programme national de réduction du tabagisme, cherche à s'affirmer, comme la Cour en avait souligné l'impérieuse nécessité, une véritable stratégie de lutte contre le tabagisme, construite et volontariste. Des progrès importants ont été réalisés en termes de fixation des objectifs et des priorités, de solidité de pilotage et de mise en œuvre intégrée d'un ensemble d'outils diversifiés, donnant suite par là même à une grande partie des recommandations que la Cour avait formulées en 2012.

Cependant, leur définition et leur mise en œuvre effective se sont inscrits dans des délais, sans doute difficilement évitables, qui n'ont pu permettre encore à la situation elle-même de s'améliorer. Par rapport aux constats faits il y a trois ans, les évolutions récentes de la prévalence et des ventes sont même particulièrement préoccupantes si elles devaient se confirmer dans la durée. Les coûts sociaux du tabac apparaissent de leur côté encore plus considérables qu'estimés jusqu'alors, même si leur évaluation reste fragile.

Dans ce contexte, l'action publique ne saurait se priver de faire jouer à plein l'ensemble des instruments dont elle peut disposer pour se mettre en mesure d'atteindre effectivement les objectifs ambitieux de santé publique fixés pour 2019 et 2024. Cela suppose, notamment, un effort accru de prévention, une mobilisation beaucoup plus forte de l'ensemble des professionnels de santé et une politique active des prix recourant de manière appropriée à l'instrument fiscal, afin d'avoir un effet réellement dissuasif. À défaut, et quels que soient les efforts déployés par ailleurs, le risque est patent que les résultats obtenus ne soient ni rapides ni durables.

La Cour réitère en conséquence, en les reformulant, les recommandations suivantes :

- 1. affiner la mesure des incidences des mouvements de prix sur les ventes hors réseau et mesurer les effets du paquet neutre sur la consommation ;*
 - 2. mettre en œuvre dans la durée une politique de relèvement soutenu des prix en usant de l'outil fiscal à un niveau suffisant pour provoquer une baisse effective et durable de la consommation ;*
 - 3. mobiliser de manière coordonnée, et en suscitant la création de réseaux, l'ensemble des différents professionnels de santé sur la prévention du tabagisme et l'aide à l'arrêt du tabac.*
-