

ALFRED RECOURS

Député de l'Eure

Politique de santé et Fiscalité du tabac

Rapport à

MONSIEUR LE PREMIER MINISTRE

SEPTEMBRE 1999

MISSION PARLEMENTAIRE SUR LA FISCALITE DU TABAC

SOMMAIRE

PREMIERE PARTIE : UN FLEAU SANITAIRE COUTEUX QUI DOIT ETRE COMBATTU PRIORITAIREMENT PAR UNE FORTE AUGMENTATION DES PRIX DU TABAC.....	5
1. UN FLEAU SANITAIRE MAJEUR DONT LES CONSEQUENCES NEFASTES VONT S'AGGRAVER AU COURS DES PROCHAINES DECENNIES.....	5
<u>1.1. UN PRODUIT TOXIQUE GENERANT UNE FORTE DEPENDANCE</u>	<u>5</u>
1.1.1. <i>un facteur majeur de risque de pathologies graves.....</i>	5
1.1.2. <i>d'importants phénomènes de dépendance</i>	9
<u>1.2. EN DEPIT DE PROGRES RECENTS, LE TABAGISME DEVRAIT TUER TOUJOURS DAVANTAGE AU COURS DES PROCHAINES DECENNIES</u>	<u>10</u>
1.2.1. <i>des données statistiques alarmantes sur la mortalité, actuelle et prévisible attribuable au tabac</i>	10
1.2.2. <i>des progrès récents encore insuffisants</i>	12
2. UN COUT IMPORTANT SUPPORTE ESSENTIELLEMENT PAR L'ASSURANCE MALADIE.....	15
<u>2.1. LES COUTS DU TABAGISME RESTENT TRES MAL CONNUS</u>	<u>15</u>
2.1.1. <i>les difficultés de l'évaluation</i>	15
2.1.2. <i>des études économiques rares et largement contradictoires</i>	15
<u>2.2. IMPORTANT, LE COUT DU TABAGISME EST LARGEMENT SUPPORTE PAR L'ASSURANCE MALADIE</u>	<u>19</u>
2.2.1. <i>un coût important largement sous-estimé</i>	19
2.2.2. <i>une charge importante pour l'assurance maladie.....</i>	19
3. UNE ACTION DISSUASIVE PASSANT PRIORITAIREMENT PAR UNE POLITIQUE DE HAUSSES DE PRIX ET COMPLETEE PAR QUELQUES MESURES CIBLEES D'ACCOMPAGNEMENT.....	21
<u>3.1. UNE SENSIBILITE IMPORTANTE DE LA CONSOMMATION AU PRIX DU TABAC</u>	<u>21</u>
3.1.1. <i>les données françaises</i>	21
3.1.2. <i>les données européennes.....</i>	22
<u>3.2. LES CONDITIONS DE L'EFFICACITE D'UNE ACTION PAR LES PRIX.....</u>	<u>23</u>
3.2.1. <i>une efficacité variable selon les fumeurs.....</i>	23
3.2.2. <i>une action de santé publique inscrite dans une politique de prévention et d'éducation sanitaire.....</i>	28
DEUXIEME PARTIE : UN REGIME FISCAL ET UN CONTEXTE ECONOMIQUE QUI LAISSENT D'IMPORTANTES MARGES DE MANOEUVRE POUR DE NOUVELLES HAUSSES DE PRIX.....	32
1. L'ALOURDISSEMENT DE LA FISCALITE FRANÇAISE SUR LE TABAC DANS LE CADRE COMMUNAUTAIRE.....	32
<u>1.1. LE REGIME ECONOMIQUE ET FISCAL APPLICABLE EN FRANCE</u>	<u>32</u>
1.1.1. <i>un régime économique encadré.....</i>	32
1.1.2. <i>un régime fiscal complexe.....</i>	33
<u>1.2. LES MARGES DE MANOEUVRE OFFERTE PAR LA REGLEMENTATION COMMUNAUTAIRE</u>	<u>35</u>
1.2.1. <i>le régime fiscal communautaire</i>	35
1.2.2. <i>les marges de manoeuvre disponibles</i>	36
2. L'IMPORTANCE RELATIVE DES CONTRAINTES ECONOMIQUES ALLEGUEES.....	38
<u>2.1. LA PROTECTION DES INTERETS DES PRODUCTEURS DE TABACS ET DE LA SEITA.....</u>	<u>38</u>
2.1.1. <i>la protection des intérêts des producteurs de tabacs</i>	38
2.1.2. <i>la défense des intérêts de la SEITA</i>	39
<u>2.2. LES RISQUES DE GUERRE DES PRIX ET DE DEVELOPPEMENT DE LA CONTREBANDE</u>	<u>40</u>
2.2.1. <i>les menaces de guerre des prix</i>	40
2.2.2. <i>le développement de la contrebande</i>	42
<u>2.3. LE MAINTIEN DU RESEAU DES DEBITANTS DE TABACS</u>	<u>42</u>
2.3.1. <i>un réseau constituant un élément d'aménagement du territoire.....</i>	42

2.3.2. <i>une revalorisation souhaitable des revenus des petits débiteurs</i>	43
TROISIEME PARTIE : PROPOSITIONS	45
1. AUGMENTATION DE 20 % DES PRIX DE VENTE :	45
2. INTERDICTION DE LA VENTE AUX MOINS DE 16 ANS :	45
3. CONFORTER LE MONOPOLE DE VENTE AU DETAIL :	46
4. DESENGAGER L'ETAT, C'EST DONNER DU SENS A LA FISCALITE DU TABAC :	46
4.1. <u>LA T.V.A., RECETTE DE L'ETAT :</u>	46
4.2. <u>LA SEITA :</u>	46
4.3. <u>BASCULER LES DROITS DE CONSOMMATION SUR L'ASSURANCE MALADIE :</u>	46
5. DES 2000, MODIFIER LE TAUX DE PRELEVEMENT AU BENEFICE DE LA C.N.A.M. :	47
6. REMBOURSEMENT DU PATCH ET DES TRAITEMENTS HOMOLOGUES :	47
7. RESPECTER LA RECOMMANDATION « 1% DE L'OMS » :	47
8. HORS DE L'HEXAGONE :	48
9. AU NIVEAU EUROPEEN :	48
10. LA STRUCTURE DE LA FISCALITE DU TABAC :	48
ANNEXES	49

**PREMIERE PARTIE : UN FLEAU SANITAIRE COUTEUX QUI DOIT ETRE COMBATTU
PRIORITAIREMENT PAR UNE FORTE AUGMENTATION DES PRIX DU TABAC**

**1. UN FLEAU SANITAIRE MAJEUR DONT LES CONSEQUENCES NEFASTES VONT S'AGGRAVER
AU COURS DES PROCHAINES DECENNIES**

D'après les estimations de l'OMS effectuées au niveau mondial, un tiers des personnes âgées de 15 ans et plus fume. En France, 34,8 % des personnes âgées de 18 ans et plus déclarent être fumeurs et 27,5 % sont des fumeurs réguliers avec une consommation moyenne déclarée de 15 cigarettes par jour. Ces quelques chiffres permettent de mesurer l'importance du fléau sanitaire que constitue le tabagisme actuel.

Toutefois, les pathologies liées au tabac s'observant à long terme, il convient d'insister sur le fait que la gravité de la situation présente est en grande partie sous estimée : les conséquences du tabagisme des années 1960 sont actuellement observables mais les effets de la progression de la consommation, notamment féminine, de tabac depuis cette période sont à venir.

1.1. un produit toxique générant une forte dépendance

Il convient de rappeler que, en raison de ses caractéristiques, le tabac a été classé dans le rapport Roques (juin 1998) parmi les drogues générant une forte dépendance :

	Héroïne	Cocaïne	Psycho-stimulants	Alcool	Benzo-diazépines	Canabi-noïdes	Tabac
Dépendance physique	très forte	faible	faible	très forte	moyenne	faible	forte
Dépendance psychique	très forte	forte	moyenne	très forte	forte	faible	très forte
Neurotoxicité	faible	forte	forte	forte	nulle	nulle	nulle
Toxicité générale	forte	forte	forte	forte	très faible	très faible	très forte
Dangerosité sociale	très forte	très forte	faible	forte	faible	faible	nulle

1.1.1. un facteur majeur de risque de pathologies graves

De nombreuses études ont confirmé que le tabagisme constituait un facteur de risque important pour les fumeurs mais aussi pour leur entourage, conduisant au développement de pathologies graves.

a) la toxicologie du tabac

La fumée du tabac est un aérosol contenant de très nombreuses substances chimiques qui peuvent être classées selon leurs effets sur les tissus de l'organisme : asphyxiants chimiques, irritants, composés ciliostatiques, cancérigènes et substances pharmacologiquement actives. L'action simultanée des différents composants du tabac et de la fumée se traduit par une action toxicomanogène, irritative sur les voies respiratoires, cancérigènes et ischémique au niveau coronaire.

Les cancers de la trachée, des bronches et du poumon sont provoqués par le dépôt de produits cancérigènes. Certains de ces produits sont absorbés par les poumons et transportés en d'autres régions du corps où ils déclenchent d'autres cancers.

Les maladies cardio-vasculaires sont causées par les nombreuses substances contenues dans la fumée qui passent par les poumons et se dissolvent dans le sang, affectant l'hémoglobine, les plaquettes, les parois des vaisseaux et le rythme cardiaque.

Enfin, diverses pathologies regroupées sous le nom de bronchopneumopathies chroniques sont dues aux substances à effet ciliostatique. Ces substances provoquent une hypersécrétion ainsi que des changements dans la structure chimique et la nature physique du mucus et irritent les bronches et bronchioles, provoquant une inflammation de la muqueuse.

b) un facteur majeur de risque

Le tabagisme est un facteur majeur de risque de survenue de pathologies graves. Ce risque peut globalement être ainsi évalué pour la France :

Risque relatif du fumeur par rapport au non fumeur	
Cancers :	
poumon, larynx	10
bouche, pharynx	6
oesophage	3,5
vessie	3
pancréas	2
Maladies circulatoires	3
Cardiopathies ischémiques	2,2
Bronchites chroniques	10

source : E. Jouglu (INSERM, SC8)

L'ampleur du risque est fonction de l'âge de début de la consommation, de la durée d'exposition au tabac, du nombre de cigarettes fumées et de la profondeur de l'inhalation de la fumée.

Si l'importance de la consommation de tabac est une variable importante, il convient de souligner que le risque n'est cependant jamais nul c'est-à-dire qu'il n'existe pas, comme pour l'alcool, de consommation modérée non toxique. Cette réalité est cependant assez mal perçue

en France où les enquêtes indiquent que le nombre de cigarettes par jour à partir duquel il serait dangereux de fumer est estimé en moyenne à 10 cigarettes par l'ensemble des personnes interrogées. Et le jugement est particulièrement erroné au niveau des jeunes, des femmes et des personnes peu diplômées.

La consommation de tabac est dangereuse dès la première cigarette fumée régulièrement : il n'existe donc pas de "tabagisme raisonnable", de dose-seuil en dessous de laquelle un petit fumeur rejoint le risque du non-fumeur.

Il convient également de relever que pour chaque fumeur, ce niveau de risque est soumis à des facteurs individuels qui peuvent en augmenter la portée : facteurs génétiques, environnementaux, socio-économiques, etc. En particulier, le tabac peut potentialiser certains risques professionnels, dans des milieux industriels soumis à des polluants atmosphériques.

c) des pathologies graves

Les principales causes de décès attribuables au tabac sont les cancers des poumons et des voies aéro-digestives supérieures, les maladies cardio-vasculaires ainsi que les maladies respiratoires chroniques.

Le tabac vient en tête de toutes les causes connues de cancer et est considéré comme responsable de la quasi totalité des cancers du poumon. Rare en 1920, le cancer du poumon est ainsi devenu depuis 1950 dans presque tous les pays industrialisés, le plus meurtrier des cancers de l'homme. Etroitement corrélée à la progression de la consommation de tabac, l'explosion soudaine de ce type de cancer fait de cette pathologie un véritable marqueur de l'épidémie de tabagisme.

En France, un quart des décès par cancer, soit plus de 30.000 morts, est attribuable au tabac :

- 85 % des cancers du poumon,
- de 54 à 87 % des cancers des voies aéro-digestives supérieures selon la localisation (pharynx, bouche, oesophage, larynx),
- 40 % des cancers de la vessie,
- et 30 % des cancers du pancréas.

Il convient de souligner que, davantage que la quantité quotidienne de tabac, c'est la durée de la consommation de tabac qui constitue la première variable de risque :

- ainsi, le risque de décès est 3 fois plus élevé pour une consommation de 25 cigarettes que pour une consommation de 14 cigarettes par jour,
- mais l'excès de risque est 20 fois supérieur après 30 ans de tabagisme qu'après 15 ans et 100 fois plus élevé après 45 ans qu'après 15 ans de tabagisme.

Les maladies cardio-vasculaires, qui représentent près de 170.000 décès, sont largement liées au tabagisme. En particulier, les décès attribuables au tabagisme représentent près de 30 % des décès des hommes de 35 à 69 ans dus à l'appareil circulatoire.

Pour ces maladies, une forte relation avec les quantités de tabac consommées peut être constatée. Ainsi, le risque de survenue d'un infarctus du myocarde est doublé pour une

consommation de 10 cigarettes par jour mais triplé lorsque la consommation est de 20 cigarettes par jour.

Par ailleurs, les risques cardio-vasculaires sont fortement augmentés par la présence d'autres facteurs avec lesquels le tabac agit en synergie (hypercholestérolémie, diabète, hypertension artérielle). En particulier, les fumeuses sous contraception orale ont un risque cardio-vasculaire multiplié par 10 par rapport aux non-fumeuses (accidents vasculaires cérébraux).

En ce qui concerne les maladies respiratoires chroniques qui représentent environ 13.000 décès annuels, le rôle du tabagisme est également majeur. La fumée du tabac entraîne une irritation, facteur d'obstruction et de surinfection des voies aériennes supérieures. Les lésions augmentent avec la durée comme avec l'intensité du tabagisme.

Le tabac est à lui seul le facteur de risque le plus important pour le développement d'une broncho-pneumopathie chronique : deux à trois millions de bronchitiques chroniques ont ainsi une maladie directement imputable au tabac, ayant causé 6.000 décès chez les hommes et 3.000 décès chez les femmes en 1990.

d) les conséquences pour les non-fumeurs

Les effets de l'exposition involontaire à la fumée de tabac ou tabagisme passif ont commencé à être étudié depuis une vingtaine d'années. Bien qu'ils ne soient pas encore précisément mesurés, ces effets apparaissent importants, n'en déplaise aux marchands de cigarettes tentés par de vastes campagnes d' "information" visant à minimiser les conséquences du tabagisme passif (Phillip Morris en 1996)

La plupart des études menées ont pris en compte le tabagisme du conjoint. Il convient en particulier de citer une enquête japonaise (Hirayama) qui a montré en 1981 que les femmes non fumeuses épouses de maris fumeurs avaient deux fois plus de cancers du poumon que celles de maris non fumeurs. Des études postérieures ont confirmé l'importance du risque pour le conjoint non fumeur avec une augmentation moyenne de 35 % du risque de cancer du poumon. En France, une prudente estimation attribue une centaine de cas de cancers du poumon par an au tabagisme du conjoint.

Les effets du tabagisme sur les enfants sont également mis en évidence. Lors de la grossesse, le tabagisme a des effets très divers allant du faible poids à la naissance jusqu'à l'augmentation du nombre des enfants prématurés, mort-nés et morts peu de temps après leur naissance. Actuellement, un quart des nouveau-nés a été exposé in utero aux produits du tabac et environ la moitié d'entre eux subit un tabagisme passif d'origine parentale.

Chez le jeune enfant, l'exposition à la fumée de tabac entraîne une augmentation du risque d'infection des voies aériennes supérieures (otites aiguës, rhino-pharyngites) et inférieures (bronchites, bronchiolites, pneumonies). Les maladies aiguës des voies respiratoires pendant l'enfance peuvent avoir des effets à long terme sur la croissance, sur le développement des poumons ainsi que sur l'apparition de bronchopneumopathies chroniques à l'âge adulte. Le tabagisme environnemental peut, en outre, déterminer l'apparition d'un asthme et, chez l'enfant asthmatique, il accroît la fréquence et la sévérité des symptômes.

Le tabagisme en milieu professionnel est à ce jour nettement moins analysé alors que le développement de la climatisation génère de nouveaux problèmes. La filtration de l'air recyclé n'arrêtant pas la plupart des produits toxiques de la fumée de tabac (monoxyde de carbone, benzène, substances cancérigènes), les produits du tabac sont ainsi introduits dans tous les bureaux des bâtiments climatisés.

Le rapport à l'académie nationale de médecine sur le tabagisme passif (mai 1997) indique que le tabac est la plus grave source de pollution de l'air générant des expositions passives correspondant, selon les conditions, à la consommation de 0,1 à 2 cigarettes par jour. Comme il n'existe pas de seuil à l'effet carcinogène de la fumée de tabac, ce même rapport estime à environ 200 par an, le nombre de cas de cancer du poumon causés par l'exposition passive au tabac pendant l'enfance, au travail ainsi par le tabagisme au foyer familial.

1.1.2. d'importants phénomènes de dépendance

Le tabagisme devrait être la cause la plus facilement évitable de maladies et de décès puisque les risques en sont largement connus de tous, y compris des fumeurs. Or le tabagisme ne régresse que lentement en raison de l'installation rapide d'une dépendance chez nombre de fumeurs réguliers.

a) les bienfaits de l'arrêt du tabac

S'il n'est pas motivé par les signes avant-coureurs d'une maladie, l'arrêt du tabac est bénéfique à tout âge et pour toutes les pathologies attribuables au tabac et particulièrement pour les maladies cardio-vasculaires.

En matière de pathologie cardiaque, l'arrêt du tabagisme est particulièrement bénéfique puisque le risque de décès par maladie coronarienne diminue de 50 % après un an de sevrage et rejoint celui des non-fumeurs au bout de 10 ans.

S'agissant des cancers, l'excès de risque reste constant pendant plusieurs années après l'arrêt définitif du tabac mais diminue ensuite régulièrement pour rejoindre le niveau de risque des non-fumeurs au delà de 10 à 15 ans de sevrage.

Enfin, pour les maladies respiratoires chroniques, le sevrage arrête le processus de destruction des parois alvéolaires pulmonaires mais ne permet pas de récupérer une fonction pulmonaire normale même à long terme.

Les lourdes conséquences du tabagisme sur la santé comme les bienfaits d'un arrêt du tabac expliquent que la moitié des fumeurs interrogés souhaitent s'arrêter de fumer. Pourtant, en raison de la forte dépendance générée par le tabac, échecs et récurrences se multiplient parmi ces fumeurs : chaque année plus d'un fumeur sur trois tente d'arrêter de fumer mais un sur dix parvient à rompre avec le tabac.

b) la dépendance tabagique

Plusieurs études sur l'homme et l'animal ont montré que la nicotine est une substance psychotrope puissante qui, à haute dose, peut provoquer l'intoxication et la mort. Cette

substance est à l'origine d'une bonne partie du plaisir et de la satisfaction qu'éprouvent les fumeurs, constituant une sorte de palliatif de divers états dysphoriques liés à l'ennui ou au stress.

L'administration de nicotine peut conduire à l'accoutumance. Après le début du tabagisme, le fumeur est ainsi souvent amené à augmenter progressivement sur plusieurs années sa consommation de tabac. Sa tolérance à la nicotine augmente parallèlement, le poussant à fumer davantage pour éprouver les mêmes sensations. En France, les personnes qui consomment du tabac depuis plus de 10 ans fument ainsi de plus grandes quantités que les autres et cela quel que soit le sexe (15,1 contre 12,7 cigarettes par jour).

Surtout, en activant les récepteurs du système nerveux central, la nicotine peut rapidement installer chez le fumeur un processus de forte dépendance. La privation de nicotine engendre alors un syndrome de manque se traduisant notamment par un besoin violent de nicotine, l'altération du pouvoir de concentration, des troubles de performances cognitives, des changements d'humeur et une fonction cérébrale altérée.

Toutefois, la dépendance au tabac est un phénomène complexe qui combine, outre le facteur pharmacologique, différents facteurs sociaux et comportementaux. Au delà d'une dépendance physiologique, le tabagisme peut également correspondre à une dépendance sociale (convivialité, attitude) ou psychique (aide dans les situations de stress, stimulation intellectuelle, soutien moral, détente).

Il existe ainsi différents profils de fumeurs auxquels devraient être proposées des stratégies de sevrage adaptées à leur type de dépendance.

1.2. en dépit de progrès récents, le tabagisme devrait tuer toujours davantage au cours des prochaines décennies

1.2.1. des données statistiques alarmantes sur la mortalité, actuelle et prévisible attribuable au tabac

a) le niveau actuel de mortalité

L'OMS estime que le tabac est responsable de près 3 millions de décès par an (soit environ 6 % de la mortalité totale) dont plus de 500.000 décès féminins. La moitié des décès dus au tabac se situe dans les pays industrialisés.

En France, le nombre de décès annuels attribuables au tabac est estimé à 60.000 en 1995, ce qui représente plus de un décès sur 9 : 21 % de la mortalité masculine mais encore moins de 2 % de la mortalité féminine. Plus de la moitié de ces décès est due aux cancers, un quart aux maladies cardio-vasculaires et le reste surtout aux maladies respiratoires :

Décès attribuables au tabac pour les principales pathologies liées au tabagisme			
Pathologies	Décès dus au tabac en 1995		
	hommes	femmes	total
Cancers dont :	30.100	1.400	31.500
poumon	17.200	700	17.900
voies aérodigestives supérieures	7.300	200	7.500
Maladies cardio-vasculaires	13.000	700	13.700
Maladie de l'appareil respiratoire	10.200	800	11.000
Autres maladies dont :	3.300	215	3.515
ulcères gastro-duodénaux	400	15	415
tuberculose respiratoire	200	-	200
Toutes maladies	56.600	3.100	59.700

source : C. Hill, conférence de consensus sur l'arrêt de la consommation du tabac, 1998

En raison de l'entrée tardive des Françaises dans le tabagisme, ce sont actuellement les hommes qui paient le plus lourd tribut au tabagisme avec 55.000 décès annuels. On estime ainsi la réduction globale de l'espérance de vie d'un fumeur par rapport à un non fumeur à 16 années. Cette réduction s'élève 23 années pour les hommes entre 45 et 65 ans, tranche d'âge dans laquelle est actuellement constaté le plus grand nombre de morts liées au tabac (près d'un décès sur trois).

Part des décès attribuables au tabac par sexe et par âge, France 1995					
Sexe		Age			total
		24-44 ans	45-64 ans	+ de 65 ans	
Hommes	nombre total de décès attribuables au tabac	19.585	55.349	193.091	268.025
		9 %	29 %	20 %	21 %
Femmes	nombre total de décès attribuables au tabac	7.860	22.902	221.870	252.632
		2 %	4 %	1 %	1 %

source : C. Hill, conférence de consensus sur l'arrêt de la consommation du tabac, 1998

b) l'aggravation prévue de la mortalité

Compte tenu du rythme de croissance de la consommation actuelle (notamment chez les femmes des pays industrialisés et dans les pays en développement), comme du décalage de plusieurs décennies avant l'apparition des premiers décès attribuables au tabac, les projections mondiales à 2010-2020 font état d'une très forte progression des décès annuels liés au tabagisme : au nombre de 3 millions actuellement, ceux-ci devraient s'élever à 10 millions (30 % dans les pays industrialisés, 70 % dans les pays en développement).

La France risque de pleinement s'inscrire dans cette évolution très défavorable avec une prévision de 165.000 décès liés au tabac en 2025 (contre 60.000 actuellement) : soit un doublement des décès masculins (à 110.000) et un décuplement des décès féminins (à 55.000).

De fait, les maladies causées par la consommation de tabac que l'on observe actuellement sont la conséquence du tabagisme du passé, le décalage atteignant plusieurs décennies (le délai d'apparition des pathologies est de 25 à 30 ans). Ainsi, notre pays ne supporte actuellement que la fin des conséquences du tabagisme des années 1940 et le début de celles du tabagisme des années 1970. C'est-à-dire que les effets de la forte progression de la consommation entre 1955 et 1975 ne sont que très partiellement absorbés et que l'impact du pic de consommation de tabac de 1975 à 1985 reste à venir.

De plus, la France va devoir faire face aux conséquences de l'extension importante et continue du tabagisme féminin depuis une vingtaine d'années. La convergence entre un tabagisme masculin, qui régresse, et un tabagisme féminin, qui progresse toujours, risque de se poursuivre : chez les jeunes (12-18 ans) le comportement tabagique tend à s'uniformiser et, selon une enquête du CFES (1996), il n'y a guère plus de différence statistique entre les filles et les garçons.

Ce "rattrapage" féminin va peser fortement sur la mortalité des Françaises qui bénéficient actuellement d'une espérance de vie parmi les plus longues en Europe.

En particulier, l'épidémie de cancers liés au tabac dans la population féminine n'en est qu'à ses débuts. Comme ce qui est actuellement constaté dans les pays dans lequel le tabagisme féminin est ancien (Etats-Unis, Royaume-Uni, Canada, Danemark, etc.) la mortalité par cancer du poumon devrait à terme dépasser celle par cancer du sein : le taux de cancer de poumon a déjà doublé chez les Françaises depuis 1970 (de 5 à 10 pour 100.000) ; ce taux atteint 38 pour 100.000 chez les femmes aux Etats Unis.

1.2.2. des progrès récents encore insuffisants

a) l'évolution française

En croissance soutenue depuis le milieu du XIXème siècle, la consommation française de tabac connaît une forte accélération de 1955 à 1975 avec une progression de 40 % en seulement 20 ans. De 1975 à 1990, la consommation se stabilise à un haut niveau avant de s'orienter à la baisse en fin de période. Depuis 1990, cette baisse s'amplifie avec une réduction de 11 % de la consommation de tabac entre 1991 et 1997.

Au sein de cette évolution globale, plusieurs éléments peuvent être précisés :

- le taux de fumeurs réguliers s'est réduit progressivement passant de 44 % en 1953 à 30 % en 1991 puis à 27,5 % en 1996 ; cette réduction qui concerne les hommes a été en partie compensée par la progression du tabagisme féminin :

Evolution du pourcentage de fumeurs réguliers adultes				
Enquête	ensemble	hommes	femmes	
1953 (SEITA)	44,0 %	72,0 %	17,0 %	21 ans et plus
1980-81 (INSEE-CREDES)	32,0 %	46,9 %	16,7 %	18 ans et plus
1991-92 (INSEE-CREDES)	30,0 %	39,4 %	20,0 %	18 ans et plus
1996 (INSEE-CREDES)	27,5 %	34,7 %	21,2 %	18 ans et plus

- si le tabagisme tend lentement à diminuer, il se concentre sur un nombre croissant de gros fumeurs (plus de 10 cigarettes par jour) et ces gros fumeurs tendent à augmenter leur consommation moyenne,

- la prévalence du tabagisme est forte en bas de l'échelle sociale (50 % des ouvriers contre 30 % des cadres) et en cas de difficultés en matière d'emploi (53 % des chômeurs et 35 % des chômeuses) ; il apparaît clairement que le stress défini comme la capacité à faire face à la pression des événements vécus constitue un obstacle rédhibitoire à un contrôle de sa consommation de tabac ,

- chez les femmes, s'amorce peut-être un changement d'attitude à l'égard du tabac, longtemps considéré comme un vecteur d'insertion sociale et professionnelle ; les cadres féminins qui étaient le plus concernées par le tabagisme en 1991-92 (27 %) sont maintenant les plus abstinentes (19 %) face aux professions intermédiaires (31 %), aux employées (29 %) et aux ouvrières (25 %),

- pour les adolescents de 12 à 18 ans, le taux de prévalence du tabagisme s'est réduit dans les années 1980, passant de 45 à 35 % (et de 30 à 20 % pour les fumeurs réguliers) mais ce dernier taux, désormais identique selon le sexe, s'est stabilisé depuis ; la diminution est essentiellement due aux plus jeunes avec un âge moyen de tabagisme régulier passé de 12,5 ans en 1980 à 14,4 ans en 1995.

b) la position de la France en Europe

Quelques éléments de comparaison internationale permettent de situer la position du tabagisme français par rapport aux autres pays européens :

	Consommation de cigarettes (en grammes) moyenne annuelle 1990-92 par adulte + de 15 ans	Prévalence du tabagisme dans la population adulte		
		hommes	femmes	
Suède	1.550	22 %	24 %	1993 : ≥ 15 ans
Danemark	1.910	37,3 %	36,8 %	1993 : ≥ 15 ans
Italie	1.920	38 %	26 %	1993 : ≥ 15 ans
France	2.120	36 %	22,6 %	1993 réguliers ≥ 15 ans
Royaume Uni	2.210	28 %	26 %	1994
Belgique	2.310	31 %	19 %	1993 : ≥ 18 ans
Allemagne	2.360	36,8 %	21,5 %	1992
République Tchèque	2.500	43 %	31 %	1994 : ≥ 15 ans
Espagne	2.670	48 %	25 %	1993 : ≥ 15 ans
Pays-Bas	2.820	36 %	29 %	1994 : ≥ 15 ans
Suisse	2.910	36 %	26 %	1992
Hongrie	3.260	40 %	37 %	estimation
Grèce	3.590	46 %	28 %	1994 : ≥ 15 ans
Pologne	3.620	51 %	29 %	1993 : ≥ 16 ans

source : OMS, Profiles on Tobacco in the European Region - 1997

S'agissant du tabagisme des jeunes, les données partielles suivantes peuvent être produites :

Adolescents de 15 ans fumant au moins 1 cigarette par semaine		
	garçons	filles
Suède	15,1 %	19,3 %
Pologne	22,5 %	12,8 %
Danemark	14,4 %	23,6 %
Belgique wallonne	22,6 %	20,7 %
Pays de Galles	18,2 %	26,5 %
Ecosse	20,5 %	25,9 %
Espagne	20,3 %	26,9 %
France (Nancy et Toulouse)	23,0 %	25,0 %
Allemagne (Rhénanie-Westphalie)	20,9 %	28,8 %
Belgique flamande	32,2 %	18,0 %
Autriche	29,0 %	31,2 %

source : OMS, 1993/94 survey results of Health Behaviour in School-Aged Children

Les conséquences du tabagisme en Europe ont été estimées ainsi en 1995 par l'OMS :

Pourcentage de décès parmi les 35-69 ans attribuables au tabac en 1995		
	hommes	femmes
Suède	16 %	13 %
Finlande	19 %	4 %
Danemark	30 %	31 %
Suisse	30 %	8 %
France	34 %	4 %
Allemagne	32 %	9 %
Belgique	38 %	7 %
Pays-Bas	34 %	16 %
Royaume-Uni	31 %	25 %
Espagne	36 %	-
Italie	37 %	6 %
Grèce	39 %	4 %
Rep Tchèque	42 %	10 %
Pologne	44 %	12 %
Hongrie	45 %	18 %

source : Peto R. et al. Mortality from smoking in developed countries 1950-2000 ; 1994

2. UN COUT IMPORTANT SUPPORTE ESSENTIELLEMENT PAR L'ASSURANCE MALADIE

2.1. les coûts du tabagisme restent très mal connus

2.1.1. les difficultés de l'évaluation

Evaluer le coût du tabagisme est pour le moins ardu, s'agissant de coûts directs et indirects d'ordre médical, économique, social et humain.

Pour les coûts médicaux, l'appréciation des coûts reste délicate, le tabac représentant un fléau sanitaire dont les effets peuvent être immédiats ou le plus souvent différés, entraînant des pathologies diverses pour lesquelles d'autres causes peuvent être suspectées. S'il est possible d'évaluer la mortalité attribuable au tabagisme, il est en revanche très difficile d'estimer la morbidité : le nombre de cas diagnostiqués chaque année dans la population française n'est en effet pas connu pour la plupart des maladies liées au tabac, notamment pour l'infarctus, la bronchite chronique obstructive ou l'emphysème.

Les évaluations prennent essentiellement en compte les journées d'hospitalisation pour pathologies liées au tabac, ce qui occulte un certain nombre de coûts aussi divers que ceux relatifs à la surveillance périnatale des prématurés ou ceux afférents à l'impact des maladies respiratoires chroniques (arrêts de travail, absence des mères pour enfants malades).

Pour les coûts économiques, les estimations correspondent aux pertes de production imputables aux décès comme à la morbidité dus au tabagisme. Des coûts plus périphériques tels que ceux engendrés par les perturbations dans le milieu professionnel (temps passé à fumer, gêne des non fumeurs voire accidents du travail) ou le surcroît de dépenses d'entretien (nettoyage, dégradation des aménagements et de la décoration, mise en place de filtres, etc.) ne sont pas pris en compte.

Enfin, les coûts humains du tabagisme ne sont pas évalués, qu'il s'agisse de la dégradation de la qualité de vie des fumeurs et de leur entourage, de la détresse devant la souffrance et la maladie ou de la précarisation des familles générée par le décès d'un fumeur.

2.1.2. des études économiques rares et largement contradictoires

Les estimations du coût du tabagisme pour la collectivité, telles qu'elles ressortent des rares études disponibles, sont extrêmement variées et parfaitement contradictoires, tant en France qu'à l'étranger

a) de rares études françaises largement contradictoires

Quelques auteurs ont mis en évidence un coût social du tabagisme d'importance très variable :

(en Mds F)	1970	1973	1976	actualisation 1985
Levy (1977)	0,38			3,37
Fréour (1973)				
- hypothèse basse		4,43		12,93
- hypothèse haute		7,02		21,47
Le Net (1976)			26,00	60,00

Seules les données des études de MM. Fréour et Le Net ont été reprises, avec actualisation, dans le rapport Hirsch « Lutter contre le tabagisme » au ministre de la santé en 1987.

M. Le Net a par la suite régulièrement actualisé son étude, le conduisant notamment en 1994 à évaluer le coût du tabagisme pour 1990 à :

- 63,1 Mds F pour les pertes de production dues aux décès attribuables au tabac, sur la base d'une valeur moyenne des fumeurs décédés de 1,139 MF¹,
- 74,5 Mds F pour les pertes de production affectant les fumeurs gravement atteints d'une maladie grave imputable au tabagisme.

Soit un coût total de pertes de production dues au tabagisme de 138 Mds F. Dans une étude à publier dans le cadre des travaux d'évaluation de la loi Evin, M. Le Net a actualisé ce coût à 146 Mds F en 1996.

Toutes les études précédemment évoquées visent à évaluer les dépenses médicales et les revenus perdus du fait des décès consécutifs à des maladies ayant un lien avec la consommation de tabac. Ces charges sont ensuite multipliées par la fraction étiologique, c'est à dire le nombre de morts attribués au tabac pour ces maladies.

Cette approche est vivement contestée par plusieurs économistes :

- la perte d'opportunité de vie ou de revenu est supportée par le fumeur et constitue un coût privé et non un coût social, sauf à considérer que les être humains sont la propriété de l'Etat ou de la sécurité sociale,
- le coût social du tabagisme se limite à la charge nette supplémentaire que font supporter les fumeurs à la collectivité, par rapport aux charges générées par les non-fumeurs.

C'est dans cette perspective que s'inscrit l'étude de M. Rosa publiée en 1994 sur le coût social du tabagisme français en 1990. Réduisant l'estimation du coût social du tabagisme au recensement et au chiffrage des effets positifs et négatifs de la consommation de tabac sur les finances publiques, cette étude amène à conclure que les fumeurs subventionnent le niveau de vie des non-fumeurs :

¹ avec par exemple, une valeur de 4,310 MF pour les hommes de 31 à 40 ans mais de 0,576 MF pour les hommes de 61 à 90 ans.

(millions de francs 1990)

Coûts imputables à l'usage du tabac	26.507
Surcoût des maladies dues au tabac (hospitalisations, soins ambulatoires)	23.747
Pertes de recettes fiscales (absentéisme, coût des décès)	2.752
Recettes publiques associées au tabac	44.961
Economies associées aux décès prématurés (retraites, dépenses de santé) :	12.914
Recettes fiscales	32.047
<u>Solde (recettes - coûts)</u>	<u>18.453</u>

Au regard de l'évolution des recettes fiscales du tabac depuis 1990, le tabagisme serait ainsi actuellement une excellente affaire pour la collectivité.

b) une bataille de chiffres qui n'est pas propre à la France

Dans de nombreux pays développés, et notamment dans les pays anglo-saxons, l'importance du coût social du tabagisme reste un objet de controverses.

Ainsi, dans son plan de lutte contre le tabagisme publié en 1995, le gouvernement canadien fait état d'un coût social du tabac de 11 Mds\$ canadiens correspondant à 3 Mds\$ en coûts de santé directs et à 8 Mds\$ de pertes de rendement économique. Au regard des 2,6 Mds\$ de recettes fiscales procurées par le tabac, le bilan du tabagisme apparaît particulièrement négatif pour la collectivité.

Pourtant en 1990, deux économistes canadiens, MM. Raynaud et Vidal, considéraient que, au regard de l'allègement des coûts futurs de santé provoqués par les décès prématurés, les fumeurs ne généraient qu'un excès de dépenses médicales de 200 M\$. Ce qui, au regard de recettes de 4,4 Mds\$ (3 Mds\$ de recettes fiscales et 1,4 Md\$ d'économies sur les retraites) constituait une bonne affaire pour la collectivité.

De même, aux Etats-Unis, dans une revue aussi peu suspecte de complaisance à l'égard du tabagisme que le New England Journal of Medicine, une étude publiée en octobre 1997 indique que :

- dans chaque classe d'âge, les fumeurs encourrent des coûts médicaux plus élevés que les non fumeurs,
- les fumeurs ont une espérance de vie à la naissance réduite de 7 ans par rapport aux non fumeurs,
- les coûts médicaux connaissent une forte croissance aux âges les plus avancées.

En conséquence, « une population de non fumeurs aurait des coûts de soins médicaux plus importants que la population actuelle mélangeant fumeurs et non fumeurs ».

c) les éléments de coûts pour la sécurité sociale

Principale victime du coût du tabagisme, la sécurité sociale française ne dispose pas d'étude particulière permettant d'éclairer utilement ce sujet.

Au Royaume-Uni, le coût du tabagisme (100.000 décès annuels) était évalué en 1991 à 500 millions de livres par an pour le National Health Service

Aux Etats-Unis, les organismes de sécurité sociale de 46 Etats ont conclu, en 1998, avec les cigarettiers un accord au terme duquel ceux-ci ont accepté de payer une indemnisation de 206 Mds \$ (soit 1.160 Mds F) sur 25 ans, de financer des campagnes contre le tabagisme des jeunes, d'aider ceux qui souhaitent abandonner la cigarette, et même à dédommager les agriculteurs touchés par la baisse de la production de tabac.

En France, un certain nombre de caisses primaires se sont engagées dans des actions en responsabilité visant à infliger des sanctions financières aux producteurs de tabac. C'est notamment le cas pour l'action engagée en justice, le 31 mai 1999, par la Caisse primaire d'assurance maladie de Saint-Nazaire (cf annexe).

Cette caisse locale s'est volontairement limité à la mise en évidence de quelques coûts incontestables du tabagisme. A partir des données locales réunies par son service médical, l'évaluation des coûts a pris un caractère volontairement minimal puisqu'elle n'a porté que sur trois pathologies pour lesquelles le lien de causalité avec le tabac est bien établi : cancers broncho-pulmonaires, cancers de la glotte et du larynx, artériopathies des membres inférieurs.

L'étude de la population des 1.435 personnes atteintes sur la circonscription d'une ou plusieurs des trois pathologies ciblées, a permis d'isoler les malades exposés au tabac. Cette population de malades fumeurs a été rapprochée des coûts par individus constatés en 1998 pour les pathologies considérées².

Ce qui avec un coût de 6,8 MF pour les cancers broncho-pulmonaires, de 1,2 MF pour les cancers du larynx et de la glotte, de 14,1 MF pour les artériopathies et de 1,5 MF pour les assurés atteints de plusieurs de ces pathologies représente une dépense annuelle de 23,7 MF pour la CPAM.

Dans ces conditions et sur la base de ce coût annuel de 23,7 MF, la CPAM demande réparation à hauteur de 51,3 MF correspondant au coût du tabagisme sur la période comprise entre le 1/4/1997 et le 31/5/1999, date de son assignation.

A cette somme destinée à réparer le préjudice passé, la CPAM demande au tribunal d'ajouter la somme de 23,7 MF par an pour le préjudice futur mais certain découlant de la perpétuation des pratiques des fabricants dans le département (défaut d'information, publicité et parrainage illicites, désinformation de la part des dirigeants, absence de mesures de prévention, blocage de la recherche scientifique, etc.). Et ce tant que les fabricants de cigarettes n'auront pas pris les mesures pour que la cigarette offre la sécurité à laquelle on peut légitimement prétendre.

L'action de la CPAM de St Nazaire vise avant tout à faire prendre conscience aux fabricants de tabac de leurs responsabilités dans la catastrophe sanitaire à laquelle ils contribuent année après année. La demande de réparation de la caisse ne peut donc être représentative du coût réel du tabagisme.

² Cout incluant honoraires, prescriptions hospitalisation et indemnités journalières

Toutefois, en considérant que la CPAM de St Nazaire représente 0,4 % des dépenses nationales d'assurance maladie, on peut estimer, en extrapolant la demande de réparation au niveau national, que le tabagisme représente en France un coût annuel d'un minimum absolu de 4,75 Mds F.

2.2. important, le coût du tabagisme est largement supporté par l'assurance maladie

2.2.1. un coût important largement sous-estimé

Au regard de la grande confusion caractérisant les quelques travaux économiques disponibles, il apparaît particulièrement hasardeux de prétendre chiffrer avec précision le coût social du tabagisme en France.

Néanmoins, ces différentes études convergent pour faire apparaître des charges liées au tabagisme allant de 30 à 150 Mds F par an.

De ces charges doivent certes être déduits un certain nombre de produits générés par la consommation de tabac, à commencer par les importantes recettes fiscales. Mais il y a quelque légèreté à considérer, comme certains économistes, que ces produits peuvent compenser les charges du tabagisme, voire constituer un « bénéfice » pour la collectivité.

De fait, les conséquences décalées du tabagisme ne sont pas prises en compte, c'est-à-dire que les recettes fiscales actuelles du tabac sont rapprochées des coûts correspondant aux conséquences financières du tabagisme encore modéré des années 1950 et 1960. En toute logique, ces recettes devraient être rapprochées des coûts nettement plus importants que générera le tabagisme actuel dans 25 à 30 ans.

Dans ces conditions, les quelques études disponibles sur le coût du tabagisme ne peuvent que fournir quelques éléments utiles d'approche des enjeux économiques d'une politique de prévention. En raison de leur approximation et de leurs insuffisances, elles ne sauraient en aucun cas constituer un outil d'aide à la décision.

Pour reprendre les conclusions de l'étude précitée du New England Journal of Medicine, « nous croyons qu'en formulant la politique de santé publique, le fait que les fumeurs imposent ou non une charge financière nette devrait être d'une importance très limitée. La politique de santé publique s'occupe de la santé. Fumer est un risque majeur pour la santé, donc l'objectif d'une politique du tabagisme devrait être simple et clair : fumer doit être déconseillé ».

2.2.2. une charge importante pour l'assurance maladie

Bien que discutable, l'étude de J.J Rosa présente l'intérêt de mettre clairement en évidence la parfaite asymétrie des charges et des produits générés par le tabac au sein des finances publiques.

La sécurité sociale et singulièrement l'assurance maladie supportent l'essentiel des conséquences financières du tabagisme. Cette charge n'est que très partiellement atténuée par un certain nombre d' "économies" (sur les retraites et les dépenses de santé du fait des décès prématurés).

En revanche, le budget général est le principal bénéficiaire du tabagisme : 92 % des 54,5 Mds F de recettes perçues sur le tabac sont ainsi affectés au budget général (cf. infra). Au regard des "profits" croissants générés par la vente de tabacs, les coûts du tabagisme apparaissent modestes pour l'Etat.

Cette situation ne peut être considérée comme satisfaisante :

- peinant à résorber ses déficits, l'assurance maladie va être confrontée à une augmentation de ses dépenses pour faire face aux conséquences sanitaires d'un tabagisme croissant que les pouvoirs publics ont favorisé par leur politique tarifaire au moins jusqu'au milieu des années 1970,

- la détermination récente des pouvoirs publics de lutter contre le tabagisme par des augmentations des prix du tabac est quelque peu décrédibilisée, dès lors que ses hausses ont pour effet de majorer sensiblement les seules ressources de l'Etat.

3. UNE ACTION DISSUASIVE PASSANT PRIORITAIREMENT PAR UNE POLITIQUE DE HAUSSES DE PRIX ET COMPLETEE PAR QUELQUES MESURES CIBLEES D'ACCOMPAGNEMENT.

Augmenter les taxes sur les produits dangereux pour la santé est une méthode efficace pour en limiter la consommation. Compte tenu de la forte relation qui existe en effet entre le prix et la consommation de tabac, en particulier chez les jeunes, l'action par les prix constitue une arme déterminante dans la lutte contre le tabagisme.

Mais une augmentation du prix du tabac doit d'abord constituer une action de santé publique et non une méthode de facilité pour procurer des ressources à l'Etat. Et, compte tenu de ses limites, cette action doit s'inscrire dans le cadre d'une politique plus large de prévention et d'éducation sanitaire.

3.1. une sensibilité importante de la consommation au prix du tabac

Comme tous les autres biens ou services, les dépenses de tabac réagissent aux variations de prix. Cette sensibilité se vérifie en France comme dans les autres pays d'Europe.

3.1.1. les données françaises

La sensibilité de la consommation au prix est manifeste en France. On peut ainsi considérer que l'histoire du tabagisme français de l'après-guerre aurait été nettement moins dramatique si le prix du tabac n'avait pas été un prix administré, manipulable à souhait pour contenir l'indice général des prix.

Il convient en particulier de souligner les conséquences de la période 1965-1975 durant laquelle le prix du tabac croît trois fois moins vite que l'indice général des prix (2,1 % par an contre 6,5 %). La consommation de tabac décolle avec un taux de croissance qui double atteignant près de 4 % par an et par habitant.

Les années 1990 marquent un tournant avec une succession d'augmentations³ conduisant à une hausse importante du prix relatif du tabac :

- le doublement du prix moyen des cigarettes de 1991 à 1996 (+ 96 %, soit 74 points de plus que l'inflation) se traduit ainsi par une baisse de 11 % des ventes de cigarettes ; la consommation moyenne par personne de plus de 15 ans, fumeur ou non, régresse de 5,8 à 5 cigarettes par jour,

- en revanche les ventes de tabac à fumer, moins cher et moins taxé, progressent de 43 % sur la période pour représenter 3,7 % du marché du tabac en valeur (les cigarettes représentant 93,1 % du marché).

³ + 10,2 % en janvier puis + 6,2 % en mai 1993 ; + 12,4 % en janvier puis + 7 % en novembre 1994 ; + 6 % en août 1995 ; + 4 % en janvier 1996 puis + 8 % en décembre 1996.

La forte sensibilité de la consommation de tabac à son prix a été confirmée par l'INSEE⁴ : dans le modèle économétrique utilisé, une hausse de 1 % du prix du tabac induit au bout de trois ans une baisse médiane de 0,3 % de la consommation.

Ainsi, après une hausse de 1 % du prix du tabac, les achats baissent immédiatement de 0,5 %. Cette brusque diminution est due pour une part au contrecoup des achats souvent massifs effectués en anticipation de l'augmentation. Aussi très rapidement, les achats de tabac redémarrent et, au bout d'une période de 6 mois à un an, la consommation de tabac n'est plus inférieure que de 0,2 % à son niveau d'origine : les stocks de tabac acheté d'avance sont épuisés et certains fumeurs désireux d'arrêter ou de diminuer leur consommation ont échoué. Enfin, à long terme, la consommation de tabac baisse de nouveau et se stabilise à 0,3 % en dessous du niveau d'origine. Cette nouvelle baisse vient de ce que l'augmentation de prix a dissuadé de futurs fumeurs éventuels.

Les enquêtes confirment également l'importance du facteur prix dans la lutte contre le tabagisme. Ainsi, l'enquête CFES réalisée pour le compte de la CNAMTS en août 1998 indique que pour 23 % des fumeurs, le prix du tabac est un facteur d'incitation pour s'arrêter de fumer. Ce pourcentage progresse à 32 % pour les 18-24 ans.

3.2.2. les données européennes

Même si dans tous les pays, la consommation de tabac a régressé depuis 10 ans, les comportements tabagiques restent très diversifiés en Europe, avec globalement une consommation nettement plus faible au Nord qu'au Sud. La consommation de cigarettes varie ainsi du simple (Suède) au double (Espagne) voire au triple (Grèce).

Cette disparité européenne résulte largement des politiques tarifaires différentes selon les pays. A l'aide des parités de pouvoir d'achat et des différents indices d'évolution de prix dans chaque pays, l'INSEE a pu constater que des prix élevés du tabac accompagnent souvent une consommation faible et inversement.

Ainsi, en Grèce, le prix du tabac est deux fois moins élevé qu'au Danemark mais la consommation est double. De même, le Royaume-Uni et l'Italie ont entamé au début des années 1980 une politique de hausse des prix qui s'est répercutée aussitôt sur la consommation par une baisse notable.

Prix de la cigarette dans l'union européenne					
classe de prix la plus demandée prix de vente en francs pour 1000 cigarettes au 01/08/1997					
Suède	1.794	France	1.016	Grèce	678
Grande-Bretagne	1.640	Allemagne	935	Italie	675
Danemark	1.399	Belgique	909	Luxembourg	633
Irlande	1.396	Autriche	808	Portugal	563
Finlande	1.283	Pays-Bas	776	Espagne	357

source : Centre de documentation et d'information sur le tabac (CDIT)

⁴ INSEE Première n°551 octobre 1997.

Le prix du tabac en France qui était l'un des plus bas en Europe se situe actuellement dans la moyenne de l'union européenne.

3.2. les conditions de l'efficacité d'une action par les prix

L'augmentation régulière et importante du prix du tabac est un levier d'action déterminant dans la réduction de la consommation de tabac. Toutefois, cette action est d'une efficacité variable selon les différentes caractéristiques des fumeurs et ne peut donc être exclusive d'une action plus large de prévention renforcée par quelques mesures ciblées : abaissement des taux de nicotine pour réduire la dépendance tabagique, interdiction de vente aux mineurs pour protéger la jeunesse.

3.2.1. une efficacité variable selon les fumeurs

En dépit de l'efficacité globale des fortes majorations du prix du tabac, un certain nombre de constats préoccupants demeurent :

- les campagnes de prévention comme les hausses de prix paraissent sans effet sur un tabagisme féminin qui continue de progresser,
- la réduction de la consommation de tabac est obtenue davantage par la réduction du nombre de fumeurs que par la diminution de la quantité de tabac consommée par les fumeurs,
- les progrès constatés chez les plus jeunes sont en partie compensés par une augmentation des fumeurs parmi les adolescents les plus âgés, avec un taux de 60 % de fumeurs à 18 ans.

a) le tabagisme féminin

L'absence d'effets apparents de la lutte contre le tabac sur les comportements féminins doit être nettement relativisée. Cette prétendue "insensibilité féminine" s'explique avant tout par un contexte sociologique d'égalisation des comportements combiné avec un effet de cohorte.

Comme le montre le taux de prévalence tabagique des plus jeunes, les nouvelles générations de femmes se calent progressivement sur le tabagisme en baisse des hommes. Pour les hommes, qui comptaient beaucoup de fumeurs dans les plus anciennes générations, la modération des nouvelles générations apparaît pleinement comme un net progrès. En revanche, le même niveau actuel de tabagisme chez les jeunes femmes apparaît comme un recul préoccupant, puisque ces nouvelles générations féminines remplacent progressivement d'anciennes générations de femmes au comportement tabagique très modéré.

Il n'existe donc pas d'exception tabagique féminine sur laquelle buterait la politique de hausse des prix du tabac.

b) la résistance à la baisse des quantités consommées par les fumeurs

L'effet de dépendance du tabac suscite une attitude particulière à chaque consommateur suivant que cela représente pour lui une dépense superflue ou une dépense de première nécessité.

Les hausses de prix apparaissent particulièrement efficaces pour faire refluer le tabagisme des petits fumeurs récents à faible dépendance ou celui des fumeurs à dépendance essentiellement sociale. Pour ces fumeurs, l'acte de fumer relève d'un comportement impulsif, peu sensible aux risques sanitaires du tabac mais sensible à l'environnement social ainsi qu'aux prix du tabac.

Mais comme le note l'INSEE, les variations de prix influencent peu à long terme les fumeurs fortement dépendants pour lesquels le tabac est devenu un bien de première nécessité, nettement moins sensible au prix. Face aux augmentations des prix du tabac, ces fumeurs se sont reportés vers les cigarettes les moins onéreuses ou vers des produits de substitution tels que le tabac à rouler.

Pour obtenir une réduction du tabagisme chez ces fumeurs dépendants, l'action par les prix doit être amplifiée. Tous les produits du tabac doivent être visés et non les seules cigarettes et les hausses de prix doivent être fortes et continues. Pour les médecins engagés dans la lutte contre le tabagisme, l'augmentation doit être brutale, forte (de l'ordre de 20 %) et prolongée (tous les ans pendant 10 ans).

Pour être efficace, cette action massive par les prix doit se combiner à lutte contre la dépendance tabagique. Celle-ci passe en particulier par la mise en place d'une aide adaptée au sevrage ce qui suppose :

- une limitation de la teneur maximale en nicotine des produits du tabac⁵
- un développement de la formation des généralistes en matière de sevrage tabagique,
- un renforcement important des moyens à la mise en place de consultations et de centres spécialisés,

Cette lutte contre la dépendance passe également par une nouvelle réflexion sur la mise en oeuvre d'un remboursement par l'assurance maladie des produits de sevrage. Cette prise en charge est actuellement écartée au motif de la nécessaire responsabilisation du fumeur souhaitant se délivrer du tabac : correspondant à peu près au coût de la consommation quotidienne d'un paquet de cigarette, l'engagement financier du fumeur est présenté comme un gage de motivation sinon de succès de son sevrage.

Cette position qui renvoie la poursuite ou l'arrêt du tabagisme à une affaire purement individuelle apparaît quelque peu surprenante, dès lors que la réduction du tabagisme en France représente un enjeu majeur de santé publique qui intéresse la collectivité.

⁵ Actuellement, cette teneur ne fait l'objet que d'une information obligatoire à la différence des taux de goudrons limités, conformément à la directive du 17 mai 1990, à 15 mg par cigarette à partir du 1er janvier 1993 et à 12 mg à partir du 1er janvier 1998 (arrêté du 26 avril 1991).

Le projet de nouvelle directive en cours de discussion prévoit une limitation d'ici au 31 décembre 2003, de la teneur en nicotine à 1 mg par cigarette (et un nouvel abaissement du taux de goudron à 10 mg par cigarette).

Pour autant que des moyens nouveaux de lutte contre le tabagisme soient accordés aux budgets de sécurité sociale, il apparaît souhaitable que la collectivité marque clairement son soutien aux fumeurs qui tentent de rompre avec le tabagisme : ne pouvant être considérés comme des « médicaments de confort », les produits d'aide au sevrage devraient ainsi faire l'objet d'un remboursement par l'assurance maladie.

Toutefois, afin de prévenir des tentatives insuffisamment préparées de rupture avec le tabac et maintenir une part de responsabilisation financière, ce remboursement pourrait n'être que partiel.

c) le maintien d'un tabagisme important chez les plus jeunes

En 1996, un peu plus d'un jeune sur trois âgé de 12 à 18 ans fume, ne serait-ce que de temps en temps. Parmi ceux-ci, les trois quart fument régulièrement avec une consommation moyenne de 8,4 cigarettes par jour.

Le principal progrès constaté ces vingt dernières années concerne la baisse de 10 points du taux de prévalence tabagique. Ce résultat provient essentiellement d'une entrée plus tardive des plus jeunes dans le tabagisme.

D'autres constats sont cependant nettement moins encourageants :

- le taux de prévalence s'est sensiblement réduit dans les années 1980 mais stagne depuis 1990⁶,
- la prévalence du tabagisme est quasi identique selon le sexe, les filles fumant désormais autant que les garçons,
- les jeunes Français restent parmi ceux qui fument le plus dans l'union européenne (60 % des 18-24 ans),
- les quantités consommées progressent fortement avec l'âge, passant de 5,2 cigarettes à 14-15 ans à 10,5 cigarettes par jours à 18 ans.

Il convient de rappeler que pour la jeunesse, cible convoitée par les marchands de cigarettes, le tabagisme est particulièrement néfaste. En effet, plus l'on commence tôt et plus l'usage du tabac se banalise ; plus l'on commence tôt, plus le risque de mourir prématurément est important et moins l'on est conscient des dangers du tabac.

Pour enrayer le désastre sanitaire programmé du tabagisme et épargner les générations futures, l'action en direction de la jeunesse apparaît comme la mesure la plus efficace permettant de réduire au plus vite la consommation de tabac. En matière de lutte anti-tabac, le principal enjeu est en effet de parvenir à dissuader les gens d'entrer dans le tabagisme, tout "petit fumeur" contribuant à entretenir l'épidémie ; et il est beaucoup plus difficile d'obtenir le sevrage durable des fumeurs anciens que d'empêcher les non-fumeurs de débiter.

La réduction du tabagisme des jeunes n'est pas hors de portée. De fait le comportement tabagique des jeunes est largement impulsif, soumis aux pressions de l'environnement social. La dépendance de type social est donc prédominante au regard d'une dépendance physique qui

⁶ L'enquête du CFES sur le tabagisme des jeunes en 1997 fait apparaître une baisse drastique de 10 points du taux de prévalence à 25 %, en rupture totale avec les évolutions des années antérieures. Ce constat, aussi positif que surprenant, devra être confirmé, sinon expliqué, par de nouvelles enquêtes.

n'a pas encore eu le temps de s'installer. Ce qui explique la forte instabilité des taux de prévalence des jeunes mesurés annuellement par les enquêtes : aux plus jeunes âges, qui se caractérisent par l'importance relative du nombre des fumeurs occasionnels, il y a ainsi beaucoup d'entrées mais aussi beaucoup de sorties du tabagisme

Surtout, d'après les travaux de l'INSEE, les jeunes apparaissent plus sensibles que les adultes aux variations de prix en raison d'évidentes contraintes budgétaires. Cette contrainte financière n'est cependant pas la même pour tous les jeunes.

Dans les études anglo-saxonnes, le pourcentage de jeunes fumeurs apparaît le plus élevé dans les couches sociales les plus défavorisées. En France, des études réalisées au début des années 1980 confirmaient cette situation avec notamment un nombre important de jeunes fumeurs parmi les enfants d'ouvriers ou dans les lycées d'enseignement professionnel.

Des études plus récentes remettent apparemment en cause ce constat :

	adolescents fumeurs
<u>Catégorie socioprofessionnelle des parents :</u>	
- professions libérales	47 %
- cadres supérieurs	43 %
- ouvriers	27 %
<u>Argent de poche par mois :</u>	
- moins de 100 F	18 %
- de 100 à 200 F	42 %
- plus de 200 F	62 %
<i>Rappel du taux de fumeurs de 12 à 18 ans en 1995</i>	35 %

source : CFES, Opinions et comportements des adolescents français face au tabac en 1995

La prévalence tabagique des jeunes semble désormais corrélée positivement au statut social des parents, mais cette corrélation correspond essentiellement à l'importance de l'argent de poche disponible : plus la catégorie sociale est élevée et plus les jeunes disposent d'argent de poche, plus ils sont fumeurs.

Les augmentations du prix du tabac paraissent ainsi avoir permis de réduire fortement le tabagisme des jeunes appartenant aux couches sociales les moins favorisées. L'impact a en revanche été jusqu'à présent plus faible chez les jeunes des milieux favorisés, le resserrement de la contrainte budgétaire étant insuffisant.

Une majoration du prix apparaît ainsi indispensable pour dissuader les plus jeunes d'entrer dans le tabagisme comme pour inciter les jeunes fumeurs à arrêter. Sur ce dernier point d'importants progrès apparaissent aisément réalisables au vu des enquêtes qui indiquent la part croissante de jeunes fumeurs souhaitant s'arrêter de fumer : ceux-ci étaient 25 % en 1984, mais 53 % en 1995.

Cette action par les prix n'est pas exclusive d'autres actions de prévention ou d'éducation en direction de la jeunesse.

Néanmoins pour les plus jeunes, qui sont aussi les plus fragiles, la dissuasion par les prix ou l'éducation n'apparaît pas suffisante pour faire sensiblement reculer un âge moyen d'entrée dans le tabagisme qui, en dépit des progrès enregistrés, s'établit à 14,4 ans en 1995. Or, pour faire reculer le tabagisme, de nouveaux progrès sont indispensables en ce domaine : les jeunes qui échappent au tabac ont en effet de fortes chances de rester réfractaires au tabagisme toute leur vie.

Il est difficile de considérer un jeune de 14 ans comme pleinement responsable de son tabagisme. Les dangers du tabac, lorsqu'ils sont connus, sont considérés comme assez théoriques à cet âge-là. Et ces dangers pèsent de peu de poids face à l'influence de l'entourage ou à la pression des fabricants qui présentent le tabac comme un produit valorisant.

De surcroît, comment reprocher à un jeune de consommer un produit dangereux alors que l'Etat, qui se préoccupe de la protection de la jeunesse dans nombre de domaines, accepte que le tabac soit vendu librement à tous les Français quel que soit leur âge.

A l'instar de la situation prévalant dans de nombreux pays, il apparaît indispensable que les pouvoirs publics témoignent de leur détermination à protéger la santé des jeunes Français en interdisant la vente de tabacs aux plus jeunes.

Mesures de protection des mineurs en Europe en 1995	
interdiction de vente de tabacs aux mineurs de: moins de 16 ans	moins de 18 ans
Royaume-Uni*	Finlande
Irlande	
Italie	
Espagne	
Islande	Norvège
Malte	Pologne
Slovénie	Lituanie
Slovaquie	
Lettonie	
Russie	

* depuis 1908

source : OMS

Il conviendrait que cette vente soit, au moins dans un premier temps, interdite au moins de 16 ans. Cette mesure largement soutenue par la population permettrait d'aligner le régime de vente du tabac sur celui de l'alcool. Alors que pourtant les méfaits de l'alcool, pour une consommation modérée, sont sans commune mesure avec ceux du tabac.

Les difficultés de mise en oeuvre pratique d'une telle mesure de santé publique doivent être relativisées. Nombre de débitants de tabac sont également débitants de boissons : ceux-ci ne vendront plus de tabac au moins de 16 ans comme ils sont actuellement tenus de ne pas leur délivrer d'alcool. Les autres débitants devront appliquer cette mesure nouvelle comme d'autres professions appliquent déjà des mesures de restriction de commercialisation aux mineurs, par exemple les exploitants de cinéma. A la différence de ces derniers, les débitants de tabacs sont

toutefois des préposés de l'administration et, à ce titre, partie prenante d'un intérêt général dont la protection de la jeunesse constitue un élément.

3.2.2. une action de santé publique inscrite dans une politique de prévention et d'éducation sanitaire

a) une action de santé publique

Une politique d'augmentation du prix du tabac doit clairement constituer une action de santé publique. Elle ne peut représenter une méthode de facilité pour procurer des ressources à l'Etat.

L'opinion publique comprend en effet difficilement que l'Etat mène une politique incohérente, dénonçant d'un côté les effets néfastes du tabac sur la santé publique tout en accroissant de l'autre ses ressources tirées de la vente de ce produit dangereux. Naguère très majoritairement favorable à des hausses de prix du tabac, l'opinion publique apparaît désormais nettement plus partagée.

Les importantes augmentations réalisées peuvent en partie expliquer cette évolution mais cette moindre adhésion de l'opinion résulte aussi de la moindre tolérance à l'égard de ce qui est perçu comme une forme de laxisme moral des pouvoirs publics.

Faire du tabac une des recettes de poche privilégiées du budget général, risque ainsi d'entraver la poursuite indispensable du mouvement de hausse des prix du tabac.

b) des recettes considérables affectées marginalement à la prévention et à la réparation des conséquences du tabagisme

Les recettes issues du tabagisme représentent un enjeu financier considérable. En effet, les Français continuent à dépenser toujours davantage sous l'effet des augmentations répétées de prix et de taxes. En 1997, ils ont ainsi déboursé pour cette consommation 75,2 Mds F (soit 1,5 % de leur consommation) contre 45,1 Mds F en 1991.

Dans le même temps, les recettes fiscales sont passées 32 à 54,5 Mds F, essentiellement affectés au budget de l'Etat :

	Evolution des recettes perçues sur la vente de tabac									
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998*	
Etat	<u>26.235</u>	<u>31.598</u>	<u>35.132</u>	<u>36.716</u>	<u>48.466</u>	<u>52.339</u>	<u>54.305</u>	<u>53.583</u>	<u>50.194</u>	
droit consommation	19.335	23.478	26.132	27.736	38.306	41.239	41.975	40.733	36.724	
TVA	6.900	8.120	9.000	8.980	10.160	11.100	12.330	12.850	13.470	
Protection sociale	<u>3.956</u>	<u>453</u>	<u>310</u>	<u>3.469</u>	<u>1.252</u>	<u>361</u>	<u>416</u>	<u>2.685</u>	<u>4.307</u>	
régime général	3.672	146	-	3.146	886	-	-	2.263	3.855	
BAPSA	284	307	310	323	366	361	416	422	452	
Total	30.191	32.051	35.442	40.185	49.718	52.700	54.721	56.268	54.501	

* la baisse de 1998 est due à une « modification administrative » dans le recouvrement des taxes ; à législation constante, la recette 1998 s'élève à 57.507 MF dont 53.200 MF pour l'Etat

source : ministère des finances

Pour la sécurité sociale qui supporte l'essentiel du coût du tabagisme, les recettes sur la vente de tabac dont elle bénéficie depuis une quinzaine d'années apparaissent en revanche très irrégulières et n'excèdent pas dans le meilleur des cas 5 Mds F :

Evolution des affectations de recettes tabac à la sécurité sociale			
	nature de la dotation	rendement (en MF)	affectation
1983	cotisation spécifique	552	maladie - CNAMTS
1984	cotisation spécifique + versement du budget de l'Etat	2.804	maladie - CNAMTS
1985	versement du budget de l'Etat	1.900	maladie - CNAMTS
1986	-	-	-
1987	-	-	-
1988	versement du budget de l'Etat	1.408	maladie - CNAMTS
1989	versement du budget de l'Etat	2.028	maladie - CNAMTS
1990	versement du budget de l'Etat	3.669	famille - CNAF
1991	versement du budget de l'Etat	146	famille - CNAF
1992	versement du budget de l'Etat	5.000	vieillesse - CNAVTS
1993	versement du budget de l'Etat	3.146	maladie - CNAMTS
1994	versement du budget de l'Etat	886	maladie - CNAMTS
1995	-	-	-
1996	-	-	-
1997	affectation d'une partie des droits de consommation	2.263	maladie - CNAMTS
1998	affectation d'une partie des droits de consommation	3.855	maladie - CNAMTS
1999	affectation d'une partie des droits de consommation	4.200	maladie - CNAMTS

source : rapports de la commission des comptes de la sécurité sociale pour 1983-96 ; ministère des finances pour 1997-98 ; évaluation de la direction de la sécurité sociale 1999.

Ainsi, de 1985 à 1999, le montant cumulé des droits de consommation sur le tabac et taxe sur les allumettes et briquets représente 438 Mds F. Ces recettes n'ont été affectées qu'à hauteur de 7 % au régime général de sécurité sociale.

Au regard de l'importance de la manne fiscale du tabagisme que s'adjuge en quasi-totalité le budget de l'Etat, la France a accumulé un retard considérable pour les crédits de prévention du tabagisme. Ce retard général est particulièrement net pour les crédits de l'Etat :

Evolutions des principaux crédits de prévention du tabagisme			
(en MF)	1997	1998	1999
crédits publics de la Direction générale de la santé	1,70	1,61	1,73
crédits du Fonds de prévention de la CNAMTS	18,95	55,42	85,83

En 1998, la progression des crédits a permis de passer à deux vagues annuelles de campagnes d'information au niveau national (50,5 MF) et en déclinaison locale (3,5 MF). En 1999, deux mesures nouvelles ont été retenues : une prise en charge à 100 % des produits de sevrage délivrés dans les centres d'examen de santé de la sécurité sociale (2,5 MF) et le

recrutement d'emploi-jeunes pour des actions de proximité de lutte contre la dépendance notamment tabagique (25 MF).

En dépit de ces progrès récents, la France devrait encore très fortement majorer son effort financier afin de satisfaire aux vœux de l'OMS, recommandant que soit prélevé au moins 1 % des recettes fiscales du tabac pour financer des actions de lutte contre le tabagisme⁷ (soit 545 MF sur la base des recettes 1998).

Cet effort apparaît indispensable pour contrebalancer les actions de promotion réalisées par les fabricants dans les débits de tabac, actions dont le budget est estimé à 1 Md F par an⁸

b) une affectation des recettes fiscales du tabac permettant de lutter contre le tabagisme comme de financer ses conséquences sanitaires

Pour que les hausses de prix soient comprises et soutenues par l'opinion publique, il apparaît indispensable que les recettes spécifiques collectées sur les ventes de tabac soient clairement affectées à la santé.

Les recettes de droit commun générées par la TVA doivent naturellement continuer à alimenter le budget de l'Etat. Majorées mécaniquement par de nouvelles hausses de prix, ces recettes de TVA devraient pour partie permettre de renforcer les crédits budgétaires de prévention afin de redonner à l'Etat une crédibilité et un rôle actif dans la définition de la politique publique de lutte contre le tabagisme.

En revanche, les droits de consommation sur le tabac devraient être intégralement affectés à la sécurité sociale pour lui permettre de faire face aux dépenses générées par les pathologies attribuables au tabac ainsi que de financer des actions de prévention et d'éducation sanitaire.

D'un peu plus de 40 Mds F, ce transfert des droits de consommation pourrait en partie être compensé par l'abandon de la prise en charge par le budget de l'Etat de certaines dépenses de sécurité sociale. Le surplus de cette opération ainsi que le produit des nouvelles hausses des prix du tabac pourraient être affectés :

- à la majoration, au minimum recommandé par l'OMS (550 MF), des crédits de prévention et d'éducation contre le tabagisme,
- à la prise en charge partielle par l'assurance maladie des produits de sevrage,
- à l'allègement des prélèvements sociaux (cotisations patronales, CSG, CRDS).

Sur le premier point, un renforcement majeur des moyens actuels est fondamental pour permettre à la prévention de ne pas se limiter à de simples campagnes périodiques de publicité

⁷ Recommandation faite à l'issue des travaux de la conférence de Madrid (1988).

⁸ Pr Dubois, ancien président du Comité national de lutte contre le tabagisme, dans « 40.000 morts évitables en France », La Recherche, 1993.

A titre indicatif, il convient de relever que le groupe REYNOLDS (8,76 % du marché français) a été condamné à plus de 2 MF d'amende par le tribunal correctionnel de Paris le 9 octobre 1998. Une perquisition effectuée sur commission rogatoire avait permis de découvrir dans les locaux de la société un plan visant à investir dans les programmes illicites de diversification des marques de tabac (Camel Trophy, Camel Boots, Winston Way) un montant de 800 M\$ concentrés sur des produits de style de vie à fort attrait pour les consommateurs ciblés (urbains de 18 à 30 ans).

anti-tabagiste. L'éducation et la prévention sanitaires sont en effet indispensables pour viser des groupes spécifiques (femmes enceintes, adolescents, professionnels de santé fumeurs), agir sur des lieux de socialisation à risque (écoles, milieux de travail, armée), mettre en place une aide adaptée au sevrage (formation des généralistes, consultations spécialisées, aides médicamenteuses, dynamique de groupe, etc).

C'est-à-dire engager, grâce aux moyens procurés par la politique tarifaire, des actions complémentaires permettant d'amplifier les effets globaux de cette même politique tarifaire.

DEUXIEME PARTIE : UN REGIME FISCAL ET UN CONTEXTE ECONOMIQUE QUI LAISSENT D'IMPORTANTES MARGES DE MANOEUVRE POUR DE NOUVELLES HAUSSES DE PRIX
--

1. L'ALOURDISSEMENT DE LA FISCALITE FRANÇAISE SUR LE TABAC DANS LE CADRE COMMUNAUTAIRE

1.1. le régime économique et fiscal applicable en France

1.1.1. un régime économique encadré

a) les acteurs de la filière tabac

Depuis la loi de privatisation de la SEITA (19 juillet 1993), les monopoles d'importation, de fabrication et de commercialisation en gros ont été supprimés.

En revanche, l'Etat exerce toujours le monopole de vente au détail. Ce monopole s'exerce par l'intermédiaire des débitants de tabacs désignés comme les préposés de l'administration. En raison de l'existence de ce monopole, tous les acteurs de la filière, fabricants, fournisseurs et débitants, sont connus et soumis à des obligations :

Les fabricants et les fournisseurs doivent être agréés par l'administration. Actuellement, il y a un fabricant agréé (SEITA) et 41 fournisseurs agréés. Ceux-ci ne peuvent livrer du tabac qu'aux débitants, doivent fournir chaque mois un relevé des livraisons à l'administration et consentir aux débitants une remise dont le taux fixé par arrêté est actuellement de 8 % du montant des livraisons.

Répartis sur tout le territoire, les 35.000 débitants sont les préposés de l'administration qui leur concède le monopole de vente au détail. En contrepartie, ces débitants sont soumis aux obligations suivantes :

- approvisionnement auprès des seuls fabricants et fournisseurs agréés,
- charges d'emploi portant sur l'obligation de vendre des vignettes automobiles, des timbres fiscaux, etc.
- paiement d'une redevance lorsque le chiffre d'affaires annuel excède 250.000 F⁹.

b) les prix de vente au détail

S'agissant des prix de vente au détail, les prix sont libres depuis la loi du 8 août 1994. Mais, fabricants et fournisseurs doivent communiquer à l'administration les prix de vente au détail de leurs produits qu'ils souhaitent voir appliquer. En effet, afin de garantir un prix unique par produit sur l'ensemble du territoire, les prix demandés ne sont applicables qu'après la

⁹ Au-delà de 250.000 F de chiffre d'affaires annuel, il est perçu une redevance au taux de :

- 3 % de la remise accordée par les fournisseur pour les 250.000 premiers francs,
- 23 % de la remise au-delà.

parution d'un arrêté d'homologation des prix établi par la direction des douanes et des droits indirects.

Depuis 1998, le prix unique s'apprécie aux 1.000 unités ou aux 1.000 grammes afin de faire échec à une guerre des prix fondée sur une baisse du prix unitaire des cigarettes conditionnées en quantités (paquets de 25 ou 30).

1.1.2. un régime fiscal complexe

a) le régime fiscal général

La fiscalité applicable au tabac comporte une TVA au taux normal de 20,6 %. A cette taxe de droit commun s'ajoute une taxe spécifique destinée au Budget annexe des prestations agricoles (BAPSA) : d'un taux de 0,74 %, cette taxe est perçue selon les mêmes modalités que la TVA.

Mais les trois quart de la charge fiscale correspondent à un droit spécifique de consommation sur les tabacs fondé sur les articles 575 et suivants du code général des impôts.

Ce droit de consommation présente la particularité d'être appliqué au prix de vente au détail des produits. Les taux applicables sont actuellement les suivants :

Groupe de produits	taux applicable
Cigarettes	58,30 %
Tabacs à rouler	51,00 %
Autres tabacs à fumer	46,74 %
Tabacs à priser	40,20 %
Cigares	28,86 %
Tabacs à mâcher	27,47 %

Pour les produits autres que les cigarettes, le droit de consommation est un droit exclusivement proportionnel au prix de vente au détail.

Pour les cigarettes, le régime est plus complexe puisque le droit de consommation comprend :

- une part proportionnelle au prix de vente au détail,
- mais également une part spécifique (en francs par unité de produit) qui, selon les dispositions communautaires, doit être comprise entre 5 et 55 % de la charge fiscale globale pesant sur « la cigarette de la classe de prix la plus demandée », en l'occurrence la Marlboro.

Ces parts proportionnelle et spécifique se calculent par rapport au prix de vente de la cigarette Marlboro de telle sorte que la part proportionnelle et la part spécifique représentent 58,30 % du prix de vente au détail de la Marlboro. Depuis le 4 janvier 1999, date du dernier changement de prix de la Marlboro, la part proportionnelle est de 54,50 % et celle spécifique de 37,99 F les 1.000 cigarettes (soit 5 % de la charge fiscale globale de la Marlboro).

A titre d'exemple, l'application de ces règles aboutit à la décomposition suivante du prix et de la fiscalité :

Prix et fiscalité au 4/1/1999	Marlboro	Gauloise brune
Prix de vente au détail	20,00 F	15,00 F
Remise aux débiteurs (8 %)	1,60 F	1,20 F
TVA (20,60 %)*	3,41 F	2,56 F
Taxe BAPSA (0,74 %)*	0,12 F	0,09 F
Droit de consommation (58,30 %)	11,66 F	8,93 F
dont part proportionnelle (54,50 %)	10,90 F	8,17 F
dont part spécifique (5 %)	0,76 F	0,76 F
Charge fiscale globale	15,20 F	11,59 F
en % du prix de vente au détail	75,99 %	77,25 %
Prix hors taxes et remise	3,20 F	2,21 F

* taux calculés en dedans : 17,08 % pour la TVA et 0,61 % pour le BAPSA

Il convient de souligner que le régime français limite au minimum prévu par les dispositions communautaires, soit 5 %, la part spécifique du droit de consommation.

Enfin, la réglementation du droit de consommation sur les tabacs est complétée par l'existence d'un minimum de perception fixé aux 1.000 unités. D'un montant de 30 F aux 1.000 unités en 1996, ce minimum a été fortement majoré depuis mais aussi distingué en fonction du type de tabac : en 1999, ce minimum est de 515 F pour les cigarettes blondes (10,30 F par paquet de 20) et de 435 F pour les cigarettes brunes (8,70 par paquet).

b) les régimes particuliers

la Corse

Le régime fiscal des tabacs en Corse résulte d'une dérogation communautaire, initialement prévue pour s'appliquer jusqu'au 31 décembre 1997. La demande de renouvellement de cette dérogation devrait être accordée dans le cadre de la directive tabacs en cours d'adoption.

Ce régime dérogatoire est fondé sur des motifs dits historiques (décret impérial de 1811) et économiques (filiale de la SEITA, la MACOTAB emploie 57 personnes en Corse et produit un milliard d'unités).

Il conduit à fixer le droit de consommation à des taux permettant la vente au détail à des prix égaux :

- au 2/3 des prix continentaux pour les cigarettes et tabacs à fumer, priser ou mâcher,
- à 85 % des prix continentaux pour les cigares et cigarillos.

Le produit de la fiscalité du tabac, soit 174,5 MF en 1996, est une ressource affectée au financement des collectivités territoriales de Corse (3/4 à la collectivité territoriale et 1/4 aux départements).

les départements d'outre-mer

En application de la directive 92/12/CEE du 25 février 1992, les DOM ne sont pas considérés comme faisant partie du territoire fiscal de la communauté. La France n'est donc tenue par aucune des règles communautaires applicables en matière de taxation des tabacs.

Le droit de consommation dans les DOM comporte une part proportionnelle et une part fixe :

Département	droit de consommation avec parts		rendement 1998
	proportionnelle	fixe	
Réunion	25,00 %	+ 6 F	153,0 MF
Guyane	20,00 %	- 20 F	11,4 MF
Martinique	8,75 %	- 15 F	8,4 MF
Guadeloupe	8,75 %	- 15 F	7,3 MF

Ce droit de consommation est affecté aux budgets locaux dans les départements de la Guyane et de la Réunion.

Qu'il s'agisse de la Corse ou des DOM, le régime fiscal dérogatoire actuellement en vigueur se traduit par des prix de vente au détail très inférieur aux prix continentaux. Cet écart devrait être réduit afin de favoriser, comme dans l'Hexagone, une réduction du tabagisme.

1.2. les marges de manoeuvre offerte par la réglementation communautaire

1.2.1. le régime fiscal communautaire

Le régime fiscal des tabacs manufacturés est défini par les directives communautaires n° 92/79/CEE du 19 octobre 1992 relative au rapprochement des taxes sur les cigarettes et n° 95/59/CEE du 25 novembre 1995 concernant les taxes autres que les taxes sur le chiffre d'affaires, frappant la consommation des tabacs manufacturés.

a) les cigarettes

Les Etats membres doivent appliquer aux cigarettes une imposition comprenant une accise spécifique par unité de produit et une accise proportionnelle calculée sur le prix minimal de vente au détail. Le montant de cette imposition globale (part spécifique et part proportionnelle) ne peut être inférieur à 57 % du prix de vente au détail TTC pour les cigarettes appartenant à la classe de prix la plus demandée.

Le taux de l'accise proportionnelle et le montant de l'accise spécifique doivent être les mêmes pour toutes les cigarettes.

Le montant de l'accise spécifique est établi par référence aux cigarettes de la classe de prix la plus demandée. Il ne peut être inférieur à 5 % ni supérieur à 55 % du montant de la charge fiscale totale résultant du cumul des accises spécifique, proportionnelle et de la TVA.

Les Etats ont la possibilité de percevoir une accise minimale, à condition que celle-ci n'ait pas pour effet de porter la charge fiscale totale à plus de 90 % de la charge fiscale totale applicable à la cigarette de la classe de prix la plus demandée.

b) autres tabacs

Ces autres produits sont soumis à une accise, soit proportionnelle, soit spécifique, soit mixte qui ne peut être inférieure à :

- 5 % du prix de vente au détail pour les cigares et cigarillos,
- 30 % de ce prix pour les tabacs à rouler,
- 20 % du prix de vente pour les autres tabacs à fumer.

Pour les tabacs à rouler, il existe la possibilité d'un minimum de perception applicable dans les mêmes conditions que celles de l'accise minimale des cigarettes.

1.2.2. les marges de manoeuvre disponibles

Le poids de la fiscalité sur les cigarettes a été progressivement accru en France ces dernières années passant de 72,2 % en 1989 à 76 % aujourd'hui. Ce niveau de taxation reste cependant très inférieur au maximum communautaire autorisé comme aux niveaux atteints par certains pays européens :

Taux d'imposition des cigarettes dans l'union européenne		
(en % du prix public de la classe de prix la plus vendue)		
	1996	1999
Danemark	82,4 %	nd
Portugal	81,2 %	nd
Royaume-Uni	77,6 %	80,1 %
Irlande	76,8 %	nd
France	76,7 %	76,0 %
Finlande	76,6 %	nd
Espagne	75,1 %	nd
Belgique	74,3 %	73,5 %
Autriche	74,0 %	nd
Grèce	72,8 %	nd
Italie	72,7 %	73,6 %
Pays-Bas	71,9 %	68,6 %
Allemagne	69,4 %	69,4 %
Suède	69,4 %	70,5 %

source : centre de documentation et d'information sur le tabac (1996) et SEITA (1999)

A titre d'illustration, et à prix industriel inchangé, une hausse de 20 % du prix des cigarettes Marlboro pourrait être obtenue par un alourdissement de 1,65 point de la fiscalité, qui passerait ainsi de 76 à 78,65 %. Et parvenir au niveau de taxation britannique conduirait à une hausse de 35 % du prix de ces mêmes Marlboro.

Compatible avec les dispositions communautaires, un alourdissement de la fiscalité est ainsi parfaitement réalisable en France pour obtenir une hausse sensible des prix du tabac.

Cette majoration des taxes pourrait par ailleurs s'accompagner d'un rééquilibrage d'une fiscalité française largement atypique en Europe c'est-à-dire essentiellement proportionnelle au prix de vente du tabac. Cette question renvoie cependant directement au débat sur les contraintes économiques ou, plus précisément, au débat sur l'ampleur de la protection qu'il convient d'accorder à la SEITA (cf. infra).

2. L'IMPORTANCE RELATIVE DES CONTRAINTES ECONOMIQUES ALLEGUEES

Les contraintes généralement alléguées à l'encontre d'une politique de hausse soutenue des prix du tabac relèvent de la volonté de ne pas porter atteinte aux intérêts des producteurs de tabacs et de la SEITA, de prévenir une guerre des prix entre fabricants et un développement de la contrebande susceptibles d'affecter les recettes fiscales de l'Etat et, enfin, de ne pas mettre en difficulté le réseau des 35.000 débitants de tabacs.

2.1. la protection des intérêts des producteurs de tabacs et de la SEITA

2.1.1. la protection des intérêts des producteurs de tabacs

Selon la fédération nationale des producteurs de tabacs de France, la production française représente environ 27.000 tonnes, ce qui range notre pays au 4ème rang des producteurs européens :

Evolution de la production de tabac en France			
	Surface (ha)	Production (tonnes)	Valeur (MF)
1970	20.200	46.600	nd
1980	18.800	44.600	nd
1985	15.500	34.800	nd
1991	10.538	29.747	831
1992	10.446	23.514	608
1993	10.839	25.838	689
1994	10.304	27.219	714
1995	9.713	27.000	710
1996	9.250	27.544	724

Concentrée à 55 % dans le grand Sud-Ouest, cette production concerne près de 10.000 exploitations, principalement de petite et moyenne taille (25 ha en moyenne) qui lui consacrent des surfaces très réduites (1 ha en moyenne).

En raison des fortes marges que sa culture dégage, le tabac procure entre 40 et 60 % des revenus de ces exploitations. De plus, la culture du tabac exige, notamment pour la récolte et les opérations de tri, le recours à une importante main-d'oeuvre saisonnière, soit près de 40.000 personnes à l'échelle nationale.

Il convient toutefois de souligner que la production française apparaît stable depuis une dizaine d'années. C'est-à-dire que le doublement du prix de vente au détail du tabac depuis 1991 n'a pas eu d'impact notable sur l'activité des producteurs.

Dans ces conditions, il est difficile de considérer que de nouvelles hausses plus limitées, de l'ordre de 20 ou 30 %, pourraient mettre en péril la culture du tabac et l'emploi agricole.

2.1.2. la défense des intérêts de la SEITA

La SEITA est une entreprise française, privatisée en 1995, au capital social de 2,6 Mds F. L'entreprise dispose de neuf sites de production employant actuellement 5.000 salariés (10.000 en 1980, 7.900 en 1985). Son chiffre d'affaires progresse de 5 % par an pour atteindre 17,9 Mds F en 1998. Le bénéfice représente 5 % de ce chiffre d'affaires (843 MF en 1998, 809 MF en 1997 et 693 MF en 1996).

Cette société détient le tiers du marché français :

Répartition du marché français des cigarettes (avril 1999)		
Fabricant	Marques principales	Part de marché
PHILIP MORRIS	Marlboro, Chesterfield, Philip Morris, L&M	34,75 %
SEITA	Gauloises, Gitanes, Pall Mall, News, Lucky Strike	33,81 %
ROTHMANS	Winfield, Peter Stuyvesant, Rothmans, Dunhill, Craven	14,90 %
RJ REYNOLDS	Camel, Winston, Gold Coast	8,76 %
GALLAHER	Benson & Hedges	3,25 %

Le marché français est fondamental pour la SEITA puisqu'il fournit à cette entreprise l'essentiel de sa profitabilité et lui permet de financer son développement international (47 % des volumes de la SEITA sont vendus hors de France). Elle est donc dans une situation très différente de ses concurrents anglo-saxons pour lesquels le marché français n'est qu'un marché parmi d'autres ne représentant qu'une faible part de leur activité.

Dans ces conditions, la SEITA est particulièrement attachée à prévenir toute mesure (publicité, fiscalité, prix, etc.) de nature à remettre en cause l'équilibre économique du marché français., mesure qui la pénaliserait relativement beaucoup plus que ses concurrents.

Les pouvoirs publics ont jusqu'à présent entendu en grande partie ce message. L'Etat est d'ailleurs toujours présent au capital de cette société privatisée (actuellement à hauteur de 3 %), au nom d'un intérêt stratégique aussi obscur que contestable.

La loi Evin du 10 janvier 1991 a certes interdit toute propagande directe ou indirecte en faveur du tabac. Cette mesure a été jugée particulièrement pénalisante par la SEITA engagée alors dans un effort de promotion de ses produits blonds pour faire face au déclin continu des tabacs bruns.

En revanche, la fiscalité française sur le tabac reste caractérisée par une prédominance de la fiscalité proportionnelle au prix de vente, la fiscalité spécifique liée aux volumes étant réduite au minimum de 5 % imposé par les dispositions communautaires. La France se distingue ainsi nettement des pays d'Europe du Nord dans lesquels la prédominance de la fiscalité spécifique conduit à un renchérissement et à une uniformisation vers le haut du prix des cigarettes.

La France maintient ainsi de grands écarts de prix de vente au détail, avec des produits moins chers qui pour la SEITA représentent 85 % de ses ventes nationales.

Cette caractéristique fiscale française, protectrice des intérêts de la SEITA, rend plus complexe toute politique volontariste de hausse importante des prix du tabac (cf. infra).

2.2. les risques de guerre des prix et de développement de la contrebande

Ces risques pèsent évidemment sur la SEITA puisque cette société ne dispose pas des marges élevées de ses concurrents pour soutenir une guerre des prix sur son marché domestique et que la contrebande ne concerne que des produits étrangers.

2.2.1. les menaces de guerre des prix

Une fiscalité à dominante spécifique permettrait de mieux garantir le niveau des recettes fiscales et de faire échec aux stratégies de baisses des prix puisque la fiscalité serait davantage liée au volume des ventes (X francs par paquet quel que soit son prix) qu'à leur valeur.

En choisissant une fiscalité proportionnelle, la France offre aux fabricants la possibilité de faire varier leurs prix industriels et donc leur prix de vente au détail. C'est-à-dire que face à la volonté des pouvoirs publics de réduire la consommation par une hausse soutenue des prix; les fabricants peuvent plus facilement lutter contre le risque de perte de marché en s'engageant dans une guerre des prix.

Une guerre des prix conduit à :

- rendre inopérante la détermination des pouvoirs publics de peser sur la consommation par les prix puisque la baisse des prix industriels permet de compenser au niveau du prix de vente au détail, les majorations de taxes,
- ruiner les perspectives de majoration des recettes fiscales puisque celles-ci sont assises sur une valeur en baisse des prix industriels
- menacer les positions de la SEITA qui, sauf à procéder à d'importants gains de productivité (fermeture de sites, suppression d'emplois) n'est pas en mesure de suivre le dumping des multinationales anglo-saxonnes.

Dans ces conditions, au nom de la santé publique, des recettes fiscales de l'Etat et des intérêts de la SEITA, les pouvoirs publics sont contraints de passer des compromis réalistes avec les fabricants pour promouvoir des hausses de prix modérés, tolérables par le marché, c'est-à-dire sans effet marqué sur la consommation.

Ainsi, alors que la loi de finances pour 1993 prévoyait deux hausses de prix (15 % en janvier et 17,5 % en mai) avec relèvement du droit de consommation, une première guerre des prix s'est engagée en 1993 générant des pertes de recettes fiscales de près de 5 Mds F. Un compromis est alors intervenu avec les fabricants pour une hausse de tarifs moyenne de 13,6 % en janvier 1994, sans relèvement de la fiscalité.

De même en 1996, les fabricants acceptent, en échange du maintien des droits de consommation à leur niveau, de relever le prix du tabac de 8,5 % en janvier 1997 et de 1,5 % en mai. Mais fin 1996, Rothmans lance la Winfield, une cigarette blonde en paquet de 30

vendue 22 F, soit un niveau de prix inférieur de 18 % au prix moyen du segment blond : en quelques mois, cette cigarette prend près de 10 % du marché.

Face à cette offensive, les fabricants ont déposé des propositions de baisses générales de leurs tarifs de l'ordre de 15 %. En parfaite illégalité, ces demandes n'ont pas été acceptées par l'administration qui s'est attachée à promouvoir un nouveau compromis avec les fabricants. En contrepartie d'un moratoire sur la fiscalité, ces derniers ont accepté une hausse « raisonnable » de 5 % en moyenne leurs tarifs en 1997.

Enfin, en 1998, une initiative parlementaire d'augmentation de la fiscalité s'est encore soldée par une augmentation concertée des prix de vente à hauteur de 5 %.

Ces expériences illustrent clairement les limites de l'action des pouvoirs publics face aux fabricants de cigarettes. Elles illustrent aussi la continuité de cette action, dans les années 1990, avec des résultats indéniables mais insuffisants.

Les intérêts de la SEITA et de ses 5.000 salariés sont certes légitimes mais cette société ne peut faire supporter à la collectivité la charge de la défense d'intérêts parfaitement contradictoires :

- en militant activement pour le maintien d'une fiscalité proportionnelle, la SEITA entend maintenir ses positions, en commercialisant des produits relativement moins onéreux que ses concurrents,
- mais cette fiscalité proportionnelle favorise une guerre des prix qu'elle ne peut soutenir et qui menace ces mêmes positions,
- la seule solution présentée comme « raisonnable » est donc de promouvoir le statu quo en matière de tabac, c'est-à-dire de renoncer largement à une politique de hausse de prix pour peser significativement sur la consommation.

Une autre solution sans doute plus raisonnable, c'est-à-dire permettant aux pouvoirs publics de recouvrer toute leur liberté d'action sans pénaliser gravement les intérêts de la SEITA est tout à fait envisageable. Elle pourrait s'inspirer du compromis passé en 1997 avec les fabricants, compromis qui a comporté un relèvement important d'un minimum de perception assis sur les quantités et non sur les prix.

Dans ce cadre, la SEITA devrait accepter une réduction sensible de la grande variété des prix de vente existant en France. Ce resserrement vers le haut des écarts de prix s'effectuerait par le biais d'une majoration par la SEITA des tarifs de ses produits les moins onéreux.

Perdant en compétitivité prix sur le marché français, la SEITA aurait cependant des marges plus élevées par majoration de ses tarifs les plus bas. Et par le biais d'un alignement du minimum de perception sur la taxation de ses produits les moins onéreux, l'entreprise pourrait être garantie contre le risque d'apparition de produits moins chers que les siens.

Réduisant les risques d'une guerre des prix de grande ampleur, assurant une plus grande stabilité des recettes fiscales, une telle évolution permettrait aux pouvoirs publics de retrouver la maîtrise de leur politique de prix en matière de tabac.

2.2.2. le développement de la contrebande

Bien que par nature difficilement mesurable, le développement de la contrebande est régulièrement invoqué à l'encontre d'une politique de hausses des prix du tabac. La contrebande est une réalité dans un certain nombre de pays : Italie, Espagne, Allemagne, Suède, Pays-Bas mais aussi Canada.

Dans plusieurs de ces pays et notamment la Suède, le développement de la contrebande est en grande partie reliée aux politiques de hausses des prix du tabac.

L'exemple le plus spectaculaire est sans doute celui du Canada où les très fortes augmentations des prix du tabac ont provoqué une contrebande massive atteignant jusqu'à 40 % de la consommation au Québec. L'Etat et la province se sont trouvés lésés d'une grande partie des recettes fiscales escomptées : de 14,4 Mds F en 1991/92 elles ont été réduites, en dépit de la hausse des taxes, à 11,25 Mds F en 1992/93. Le gouvernement canadien a dû reculer et baisser les taxes sur le tabac.

Dans d'autres pays, le lien entre prix du tabac et contrebande est cependant loin d'être probant. Ainsi l'Espagne, qui pratique des prix du tabac parmi les plus faibles d'Europe (-48 % par rapport à la France) est également l'un des pays les plus touchés par la contrebande.

En France, le développement de la contrebande allégué par les fabricants de cigarettes reste à démontrer :

<u>Evolutions des saisies en France</u>		
	nombre de constatations	tonnage saisi
1994	2.100	186
1995	2.743	117
1996	3.500	144
1997	5.976	182
1998	4.356	138

Les résultats obtenus au cours des cinq premiers mois 1999 (37 tonnes saisies) semblent indiquer un certain fléchissement du trafic illicite de cigarettes, tendance qui confirme l'évolution constatée en 1998.

On estime actuellement que la contrebande dans notre pays est comprise entre 1.000 et 2.000 tonnes, soit entre 1 et 2 % de la consommation de tabac. Ce chiffre modéré s'explique essentiellement par l'existence du monopole de vente au détail exercé par le réseau très structuré des débitants de tabacs, bien réparti sur le territoire.

2.3. le maintien du réseau des débitants de tabacs

2.3.1. un réseau constituant un élément d'aménagement du territoire

Les 35.000 débiteurs de tabacs constituent un réseau de distribution réparti sur tout le territoire : 45 % de ces débiteurs sont implantés dans des communes de moins de 2.000 habitants. Dans les zones défavorisées telles certaines zones rurales, ces débiteurs contribuent significativement à l'animation et à la vie économique de leur milieu.

De fait, le débit de tabac constitue souvent une source de revenu indispensable pour assurer la viabilité économique de structures commerçantes offrant des services variés à la population : café, mais aussi presse, alimentation, dépôt de pain, etc.

Ces petits débiteurs échappent certes à des règles commerciales classiques qui les feraient rapidement disparaître au profit des débits à fort potentiel de vente (centres commerciaux, grandes agglomérations,...) :

- monopole de vente au détail et interdiction des distributeurs automatiques,
- prix unique par produits et remise accordée par les fournisseurs fixée par arrêté de manière uniforme à 8 %.

Il n'en demeure pas moins que ces petits débiteurs sont confrontés à une baisse de leurs ventes en raison de l'évolution démographique de leur zone. Et de nouvelles hausses de prix du tabac pourraient menacer leur activité : si les hausses de prix génèrent mécaniquement une augmentation du produit de la remise fournisseur, cette augmentation pourrait être plus que compensée par une baisse de la consommation de tabac et donc des ventes.

2.3.2. une revalorisation souhaitable des revenus des petits débiteurs

Au regard des autres pays européens, la marge accordée aux débiteurs français de tabacs apparaît relativement faible :

Comparaison des marges accordées aux détaillants sur la vente de Marlboro (mars 1999)							
	France	Belgique	Pays-Bas	Italie	Allemagne	Roy-Uni	Suède
Prix de vente	20,00 F	19,51 F	17,58 F	18,70 F	17,42 F*	37,21 F	27,44 F
Marge détaillant	1,60 F	1,64 F	1,72 F	1,87 F	1,95 F	2,38 F	3,82 F
<i>en % du prix</i>	8,0 %	8,4 %	9,8 %	10,0 %	11,2 %	6,4 %	13,9 %

*en Allemagne, paquet de 19 cigarettes, soit 18,30 F pour 20 cigarettes

source : SEITA

Une politique de hausse des prix du tabac peut passer par une augmentation des prix industriels réalisée au profit des fabricants, par une majoration des taxes effectuée au bénéfice des budgets publics mais également par une revalorisation des marges accordée par les fournisseurs aux débiteurs de tabacs.

Afin de conforter le réseau de vente de tabacs, notamment dans les zones défavorisées, il est donc tout à fait envisageable de prévoir, dans le cadre des hausses de prix du tabac, une majoration du pourcentage de remise aux détaillants. Ainsi, une majoration de 0,5 point du taux de remise se traduirait par une progression de 20 % du montant des remises accordées aux débiteurs, dans l'hypothèse d'une augmentation de 20 % des prix de détail et d'une baisse de 6 % de la consommation.

Pour limiter la rente de situation qu'une telle revalorisation générerait pour les détaillants à grand débit, la redevance sur les chiffres d'affaires excédant 250.000 F serait maintenue sinon alourdie.

TROISIEME PARTIE : PROPOSITIONS

Beaucoup a été fait depuis une dizaine d'années. Malgré un accroissement de la population adulte, les ventes de cigarettes sont ainsi passées de 97 milliards d'unités en 1991 à 84 milliards en 1998. Mais il serait criminel d'en rester là et de ne rien faire de plus, car, en dépit de ces progrès récents, le tabagisme devrait tuer toujours d'avantage au cours des prochaines décennies. Tout concorde pour prévoir une évolution de 60 000 décès par an actuellement, à 165 000 décès liés au tabac en 2025, avec un doublement des décès masculins et un décuplement des décès féminins. « L'épidémie » de cancers liés au tabac dans la population féminine n'en est en effet qu'à ces débuts.

Sans méconnaître les suggestions qui pourraient être faites à un autre titre, par exemple dans le rapport d'évaluation de la loi Evin ou dans le cadre d'initiatives ministérielles (teneur maximale en goudron, prévention, éducation à la santé ...), les propositions qui suivent se limitent aux termes de la lettre de mission de Monsieur le Premier Ministre sur ce qui concerne directement ou indirectement la fiscalité du tabac.

1. AUGMENTATION DE 20 % DES PRIX DE VENTE :

Une politique de hausse des prix a ses limites, mais dans une perspective de nécessaire diminution de la consommation, l'augmentation des prix de vente, reste une question centrale. Peu importe de ce point de vue qui en est bénéficiaire. Les fabricants, les prix étant libres, pourraient très bien en comprendre la nécessité et augmenter les prix de manière significative sans modification de la fiscalité. Mais la recherche permanente d'un marché captif ne permet guère d'envisager cette voie comme ouverte spontanément. L'augmentation de la fiscalité peut donc s'avérer indispensable. Sans atteindre encore les niveaux du Nord de l'Europe, la France, qui se situe dans la médiane européenne, devrait rechercher une augmentation de l'ordre de 20 % des prix de vente, avec un objectif de baisse de la consommation d'environ 6 % en moyenne, mais beaucoup plus importante sur la cible privilégiée des jeunes. Associer les fabricants à cette politique serait évidemment préférable. Mais dans l'hypothèse où cela ne serait pas possible dans des délais très rapprochés, il conviendrait alors de jouer sur le seul levier disponible, celui de la fiscalité.

2. INTERDICTION DE LA VENTE AUX MOINS DE 16 ANS :

Si, grâce aux politiques conduites, l'âge moyen de tabagisme régulier est passé de 12,5 ans en 1980 à 14,4 ans en 1995, il reste que l'accoutumance précoce doit être combattue et qu'une mesure symbolique forte devrait être adoptée en interdisant la vente aux moins de 16 ans.

On peut noter que l'incidence fiscale d'une telle mesure serait faible même si cet élément ne peut être utilisé comme argument supplémentaire.

3. CONFORTER LE MONOPOLE DE VENTE AU DETAIL :

S'exerçant par l'intermédiaire de 35 000 débiteurs, il constitue une spécificité nationale, maillant l'ensemble du territoire, y garantissant un prix de vente unique, contribuant à la limitation de la contrebande, il se révèle un outil indispensable dans le cadre d'une politique de prix élevés. Son rôle ne doit donc pas, paradoxalement, être méconnu aussi sous l'angle d'une politique de santé. Or sa rémunération, la remise brute, fixée par arrêté à 8 % du montant des livraisons, est la plus faible des principaux pays européens. Une revalorisation à 8,5% contribuerait à l'augmentation du prix de vente et permettrait d'associer plus étroitement le réseau à l'interdiction de la vente aux moins de 16 ans.

4. DESENGAGER L'ETAT, C'EST DONNER DU SENS A LA FISCALITE DU TABAC :

L'Etat a été le principal bénéficiaire de l'évolution à la hausse des taxes sur les tabacs. Il est donc obligatoirement soupçonné, en matière de prix du tabac, de ne pas agir au nom d'une politique de santé publique, mais d'arrondir ses « recettes de poche » budgétaires. Un désengagement de l'Etat constituerait un message très fort de sa volonté de cohérence pour conduire sa politique de santé publique et un atout indéniable en direction de l'opinion pour accompagner des mesures nécessaires sur le plan de la santé, dans un contexte marqué par ailleurs par le débat sur l'utilisation des fruits de la croissance.

4.1. La T.V.A., recette de l'Etat :

Le caractère universel de la T.V.A. sur l'ensemble de la consommation justifie pleinement dans l'absolu que la vente du tabac y soit assujettie comme n'importe quelle autre marchandise. Augmentant régulièrement, son produit a pratiquement doublé depuis 1990 pour atteindre 13,47 milliards en 1998. Une augmentation des prix abondera encore cette recette qui doit rester une recette de l'Etat.

4.2. La SEITA :

L'Etat est encore actionnaire, à hauteur de 3 % de la SEITA. Est-ce vraiment moral et cohérent par rapport à une politique de santé ? Sauf à considérer que la France y a un intérêt stratégique majeur La vente par l'Etat des 3 % qu'il a conservés peut être estimée à une recette de l'ordre de 1 milliard de francs qui pourrait être affectée au Fonds de Réserve des Retraites.

4.3. Basculer les droits de consommation sur l'assurance maladie :

Leur montant s'élève en 1998 à 36,72 milliards pour l'Etat, 3,8 milliards pour l'assurance-maladie et 0,45 milliard pour le BAPSA. Parallèlement, des études disparates font apparaître des charges liées au tabagisme allant de 30 à 150 milliards de francs. Le basculement total de ces droits sur la protection sociale, essentiellement l'assurance-maladie apparaît donc souhaitable et crédibiliserait, y compris aux yeux des consommateurs, des hausses de prix qui ont eu pour effet jusqu'ici de majorer d'abord les ressources de l'Etat. C'est en effet l'assurance-maladie qui supporte l'essentiel du coût du tabagisme.

Des dépenses actuellement assurées par l'Etat pourraient en contrepartie disparaître. L'ampleur des mesures en jeu pourrait justifier un étalement de la disposition proposée. Le transfert envisagé étant nettement supérieur aux besoins de l'assurance-maladie, il est tout à fait concevable de la répercuter en partie sur une baisse de la C.S.G. ou des cotisations patronales d'assurance-maladie, en diminuant la part de telle ou telle recette dans le financement de l'assurance-maladie

5. DES 2000, MODIFIER LE TAUX DE PRELEVEMENT AU BENEFICE DE LA C.N.A.M. :

Fixé à 6,39 % pour 1997, ce taux est passé à 9,1 % dans la loi de finances pour 1998. Dans la logique des propositions précédentes, il conviendrait dans un premier temps de le faire progresser de manière significative, si le basculement n'avait pas lieu dès l'an 2000. A titre indicatif, un doublement de ce taux aurait représenté une recette supplémentaire de 3,85 milliards de francs pour la C.N.A.M. en 1998. En tout état de cause, l'évolution de ce taux devrait intégrer les recettes supplémentaires prévisionnelles consécutives à une augmentation des prix de vente du tabac.

6. REMBOURSEMENT DU PATCH ET DES TRAITEMENTS HOMOLOGUES :

Le surcroît de recettes consécutifs à l'augmentation des prix de vente, légitimé par l'objectif de baisse de la consommation et par le désengagement de l'Etat, verra sa légitimité renforcée par son affectation partielle au remboursement du patch et des traitements homologués.

Un remboursement à 65 % par exemple, ne s'apparentant pas à la gratuité, gagé sur des recettes nouvelles, ne représente une dépense nouvelle ni pour l'Etat ni pour l'assurance-maladie. Il permettra en outre d'accroître la baisse de la consommation, qui constitue une nécessité de santé publique.

7. RESPECTER LA RECOMMANDATION « 1% DE L'OMS » :

L'OMS recommande de consacrer 1% de la fiscalité du tabac au financement des actions de lutte contre le tabagisme, ce qui devrait représenter en France, compte tenu de l'augmentation des prix de vente, une dépense de l'ordre de 600 Millions de francs. Malgré une évolution positive (20 millions de francs en 1997, 90 millions de francs en 1999), nous en sommes encore loin. Il conviendrait donc de tripler les actions de lutte contre le tabagisme pour approcher l'objectif recommandé par L'OMS.

8. HORS DE L'HEXAGONE :

Le Corse avec un régime dérogatoire et les Départements d'Outre-mer, considérés comme ne faisant pas partie sur ce plan du territoire fiscal de l'Union européenne, connaissent des prix de vente des cigarettes égaux aux 2/3 des prix continentaux. Cette situation s'explique par des raisons historiques, économiques ou financières, mais sûrement pas pour des raisons liées à une politique de santé.

Cet écart, très important, devrait être réduit pour ne pas laisser ces départements en dehors d'une politique de baisse de la consommation, tout aussi nécessaire pour la santé publique que dans l'Hexagone. La Martinique et la Guadeloupe pourraient par ailleurs bénéficier d'une perception des taxes comparables à celle de la Corse, de la Réunion et de la Guyane.

9. AU NIVEAU EUROPEEN :

Encadrée par des directives européennes, la fiscalité du tabac se caractérise comme une « fiscalité à rebours », les taxes s'établissant à partir du prix de vente au détail. Associée à la liberté des prix pour les fabricants, elle présente quelques inconvénients, en leur permettant une éventuelle « guerre des prix » et en limitant l'action des états dans l'établissement d'une politique des prix liée à une politique de santé. La remise en cause de ce système apparaît toutefois peu réaliste.

En revanche, la possibilité d'aller au delà des 90 % de fiscalité, maximum autorisé par la législation européenne, donnerait aux états une arme dissuasive vis à vis des fabricants qui se proposeraient de diminuer leurs prix de vente . L'idéal serait la suppression de tout plafond. Dans le même temps, l'harmonisation des prix vers le haut s'avère indispensable à l'intérieur du marché unique communautaire. Le minimum de perception fixé en Europe à 70 % devrait être relevé à 75 %. Dans ce domaine, l'Union européenne s'est, pour l'essentiel, consacrée jusqu'ici aux questions de concurrence et de marché. Les préoccupations de santé ne peuvent plus en être absentes.

10. LA STRUCTURE DE LA FISCALITE DU TABAC :

Le régime français limite au minimum prévu par les dispositions communautaires, soit 5%, la part spécifique du droit de consommation. Cette caractéristique fiscale, protectrice des intérêts de la SEITA, rend plus complexe toute politique volontariste de hausse importante des prix du tabac. Mais le dispositif est heureusement complété par l'existence d'un minimum de perception fixé aux 1000 unités.

Confrontée à une chute inexorable de la consommation des tabacs bruns, plus liée à l'âge des consommateurs et à la féminisation du tabagisme qu'à la fiscalité, la SEITA devrait contribuer à une réduction sensible de la grande variété des prix de vente, en majorant les tarifs de ses produits les moins onéreux. Le minimum de perception aux 1000 unités pourrait dès lors suivre la même évolution.

ANNEXES

Annexe : l'action en justice engagée par la CPAM de Saint-Nazaire

Le conseil d'administration de cet organisme a décidé le 11 février 1999, d'engager devant le tribunal de grande instance de St Nazaire une action en responsabilité civile contre les fabricants de tabac.

Il convient de souligner que cette action ne vise pas, pour l'essentiel, à obtenir l'intégrale réparation du préjudice que représentent les conséquences du tabagisme, mais de faire reconnaître la responsabilité des cigarettiers dans l'origine de celui.

L'assignation déposée devant le tribunal repose sur la réunion des trois éléments de preuve indispensable pour mettre en oeuvre une responsabilité civile :

- un fait générateur de responsabilité (I),
- un préjudice direct, certain et personnel (II),
- un lien de causalité entre le fait générateur de responsabilité et le préjudice (III).

I. Fautes et responsabilités des fabricants de tabac

I.1. défaut d'information et désinformation sur les dangers du tabac

Dès les années 1950-60, l'ensemble des fabricants connaissait parfaitement le caractère cancérigène et addictif des cigarettes.

Or, jusqu'en 1976, aucun de ces fabricants n'a fourni la moindre mise en garde ou information sur la dangerosité de leurs produits. Au contraire, ceux-ci ont mis en place une stratégie visant à dissimuler la nocivité du tabac et à le présenter sous un jour attractif notamment pour les jeunes.

Et depuis 1976, ces fabricants se sont efforcés de dénaturer les messages de mise en garde rendus obligatoires (adjonction de la mention « selon la loi n° ») et à en réduire la visibilité et la lisibilité.

A ce défaut d'information s'ajoute une désinformation délibérée à l'égard du public

Ainsi, face à l'interdiction partielle puis totale de toute publicité directe ou indirecte, les fabricants ont multiplié des campagnes de publicité illicites régulièrement condamnée par les juridictions répressives : publicité indirecte au profit de service de diversification (vêtements, raids-aventure, voyages, etc.), opérations de parrainage sportif, promotions dans les paquets de cigarettes par divers procédés de type jeux, concours,...

De même, en s'appuyant sur des études complaisantes, ces fabricants ont systématiquement minimisé les risques et dangers associés au tabac

Il convient de relever que, à l'instar des fabricants étrangers, la SEITA participe largement à ces agissements délictueux¹⁰.

¹⁰ Ainsi, M. Comolli, dirigeant de la SEITA a été condamné à 150.000 F d'amende et 150.000 F de dommages et intérêts pour adjonction de la mention « Selon la loi n° 91-32 », pour absence de fond contrastant et absence

I.2. responsabilité sans faute des fabricants du fait de la dangerosité de leurs produits

Dans un arrêt du 28/04/98, relatif aux dommages différés causés par une transmission de plasma contaminé par le virus du Sida, la cour de cassation a expressément visé « les articles 1147 et 1384 du code civil interprétés à la lumière de la directive CEE du 25 juillet 1985 » pour juger que « tout producteur est responsable des dommages causés par un défaut de son produit, tant à l'égard des victimes immédiates que des victimes par ricochet ».

Le tabac est un produit structurellement dangereux dans les conditions normales d'utilisation, en raison de son caractère cancérogène et addictif.

II. Préjudice subi par la CPAM de St Nazaire

En se fondant sur l'étude de J.J. Rosa (1994) à laquelle se réfèrent volontiers les fabricants de cigarettes, le coût annuel du tabagisme en France est de 23,7 Mds F. La CPAM de St Nazaire représentant 0,4 % des dépenses de maladie, le coût annuel pour cet organisme serait ainsi de 95 MF.

La caisse a préféré se référer à des données locales réunies par son service médical. L'évaluation des coûts a pris un caractère volontairement minimal puisqu'elle n'a porté que sur trois pathologies pour lesquelles le lien de causalité avec le tabac est bien établi : cancers broncho-pulmonaires, cancers de la glotte et du larynx, artériopathies des membres inférieurs.

Sur une population de 1.435 personnes atteintes d'une ou plusieurs des trois pathologies ciblées, une enquête a permis de déterminer le taux d'exposition au tabac des malades :

- 84,4 % pour les cancers broncho-pulmonaires,
- 96,8 % pour les cancers du larynx et de la glotte,
- 67,5 % pour les artériopathies,
- 91,7 % pour les assurés atteints de plusieurs de ces pathologies.

de caractères gras dans les messages légaux de mises en garde des consommateurs (tribunal correctionnel de Paris, 9 juin 1997).

En appel, la condamnation de M. Comolli a été portée à 300.000 F eu égard à sa volonté délibérée de se soustraire aux obligations qui lui sont imposées dans un but de santé publique (cour d'appel de Paris, 1er octobre 1998) , en revanche la Cour d'appel n'a pas considéré l'adjonction « selon la loi » comme une infraction à la loi Evin.

De même, M. Comolli a été condamné pour avoir organisé sur les lieux de vente un concours portant la mention « *Trois paquets + 30 francs = une cassette vidéo* » au profit des Gauloises blondes et Lucky Strike (cour d'appel de Paris, 1er octobre 1998).

Enfin, ce même dirigeant s'efforce de relativiser les dangers et conséquences du tabagisme :

« S'il est incontestable que la fumée peut être une gêne pour un non fumeur, le risque d'une affection grave n'a pas été démontrée aujourd'hui [...]

Si certains considèrent que le fait de fumer entraîne de façon prouvée telle ou telle maladie, il faut qu'il aille au bout de leur logique, même si le raisonnement en la matière peut paraître insupportable et cynique. Globalement le tabac rapporte plus à la collectivité qu'il ne lui coûte. »

Les coûts par individus constatés en 1998 pour ces pathologies¹¹, ont été rapportés à la population exposée permettant ainsi de chiffrer les dépenses de la CPAM à :

- 6,8 MF pour les cancers broncho-pulmonaires,
- 1,2 MF pour les cancers du larynx et de la glotte,
- 14,1 MF pour les artériopathies,
- 1,5 MF pour les assurés atteints de plusieurs de ces pathologies.

Soit un coût annuel de 23,7 MF pour la CPAM.

III. Lien de causalité entre les agissements des fabricants de cigarettes et le préjudice subi par la CPAM

D'une façon générale, les fabricants ne peuvent soutenir que leurs fautes seraient sans rapport avec les dommages causés aux fumeurs dans la mesure où ceux-ci auraient fumé en connaissance de cause :

- d'une part, il est de jurisprudence constante que l'acceptation des risques n'est pas une cause d'exonération de la responsabilité du responsable du dommage.
- d'autre part, les fabricants multiplient défaut d'information et désinformation sur la dangerosité du tabac et font des jeunes leur cible privilégiée pour conforter le tabagisme en France ; on ne peut en particulier reprocher à un adolescent de pleinement connaître les méfaits d'un produit dont la vente est licite et qui est présenté par les fabricants comme un produit valorisant.

Sur la responsabilité sans faute des fabricants, celle-ci repose sur le simple fait de commercialiser des produits addictifs et cancérigènes, qui n'offrent pas la sécurité à laquelle on peut légitimement prétendre.

Le lien de causalité découle directement du dommage. Et il est clair que si les assurés sociaux de la CPAM n'avaient pas fumé, ils n'auraient pas été atteints d'affections graves à l'origine des dépenses prise en charge par la caisse de St-Nazaire.

Aucune des trois causes d'exonération prévue en droit français ne peut être évoquée par les fabricants pour s'exonérer de leur responsabilité : force majeure, faute de tiers, faute de la victime.

IV Réparations demandées par la CPAM

Sur la base d'un coût annuel de 23,7 MF, la CPAM demande réparation à hauteur de 51,3 MF correspondant au coût du tabagisme sur la période comprise entre le 1/4/1997 et le 31/5/1999, date de son assignation.

A cette somme destinée à réparer le préjudice passé, la CPAM demande au tribunal d'ajouter la somme de 23,7 MF par an pour le préjudice futur mais certain découlant de la perpétuation des pratiques des fabricants dans le département (défaut d'information, publicité

¹¹ Cout incluant honoraires, prescriptions hospitalisation et indemnités journalières

et parrainage illicites, désinformation de la part des dirigeants, absence de mesures de prévention, blocage de la recherche scientifique, etc.).

Et ce tant que les fabricants de cigarettes n'auront pas pris les mesures pour que la cigarette offre la sécurité à laquelle on peut légitimement prétendre.