N° 764

—

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUATORZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 28 février 2013.

RAPPORT D'INFORMATION

DÉPOSÉ
en application de l'article 146-3, alinéa 6, du Règlement

PAR LE COMITÉ D'ÉVALUATION ET DE CONTRÔLE DES POLITIQUES PUBLIQUES
SUR *l'***évaluation** *des* **politiques publiques** *de* **lutte** *contre le* **tabagisme**

ET PRÉSENTÉ

PAR MM. DENIS JACQUAT ET JEAN-LOUIS TOURAINE

Députés.

—

SOMMAIRE

Pages

INTRODUCTION 7

PROPOSITIONS DES RAPPORTEURS 11

I.– UNE PRIORITÉ POUR L'ACTION PUBLIQUE : ACCROÎTRE L'EFFICACITÉ DE LA POLITIQUE DE LUTTE CONTRE LE TABAGISME 17

A.– DES OBJECTIFS PEU LISIBLES MALGRÉ L'IMPORTANCE DE L'ENJEU 17

1. Un enjeu majeur pour la collectivité 17

2. Des objectifs foisonnants et évolutifs 19

3. Un suivi perfectible avec des failles dans le dispositif d'observation 22

B.– DES EFFORTS RÉELS AU COURS DE LA DERNIÈRE DÉCENNIE, MAIS DES MOYENS DISPERSÉS ET INÉGALEMENT MOBILISÉS 23

1. Des moyens administratifs dispersés 23

2. Des moyens budgétaires relativement limités 24

3. Un cadre réglementaire protecteur mais insuffisamment appliqué et une utilisation discontinue du levier fiscal 25

C.– DES RÉSULTATS INSUFFISANTS 26

1. Une hausse de la prévalence tabagique entre 2005 et 2010, qui reste supérieure aux objectifs fixés et à celle de pays voisins 26

2. Des problématiques particulières : les jeunes, les femmes et les personnes en situation de précarité 31

3. Des progrès toutefois significatifs en matière de tabagisme passif 35

II.– LA STRATÉGIE : RÉNOVER LA GOUVERNANCE ET LE PILOTAGE POUR ENGAGER DANS LA DURÉE UNE ACTION GLOBALE ET COORDONNÉE 38

A.– RENFORCER LA COORDINATION ET CLARIFIER LES COMPÉTENCES 38

1. Au niveau interministériel : améliorer le dispositif de coordination avec un portage politique fort et continu 38

2. Au niveau des opérateurs : clarifier les compétences et l'organisation des agences sanitaires 41

3. Au niveau régional : soutenir le développement de politiques territoriales et partenariales de prévention 44

B.– ÉLABORER UNE STRATÉGIE PLURIANNUELLE DE RÉDUCTION DU TABAGISME AVEC UN SUIVI RESSERRÉ, SOUS LE CONTRÔLE DU PARLEMENT 46

1. Un pilotage plus stratégique : une priorité et des objectifs clairement définis dans la prochaine loi de santé publique 47

2. Un pilotage plus resserré et plus réactif : se doter d'un tableau de bord permettant de suivre de près les principaux indicateurs 48

3. Un pilotage plus exigeant : améliorer l'information du Parlement et rendre compte régulièrement des résultats de l'action publique 51

C.– DÉVELOPPER LA RECHERCHE ET L'ÉVALUATION POUR MIEUX ÉTAYER LA DÉCISION PUBLIQUE 54

III.– LES INSTRUMENTS : UTILISER ET METTRE EN SYNERGIE TOUS LES LEVIERS DE L'ACTION PUBLIQUE, AVEC UNE LARGE MOBILISATION DES ACTEURS 58

A.– APPLIQUER : CRÉER LES CONDITIONS D'UNE MEILLEURE MISE EN ŒUVRE DE LA RÉGLEMENTATION 59

1. Tirer les enseignements d'une application incomplète des interdictions de fumer dans les lieux publics et de la vente de tabac aux mineurs 59

2. Établir un programme national de contrôle avec des objectifs chiffrés par département 62

3. Prévoir des mesures d'accompagnement et préciser la réglementation 63

B.– PRÉVENIR ET DISSUADER 65

1. Utiliser le levier fiscal dans un objectif de santé publique et amplifier la lutte contre les achats hors du réseau des buralistes 65

2. Réduire l'attractivité des produits du tabac 75

3. Développer des stratégies ambitieuses de prévention et de communication 82

C.– PRENDRE EN CHARGE 86

1. Améliorer le remboursement des produits d'aide au sevrage 86

2. Renforcer l'implication des professionnels de santé 90

3. Améliorer la prise en charge et intensifier les actions en direction des femmes enceintes 93

AUDITION DE M. DIDIER MIGAUD, PREMIER PRÉSIDENT DE LA COUR DES COMPTES 97

EXAMEN PAR LE COMITÉ 117

ANNEXES 127

ANNEXE N° 1 : PERSONNES ENTENDUES PAR LES RAPPORTEURS 129

ANNEXE N° 2 : COMPTE RENDU DE LA TABLE RONDE DU 12 DÉCEMBRE 2012 SUR « LA LUTTE CONTRE LE TABAGISME DES JEUNES : QUELS RÉSULTATS, QUELS AXES DE PROGRÈS ? » 133

ANNEXE N° 3 : CONTRIBUTION DU SECRÉTARIAT DE LA CONVENTION-CADRE DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) POUR LA LUTTE ANTI-TABAC .. 151

ANNEXE N° 4 : ÉPIDÉMIOLOGIE ET ASPECTS SOCIOLOGIQUES CONCERNANT LES JEUNES ET LE TABAC 155

ANNEXE N° 5 : SUIVI DE LA MESURE 10 « POURSUIVRE LA LUTTE CONTRE LE TABAC » DU PLAN CANCER 2009-2013 171

ANNEXE N° 6 : CAMPAGNES ANTI-TABAC DE 2002 À 2012 DE L'INSTITUT NATIONAL DE PRÉVENTION ET D'ÉDUCATION A LA SANTÉ (INPES) 175

ANNEXE N° 7 : RÉGLEMENTATION ET MESURES DE LUTTE CONTRE LE TABAGISME AU ROYAUME-UNI 179

COMMUNICATION DE LA COUR DES COMPTES SUR L'ÉVALUATION DES POLITIQUES DE LUTTE CONTRE LE TABAGISME 183

INTRODUCTION

La consommation de tabac constitue aujourd'hui, et de loin, la première cause de mortalité évitable en France, avec environ 73 000 décès chaque année, soit 200 morts par jour. En particulier, le tabagisme est actuellement responsable de plus d'un décès sur cinq chez les hommes.

Enjeu majeur de santé publique, le tabagisme représente également une charge élevée pour la collectivité, même si la mesure précise de ses coûts sanitaires et sociaux mériterait d'être approfondie. Une étude publiée en 2006 avait ainsi estimé le coût social total du tabagisme à environ 47 milliards d'euros [(1)].

Entre liberté individuelle et protection collective, les politiques de lutte contre le tabagisme ont permis plusieurs progrès significatifs, en particulier suite à la « loi Evin » de 1991 [(2)] , au premier Plan cancer de 2003 ainsi qu'au décret du 15 novembre 2006 relatif à l'interdiction de fumer dans les lieux publics, qui visait à renforcer la protection de la population contre le tabagisme passif.

Toutefois, les dernières données disponibles font état d'une remontée préoccupante de la prévalence tabagique sur la période récente, en particulier chez les femmes. En effet, les fumeurs réguliers représentaient 29,1 % de la population âgée de 15 à 75 ans en 2010, contre 27 % en 2005 [(3)], marquant ainsi une rupture après plusieurs années de baisse continue, et les objectifs chiffrés fixés par la loi de santé publique de 2004 sont encore loin d'être atteints.

Par ailleurs, alors que la France a été le premier pays en Europe à ratifier la convention-cadre de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour la lutte anti-tabac (CCLAT), en 2004, ses résultats sont aujourd'hui clairement moins bons que plusieurs pays voisins, par exemple le Royaume-Uni, où la prévalence tabagique a significativement baissé depuis plusieurs années : désormais, seul un anglais sur cinq fume, contre une personne sur trois en France.

Le tabagisme reste ainsi un enjeu collectif majeur mais aussi une *« urgence durable »*, selon les termes du directeur général de la santé, M. Jean-Yves Grall [(4)].

Il était donc particulièrement nécessaire de passer au crible de l'évaluation l'ensemble de l'action publique dans ce domaine, c'est-à-dire d'apprécier les résultats obtenus au regard des objectifs assignés et des moyens mis en œuvre, en vue d'accroître l'efficacité de la politique publique de lutte contre le tabagisme.

---

(1) Le coût social des drogues en 2003. Les dépenses publiques dans le cadre de la lutte contre les drogues*, Pierre Kopp et Philippe Fenoglio, Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT), avril 2006.*

(2) Loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme.

(3) Baromètres santé 2005 et 2010 de l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (INPES).

(4) « La lutte contre le tabagisme : une urgence durable », M. Jean-Yves Grall, in Lutte contre le tabagisme : toujours une priorité*, Actualité et dossier en santé publique (ADSP) n° 81, décembre 2012.*

Aux termes de l'article 47-2 de la Constitution, tel qu'issu de la loi constitutionnelle n° 2008-724 du 23 juillet 2008 de modernisation des institutions de la V^e^ République, *« la Cour des comptes assiste le Parlement et le Gouvernement (...) dans l'évaluation des politiques publiques »*. En application de cette disposition constitutionnelle, l'article L. 132-5 du code des juridictions financières [(1)] donne la possibilité au Président de l'Assemblée nationale de saisir la Cour des comptes d'une demande d'évaluation d'une politique publique, de sa propre initiative ou sur proposition du Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques (CEC).

Sur le fondement de ces dispositions, le Comité a décidé, lors de sa réunion du 30 juin 2011, de demander l'assistance de la Cour pour l'évaluation des politiques publiques de lutte contre le tabagisme, sur la proposition du Président de l'Assemblée nationale, président du CEC, M. Bernard Accoyer. La programmation de cette évaluation avait initialement pour objectif de faciliter la reprise des travaux du Comité, dès l'ouverture de la quatorzième législature.

Par lettre en date du 18 juillet 2011, le Président de l'Assemblée nationale a formellement saisi la Cour des Comptes d'une demande concernant *« l'évaluation des politiques publiques de lutte contre le tabagisme »*. La sixième chambre de la Cour, compétente sur les questions de santé publique, a conduit à l'automne 2011 de premières investigations sur le sujet. Ultérieurement, une réunion de travail avec M. Jean Mallot, vice-président du Comité, et un échange de courriers entre le Premier président de la Cour et le Président de l'Assemblée nationale ont permis de préciser le champ de la mission et les modalités d'intervention de la Cour [(2)].

Suite à la reconstitution du Comité sous la présente législature, M. Denis Jacquat (UMP) et M. Jean-Louis Touraine (SRC) ont été désignés rapporteurs par le Comité, le 18 octobre dernier. Une réunion organisée avec l'équipe des magistrats de la Cour, en octobre dernier, a permis de présenter la méthodologie et la nature des investigations engagées pour cette évaluation.

Le 13 décembre 2012, le rapport de la Cour a été présenté par le Premier président, M. Didier Migaud, lors d'une réunion du CEC dont le compte rendu est présenté en annexe.

Résultat de plus d'une année d'investigations, cette étude de grande qualité a permis aux rapporteurs de disposer d'un état des lieux précis sur ces questions. Les rapporteurs tiennent à saluer les moyens importants mobilisés par la Cour pour cette évaluation, en particulier, outre les auditions des parties prenantes, la constitution d'un groupe d'appui dont les membres ont été choisis pour la diversité de leurs compétences, une revue de la jurisprudence et de la littérature scientifique internationale ainsi que des déplacements en région et à l'étranger.

---

(1) Introduit par la loi n° 2011-140 du 3 février 2011 tendant à renforcer les moyens du Parlement en matière de contrôle de l'action du Gouvernement et d'évaluation des politiques publiques.

(2) Lettre adressée le 3 février 2012 par le Premier président de la Cour et réponse du Président de l'Assemblée nationale, président du CEC, en date du 22 février 2012.

Au-delà de cette expertise très instructive, les rapporteurs ont également engagé plusieurs travaux et exploité les différentes contributions qui leur ont été adressées pour cette mission d'évaluation, en particulier :

– l'enquête d'opinion commandée par l'Assemblée nationale et réalisée par l'institut IFOP, en juin 2012 ;

– l'organisation de dix auditions et trois tables rondes, ayant permis d'entendre une trentaine de personnes dont la liste est présentée en annexe (experts, représentants des associations de lutte contre le tabagisme, des fabricants et des buralistes, responsables administratifs, etc.) ;

– un déplacement au collège de Fontenay-sous-Bois, en novembre dernier ;

– une table ronde consacrée à la question du tabagisme des jeunes, en présence notamment du directeur général de la santé, ouverte aux membres de la commission des Affaires sociales et dont le compte rendu est présenté en annexe ;

– un questionnaire adressé à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), auquel il a été répondu en décembre 2012 ;

– une contribution écrite du secrétariat permanent de la convention-cadre de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour la lutte anti-tabac (CCLAT) ;

– des éléments recueillis auprès de l'ambassade de France au Royaume-Uni sur la lutte contre le tabagisme et les conditions de vente, en février 2013 ;

– une réponse du Commissaire européen chargé de la santé et des consommateurs, M. Tonio Borg, en date du 6 février 2013, en réponse au questionnaire adressé par les rapporteurs.

Les rapporteurs ont également été soucieux de s'appuyer sur les travaux antérieurs de l'Assemblée nationale sur le tabac ou la prévention sanitaire, en particulier les rapports de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (Mecss), de missions constituées par la commission des Affaires sociales et par la commission des Finances, de la mission d'information sur l'interdiction de fumer dans les lieux publics [(1)], ainsi que le rapport récent de M. Yves Bur sur la politique de lutte contre le tabac [(2)].

Le présent rapport a également pris en compte les travaux parlementaires récents dans le cadre de l'examen des projets de loi de finances (PLF) et de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2013.

---

(1) Rapport d'information n° 4334 sur la prévention sanitaire (Mecss février 2012), rapport n° 3627 de la mission d'information sur les agences sanitaires (juillet 2011), rapport d'information n° 3786 sur les conséquences fiscales des ventes illicites de tabac (octobre 2011), rapport n° 3627 de la mission d'information sur les agences sanitaires (juillet 2011), rapport d'information n° 3353 au nom de la mission, créée en Conférence des présidents, sur l'interdiction du tabac dans les lieux publics (octobre 2006).

(2) Propositions pour une nouvelle politique de lutte contre le tabac*, rapport de M. Yves Bur au ministre du Travail, de l'emploi et de la santé (février 2012).*

Quant au champ temporel retenu pour la présente évaluation, il recouvre les politiques mises en œuvre au cours de la dernière décennie, y compris la proposition de directive européenne sur le tabac, présentée le 19 décembre 2012 – après donc la présentation du rapport de la Cour – ainsi que les mesures prévues par la loi n° 2012-1510 du 29 décembre 2012 de finances rectificative pour 2012.

Agir plus efficacement pour diminuer la consommation de tabac suppose tout d'abord de poser le bon diagnostic, autrement dit d'identifier les forces et les faiblesses du dispositif actuel et de mesurer dans quelles conditions les objectifs fixés ont été ou non atteints, et pour quelles raisons. Dans cette perspective, la première partie du présent rapport présente les principaux points saillants qui ressortent de l'évaluation de cette politique publique, sans revenir sur le détail des différents dispositifs, compte tenu des développements approfondis sur ce point du rapport de la Cour.

Pour remédier aux faiblesses ainsi identifiées et assurer, dans la durée, la cohérence et l'efficacité de l'action publique, plusieurs propositions sont formulées concernant la gouvernance et le pilotage, dans la deuxième partie du présent rapport. Enfin, différentes mesures doivent être envisagées pour utiliser au mieux tous les leviers de l'action publique (prévention, fiscalité, contrôles, etc.).

Ces propositions concrètes sont guidées par la volonté :

– d'agir simultanément en direction des non-fumeurs, pour éviter la première cigarette, et des fumeurs, pour soutenir au mieux ceux d'entre eux qui souhaitent s'arrêter et donner envie aux autres de s'engager dans cette démarche ;

– de mettre en œuvre des mesures volontaristes et efficaces, en s'inspirant notamment de bonnes pratiques observées à l'étranger, mais aussi réalistes et opérationnelles, en cherchant à comprendre au mieux les difficultés qui peuvent se poser concrètement sur le terrain et à associer davantage les acteurs concernés ;

– de faire une priorité du renforcement de la prévention et de l'aide à arrêt, en particulier auprès des plus jeunes ; une véritable politique de santé publique ne saurait en effet se résumer à un empilement de taxes et d'interdictions.

Par l'ensemble de ces mesures, il s'agit ainsi de poursuivre et d'amplifier les efforts entrepris, pour donner un nouveau souffle à la politique de réduction du tabagisme et placer la France dans le « peloton de tête » des pays les mieux protégés face à ce problème majeur et prioritaire de santé publique.

PROPOSITIONS DES RAPPORTEURS

PREMIER AXE DE RÉFORME :

RÉNOVER LA GOUVERNANCE ET LE PILOTAGE POUR ASSURER, DANS LA DURÉE, LA COHÉRENCE ET L'EFFICACITÉ DE L'ACTION PUBLIQUE

● *Renforcer la coordination et clarifier les compétences*

Proposition n° 1 : Renforcer la coordination interministérielle, avec un portage politique fort :

– instituer un comité interministériel de lutte contre le tabagisme, présidé par le Premier ministre et dont le ministre chargé de la santé sera le rapporteur général ;

– confier le secrétariat du comité à la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie (MILDT) et prévoir la désignation d'une personne spécifiquement chargée de la lutte contre le tabac ;

– renforcer le positionnement de la MILDT, en faisant explicitement référence au tabac dans son appellation et dans les textes réglementaires définissant ses missions.

Proposition n° 2 : Clarifier les compétences et l'organisation des différents opérateurs et agences sanitaires :

– préciser, dans les contrats d'objectifs et de moyens, leurs missions respectives et leurs engagements d'actions partenariales en matière de lutte contre le tabagisme ;

– rapprocher certains opérateurs, par exemple la Haute Autorité de santé (HAS) et le Haut conseil de la santé publique (HCSP) ;

– organiser un débat à l'Assemblée nationale sur la réforme des agences sanitaires afin de faire un bilan des résultats de la modernisation de l'action publique (MAP).

Proposition n° 3 : Soutenir le développement de politiques régionales de prévention, en association avec l'ensemble des acteurs concernés, et développer la coordination et la complémentarité des actions au niveau local :

– prendre en compte le tabagisme dans les instructions adressées aux agences régionales de santé (ARS) et dans leurs contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens ;

– impliquer l'ensemble des acteurs concernés (collectivités territoriales, professionnels de santé, santé scolaire, santé au travail, etc.), dans le cadre notamment des commissions de coordination des ARS et de l'élaboration des projets régionaux de santé (PRS).

● *Élaborer une stratégie pluriannuelle avec un suivi régulier, sous le contrôle du Parlement : un pilotage plus stratégique, plus resserré et réactif et plus exigeant*

Proposition n° 4 : Fixer clairement un cap dans la prochaine loi de santé publique, avec des objectifs mieux identifiés et déclinés dans un plan d'actions :

– faire de la lutte contre tabagisme une des priorités de la prochaine loi de santé publique, en fixant un objectif chiffré de réduction de la prévalence d'ici 5 ans et 10 ans, en population générale et par groupes-cibles (jeunes en particulier) ;

– décliner la loi dans un plan stratégique, adopté et périodiquement réévalué par le comité interministériel, qui précisera les différentes actions programmées en matière de lutte contre le tabagisme et sera décliné au niveau local.

Proposition n° 5 : Assurer un pilotage plus resserré et plus réactif, avec un tableau de bord permettant de suivre de près les principaux indicateurs :

– établir un tableau de bord au moins une fois par an sur le tabagisme, comportant une sélection d'indicateurs pertinents (indicateurs de mise en œuvre, de suivi et de résultats), afin de mesurer régulièrement l'efficacité et la pertinence des leviers utilisés et de mettre en place immédiatement les mesures nécessaires ;

– publier chaque année des données sur la prévalence du tabagisme et sur les modes d'approvisionnement, en particulier hors du réseau des buralistes, pour suivre plus finement l'évolution de la consommation réelle.

Proposition n° 6 : Améliorer l'information et le contrôle du Parlement :

– introduire un indicateur spécifique au tabagisme dans le projet annuel de performances (PAP) du programme 204 annexé au projet de loi de finances ;

– prévoir la présentation d'une estimation des moyens consacrés à la lutte contre le tabagisme, ventilés par grands opérateurs et actions, dans le document de politique transversale (DPT) « Politique de lutte contre les drogues et la toxicomanie » ;

– prévoir le dépôt d'un rapport annuel au Parlement sur les conditions de réalisation de l'objectif chiffré quinquennal de réduction de la prévalence tabagique ainsi que sur les mesures et moyens mis en œuvre pour y satisfaire.

● *Mieux étayer la décision publique en développant la recherche*

Proposition n° 7 : Développer l'évaluation et la recherche sur le tabagisme, dans le cadre d'un programme pluriannuel interdisciplinaire :

– établir, sous l'impulsion de l'Institut national du cancer (InCA), une stratégie nationale de recherche multidisciplinaire, afin de définir des axes prioritaires et les moyens financiers nécessaires, de renforcer la coordination entre les différents

organismes et de faire réaliser une nouvelle estimation du coût du tabac pour la collectivité ;

– développer les évaluations de l'impact des actions locales de prévention (par exemple, par le suivi de cohortes), en confiant à un organisme indépendant une mission de suivi de ces actions et de diffusion des expériences qui ont fait la preuve de leur efficacité ;

– prévoir, dans toutes les études et expertises publiées concernant le tabagisme, la déclaration systématique des liens éventuels de leurs auteurs avec l'industrie du tabac ou l'industrie pharmaceutique.

*

SECOND AXE DE RÉFORME :

UTILISER ET METTRE EN SYNERGIE TOUS LES LEVIERS DE L'ACTION PUBLIQUE, EN MOBILISANT L'ENSEMBLE DES ACTEURS

● *Créer les conditions d'une meilleure application de la réglementation*

Proposition n° 8 : Améliorer l'application de l'interdiction de fumer dans les lieux publics et de la vente du tabac aux mineurs :

– veiller à une application stricte de l'interdiction de fumer dans les lieux fermés et couverts recevant du public (bars à chicha, gares, etc.) ;

– généraliser cette interdiction à l'ensemble des enceintes sportives ainsi qu'aux terrasses n'étant pas totalement en plein air ou séparées des espaces intérieurs ;

– organiser une campagne de communication sur l'interdiction de vente aux mineurs en direction du grand public et prévoir l'obligation de présenter une pièce d'identité lors de l'achat de tabac ;

– mobiliser les corps de contrôle concernés par l'application de la réglementation relative au tabac, en définissant un plan de contrôle annuel avec des objectifs chiffrés d'augmentation des contrôles et un suivi annuel précis par département, rendu public.

● *Mieux prévenir et dissuader en agissant sur l'accessibilité et l'attractivité des produits du tabac*

Proposition n° 9 : Réformer la fiscalité des produits du tabac :

– simplifier la fiscalité et taxer à la même hauteur tous les produits du tabac ;

– à l'avenir, privilégier un relèvement de la fiscalité des produits du tabac en vue d'une augmentation significative des prix, plutôt que plusieurs augmentations de prix régulières et modérées à l'initiative des fabricants.

Proposition n° 10 : Amplifier la lutte contre les achats hors du réseau des buralistes (achats illicites et transfrontaliers) :

– prendre rapidement toutes les mesures nécessaires à la mise en œuvre des dispositions prévues par le protocole international de lutte contre le commerce illicite, adopté en novembre 2012, la loi de finances rectificative du 29 décembre 2012 (marquage des paquets et traçabilité) et la prochaine directive sur le tabac ;

– développer les coopérations internationales pour réprimer plus efficacement le trafic de tabac et renforcer les moyens de lutte contre les achats sur Internet ;

– promouvoir une meilleure harmonisation de la fiscalité et des prix, aux niveaux européen et bilatéral, et l'introduction d'une disposition communautaire spécifique permettant un strict encadrement quantitatif des importations privées de tabac.

Proposition n° 11 : Réduire l'attractivité des produits du tabac :

– élargir à l'ensemble des produits du tabac les interdictions relatives aux « cigarettes-bonbons », étendre le champ de ces interdictions à certains arômes, dans le cadre de la directive sur le tabac en cours de discussion, et interdire les cigarettes très fines ;

– accroître la taille des avertissements sanitaires sur les paquets, étudier les effets de la vente sous le comptoir à l'étranger, et diligenter une évaluation de l'impact de l'introduction des paquets neutres, dans la perspective d'une éventuelle application en France, voire dans l'ensemble de l'Union européenne ;

– interdire la publicité sur les lieux de vente ;

– prévoir la diffusion d'un message antitabac avant la diffusion de films comportant une séquence de valorisation du tabac.

● *Mieux prévenir et dissuader en développant des stratégies ambitieuses de communication et d'éducation à la santé*

Proposition n° 12 : Développer des stratégies plus ambitieuses de prévention et de communication :

– organiser régulièrement des campagnes d'information relayées au niveau local, comprenant à la fois des messages offensifs et une communication positive valorisant les non-fumeurs et les bienfaits de l'arrêt du tabac ;

– développer des actions de prévention et d'accompagnement ciblées sur les femmes, les jeunes et les populations précaires ;

– soutenir le développement et le suivi des actions d'éducation à la santé en milieu scolaire, en y impliquant les jeunes et l'ensemble de la communauté éducative, les parents et des intervenants extérieurs et en améliorant la formation des enseignants.

- *Améliorer la prise en charge par le système de santé*

Proposition n° 13 : Améliorer la prise en charge des substituts nicotiniques, en prévoyant leur remboursement intégral comme des médicaments, avec une mobilisation accrue de l'Assurance maladie.

Proposition n° 14 : Mieux associer les professionnels de santé, en particulier les généralistes, à la politique de lutte contre le tabagisme :

– améliorer la formation initiale et continue des professionnels de santé sur les addictions et la prise en charge de la dépendance tabagique et mettre à la disposition des médecins libéraux des outils spécifiques d'information des patients, en sensibilisant les professionnels au fait que le tabac demeure la première cause de mortalité évitable et qu'il s'agit donc de la première préoccupation de santé publique ;

– encourager et valoriser l'implication des médecins en matière de prévention, en expérimentant l'introduction d'un indicateur relatif au tabac dans le dispositif de rémunération sur objectifs de santé publique *(« pay for performance »)* ainsi que des consultations de prévention dédiées, à certaines tranches d'âge ;

– instaurer un parcours d'aide au sevrage coordonné impliquant les médecins traitants, les pharmaciens et les personnels paramédicaux ;

– renforcer les consultations d'addictologie dans les structures hospitalières et médico-sociales, en identifiant des compétences spécialisées en tabacologie.

Proposition n° 15 : Améliorer la prise en charge et intensifier les actions en direction des femmes enceintes :

– renforcer la formation de l'ensemble des professionnels de santé sur les effets du tabagisme pendant la grossesse et former les professionnels impliqués dans le suivi de la grossesse au dépistage et à la prise en charge du tabagisme ;

– généraliser la mesure du monoxyde de carbone expiré pendant les consultations de suivi de grossesse et soutenir le déploiement du dispositif « Maternité sans tabac » et procéder régulièrement à son évaluation ;

– organiser régulièrement des actions de communication en direction des femmes enceintes.

I.– UNE PRIORITÉ POUR L'ACTION PUBLIQUE : ACCROÎTRE L'EFFICACITÉ DE LA POLITIQUE DE LUTTE CONTRE LE TABAGISME

Selon la définition prévue par le décret du 18 novembre 1998 (1), l'évaluation d'une politique publique a pour objet *« d'apprécier l'efficacité de cette politique en comparant ses résultats aux objectifs assignés et aux moyens mis en œuvre »*.

Afin de pouvoir envisager les mesures les plus appropriées, il convient donc d'examiner successivement les objectifs assignés aux politiques publiques de lutte contre le tabagisme, les moyens mis en œuvre ainsi que les principaux résultats observés. Il en ressort que des efforts significatifs ont été faits au cours de la dernière décennie, mais qu'ils doivent encore être amplifiés pour mieux répondre à cette priorité de santé publique.

A.– DES OBJECTIFS PEU LISIBLES MALGRÉ L'IMPORTANCE DE L'ENJEU

Si le tabagisme a de très lourdes conséquences sanitaires, économiques et sociales, l'importance particulière de cette question de santé publique ne semble que partiellement prise en compte dans la définition et le suivi des objectifs assignés aux politiques publiques.

1. Un enjeu majeur pour la collectivité

Sur le plan sanitaire, la consommation de tabac est un facteur de risque majeur des maladies cardio-vasculaires, des cancers des poumons et de la vessie ainsi que d'autres pathologies. Selon une étude épidémiologique récente (2), le tabagisme serait aujourd'hui responsable d'environ 73 000 décès par an. Outre les décès qui lui sont directement liés, le tabagisme est également une source de handicap importante par les conséquences qu'il entraîne (insuffisance respiratoire, maladies pulmonaires obstructives, insuffisance cardiaque…) et par les thérapeutiques lourdes qu'il impose. Il s'agit ainsi d'une cause très importante de mortalité et de morbidité (3).

En Europe, le tabagisme est responsable d'environ 700 000 décès précoces, soit plus de quatre fois plus que les accidents de la route, les homicides, les drogues, le sida, les suicides et les accidents du travail réunis, comme l'illustre le graphique ci-après. Par ailleurs, près de la moitié des fumeurs décèdent prématurément, en moyenne 14 ans plus tôt que les non-fumeurs.

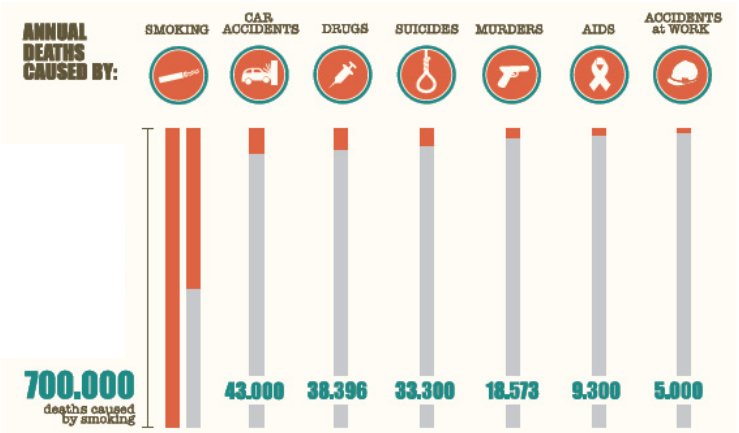
---

(1) Décret n° 98-1048 du 18 novembre 1998 relatif à l'évaluation des politiques publiques.

(2) Catherine Hill, « Épidémiologie du tabagisme », La Revue du Praticien (20 mars 2012).

(3) La morbidité se définit comme le nombre de personnes atteintes d'une maladie dans une population déterminée, à un moment donné.

NOMBRE DE DÉCÈS ANNUELS ATTRIBUABLES AU TABAGISME DANS L'UNION EUROPÉENNE PAR RAPPORT À D'AUTRES CAUSES DE MORTALITÉ



Nombre de décès annuels causés par le tabagisme, les accidents de la route, les drogues, les suicides, les homicides, le sida et les accidents du travail

Source : Commission européenne, infographie «Tobacco in the EU. Why we care » (2012)

Enjeu majeur de santé publique, le tabagisme représente également une charge élevée pour la collectivité, beaucoup plus importante que les recettes fiscales qu'il génère (15 milliards d'euros par an [(1)]).

En effet, une étude publiée en 2006 [(2)] avait estimé à plus de 45 milliards d'euros le coût social total du tabagisme, en prenant notamment en compte les coûts sanitaires directs mais aussi ceux liés aux pertes de prélèvements obligatoires, de revenus et de productivité liées à la morbidité et aux décès prématurés des fumeurs.

LE COÛT SOCIAL DU TABAGISME EN FRANCE SELON UNE ESTIMATION PUBLIÉE EN 2006

(en millions d'euros et en pourcentage)

Sources des coûts sociaux	Montant
Coûts directs des soins (soins hospitaliers et médecine de ville)	18 254,22 *(38,24 %)*
Coûts directs de prévention et de recherche	2,82
Coûts directs de pertes de prélèvements obligatoires	3 737,80 *(7,83 %)*
Autres coûts directs imputables (incendies)	1,78
Coûts indirects des pertes de revenu et des pertes de production	25 743 *(53,92 %)*
Coût social total	**47 739,62**
Coût social en pourcentage du produit intérieur brut (PIB)	3,05 %

Source : Pierre Kopp et Philippe Fenoglio, « Le coût social de l'alcool, du tabac et des drogues illicites en 2000 », Actualité et dossier en santé publique (ADSP) n° 55 (juin 2006)

(1) Les droits de consommation représentaient 10,7 milliards d'euros en 2011 et la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) brute collectée 3,4 milliards d'euros en 2011. Compte tenu de la licence versée par les débitants, la ressource publique globale issue du tabac atteint 15 milliards d'euros en 2012, selon le rapport de la Cour.

(2) Le coût social des drogues en 2003. Les dépenses publiques dans le cadre de la lutte contre les drogues*, Pierre Kopp et Philippe Fenoglio, Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT), avril 2006.*

Plus récemment, une étude menée par la CNAMTS, à la demande de la Cour, estime à 12 milliards d'euros par an la charge liée au tabac pour la seule branche maladie du régime général. Cette évaluation reste toutefois très partielle, faute d'une analyse fine des effets indirects et différés du tabagisme.

Si l'estimation de l'ensemble des coûts du tabagisme peut soulever plusieurs questionnements méthodologiques, en particulier pour l'évaluation des coûts indirects, une étude publiée en 2011 [(1)], qui s'inscrivait dans le cadre d'une analyse « coût-bénéfice », sous ces mêmes réserves, chiffrait à environ 14 milliards d'euros l'impact négatif du tabac sur le bien être de la collectivité. En Angleterre, le coût global du tabagisme, qui est à l'origine d'environ 80 000 décès par an, a été évalué à 13,7 milliards de livres par an [(2)], soit 17,2 milliards d'euros.

2. Des objectifs foisonnants et évolutifs

Si la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a défini une cible quantifiée de baisse de la consommation, les objectifs assignés à la politique de lutte contre le tabagisme apparaissent foisonnants et assez évolutifs.

● Des objectifs clairement définis dans la loi de santé publique de 2004 mais qui se retrouvent quelque peu « noyés » au sein d'une centaine d'objectifs…

Aux termes de la loi de 2004 précitée, « *la loi définit tous les cinq ans les objectifs de la politique de santé publique »* et le Gouvernement doit préciser à cette fin, dans un rapport annexé au projet de loi, les objectifs de sa politique et les principaux plans d'action qu'il entend mettre en œuvre [(3)]. Dans ce cadre, cent objectifs de santé publique ont été définis et assortis d'indicateurs, parmi lesquels deux portent spécifiquement sur le tabagisme, actif et passif. Ce rapport annexé prévoyait également plusieurs plans stratégiques ayant, du moins implicitement, valeur de priorité et dont l'un portait sur la lutte contre le cancer.

La loi de santé publique a ainsi permis l'adoption d'un objectif pluriannuel chiffré de réduction de la prévalence [(4)] tabagique par la représentation nationale, mais aussi, dans son article premier, la ratification la convention-cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac (CCLAT), signée en mai 2003. Alors que la santé publique a trop longtemps constitué le « parent pauvre » du système de santé français, l'instauration d'une démarche structurée pour la définition, la conduite et l'évaluation des politiques publiques de santé, avec un cadre méthodologique fort, a incontestablement marqué un progrès significatif dans ce domaine.

---

(1) « Les drogues sont-elles bénéfiques pour la France ? », Pierre Kopp, Revue économique (septembre 2011).
(2) Selon les informations communiquées par l'ambassade de France au Royaume-Uni.
(3) Article L. 1411-2 du code de la santé publique.
(4) En épidémiologie, la prévalence désigne la proportion d'individus d'une population qui présente une maladie ou un facteur de risque ; pour le tabac, il s'agit donc d'un indicateur de la consommation déclarée.

LES OBJECTIFS FIXÉS PAR LA LOI DE SANTÉ PUBLIQUE DE 2004

Objectifs quinquennaux de santé publique	Indicateurs souhaitables pour le suivi
Abaisser la prévalence du tabagisme (fumeurs quotidiens) de 33 à **25 % chez les hommes** et de 26 à **20 % chez les femmes** d'ici à 2008, en visant en particulier les jeunes et les catégories sociales à forte prévalence (objectif n° 3)	Âge moyen d'initiation au tabac ; prévalence des fumeurs (fumeurs quotidiens) par sexe, classe d'âge et catégorie socioprofessionnelle ; prévalence du tabagisme au cours de la grossesse
Réduire le tabagisme passif dans les établissements scolaires (disparition totale), les lieux de loisirs et l'environnement professionnel (objectif n° 4)	Proportion des lieux de loisirs (restaurants, discothèques…) où l'usage du tabac est effectivement prohibé ou qui limitent la consommation de tabac à des espaces réservés et convenablement ventilés ; Proportion de lieux de travail où l'usage du tabac est prohibé ou qui limitent la consommation de tabac à des espaces réservés et conventualité ventilés.

Source : loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (rapport annexé)

Toutefois, la révision de la loi de santé publique, initialement programmée pour 2009, n'est pas intervenue depuis lors : de ce fait, les objectifs fixés par le législateur en matière de lutte contre le tabagisme sont restés inchangés depuis 2004. Par ailleurs, comme cela a été souligné à plusieurs reprises au cours des auditions, leur lisibilité a été amoindrie par le nombre important des objectifs quinquennaux définis par ce même texte.

Première cause de mortalité évitable en France, le tabagisme se retrouve en effet relégué au même rang que des questions telles que l'indice carieux des enfants âgés de 6 et 12 ans (objectif n° 91), le sel dans l'alimentation (objectif n° 11) ou encore l'incontinence urinaire (objectif n° 78)… En définitive, la loi de santé publique n'a donc pas permis de faire de la lutte contre le tabagisme une priorité stratégique clairement établie pour l'action publique.

● … et rendus moins lisibles par un foisonnement d'objectifs dans ce domaine et l'interférence d'enjeux extérieurs

Le pilotage de cette politique publique a été également rendu plus complexe par la multiplicité des différents objectifs définis en matière de lutte contre le tabagisme, comme en témoigne le tableau récapitulatif présenté ci-après.

À cet égard, le rapport de la Cour souligne par exemple que le plan de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool, qui recouvrait la période de cinq ans couverte par la loi de santé publique de 2004, a multiplié les objectifs populationnels ou comportementaux, sans toutefois reprendre les objectifs de diminution de la prévalence par sexe qui étaient prévus par celle-ci. L'association *Droit des non-fumeurs* a également regretté, dans une contribution écrite, que les objectifs en matière de prévention changent avec les gouvernements.

LES PRINCIPAUX OBJECTIFS ASSIGNÉS EN MATIÈRE DE LUTTE CONTRE LE TABAGISME

<table>
<tr><th>Textes</th><th>Objectifs</th></tr>
<tr><td>Convention-cadre de l'OMS</td><td>Réduire régulièrement et notablement la prévalence du tabagisme et l'exposition à la fumée du tabac (CCLAT).Cible préconisée par l'OMS pour la région Europe : prévalence inférieure à 20 %.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique</td><td>Abaisser la prévalence du tabagisme (fumeurs quotidiens) de 33 à 25 % chez les hommes et de 26 à 20 % chez les femmes d'ici à 2008 en visant en particulier les jeunes et les catégories sociales à forte prévalence (objectif n° 3).</td></tr>
<tr><td>Réduire le tabagisme passif dans les établissements scolaires (disparition totale), les lieux de loisirs et l'environnement professionnel (objectif n° 4).</td></tr>
<tr><td>Projet annuel de performance (PAP) annexé au PLF pour 2013</td><td>Pas d'objectif et d'indicateur portant spécifiquement sur le tabac.
À noter cependant qu'au cours des années précédentes, des PAP comportaient des indicateurs sur le tabagisme, par exemple en 2010 (prévalence du tabagisme quotidien chez les jeunes) ou en 2006 et 2007 (pourcentage de la prévalence du tabagisme dans la population, par sexe et pour les jeunes).</td></tr>
<tr><td>Programme de qualité et d'efficience (PQE) « Maladie »
Annexe 1 au projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2013</td><td>Objectif 2.-3 « Prévenir les conduites addictives » avec notamment deux indicateurs :
– Prévalence du tabagisme quotidien des 15 à 75 ans :
<table>
<tr><td></td><td>2005</td><td>2005</td><td>Objectif 2010</td></tr>
<tr><td>Population générale 15-75 ans</td><td>27,1 %</td><td>29,1 %</td><td>24 %</td></tr>
<tr><td>Femmes 15-75 ans</td><td>23,3 %</td><td>26 %</td><td>18,8 %</td></tr>
<tr><td>Jeunes 15-19 ans</td><td>23,3 %</td><td>23,6 %</td><td rowspan="2">28 %</td></tr>
<tr><td>Jeunes 20- 25 ans</td><td>42 %</td><td>40,9 %</td></tr>
</table>
Prix du paquet de 20 cigarettes le plus bas au 31 décembre :
<table>
<tr><th>Au 31 décembre :</th><th>2007</th><th>2008</th><th>2009</th><th>2010</th><th>2011</th><th>Objectif 2012 (p)</th><th>Niveau souhaitable 2013 (p)</th></tr>
<tr><td>Prix en € :</td><td>4,80</td><td>4,80</td><td>5,10</td><td>5,40</td><td>5,70</td><td>6,10</td><td>6,50</td></tr>
</table>
Source : arrêtés d'homologation des prix de vente au détail.</td></tr>
<tr><td>Plan cancer 2009-2013</td><td>Objectifs de la mesure 10 « Poursuivre la lutte contre le tabac » : réduire la prévalence du tabagisme de 30 % à 20 % dans la population française. ; réduire les incitations multiples à la consommation de tabac, afin de limiter la demande de tabac, en prenant également en compte la nécessité de s'attaquer aux inégalités sociales et régionales face au tabac.</td></tr>
<tr><td>Plan cancer pour 2003-2007</td><td>Diminution de 30 % du tabagisme des jeunes. Diminution de 20 % du tabagisme des adultes.</td></tr>
<tr><td>Plan contre les drogues 2008-2011</td><td>Pas d'objectif portant spécifiquement et exclusivement sur le tabagisme, le plan se concentrant sur l'alcool et les drogues illicites. (Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et toxicomanies, MILDT, 2008)</td></tr>
<tr><td>Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool pour 2004-2008

(Chapitre 9 – Évaluer l'action gouvernemental e avec des objectifs chiffrés)</td><td>Abaisser la prévalence du tabagisme, en visant particulièrement les jeunes et les autres populations prioritaires : diminution de la part des jeunes de moins de 14 ans qui ont expérimenté le tabac (- 25 % au terme de la période quinquennale) ; diminution de la prévalence du tabagisme quotidien chez les jeunes (moins 10 %), diminution de la part de femmes qui fument au cours de leur grossesse (divisé par 2).
Réduire le tabagisme passif en milieu scolaire, dans les trains et dans les établissements de santé pour en faire à terme des lieux exemplaires sans tabac : baisse du pourcentage de fumeurs déclarant qu'il leur arrive de fumer à l'intérieur des trains (divisé par trois au terme de la période quinquennale), diminution du pourcentage de personnel hospitalier qui fume durant les heures de travail (divisé par deux).
Améliorer le respect de l'interdiction de fumer dans les espaces non réservés sur les lieux collectifs (milieu scolaire, hôpitaux, transports, lieux de travail, restaurants et administrations) : augmentation de la part des personnes qui estiment que les zones non-fumeurs sont respectées. (plus 20 %) ; augmentation du personnel hospitalier constatant que la loi Évin est respectée durant les heures de travail.
Réduire le tabagisme chez les professionnels de santé : diminution du pourcentage de médecins généralistes qui consomment du tabac (moins 5 %).</td></tr>
<tr><td>Plan santé des jeunes (2008)</td><td>Pas d'objectif concernant spécifiquement le tabagisme des jeunes.</td></tr>
<tr><td>Plan périnatalité 2005-2007</td><td>Pas d'objectif concernant spécifiquement le tabagisme des femmes enceintes.</td></tr>
</table>

Enfin, les objectifs fixés dans ce domaine ont pu entrer en tension avec des objectifs poursuivis par ailleurs par d'autres politiques publiques et, en particulier, par des préoccupations économiques et budgétaires. Ainsi, l'affectation à la sécurité sociale des recettes fiscales liées au tabac peut rendre plus complexe l'arbitrage entre des objectifs financiers de rendement, du moins à court terme, et des impératifs de santé publique, l'ensemble de ces difficultés étant de nature à affaiblir la vigueur et la continuité de la politique de lutte contre le tabagisme.

3. Un suivi perfectible avec des failles dans le dispositif d'observation

Si différents organismes sont aujourd'hui chargés de produire et d'analyser les principales données relatives au tabagisme, en particulier l'OFDT [(1)], l'Inpes, la Drees [(2)] et le Haut conseil de la santé publique, ces deux derniers assurant le suivi et l'évaluation des objectifs de la loi de santé publique, le dispositif d'observation présente toutefois plusieurs insuffisances.

En particulier, le suivi de la prévalence du tabagisme, qui constitue un indicateur central pour le pilotage des politiques de santé, fait l'objet d'une enquête approfondie et de grande qualité – le Baromètre santé publié par l'Inpes – mais qui n'est établie qu'une fois tous les cinq ans. Si d'autres enquêtes sont réalisées sur la consommation déclarée de tabac, elles comportent toutefois des limites, liées par exemple à la petite taille de l'échantillon (comme c'est le cas des baromètres européens) ou ne concernent qu'une partie de la population (les jeunes par exemple).

Par ailleurs, les chiffres des ventes des produits du tabac sont régulièrement rendus publics, mais les données relatives aux achats hors du réseau des buralistes (achats transfrontaliers, par internet, contrefaçon, etc.) ne font l'objet que d'estimations qui ne permettent pas, à l'heure actuelle, d'en mesurer finement les inflexions conjoncturelles. Il en résulte un suivi encore très approximatif des évolutions de la consommation réelle de tabac.

En définitive, la définition des objectifs et des moyens de la lutte contre le tabagisme et le suivi de leur mise en œuvre souffrent d'un dispositif d'observation qui reste lacunaire, discontinu et dispersé, comme l'a constaté le rapport de la Cour.

Or cette situation pose des difficultés sérieuses pour le pilotage des politiques publiques. Par exemple, en l'absence de données nationales sur la prévalence tabagique, en population générale, depuis 2010, il apparaît difficile d'apprécier finement l'impact des mesures prises depuis trois ans, s'agissant en particulier des différentes hausses de prix du tabac.

---

(1) L'Observatoire français des drogues et de la toxicomanie est financé par des crédits de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et les toxicomanies (MILDT).

(2) Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees).

B.– DES EFFORTS RÉELS AU COURS DE LA DERNIÈRE DÉCENNIE, MAIS DES MOYENS DISPERSÉS ET INÉGALEMENT MOBILISÉS

L'évaluation de la politique de lutte contre le tabagisme nécessite, dans un second temps, d'analyser *« les moyens juridiques, administratifs ou financiers mis en œuvre* [(1)] *»* afin de rechercher s'ils *« permettent de produire les effets attendus »* et d'atteindre les objectifs fixés. De cette analyse, il ressort que les moyens mobilisés présentent plusieurs limites au regard d'un tel enjeu de santé publique et ce, aussi bien sur les plans administratif et budgétaire que réglementaire et fiscal.

1. Des moyens administratifs dispersés

Au cours de la dernière décennie, des efforts réels ont été accomplis en matière de lutte contre le tabagisme, notamment dans le cadre des deux Plans cancer de 2003 et 2009, de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [(2)] ainsi que du décret du 15 novembre 2006 sur l'interdiction de fumer dans les lieux publics (« décret Bertrand »).

Le secrétariat permanent de la convention-cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac (CCLAT) souligne d'ailleurs également, dans sa contribution adressée aux rapporteurs à l'occasion de la table ronde sur le tabagisme des jeunes, que des progrès ont été accomplis par la France dans la mise en œuvre de plusieurs articles de la convention, notamment sur le sevrage tabagique, la communication et la sensibilisation du public, la recherche et le suivi ou encore la réglementation et la notification de la composition des produits du tabac.

Toutefois, les moyens mis en œuvre dans le cadre de la politique de réduction du tabagisme apparaissent aujourd'hui singulièrement dispersés, comme cela a été souligné à plusieurs reprises au cours des auditions.

Cette politique se caractérise en effet par l'éclatement des responsabilités entre les différents acteurs concernés. Les actions en matière de tabagisme relèvent ainsi de plusieurs ministères (santé, finances, intérieur, etc.) et, en leur sein, de différentes directions d'administration centrale (direction de la sécurité sociale, direction générale de la santé, des douanes, du budget, etc.), mais aussi des organismes d'assurance maladie [(3)], d'agences sanitaires – Haute Autorité de santé (HAS), Institut national du cancer (InCA), Inpes, Institut national de veille sanitaire (InVS), HCSP, etc. – de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) et, au niveau local, des agences régionales de santé (ARS).

---

(1) Selon les termes du décret n° 90-82 du 22 janvier 1990 relatif à l'évaluation des politiques publiques.

(2) La loi « HPST » a notamment prévu le relèvement de 16 à 18 ans de l'interdiction de vente de tabac aux mineurs, ainsi que l'interdiction des « cigarettes bonbons », et de l'implantation de lieux de vente de tabac dans les zones dites « protégées », qui existent actuellement pour les débits de boissons à consommer sur place, ainsi que le renforcement des pouvoirs des agents de contrôle sur les mesures sur le tabac. Plus généralement, cette loi a également prévu la création des agences régionales de santé (ARS).

(3) En particulier, le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS) de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).

La complexité du paysage administratif actuel est d'autant plus problématique que la coordination des politiques mises en œuvre est restée pour le moins incertaine, du fait de l'absence persistante d'une instance de décision clairement identifiée et, plus largement, d'un *« pilotage marqué par de nombreuses faiblesses »*, selon le rapport de la Cour.

En outre, les dispositions prises en matière de tabagisme sont dispersées dans plusieurs plans de santé publique, qui recouvrent un champ plus large que cette seule question et dont le contenu et le périmètre ont évolué sensiblement dans le temps, avec parfois des interruptions dans leur succession : Plan cancer 2003-2007, Plan cancer 2009-2013, Plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2010 (qui n'a pas été reconduit), Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool pour 2004-2008, le second plan contre les drogues piloté par la MILDT ne traitant plus spécifiquement du tabac….

En définitive, le Plan cancer pour 2009-2013 est actuellement le seul dispositif gouvernemental à traiter de la lutte contre le tabagisme [(1)].

2. Des moyens budgétaires relativement limités

Pour différentes raisons, liées notamment à la multiplicité des acteurs mais aussi à la nomenclature budgétaire actuelle [(2)], il apparaît difficile d'identifier précisément les moyens publics alloués à la politique de lutte contre le tabagisme, en termes de crédits et de personnels.

Sous ces réserves, il semblerait que les crédits de lutte contre le tabagisme soient demeurés modestes, le rapport de la Cour évoquant en effet des dépenses de prévention du tabagisme relativement faibles, qui ne dépasseraient pas la centaine de millions d'euros par an.

Ce constat rejoint l'analyse développée par M. Yves Bur , dans son rapport récent sur la politique de lutte contre le tabac [(3)], en estimant qu'*« on ne peut que s'étonner des moyens dérisoires consacrés au contrôle du tabac pour la France, moyens estimés entre 0,06 et 0,08 euro par habitant et par an, alors que les pays les plus avancés dans ce domaine y consacrent entre 1 à 5 euros par habitant et par an avec des résultats déjà très appréciables (Australie, Angleterre ...) ».*

En outre, si le budget total de la mesure 10 relative au tabac du Plan cancer 2009-2013 s'élève à environ 220 millions d'euros sur la période, une partie non négligeable n'a pas été exécutée, comme l'indique le tableau ci-après. Il s'agit essentiellement des crédits du Fonds national de prévention, d'éducation et

---

(1) Voir sur ce point, le suivi de l'avancement de la mesure n° 10 du plan cancer « Poursuivre la lutte contre le tabac », extrait du rapport au Président de la République de juin 2012, en annexe au présent rapport.

(2) En particulier, il n'est désormais plus possible d'individualiser les crédits de l'Etat consacrés au tabac parmi ceux prévus pour les « pratiques addictives à risques » (dont le tabac et l'alcool) dans le programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins ». Il en va de même pour les structures médico-sociales en addictologie.

(3) Pour une nouvelle politique de lutte contre le tabac*, rapport au ministre chargé de la santé (février 2012).*

d'information sanitaires (FNPEIS) de l'Assurance maladie, chargé notamment du remboursement des produits d'aide au sevrage, mais également, dans une plus faible mesure, de ceux de l'Inpes. Il conviendrait par conséquent d'approfondir les raisons de ce phénomène.

Il est également troublant de constater que parmi l'ensemble des dépenses publiques consacrées aux drogues en 2003 (1,15 milliard d'euros), l'essentiel des dépenses concernait les drogues illicites (environ 80 %), la part la plus faible étant consacrée au tabac (moins de 5 %), selon une étude de l'OFDT [(1)] …

EXÉCUTION BUDGÉTAIRE DE LA MESURE 10 DU PLAN CANCER 2009-2013 « POURSUIVRE LA LUTTE CONTRE LE TABAC »

	Budget total de la mesure	Réalisé 2009-2011	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2011	Taux d'exécution de la période
PLFSS (FNPEIS)	171 400 000 €	46 120 079 €	26,9 %	79 000 000 €	58,4 %
DGS	8 000 €	8 000 €	100 %	8 000 €	100 %
INPES	49 900 000 €	24 686 364 €	49,5 %	29 940 000 €	82,5 %
Total	**221 308 000 €**	**70 814 443 €**	**32 %**	**108 948 000 €**	**65 %**

Source : Plan cancer 2009-2013 : cinquième rapport d'étape au Président de la République (juin 2012)

Il ne s'agit pas pour autant de donner à penser qu'il faut nécessairement dépenser toujours plus pour améliorer les politiques publiques, *a fortiori* dans le contexte budgétaire actuel. Il est en revanche nécessaire et légitime d'interroger les priorités données à l'allocation des ressources publiques au regard :

– d'une part, de l'importance particulière de ce problème de santé publique et des moyens par ailleurs prévus pour d'autres actions publiques ; par exemple, les actions de communication routière disposent d'un budget de l'ordre de 55 millions d'euros par an, alors que la mortalité attribuable au tabac est dix-fois huit supérieure à celle des accidents de la route ;

– d'autre part, des recettes fiscales générées par le tabac, qui représentent près de 15 milliards d'euros par an, mais aussi des économies très importantes susceptibles d'être générées à terme, pour l'Assurance maladie et l'ensemble de la collectivité, par des actions de prévention et de diminution du tabagisme.

3. Un cadre réglementaire protecteur mais insuffisamment appliqué et une utilisation discontinue du levier fiscal

S'agissant des moyens juridiques, il apparaît tout d'abord que la France dispose d'une réglementation protectrice. Celle-ci prévoit en effet des obligations, par exemple sur le conditionnement (messages sanitaires), ainsi que de

(1) Le coût social des drogues en 2003. Les dépenses publiques dans le cadre de la lutte contre les drogues, *Pierre Kopp et Philippe Fenoglio, Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT), avril 2006.*

nombreuses interdictions, assorties de sanctions pénales et professionnelles [1], concernant notamment la vente, la publicité ou la propagande directe ou indirecte en faveur des produits du tabac, mais aussi leur composition et leur consommation dans les lieux publics et professionnels.

L'efficacité de ce dispositif est toutefois amoindrie par le nombre limité de contrôles et l'application encore insuffisante de la réglementation, en particulier pour les interdictions de fumer dans les lieux publics et de vendre du tabac aux mineurs, pour les raisons développées dans la dernière partie du présent rapport. Des associations ont ainsi souligné que la France dispose d'un cadre réglementaire *« très bon »,* voire *« avant-gardiste »*, mais *« appliqué de manière incohérente ».*

Enfin, rejoignant le constat dressé par la Cour, plusieurs personnes entendues par les rapporteurs ont signalé un fléchissement de l'action publique sur la période récente. De même, le Haut conseil de la santé publique [2] a regretté qu'*« aucune initiative majeure n'* [ait] *été prise contre le tabagisme actif en France depuis 2005 en dehors de l'interdiction de vente aux mineurs relevée de 16 à 18 ans en juillet 2009 ».*

C.– DES RÉSULTATS INSUFFISANTS

Au regard des objectifs assignés aux politiques publiques de lutte contre le tabagisme, et particulièrement ceux fixés par la loi de santé de publique de 2004, les résultats observés apparaissent relativement contrastés et plutôt décevants sur la période récente, s'agissant du moins de la consommation. La prévalence du tabagisme est en effet repartie à la hausse entre 2005 et 2010, en particulier chez les femmes, les jeunes et les personnes en situation de précarité. Les résultats sont toutefois plus positifs concernant le tabagisme passif.

1. Une hausse de la prévalence tabagique entre 2005 et 2010, qui reste supérieure aux objectifs fixés et à celle de pays voisins

Au préalable, il convient de préciser que les données statistiques peuvent faire référence à la prévalence des fumeurs quotidiens, occasionnels ou habituels [3], ce qui peut expliquer des différences de chiffrages selon les estimations.

● Une remontée récente de la prévalence, qui contraste avec un mouvement de baisse continue pendant plusieurs années…

En 2010, 29,1 % de la population âgée de 15 à 75 ans déclarait fumer quotidiennement, soit deux points de plus qu'en 2005. Près de dix ans après son

---

(1) Articles L. 3512-1 et R. 3215 et suivants du code de la santé publique. Sur le détail de chacune de ces réglementations, le lecteur pourra se reporter à la contribution de la Cour présentée en annexe.

(2) Avis relatif aux moyens nécessaires pour relancer la lutte contre le tabagisme*, rapport du Haut conseil de la santé publique (22 septembre 2010).*

(3) Les données sur les fumeurs quotidiens correspondent au pourcentage de personnes qui fument au moins une fois par jour dans la population âgée de plus de 15 ans, tandis que la catégorie des fumeurs habituels regroupe les fumeurs quotidiens et ceux qui ne fument qu'occasionnellement.

adoption, les objectifs chiffrés fixés par la loi de 2004 n'ont donc toujours pas été atteints, comme l'indique le tableau ci-dessous.

ÉVOLUTION DE LA PRÉVALENCE DU TABAGISME RÉGULIER PAR RAPPORT À L'OBJECTIF FIXÉ PAR LA LOI DE SANTÉ PUBLIQUE DE 2004

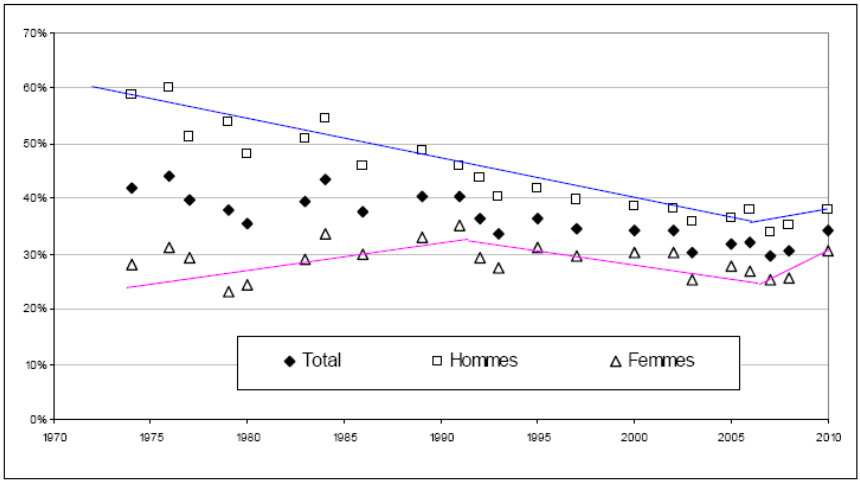
	Prévalence en 2000	Objectif n° 3 fixé en 2004	Prévalence en 2005	Prévalence en 2010	Écart 2010 / objectif de 2004
Hommes	33,3 %	25 %	31,3 %	32,4 %	7,4 points
Femmes	26,8 %	20 %	22,9 %	26 %	6 points
Total	30 %	-	27 %	29,1 %	-

Les données ci-dessus concernent les fumeurs réguliers (au moins une cigarette par jour) au sein de la population âgée de 15 à 75 ans.

Sources : Baromètres santé (Inpes), loi de santé publique du 9 août 2004 et étude de la Cour des comptes

De la même manière, l'objectif d'abaisser à 20 % la prévalence du tabagisme dans la population française, qui était fixé par le Plan cancer 2009-2013, ne pourra pas être atteint. Cette progression sur la période récente marque une rupture avec le mouvement de baisse continue amorcée avec la « loi Veil » de 1976 [(1)] et poursuivie après la « loi Evin » de 1991, à la suite de laquelle une inflexion de la courbe de consommation des femmes a pu être observée, comme l'illustre le graphique ci-dessous.

ÉVOLUTION GLOBALE DU TABAGISME [(2)] ENTRE 1975 ET 2010



Sources : données des enquêtes CFES de 1974 à 2000 et INPES 2003, 2005 et 2010 (présentation de M. François Beck, chef du département Enquêtes et analyses de l'Inpes, le 12 décembre 2012)

Ce graphique fait également apparaître qu'en l'espace de trente ans, la prévalence du tabagisme des hommes a été presque divisée par deux (de 60 % à

(1) Loi n° 76-616 du 9 juillet 1976 relative à la lutte contre le tabagisme.
(2) Données concernant les fumeurs actuels (qui fument du tabac même seulement occasionnellement).

38 %), ce qui tend à démontrer une certaine efficacité, au moins sur longue période, des politiques de lutte contre le tabagisme, d'autant plus que le nombre moyen de cigarettes fumées a également diminué sur la période récente [(1)].

● ***… ainsi qu'avec les résultats obtenus par d'autres pays voisins.***

Selon le rapport de la Cour, les données de comparaisons internationales existantes montrent que la France occupe une *« position internationale médiocre »* s'agissant de la prévalence tabagique. Sur ce point, le graphique présenté ci-après, issu d'un rapport de l'OCDE de 2011, fait apparaître un niveau de tabagisme quotidien sensiblement plus élevé en France (26,2 %) que dans d'autres pays européens, tels que le Royaume-Uni (21,5 %) ou la Suède (14,3 %), mais aussi une diminution beaucoup moins marquée sur la dernière décennie que la moyenne des pays de l'OCDE.

Le Haut conseil de la santé publique a également souligné récemment que *« la France fait partie des pays européens à forte consommation »* : avec 32 % de fumeurs quotidiens en 2010 parmi les hommes de 15 à 75 ans, ces données situaient la France au 20ème rang sur 27 pays européens [(2)]. La consommation moyenne en France (13,5 cigarettes par jour) est cependant inférieure à celle d'autres pays européens [(3)] et une enquête réalisée en mai 2012 au niveau européen [(4)] fait état de résultats plus encourageants, en situant la France au niveau de la moyenne européenne (28 %), ces données devant néanmoins être interprétées avec prudence, compte tenu de la faible taille de l'échantillon.

Il n'en reste pas moins que si l'on compare, en tendance et en niveau, la position de la France avec celle d'autres pays développés, en particulier le Royaume-Uni, le Canada ou l'Allemagne, le niveau de prévalence tabagique en France est bien supérieur à celui d'autres pays, qui se situe autour de 20 %, soit l'objectif fixé par l'OMS. Selon le secrétariat général de la CCLAT, ce sont surtout les pays ayant de fermes politiques de lutte antitabac et appliquant totalement la convention-cadre qui connaissent une diminution de la consommation du tabac [(5)].

(1) Le nombre de cigarettes fumées quotidiennement par les fumeurs réguliers était de 13,6 en 2010, contre 15,1 en 2005 (Baromètre santé).

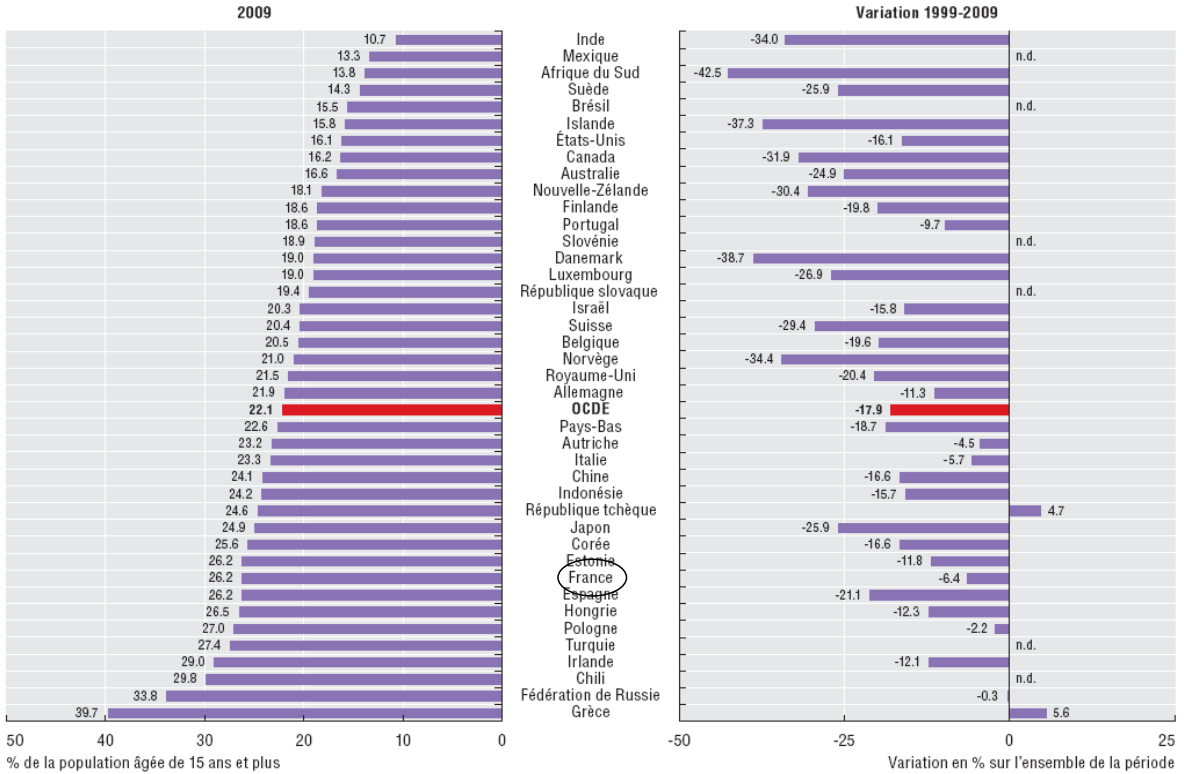
(2) La santé en France et en Europe : convergences et contrastes*, HCSP (mars 2012).*

(3) Le rapport national ITC France (projet international d'évaluation des politiques publiques) de février 2009 soulignait ainsi que les fumeurs français enregistrent l'un des plus bas niveaux de consommation parmi l'ensemble des pays ITC étudiés, avec une consommation quotidienne moyenne de 13,5 cigarettes.

(4) Eurobaromètre n° 332, « L'attitude des européens à l'égard du tabac », Commission européenne (mai 2012).

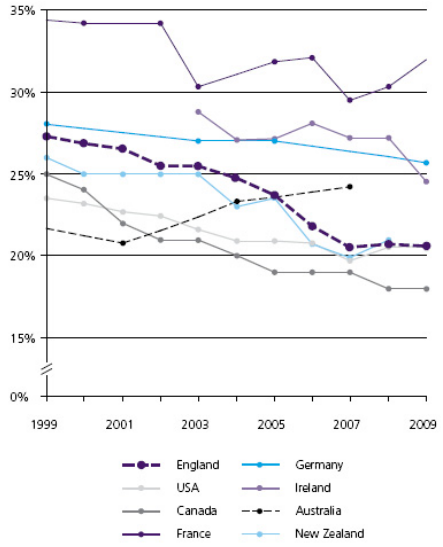
(5) La contribution écrite du secrétariat permanent évoque notamment l'Australie, le Canada, la Finlande, la Norvège, la Nouvelle-Zélande, le Panama, la Suède, la Turquie et l'Ukraine.

NIVEAU ET ÉVOLUTION ENTRE 1999 ET 2009 (OU ANNÉE LA PLUS PROCHE) DE LA POPULATION ADULTE DÉCLARANT FUMER QUOTIDIENNEMENT DANS LES PAYS DE L'OCDE



Source : OCDE, Panorama de la santé 2011. Les indicateurs de l'OCDE (novembre 2011)

ÉVOLUTION DE LA PRÉVALENCE DU TABAGISME AU ROYAUME-UNI, AUX ÉTATS-UNIS, AU CANADA, EN FRANCE, ALLEMAGNE, IRLANDE, AUSTRALIE ET EN NOUVELLE-ZÉLANDE



Source : "Healthy lives, healthy people. A tobacco control plan for England", Department of health (mars 2011)

L'analyse selon laquelle la France se caractérise par *« des résultats récents décevants »* et une position internationale *« médiocre »* pourrait toutefois être tempérée :

– d'une part, par le décalage dans le temps qu'il peut y avoir entre le constat ainsi dressé et les données sur lesquelles il s'appuie, qui datent pour l'essentiel de 2010. En effet, il n'est pas à exclure que la consommation ait pu évoluer sensiblement depuis lors, comme peuvent le laisser espérer la diminution de près de 5 % des ventes de cigarettes en 2012 [(1)] ainsi que les résultats de l'enquête européenne précitée de mai 2012 ;

– d'autre part, par le fait que les résultats des politiques de lutte contre le tabagisme ne doivent pas uniquement être appréciés à l'aune de l'évolution de la consommation et des ventes, y compris sur le marché parallèle – autrement dit, du tabagisme actif – , mais considérer également les évolutions observées en matière de tabagisme passif, lequel faisait l'objet d'un des deux objectifs relatifs au tabac de la loi de 2004, avec des résultats clairement plus satisfaisants sur ce point (*cf. infra*).

(1) Selon les données du tableau de bord mensuel sur le tabac (décembre 2012), publié par l'OFDT.

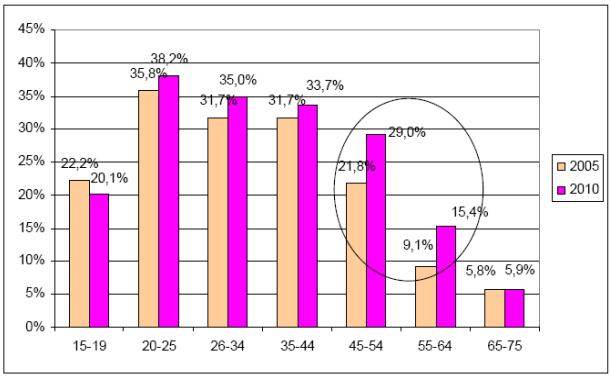
2. Des problématiques particulières : les jeunes, les femmes et les personnes en situation de précarité

Les politiques de lutte contre le tabagisme semblent avoir été sensiblement moins efficaces concernant certaines catégories de la population, évoquées à plusieurs reprises au cours des auditions.

● ***Les femmes : une progression préoccupante***

Alors que la loi de santé publique de 2004 s'était donné comme objectif d'abaisser à 20 % la prévalence du tabagisme chez les femmes, 26 % des femmes déclaraient fumer quotidiennement en 2010, soit trois points de plus qu'en 2005, avec une progression particulièrement marquée chez les femmes de 45 à 64 ans.

ÉVOLUTION DE L'USAGE QUOTIDIEN DE TABAC PARMI LES FEMMES DE 2005 À 2010



Source : Baromètres santé 2005 et 2010 (présentation de M. François Beck, Inpes, 12 décembre 2012)

De plus, les résultats de la France apparaissent clairement moins bons que ceux d'un certain nombre de pays européens [(1)].

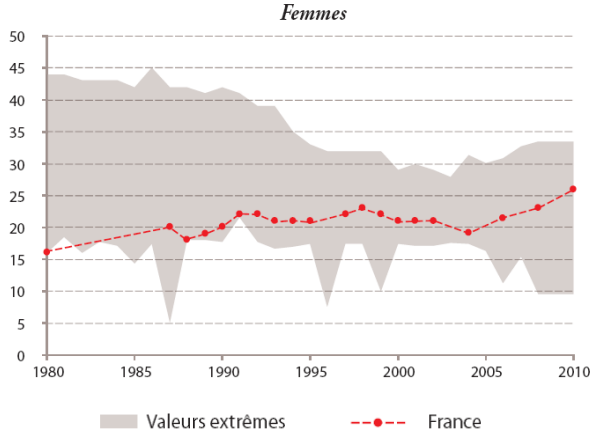
Or cette progression est d'autant plus préoccupante que le tabagisme féminin pose des problèmes particuliers en termes de santé publique (risques accrus pour certains cancers spécifiques aux femmes [(2)], risques liés à l'association du tabac avec une contraception orale ou encore à sa consommation pendant la grossesse), et qu'elles semblent également avoir plus de difficultés à arrêter [(3)].

(1) Avec 26 % de fumeurs quotidiens parmi les femmes, la France se situerait sur ce plan au 25ème rang sur 27 pays européens (ordre croissant), selon le HCSP (rapport précité de mars 2012).

(2) En effet, le tabac augmente le risque de cancer du col de l'utérus et de l'ovaire, et peut par ailleurs augmenter le risque de cancer du sein, selon le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC).

(3) Selon l'InCA, des études ont montré que les femmes faisaient moins de tentatives de désaccoutumance que les hommes et qu'elles échouaient plus souvent (Cepada-Benito, « Meta-analysis of the efficacy of nicotine replacement therapy for smoking cessation: differences between men and women », 2004).

POURCENTAGE DE FUMEURS QUOTIDIENS DANS LES FEMMES ÂGÉES DE 15 ANS ET PLUS EN FRANCE ET EN EUROPE ENTRE 1980 ET 2008



Source : OCDE et Eurostat, Haut conseil de la santé publique (mars 2012)

Pour pouvoir engager des actions de santé publique adaptées, il est en tout état de cause essentiel de chercher à comprendre les ressorts de cette évolution et d'identifier les facteurs susceptibles de favoriser le tabagisme féminin (par exemple, comme cela a été évoqué au cours des auditions, la crainte d'une prise de poids à l'arrêt, la recherche d'une forme d'émancipation, l'influence des médias, voire le conditionnement ou la forme des cigarettes).

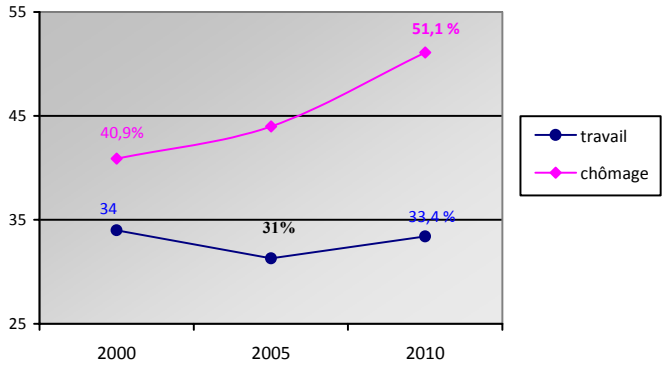
● ***Les populations précaires : un creusement des inégalités sociales***

Des études ont montré que la consommation de tabac est pour partie liée au niveau socio-économique, avec une différenciation sociale croissante [(1)]. En 2010, la proportion de fumeurs quotidiens parmi les chômeurs était ainsi sensiblement plus élevée que celle des actifs occupés (51,1 % contre 33,4 %). *A contrario*, les plus diplômés sont moins souvent fumeurs.

En outre, les fumeurs les plus précaires sont plus dépendants et plus souvent confrontés à l'échec dans leur tentative d'arrêt, alors même que le tabac représente un poste de dépenses significatif – environ 15 % des fumeurs consacrant plus de 20 % de leur revenu au tabac, selon l'Inpes – avec donc un arbitrage qui s'opère aux dépens d'autres consommations, par exemple pour l'alimentation ou la santé, comme cela a été souligné au cours des auditions.

(1) La cigarette du pauvre. Enquête auprès des fumeurs en situation précaire*, Patrick Peretti-Watel (2012).*

PRÉVALENCE DU TABAGISME RÉGULIER PARMI LES 15 À 75 ANS SELON L'ACTIVITÉ



Source : Baromètres santé (d'après les données présentées le 12 novembre 2012, Inpes)

Le tabagisme est ainsi le reflet des inégalités sociales : de ce fait, des mesures de relèvement des prix prises isolément, c'est-à-dire sans mesure d'accompagnement (aide au sevrage par exemple), pourraient avoir pour effet d'accroître les inégalités sociales de santé et de paupériser davantage ces ménages.

● ***Les jeunes : un enjeu décisif en termes de santé publique***

Le tabac entraîne une forte dépendance et 94 % des fumeurs commencent à fumer avant 25 ans [(1)] : la priorité est doit donc être de dissuader les jeunes d'allumer leur première cigarette. En effet, la précocité de l'initiation au tabac (cigarettes, mais aussi le tabac à rouler ou le narguilé par exemple) a des conséquences très graves car elle installe durablement une habitude et crée une dépendance plus difficile à combattre, sans compter que le fait de consommer un nombre plus important de cigarettes au cours de sa vie multiplie le risque de pathologies (« effet dose »).

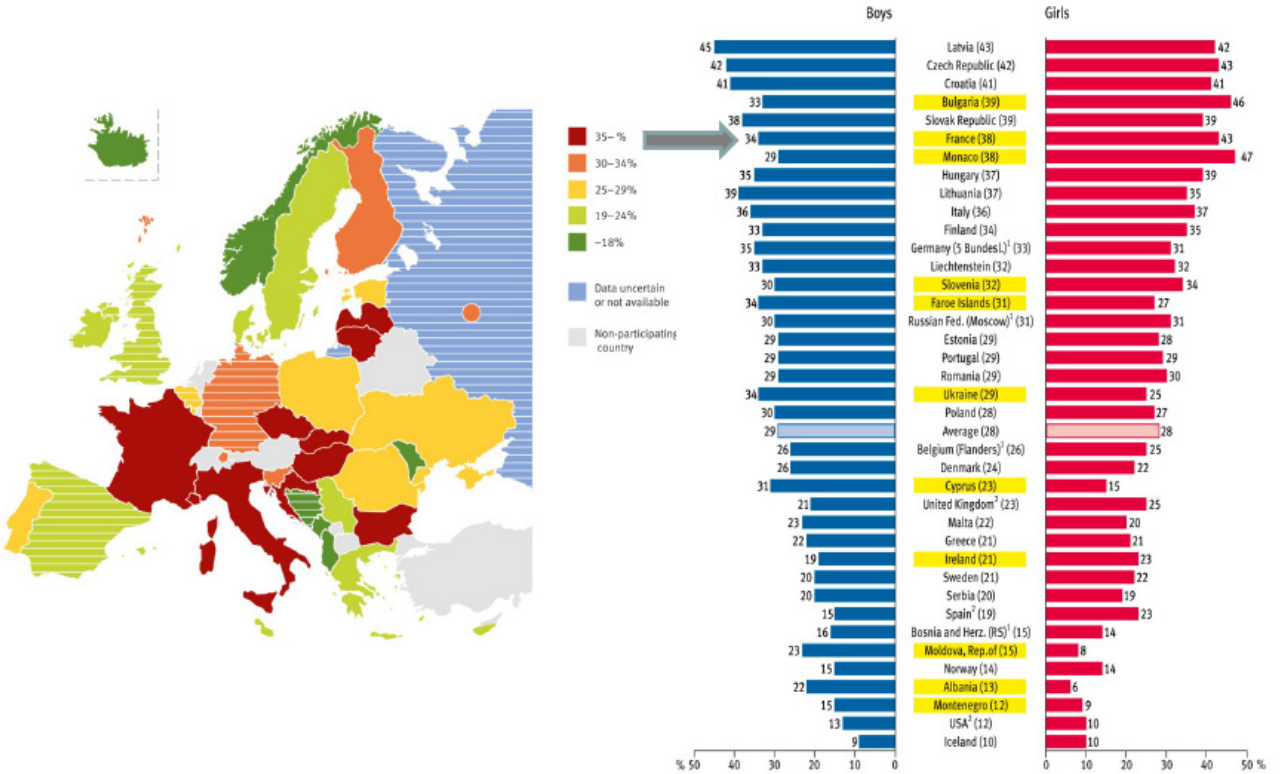
En France, les dernières données disponibles, concernant les fumeurs quotidiens, font état d'une remontée de la consommation chez les jeunes, qui semble également plus élevée, à l'âge de 16 ans, que dans d'autres pays européens.

L'adolescence peut être un contexte favorable au tabagisme, du fait par exemple de l'influence du groupe, d'une recherche identitaire, avec une difficulté à se projeter, ou encore d'un besoin de transgression et d'émancipation, de manière paradoxale s'agissant d'une dépendance. Le tabac pourrait également constituer un « produit d'entrée » vers des produits illicites, tels que le cannabis [(2)].

(1) Commission européenne (direction générale de la santé et des consommateurs).

(2) Concernant l'âge moyen d'initiation parmi les jeunes consommateurs, la première cigarette a lieu en moyenne à 14,1 ans, soit un an avant le premier joint.

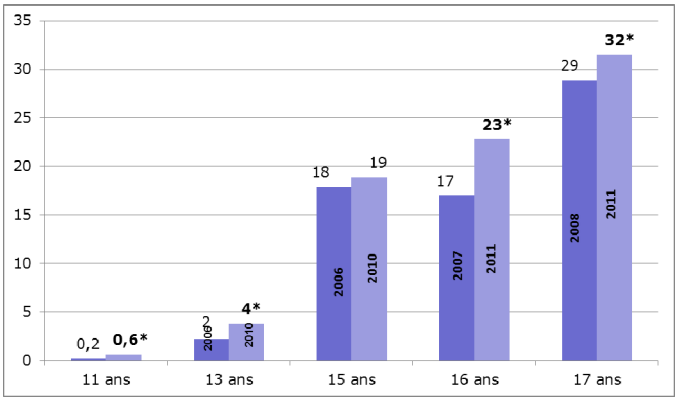
TABAGISME DE LA POPULATION EUROPÉENNE ÂGÉE DE 16 ANS



Note : données concernant le tabagisme dans le mois.

Source : enquête Espad 2011 (présentation précitée lors de la table ronde du 12 décembre 2012)

ÉVOLUTION DU TABAGISME QUOTIDIEN DES JEUNES



Source : enquêtes Espad, HBSC, Escapad (présentation précitée du 12 décembre 2012)

Il est donc essentiel de tenir compte de l'ensemble des caractéristiques particulières des populations les plus touchées dans la conception des politiques publiques de lutte contre le tabagisme et ce, aussi bien en matière de prévention que de soutien à l'arrêt.

3. Des progrès toutefois significatifs en matière de tabagisme passif

Au-delà de la prévalence, les politiques doivent également être évaluées à l'aune des résultats observés en matière de protection contre l'exposition de fumée du tabac, dès lors qu'il *« est clairement établi, sur des bases scientifiques, que l'exposition à la fumée du tabac entraîne la maladie, l'incapacité et la mort* [(1)] », selon les termes de la convention-cadre de l'OMS (CCLAT).

En France, depuis le décret précité du 15 novembre 2006 [(2)], il est totalement interdit de fumer dans l'enceinte des établissements scolaires et de santé, et la réglementation est devenue très contraignante pour le milieu professionnel et les lieux de loisirs. Dans le cadre du suivi des objectifs de la loi de santé publique de 2004, le Haut conseil de la santé publique (HCSP) et la DREES ont ainsi souligné les progrès constatés en matière d'exposition au tabac.

(1) L'article 8 de la convention-cadre prévoit que « Chaque Partie adopte et applique, dans le domaine relevant de la compétence de l'État (…) et encourage activement, dans les domaines où une autre compétence s'exerce, l'adoption et l'application des mesures législatives, exécutives, administratives et/ou autres mesures efficaces prévoyant une protection contre l'exposition à la fumée du tabac dans les lieux de travail intérieurs, les transports publics, les lieux publics intérieurs et, le cas échéant, d'autres lieux publics ».

(2) Décret n° 2006-1386 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif.

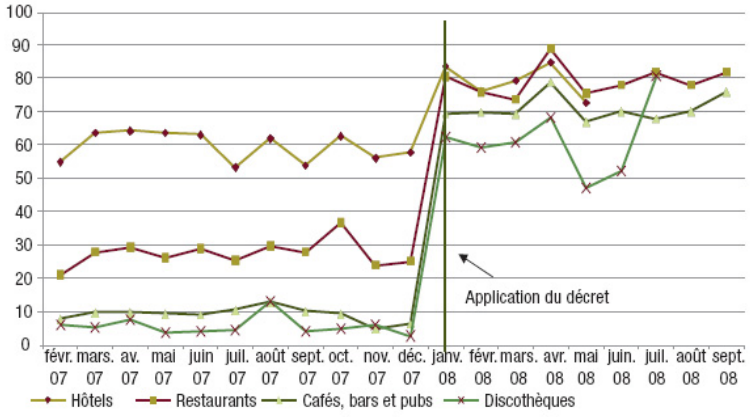
SUIVI DE L'OBJECTIF N° 4 RELATIF AU TABAGISME PASSIF DE LA LOI DE SANTÉ PUBLIQUE DU 9 AOÛT 2004

Objectif n° 4 fixé en 2004	Suivi de l'objectif par le HCSP et la DREES
Réduire le tabagisme passif dans les établissements scolaires (disparition totale), les lieux de loisirs et l'environnement professionnel	« L'objectif 4 (tabagisme passif) peut être considéré comme partiellement atteint, même si la disparition totale dans les établissements scolaires n'est pas mesurée. En effet, l'indice mensuel du tabagisme passif de l'Inpes a montré une nette diminution de l'exposition déclarée au tabagisme passif dans les lieux de travail, les lycées, universités et lieux de convivialité, et ce, dès l'application effective de la réglementation. » (HCSP, 2010)
	« Le tabagisme passif a par ailleurs été identifié comme un problème spécifique de santé publique. (…). Le décret du 15 novembre 2006 est venu modifier le cadre réglementaire précédent et assure cet objectif de moyens de mise en œuvre beaucoup plus opérationnels. (…). Désormais, les lieux de travail [(1)] apparaissent effectivement comme des lieux sans fumée de tabac. De façon plus spectaculaire pour les lieux de convivialité que sont les bars, cafés, pubs, hôtels, restaurants et discothèques, l'application du décret d'interdiction apparaît avoir radicalement modifié le paysage tabagique des lieux destinés à un usage collectif » (DREES, 2011)

Sources : Évaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004*, HCSP (avril 2010), et* L'état de santé de la population en France. Suivi des objectifs annexés à la loi de santé de publique. *DREES (novembre 2011)*

Les rapporteurs se félicitent en particulier de la diminution significative de l'exposition à la fumée du tabac dans les lieux de convivialité, même si l'application de la réglementation reste à améliorer, par exemple sur les terrasses.

ÉVOLUTION DEPUIS 2007 DU NOMBRE DE PERSONNES DÉCLARANT NE JAMAIS ÊTRE EXPOSÉES À LA FUMÉE DES AUTRES DANS LES LIEUX DE CONVIVALITÉ



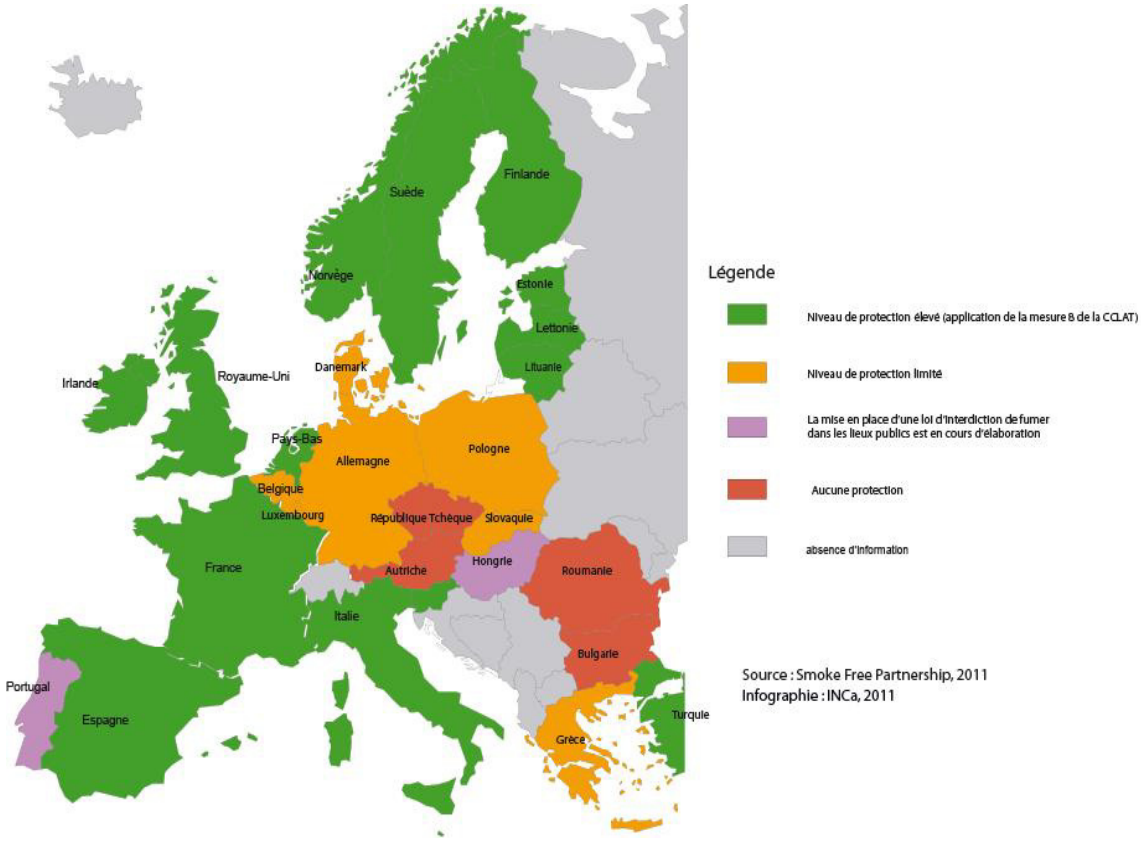
Source : indice mensuel du tabagisme passif Inpes/BVA (2010)

Au regard de l'interdiction de fumer dans les lieux publics, la France se situe ainsi parmi les pays ayant un niveau élevé de protection, comme l'illustre le graphique ci-après [(2)].

(1) Alors qu'au mois de janvier 2007, seules 45 % des personnes concernées déclaraient ne jamais être en contact avec la fumée des autres sur leur lieu de travail, elles sont 74 % sur le premier semestre 2008.

(2) Dans une enquête récente (Eurobaromètre spécial, mai 2012), les Français se déclaraient également moins exposés à la fumée du tabac dans certains lieux que la moyenne des États membres (par exemple, 79 % déclaraient ne jamais être exposés à la fumée à l'intérieur des lieux de travail, contre 72 % pour la moyenne européenne).

LÉGISLATIONS SUR L'INTERDICTION DE FUMER DANS LES LIEUX PUBLICS EN EUROPE EN MARS 2011



En conclusion, ainsi que l'a indiqué l'une des associations entendues par les rapporteurs, les politiques publiques de lutte contre le tabagisme ont permis de faire évoluer considérablement la protection des individus mais leur évolution, jugée erratique, n'a pas permis de considérer ce fléau à sa juste valeur. En outre, près de dix ans après sa signature, certains articles de la convention-cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac doivent faire l'objet d'une plus grande attention pour assurer le plein respect des exigences de ce traité.

Pour mieux répondre à cette priorité collective et accroître l'efficacité des politiques publiques, il convient donc de poursuivre et d'amplifier les efforts entrepris, en mettant en œuvre une série de mesures concernant, d'une part, le pilotage et la gouvernance et, d'autre part, les différents leviers de l'action publique (fiscal, réglementaire…) susceptibles de réduire et prévenir le tabagisme.

II.– LA STRATÉGIE : RÉNOVER LA GOUVERNANCE ET LE PILOTAGE POUR ENGAGER DANS LA DURÉE UNE ACTION GLOBALE ET COORDONNÉE

Aux « foisonnement et cloisonnement » qui caractérisent pour partie le système actuel, il faut opposer une remise à plat ordonnée, globale et cohérente de l'action publique, avec une vision stratégique s'inscrivant dans la durée.

Dans cette perspective, la gouvernance doit tout d'abord être simplifiée et la répartition des compétences plus clairement définie entre les différents acteurs. Il convient par ailleurs de se doter des outils nécessaires pour assurer un pilotage plus efficace de cette politique et, parallèlement, de développer la recherche afin de mieux étayer la décision publique et, partant, d'améliorer les résultats mais aussi d'accroître la légitimité des actions de lutte contre le tabagisme.

A.– RENFORCER LA COORDINATION ET CLARIFIER LES COMPÉTENCES

Les faiblesses de la gouvernance des politiques de lutte contre le tabagisme, liées notamment à la dispersion des acteurs et des dispositifs, doivent être corrigées à la fois aux niveaux national (coordination interministérielle mais aussi des différents opérateurs et agences sanitaires) et régional, en soutenant le déploiement de politiques territoriales et partenariales de santé publique.

1. Au niveau interministériel : améliorer le dispositif de coordination avec un portage politique fort et continu

Une coordination interministérielle forte et constante est indispensable, ce qui nécessite, sans qu'il soit besoin de créer une nouvelle structure administrative, d'emprunter deux voies complémentaires.

● En réunissant un comité interministériel de lutte contre le tabagisme, avec un rôle prééminent confié au ministre chargé de la santé…

Dans sa contribution adressée aux rapporteurs, le secrétariat permanent de la convention-cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac (CCLAT) observe que la France n'a pas encore mis en place de comité national, interministériel et multisectoriel pour la lutte antitabac et qu'elle n'a pas non plus élaboré de stratégie, de plan ou de programme national, global, multisectoriel et puissant contre le tabac, tel que préconisé par l'article 5 de la convention-cadre. De même, le rapport de la Cour souligne-t-il l'absence d'un organe spécifique de coordination de la lutte contre le tabagisme.

Pour créer les conditions d'une politique coordonnée et efficace, les rapporteurs proposent d'instituer par décret un comité interministériel de lutte contre le tabagisme, comme l'a recommandé la Cour, mais selon des modalités

légèrement différentes [1], notamment pour tenir compte des outils existants (MILDT).

La mise en place d'un dispositif national de coordination préconisée par la convention-cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac (CCLAT)

« Chaque Partie élabore, met en œuvre, actualise et examine périodiquement des stratégies et des plans et programmes nationaux multisectoriels globaux de lutte antitabac conformément aux dispositions de la Convention et des protocoles auxquels elle est partie. À cette fin, chaque Partie en fonction de ses capacités : (a) met en place ou renforce, et dote de moyens financiers, un dispositif national de coordination ou des points focaux nationaux pour la lutte antitabac ; (b) et adopte et applique des mesures législatives, exécutives, administratives et/ou autres mesures efficaces et coopère, le cas échéant, avec d'autres Parties afin d'élaborer des politiques appropriées pour prévenir et réduire la consommation de tabac, l'addiction nicotinique et l'exposition à la fumée du tabac. »

Source : article 5 (« Obligations générales ») de la convention-cadre pour la lutte anti-tabac (CCLAT) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), adoptée en mai 2003 et ratifiée par la France en octobre 2004

La composition et les missions du comité, réunissant l'ensemble des ministres concernés, devront être définies par décret, selon les principes suivants :

– il sera présidé par le Premier ministre pour assurer un arbitrage et une mobilisation politique au plus haut niveau ;

– la ministre chargée de la santé en sera le rapporteur général, ne serait-ce que pour marquer symboliquement la primauté des questions de santé publique sur d'autres considérations ;

– le comité aura notamment pour missions d'adopter un plan gouvernemental et de suivre le tableau de bord de la lutte contre le tabagisme (*cf. infra*) et les progrès le cas échéant observés vers l'atteinte des objectifs fixés par le législateur en matière de prévalence tabagique ;

– enfin, le secrétariat du comité sera confié à la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie (MILDT), sans que ne soit créée une nouvelle structure administrative.

● ***… et en renforçant parallèlement le positionnement de la MILDT.***

Placée sous l'autorité directe du Premier ministre, la MILDT est chargée d'animer et de coordonner les actions de l'État en matière de lutte contre la drogue et la toxicomanie. À ce titre, elle a notamment piloté le plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool pour 2004-2008. Elle s'appuie

(1) Il y était proposé de confier au ministre de la santé le rôle de coordination et de pilotage de l'ensemble des actions publiques en ce domaine et l'animation à cet effet d'un comité interministériel ad hoc*. Le rapport évoque l'animation par le ministère de la santé d'un Conseil interministériel pour la lutte contre le tabagisme, réunissant les représentants des services concernés et de la MILDT (mission interministérielle). Dans ce schéma, la politique de lutte contre la fraude devait toutefois rester sous la coordination de la MILDT, qui en est également chargée en matière de trafics de produits illicites.*

également sur l'Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT), qui établit un tableau de bord mensuel sur le tabac (*cf. infra*).

Entendue par les rapporteurs, la nouvelle présidente de la MILDT a souligné la vocation interministérielle de cet organisme sur l'ensemble des conduites addictives et confirmé sa volonté d'inscrire des mesures fortes de lutte contre le tabac dans le prochain plan gouvernemental de lutte contre les drogues pour 2013-2015, comme cela a été indiqué aux magistrats de la Cour. Les rapporteurs ont également noté avec intérêt la nomination, en janvier 2013, du délégué de la MILDT, le docteur Gilles Lecoq, qui a été chargé de coordonner les actions en matière de lutte contre le tabagisme.

Au cours des auditions, plusieurs réserves ont toutefois été émises concernant le rôle de la MILDT en matière de tabagisme et, de fait, son action s'est surtout concentrée, au cours de la période récente, sur les drogues illicites et l'alcool. Ceci peut toutefois s'expliquer en partie par le fait que le tabac n'est pas explicitement cité dans les dispositions du code de la santé publique définissant ses missions. Il conviendrait donc de les modifier, par décret, et de changer également l'appellation de la Mission pour y faire clairement référence au tabac.

Les missions de la MILDT telles que définies par le code de la santé publique

Une Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie placée sous l'autorité du Premier ministre, anime et coordonne les actions de l'État en matière de lutte contre la drogue et la toxicomanie, en particulier dans les domaines de l'observation et de la prévention de la toxicomanie, de l'accueil, des soins et de la réinsertion des toxicomanes, de la formation des personnes intervenant dans la lutte contre la drogue et la toxicomanie, de la recherche, de l'information. La mission prépare les délibérations du comité interministériel et veille à leur exécution. Le président de la mission est nommé par décret. Il est assisté d'un délégué nommé, sur sa proposition, par arrêté du Premier ministre.

Sources : articles R.3411-13 et R. 3411-14 du code de la santé publique

Enfin, les rapporteurs souhaitent que soit prévue la nomination d'une personne spécifiquement chargée de la lutte contre le tabagisme. Il pourrait s'agir par exemple d'un fonctionnaire ou d'une personnalité extérieure à l'administration, qui serait nommée par le Premier ministre, sur proposition de la présidente de la MILDT. Pour pérenniser cette fonction, le principe pourrait également en être prévu dans le code de la santé publique, dans le cadre du décret évoqué plus haut.

Proposition n° 1 : Renforcer la coordination interministérielle, avec un portage politique fort :

– instituer un comité interministériel de lutte contre le tabagisme, présidé par le Premier ministre et dont le ministre chargé de la santé sera le rapporteur général ;

– confier le secrétariat du comité à la MILDT et prévoir la désignation d'une personne spécifiquement chargée de la lutte contre le tabac ;

– renforcer le positionnement de la MILDT, en faisant explicitement référence au tabac dans son appellation et dans les textes réglementaires définissant ses missions.

2. Au niveau des opérateurs : clarifier les compétences et l'organisation des agences sanitaires

Pour améliorer la coordination et l'efficacité des politiques de réduction du tabagisme, les rapporteurs jugent nécessaire d'aller bien au-delà de la seule création d'un comité interministériel *ad hoc*.

La complexité du paysage institutionnel actuel a en effet été soulignée à plusieurs reprises au cours des auditions, des personnes entendues par les rapporteurs ayant par exemple suggéré de mettre en place un opérateur unique pour les politiques de prévention. À tout le moins, le développement des agences et opérateurs dans le domaine de la santé nécessite de s'interroger sur la cohérence de l'appareil d'État, au vu d'un dispositif qui apparaît source de dilution des responsabilités, mais aussi de difficultés de coordination et de pilotage, avec des administrations centrales parfois concurrencées sur leurs fonctions stratégiques.

Ainsi, comme l'a observé le Premier président de la Cour des Comptes lors de son audition par le CEC, les responsabilités en matière de lutte contre le tabagisme apparaissent aujourd'hui diluées. Les rapporteurs préconisent dès lors de tirer toutes les conséquences de ce constat en clarifiant le paysage administratif.

● En veillant à ce que les missions des opérateurs soient clairement définies dans les contrats d'objectifs et de gestion…

Avant d'envisager un « big bang » institutionnel, il conviendrait, *a minima*, de veiller à ce que les contrats d'objectifs et de moyens, conclus entre l'État et chacun des opérateurs, définissent clairement leurs missions respectives, au moins sur les grandes priorités, parmi lesquelles le tabagisme. En particulier, il est à noter que le contrat d'objectifs et de performance de l'InCA pour 2011-2014 ne comporte aucune référence à la question spécifique du tabagisme, alors même qu'il s'agit du principal facteur de cancer.

Ces documents de contractualisation devront également préciser les engagements concernant le développement des partenariats, en vue de renforcer la collaboration avec d'autres opérateurs. Les démarches, déjà engagées dans ce sens [(1)], doivent se généraliser et prendre en compte la question du tabagisme, pour un fonctionnement plus fluide et coordonné du système de santé.

●…. et en envisageant des rapprochements entre certains organismes.

Sans aller jusqu'à la création d'une grande Agence nationale de la prévention, comme cela pu être suggéré, en s'inspirant notamment de l'Allemagne, des rapprochements pourraient être envisagés entre certains opérateurs.

---

(1) L'INPES, l'INCa, la HAS et l'INVS ont conclu des accords-cadres visant à établir ou renforcer leur collaboration dans leurs champs communs de compétences complétés dans certains cas par des plans annuels d'actions communes. Le contrat d'objectifs et de performance de l'Inpes prévoit par ailleurs d' « engager avec les organismes publics et structures ministérielles intervenant dans le champ de la prévention et de l'éducation à la santé, des négociations sur leurs champs respectifs d'intervention et les domaines de travail en commun afin d'optimiser l'utilisation des financements publics *».*

Par exemple, la Haute autorité de santé (HAS) et le Haut conseil de la santé publique (HCSP), qui sont deux instances d'expertise créées en 2004 dans deux lois distinctes, ont un statut différent [(1)], mais leurs missions présentent plusieurs champs de recoupement [(2)]. Concernant le tabagisme, ces deux instances ont ainsi rendu plusieurs avis sur la période récente, notamment sur les questions d'aide au sevrage [(3)]. Or, il n'est pas à exclure qu'un jour, des avis sensiblement différents puissent être émis sur un même sujet, ce qui serait à l'évidence préjudiciable pour le pilotage et la crédibilité de l'action publique.

Un rapport récent de la Mecss de l'Assemblée nationale [(4)] a dès lors préconisé d'intégrer le collège du HCSP au sein de la HAS, en conservant son expertise médicale d'évaluation des stratégies de santé publique. Cette question a également été soulevée par la mission d'information sur les agences sanitaires [(5)].

Sans remettre aucunement en cause la grande qualité des travaux du HCSP, il apparaît nécessaire de rationaliser un dispositif déjà touffu d'aide à la décision, en rapprochant ces deux organismes, pour plus d'efficacité. Ce rapprochement pourrait par ailleurs constituer une première étape dans le sens d'une plus vaste réorganisation des agences sanitaires – chantier qui avait d'ailleurs été engagé sous la précédente législature avec la réforme importante des ARS mais aussi, par exemple, la création de l'ANSES [(6)] et qui est appelé à se poursuivre dans le cadre de la modernisation de l'action publique (MAP).

En effet, lors de la réunion du comité interministériel de modernisation de l'action publique (CIMAP) du 18 décembre 2012, il a été prévu d'intégrer les agences et opérateurs dans la modernisation de l'action publique, et en particulier :

– de rénover le pilotage stratégique des agences et opérateurs existants, avec la mise en place d'un groupe de travail interministériel en vue notamment de professionnaliser la tutelle et renforcer la gouvernance ;

– de clarifier le paysage des agences et des opérateurs rattachés à l'État, avec une revue des petits opérateurs ainsi que l'élaboration d'une stratégie de

---

(1) La HAS est une autorité publique indépendante à caractère scientifique, tandis que le HCSP est un organisme consultatif rattaché à la DGS (composé de personnalités qualifiées, principalement des médecins).

(2) En effet, le HCSP est chargé de fournir « aux pouvoirs publics, en liaison avec les agences sanitaires, l'expertise nécessaire à […] la conception et à l'évaluation des politiques et stratégies de prévention » (il cumule les missions d'évaluation de la loi de santé publique, de conseil aux pouvoirs publics et d'expertise en liaison avec les agences sanitaires), tandis la HAS est chargée « d'évaluer la qualité et l'efficacité des actions ou programmes de prévention, notamment d'éducation pour la santé, de diagnostic ou de soins ».

(3) Stratégies thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique : efficacité, efficience et prise en charge financière *(HAS, 2007),* Arrêt de la consommation de tabac : du repérage au maintien de l'abstinence *(note de cadrage de la HAS, 2012) ; les recommandations de bonne pratique devraient être publiées au premier semestre2013,* Avis relatif aux moyens de lutte contre le tabagisme *(HCSP, 2010) et à l'augmentation des taxes (HSCP2012).*

(4) Rapport d'information n° 4333 précité sur la prévention sanitaire (8 février 2012).

(5) Rapport d'information n° 3627 précité sur les agences sanitaires (juillet 2011).

(6) Créée en janvier 2010, l'Agence nationale chargée de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) est issue de la fusion de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA) et l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (AFSSET).

rationalisation pour chaque ministère d'ici mars 2013 [(1)] ; à cet égard, la ministre des Affaires sociales et de la santé a évoqué récemment une réorganisation des agences et opérateurs dans le domaine de la santé, en observant qu'ils étaient trop foisonnants pour être totalement satisfaisants [(2)].

Enfin, il est à noter que le CIMAP a également programmé plusieurs évaluations de politiques publiques, dont l'une porte sur *« le pilotage territorial de la politique de prévention et de lutte contre les drogues et la toxicomanie »*, qui devrait être lancée en avril 2013.

Sur ces questions, il sera important de veiller à l'information du Parlement sur l'avancement de la MAP, dans l'esprit des dispositions adoptées en loi de finances pour 2013, à l'initiative de MM. Christian Eckert et François Cornut-Gentille, dans le prolongement de leurs travaux d'évaluation sur la revue générale des politiques publiques (RGPP). Au cours des semaines de contrôle, un débat en séance pourrait par exemple être envisagé sur la question des agences sanitaires et le bilan des résultats de la MAP, ce qui permettrait également de faire le point sur les suites données aux travaux récents de la commission des Affaires sociales [(3)].

Suivi de la modernisation de l'action publique par le Parlement : les dispositions prévues par la loi de finances pour 2013, à l'initiative des rapporteurs du CEC sur la RGPP

I.- Au moins 15 jours avant chaque réunion du comité interministériel pour la modernisation de l'action publique (CIMAP), le Gouvernement peut transmettre aux commissions chargées des finances et aux autres commissions compétentes de l'Assemblée nationale et du Sénat l'ordre du jour détaillé ainsi que tout élément d'information mentionné au II disponible à cette date.

II.- Au début de chaque trimestre, le Gouvernement transmet aux commissions chargées des finances et aux autres commissions compétentes de l'Assemblée nationale et du Sénat les éléments utiles faisant état : 1° des résultats des évaluations réalisées ; 2° du suivi de la mise en œuvre des réformes précédemment décidées et de leur incidence constatée sur les dépenses et les emplois publics; 3° des décisions prises et de leur incidence sur les emplois et les dépenses publics ; 4° Des modalités d'association des agents publics et des usagers des services publics.

III.- Les commissions parlementaires concernées peuvent adresser au Premier ministre et au ministre chargé de la réforme de l'État toutes observations qui leur paraissent utiles. Ces éléments peuvent donner lieu à un débat à l'Assemblée nationale et au Sénat.

Source : article 92 de la loi n° 2012-1509 du 29 décembre 2012 de finances pour 2013

Il s'agit là, sans doute, d'un chantier de longue haleine, mais nécessaire dans un souci de bonne administration et de maîtrise de la dépense publique et, surtout, en vue d'améliorer l'efficacité et la coordination des politiques de santé, qui doivent aussi être renforcées au niveau régional, s'agissant en particulier des actions de lutte contre le tabagisme.

---

(1) Cette revue des opérateurs dont les effectifs sont inférieurs à 50 ETP doit être réalisée pour le CIMAP de juin 2013. Par ailleurs, la participation des opérateurs et agences aux politiques publiques sera systématiquement prise en compte dans les travaux d'évaluation des politiques publiques. En parallèle, les programmes ministériels de modernisation et de simplification à finaliser pour le CIMAP de juin 2013 seront l'occasion de définir une stratégie de rationalisation pour chaque ministère.

(2) Vœux à la presse de Mme Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales et de la santé (23 janvier 2013).

(3) Rapports précités sur la prévention sanitaire, sur les agences sanitaires et rapports budgétaires.

Proposition n° 2 : Clarifier les compétences et l'organisation des différents opérateurs et agences sanitaires :

– préciser, dans les contrats d'objectifs et de moyens, leurs missions respectives et leurs engagements d'actions partenariales en matière de lutte contre le tabagisme ;

– rapprocher certains opérateurs, par exemple la Haute Autorité de santé (HAS) et le Haut conseil de la santé publique (HCSP) ;

– organiser un débat à l'Assemblée nationale sur la réforme des agences sanitaires afin de faire un bilan des résultats de la modernisation de l'action publique (MAP).

3. Au niveau régional : soutenir le développement de politiques territoriales et partenariales de prévention

Suite à l'adoption de la loi précitée du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital (« loi HPST »), la mise en place des agences régionales de santé (ARS) a constitué une avancée majeure en termes de coordination et de décloisonnement des politiques de santé, en réunissant les champs de la prévention, de l'hôpital, de la médecine de ville et du secteur médico-social.

La création des ARS devait ainsi permettre une meilleure mise en œuvre régionale des politiques de santé publique, en association avec l'ensemble des acteurs concernés. Aux termes de la loi, les agences ont ainsi pour missions de définir et de mettre en œuvre un ensemble coordonné de programmes et d'actions concourant à la réalisation, à l'échelon régional et infrarégional, des objectifs de la politique nationale de santé. En particulier, les agences *« définissent et financent des actions visant à promouvoir la santé, à éduquer la population à la santé et à prévenir les maladies* [(1)] *».*

Pour aider les ARS dans leur démarche de prévention, la direction générale de la santé (DGS) anime des ateliers pratiques, notamment dans le cadre des séminaires interrégionaux des directeurs d'agences, et a également diffusé auprès des ARS trois guides méthodologiques, élaborés sous l'impulsion de l'Inpes [(2)].

Dans le domaine de la prévention, la déclinaison régionale des politiques de santé présente toutefois plusieurs limites.

D'une part, la lutte contre le tabagisme semble insuffisamment prise en compte dans les plans stratégiques de santé et les schémas régionaux de prévention, au vu des éléments recueillis par la Cour [(3)]. Il semblerait par ailleurs que les différentes instructions méthodologiques adressées aux ARS ne visent pas

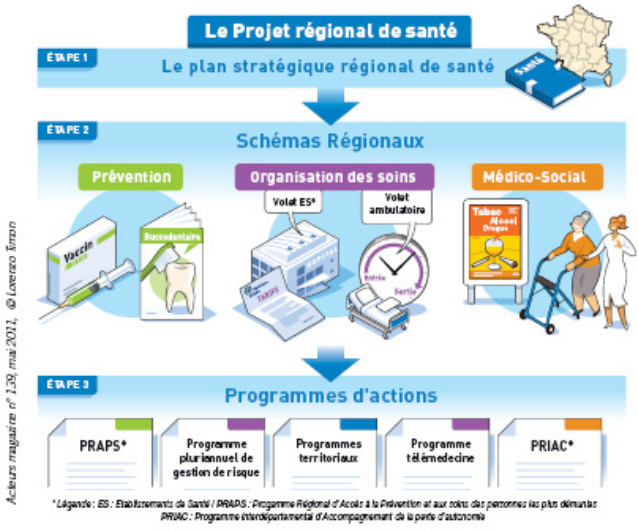
(1) Articles L. 1431-1 et L. 1431-2 du code de la santé publique.

(2) Selon la communication de la Cour à la commission des Affaires sociales sur la prévention (novembre 2011).

(3) Selon le rapport de la Cour des comptes, une première analyse de 14 schémas régionaux de prévention réalisée par la DGS au cours du premier semestre 2012 fait apparaître que seuls quatre d'entre eux visent explicitement le tabagisme.

précisément la lutte contre le tabagisme ; selon la Cour, cette question n'est pas davantage mentionnée dans les cinq domaines qui doivent structurer les plans stratégiques de santé. De la même manière, le dernier rapport d'activité des ARS, publié en février 2012, n'évoque pas spécifiquement le tabagisme.

UN PILOTAGE STRATÉGIQUE UNIQUE DE LA POLITIQUE DE SANTÉ : LE PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ (PRS) ÉLABORÉ PAR L'ARS



Source : ministère des Affaires sociales et de la santé

Sous l'impulsion du Conseil national de pilotage des ARS (CNP), présidé par les ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées [(1)], les instructions adressées aux ARS doivent donc mieux prendre en compte la question du tabagisme. Il en va de même pour leurs contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) [(2)].

Pour accroître la coordination et la complémentarité des actions menées au niveau local, il convient, d'autre part, de veiller à l'implication de l'ensemble des acteurs. À cet égard, le rapport de la Cour juge souhaitable de veiller à la participation des services concernés de l'éducation nationale à l'élaboration du schéma régional d'éducation pour la santé et du plan régional de santé. De même, les plans régionaux de santé au travail devraient comporter des actions de lutte contre le tabagisme.

---

(1) Le CNP formule des orientations générales sur les politiques et les mesures mises en œuvre par les ARS. Il veille à la cohérence des objectifs, du contenu et de l'application des politiques conduites par les ARS dans les domaines de la santé publique, de l'organisation de l'offre de soins, de la prise en charge médico-sociale et de la gestion du risque. Les ministres chargés du budget et de la sécurité sociale en sont membres, ainsi que différents directeurs d'administration centrale, les directeurs généraux d'organismes de protection sociale (CNAMTS, MSA, RSI, CNSA), le chef de l'IGAS et le secrétaire général des ministères sociaux.

(2) Aux termes de l'article L. 1433-2 du même code, « les ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées signent avec le directeur général de chaque agence régionale de santé un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'agence »*, conclu pour 4 ans.*

Ainsi, la mutation des anciennes agences régionales de l'hospitalisation (ARH) doit se poursuivre et les ARS investir pleinement le champ de la santé publique. Les agences pourraient, par exemple, apporter un appui méthodologique aux initiatives des différents acteurs (médecins libéraux, protection maternelle et infantile, établissements de santé, santé scolaire, services interentreprises de santé au travail…). Ceci doit se faire notamment dans le cadre des commissions de coordination des politiques publiques de santé (« commissions prévention ») des ARS [(1)] ainsi que lors de l'élaboration des projets régionaux de santé (PRS).

Les agences doivent également impulser des politiques ambitieuses en matière d'offre de soins, concernant, par exemple, l'aide au sevrage, les activités hospitalières en addictologie et le suivi des crédits consacrés au tabagisme.

Proposition n° 3 : Soutenir le développement de politiques régionales de prévention, en association avec l'ensemble des acteurs concernés, et développer la coordination et la complémentarité des actions au niveau local :

– prendre en compte le tabagisme dans les instructions adressées aux ARS et dans leurs contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens ;

– impliquer l'ensemble des acteurs concernés (collectivités territoriales, professionnels de santé, santé scolaire, santé au travail, etc.), dans le cadre notamment des commissions de coordination des ARS et de l'élaboration des projets régionaux de santé (PRS).

Ces mesures permettront ainsi de mieux coordonner les actions de lutte contre le tabagisme, dont le pilotage doit parallèlement être amélioré.

B.– ÉLABORER UNE STRATÉGIE PLURIANNUELLE DE RÉDUCTION DU TABAGISME AVEC UN SUIVI RESSERRÉ, SOUS LE CONTRÔLE DU PARLEMENT

Concevoir des politiques publiques efficaces en matière de réduction du tabagisme suppose de remplir au moins deux conditions :

– d'une part, fixer des objectifs clairs sur les résultats à atteindre afin de déterminer les leviers adaptés pour y parvenir ;

– d'autre part, mettre en place un outil de suivi permanent pour mesurer l'évolution du tabagisme en vue de vérifier, au moins chaque année, que ces leviers sont suffisants et demeurent pertinents, ou doivent être adaptés.

(1) Placée auprès de chaque ARS, la « commission de coordination dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile » réunit l'ensemble des membres prévus par l'article D. 1432-1 du code de la santé publique (représentants du préfet, des services déconcentrés concernés, des collectivités, des organismes de sécurité sociale, etc.).

C'est pourquoi trois séries de mesures sont nécessaires pour une conduite de l'action publique à la fois plus stratégique, avec des objectifs clairement identifiés, plus resserrée et réactive, en s'appuyant sur un tableau de bord adapté, et enfin plus exigeante, par le renforcement du rôle du Parlement.

1. Un pilotage plus stratégique : une priorité et des objectifs clairement définis dans la prochaine loi de santé publique

Avant toute chose, il est impératif de renforcer la lisibilité de l'action publique en définissant une stratégie de moyen terme, c'est-à-dire de programmer des actions cohérentes pour atteindre des objectifs clairs, avec une trajectoire quantifiée de diminution du tabagisme. Cette stratégie doit également reposer sur une forte mobilisation politique, au niveau du Parlement et du Gouvernement.

● ***Une priorité de la prochaine loi de santé publique…***

La prochaine loi de santé publique doit faire de la lutte contre le tabagisme une véritable priorité, et pour cela :

– définir un objectif chiffré de réduction du tabagisme (en population générale), à un horizon de cinq ans et de dix ans pour inscrire cette action publique dans la durée ;

– prévoir également des objectifs spécifiques pour certaines catégories de la population, par exemple les jeunes et les femmes ; dans le cadre du plan quinquennal de lutte contre le tabagisme de 2011 (1), le ministère de la santé anglais s'est ainsi fixé comme objectifs d'ici à 2015 de réduire la prévalence du tabagisme de 21,2 % à 18,5 % chez les adultes, de 15 % à 12 % chez les jeunes et de 14 % à 11 % chez les femmes enceintes ;

– hiérarchiser les finalités de la politique de santé publique en fixant, pour cinq ans, les principaux objectifs, pour éviter que le tabagisme ne se retrouve noyé au milieu d'une centaine d'objectifs d'inégale importance (2) ; le rapport précité de la Mecss avait d'ailleurs également préconisé d'élaborer une nouvelle loi de santé publique fixant un nombre limité de priorités, déclinées dans les contrats d'objectifs, le rapporteur ayant identifié le tabagisme parmi l'une d'entre elles ;

– comporter un volet relatif au tabac, qui réunira l'ensemble des mesures législatives nécessaires pour améliorer le dispositif actuel, et appliquer les mesures prévues par des accords internationaux, en particulier la CCLAT et le protocole de lutte contre le commerce illicite, ainsi que la proposition de directive européenne sur le tabac, en cours de discussion (3). Il s'agirait ainsi d'une forme de loi-cadre

---

(1) « Healthy lives, healthy people » (informations transmises par l'ambassade de France au Royaume-Uni).

(2) Il conviendrait pour cela de modifier par amendement la rédaction de l'article L. 1411-2 précité, aux termes duquel « la loi définit tous les cinq ans les objectifs de la politique de santé publique ».

(3) Proposition de directive du Parlement européen et du Conseil relative au rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres en matière de fabrication, de présentation et de vente du tabac et de ses produits, présentée par la Commission européenne le 19 décembre 2012.

fixant clairement un cap et regroupant l'ensemble des mesures législatives dans ce domaine.

● ***… qui devra être déclinée dans un plan d'action stratégique national.***

Après que le Parlement aura fixé les grandes orientations de l'action publique, le volet tabac de la prochaine loi de santé publique devra être décliné dans un plan gouvernemental. Ce plan de santé publique devra :

– inscrire l'action publique dans la durée, avec un plan pluriannuel adopté et périodiquement réévalué par le comité interministériel évoqué plus haut ;

– programmer un ensemble de mesures, notamment réglementaires, visant à atteindre les objectifs fixés par le législateur, en complément de celles adoptées dans le cadre de la loi de santé publique et en mobilisant l'ensemble des leviers de l'action publique (réglementation, prévention, aide au sevrage, etc.) ;

– définir et articuler au mieux les missions respectives des différents acteurs et administrations concernés, en prévoyant notamment des objectifs chiffrés assortis d'indicateurs de suivi, ainsi que la déclinaison, au niveau local, des orientations du plan, en particulier dans les outils de programmation des ARS ;

– établir un plan interministériel de contrôle coordonnant l'action des divers corps concernés par le respect de la réglementation (*cf. infra*) ; il pourrait s'agir soit d'un plan spécifique dédié, soit d'un plan s'inscrivant dans un programme de lutte contre les addictions, qui pourrait être préparé la MILDT avec le ministère de la santé, et au sein duquel la spécificité et l'importance particulière du tabac seraient naturellement prises en compte.

Proposition n° 4 : Fixer clairement un cap dans la prochaine loi de santé publique, avec des objectifs mieux identifiés et déclinés dans un plan d'actions :

– faire de la lutte contre tabagisme une des priorités de la prochaine loi de santé publique, en fixant un objectif chiffré de réduction de la prévalence d'ici 5 ans et 10 ans, en population générale et par groupes-cibles (jeunes en particulier) ;

– décliner la loi dans un plan stratégique, adopté et périodiquement réévalué par le comité interministériel, qui précisera les différentes actions programmées en matière de lutte contre le tabagisme et sera décliné au niveau local.

2. Un pilotage plus resserré et plus réactif : se doter d'un tableau de bord permettant de suivre de près les principaux indicateurs

Une fois le cap fixé par le Parlement et assorti d'une feuille de route précise pour les prochaines années, il sera essentiel de suivre régulièrement l'évolution des indicateurs pertinents en matière de tabagisme, en s'inspirant de la démarche adoptée pour le suivi de l'objectif quantifié de réduction de la pauvreté. Il sera en

tout cas essentiel de mettre en place un dispositif d'observation incontestable, autant par la qualité et l'indépendance des expertises produites, que par le caractère régulier de la publication des données.

La démarche innovante mise en place sous la précédente législature pour le suivi de l'objectif quantifié de réduction de la pauvreté

La définition d'un objectif quantifié, par période de cinq ans, et le dépôt d'un rapport annuel au Parlement sur les conditions de réalisation de l'objectif, prévus par la loi

Dans son article 1er, la loi n° 2008-1249 du 1er décembre 2008 généralisant le revenu de solidarité active (RSA) et réformant les politiques d'insertion a prévu que « *Le Gouvernement définit, par période de cinq ans (...), un objectif quantifié de réduction de la pauvreté, mesurée dans des conditions définies par décret en Conseil d'État* (article L. 115-4-1 du code de l'action sociale et des familles). Cet article prévoit également que le Gouvernement *« transmet au Parlement, chaque année, un rapport sur les conditions de réalisation de cet objectif, ainsi que sur les mesures et les moyens financiers mis en œuvre pour y satisfaire ».*

L'élaboration d'un tableau de bord annuel de suivi de l'objectif, prévue par décret

Le décret n° 2009-554 du 20 mai 2009 relatif à la mesure de la pauvreté a prévu que *« L'objectif quantifié de réduction de la pauvreté mentionné à l'article L. 115-4-1 est suivi au moyen d'un tableau de bord composé d'indicateurs relatifs à onze objectifs thématiques de lutte contre la pauvreté »* (article R. 115-5 du même code). Des indicateurs ont ainsi été définis par décret pour chacun des objectifs thématiques, concernant par exemple la pauvreté des personnes qui ont un emploi, la pauvreté des enfants ou encore l'accès au logement et aux soins. Le tableau de bord a été élaboré suite à une phase de concertation de plusieurs mois (groupe de travail animé par la Direction générale de l'action sociale, discussions avec les principales associations de lutte contre la pauvreté et les partenaires sociaux). Le décret prévoit également que le tableau de bord est annexé au rapport annuel au Parlement évoqué plus haut.

● *Établir un tableau de bord annuel sur le tabagisme*

Dès 2004, le plan gouvernemental de lutte contre les drogues avait prévu l'élaboration d'un tableau de bord par l'OFDT, groupement d'intérêt public (GIP) financé par la MILDT ainsi que par des crédits européens. À la demande de la MILDT, un tableau de bord mensuel des indicateurs relatifs au tabac a été réalisé par l'OFDT, afin de rassembler et de présenter de manière synthétique des chiffres récents de nature diverse (1), et de les rendre publics dans des délais rapides. Afin de le rendre plus complet et plus clair, plusieurs modifications ont été opérées dans le « tableau de bord mensuel Tabac » en 2012 (2).

Le dispositif actuel présente cependant plusieurs limites.

Tout d'abord, le bilan annuel réalisé par l'OFDT se limite essentiellement à des graphiques sur les ventes et prix du tabac, comme le fait observer la Cour. En outre, le tableau de bord mensuel est insuffisamment articulé avec le suivi de l'avancement de mesures prévues dans le cadre du Plan cancer 2009-2013

(1) Ventes des cigarettes, du tabac à rouler, des médicaments d'aide à l'arrêt, fréquentation des consultations d'addictologie et de la ligne « Tabac info service », budget des campagnes de communication, etc.

(2) En particulier, deux indicateurs ont été ajoutés : le nombre de forfaits de 50 € versés par la CNAMTS et le nombre moyen de patients suivis dans les consultations de tabacologie.

(mesure 10 « Poursuivre la lutte contre le tabac », dont l'avancement, en juin 2012, est présenté en annexe du présent rapport).

Enfin, au-delà des chiffres relatifs aux ventes, il ne comporte pas de données actualisées ou suffisamment robustes concernant l'évolution annuelle de la consommation (prévalence déclarée ou suivi de la consommation réelle, y compris les achats hors du réseau des buralistes), en raison des faiblesses du dispositif d'observation. L'évolution de la consommation de tabac devrait pourtant constituer l'indicateur central de suivi et de pilotage des politiques publiques dans ce domaine – et donc le premier « voyant » sur le tableau de bord.

En conséquence, un décret devrait prévoir l'établissement d'un tableau de bord annuel, le cas échéant après une phase de consultations, de même que pour le tableau de bord annuel sur la pauvreté. Son élaboration serait confiée à la MILDT qui pourrait ainsi mobiliser l'expertise de l'OFDT, avec l'appui de la direction générale de la santé. Il devra comporter une sélection restreinte d'indicateurs :

– financiers et d'exécution budgétaire (par exemple, les crédits prévus pour le remboursement des substituts nicotiniques ou les campagnes de communication) ;

– d'activité et de mise en œuvre, à l'instar de ce qui a été fait pour le Plan cancer 2009-2013 (en indiquant si le planning a été respecté ou si un retard est observé), au moins pour les mesures les plus emblématiques ;

– de résultats, ce qui implique de pouvoir mesurer et suivre de manière beaucoup plus fine l'évolution de la consommation du tabac.

● ***Publier chaque année des données sur la prévalence du tabagisme mais aussi sur les achats, en particulier hors du réseau des buralistes***

En décrivant les principales positions des fabricants de tabac, le rapport de la Cour indique qu'ils réclament la réalisation d'un tableau de bord incontestable pour le pilotage des politiques de lutte contre le tabagisme, avec des indicateurs objectifs, afin que toutes les décisions soient prises au vu d'études approfondies et régulières, notamment sur les approvisionnements parallèles.

Partageant cette analyse, les rapporteurs préconisent de réaliser des enquêtes annuelles sur les modes d'approvisionnement des fumeurs (estimations des achats auprès des buralistes, mais aussi transfrontaliers, sur internet, etc.), afin de mieux mesurer les évolutions de la consommation réelle. Il faut aussi que ces études soient établies par un organisme de recherche indépendant.

Il conviendrait également de publier plus régulièrement des données épidémiologiques, par l'établissement d'un baromètre annuel de la prévalence tabagique, qui serait confié à l'Inpes. Il est en effet essentiel de pouvoir suivre plus finement les évolutions conjoncturelles et mesurer l'impact des mesures prises, par exemple des hausses de prix, sans devoir attendre la parution de la prochaine enquête de prévalence tabagique, une fois tous les cinq ans.

Les rapporteurs n'ignorent naturellement pas que la réalisation de ces enquêtes aura un coût, mais jugent cet investissement indispensable pour le pilotage de la politique de réduction de tabagisme, laquelle peut générer des économies considérables pour la collectivité, comme cela a déjà été souligné. Au demeurant, les rapporteurs observent que le Plan cancer annoncé en 2009 prévoyait déjà de *« rendre plus régulière la publication de données sur la consommation de tabac »* et de *« renforcer le suivi des mesures de lutte contre le tabac par l'établissement d'un baromètre annuel »* (mesure 10.3 du plan 2009-2013).

Par ces dispositions, il s'agit de permettre aux pouvoirs publics de suivre en temps réel, autant que possible, les évolutions des principaux indicateurs relatifs au tabac et de mesurer régulièrement l'efficacité et la pertinence des leviers, et pouvoir ainsi réagir immédiatement, en adoptant les mesures nécessaires aussitôt qu'un « clignotant » s'allume sur le tableau de bord.

Proposition n° 5 : Assurer un pilotage plus resserré et plus réactif, avec un tableau de bord permettant de suivre de près les principaux indicateurs :

– établir un tableau de bord au moins une fois par an sur le tabagisme, comportant une sélection d'indicateurs pertinents (indicateurs de mise en œuvre, de suivi et de résultats), afin de mesurer régulièrement l'efficacité et la pertinence des leviers utilisés et de mettre en place immédiatement les mesures nécessaires ;

– publier chaque année des données sur la prévalence du tabagisme et sur les modes d'approvisionnement, en particulier hors du réseau des buralistes, pour suivre plus finement l'évolution de la consommation réelle.

3. Un pilotage plus exigeant : améliorer l'information du Parlement et rendre compte régulièrement des résultats de l'action publique

Se doter d'une stratégie de moyen terme, avec une feuille de route détaillée et un suivi régulier, constitue une condition nécessaire d'un pilotage plus efficace des politiques de santé. Mais dans le cadre d'un « État responsable », au double sens anglo-saxon de « prendre en charge » et de « rendre compte », il faut aussi améliorer l'information du Parlement, devant lequel le Gouvernement doit régulièrement rendre compte de son action et des résultats obtenus en matière de réduction du tabagisme. Deux axes de réforme sont proposés à cette fin.

● Étoffer les documents budgétaires pour améliorer la conception et le suivi des politiques de lutte contre le tabagisme

Conformément aux dispositions prévues par la loi organique du 1er août 2001 relative aux lois de finances (LOLF), des annexes explicatives sont jointes chaque année au projet de loi de finances (PLF) afin de développer le montant des crédits, par programme ou par dotation. Ces annexes sont accompagnées du projet annuel de performances (PAP) de chaque programme, lequel doit notamment comporter la présentation des actions, des coûts associés, des objectifs poursuivis,

des résultats obtenus et attendus pour les années à venir, mesurés au moyen d'indicateurs précis dont le choix est justifié [(1)].

S'agissant du programme n° 204 *« Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins »*, le PAP annexé au projet de loi de finances pour 2013 ne comporte aucun objectif ou indicateur concernant spécifiquement le tabagisme, alors même qu'il s'agit du premier problème de santé publique dans notre pays.

Projets annuels de performances (PAP) des programmes 204 *« Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins »* et 129 *« Coordination du travail gouvernemental »*

Concernant la mission « Santé », les actions de lutte contre le tabagisme relèvent du programme 204 *« Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins »* (objectif n° 2 « Améliorer l'état de santé de la population et réduire les inégalités territoriales »). Actuellement, trois indicateurs sont associés à cet objectif n° 2 (sur la consommation d'alcool, le taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein et la proportion de séropositivités diagnostiquées au stade du sida), mais aucun ne porte sur le tabagisme.

L'action de la MILDT s'inscrit dans le programme 129 *« Coordination du travail gouvernemental »*, qui relève de la mission « Direction de l'action du gouvernement ». Ce programme rassemble des entités rattachées au Premier ministre. En son sein, l'action 15 regroupe les crédits de la MILDT, qui font l'objet de l'objectif n° 4 du PAP *« Améliorer la coordination des actions interministérielles de lutte contre les drogues et les toxicomanies »,* auquel deux indicateurs sont associés (niveau de connaissance des citoyens sur le danger des drogues et mobilisation des partenaires locaux dans la lutte contre les drogues).

On ne peut à l'évidence se satisfaire de l'abandon de tout indicateur de performance dans ce domaine, quelles que peuvent être les difficultés rencontrées pour choisir un indicateur pertinent et susceptible d'être actualisé régulièrement, ce qui requiert un suivi plus régulier de la prévalence tabagique [(2)].

Dans le prolongement de leur proposition n° 5 concernant l'établissement de données annuelles, les rapporteurs proposent par conséquent d'introduire un indicateur concernant le tabagisme dans le projet annuel de performances (PAP) du programme 204. À l'avenir, la question pourrait d'ailleurs également se poser pour le programme 129 « Coordination de l'action gouvernementale », duquel relève la MILDT. En tout état de cause, il est impératif qu'il y ait au moins un indicateur en rapport avec la lutte contre le tabagisme, dans le dispositif de suivi de la performance du budget de l'État.

Par ailleurs, pour améliorer l'efficacité, mais aussi l'efficience des politiques de lutte contre le tabagisme, encore faut-il être en mesure de pouvoir mesurer, même approximativement, le montant de l'effort financier consenti en faveur de celles-ci. Or, comme le relève le rapport de la Cour, mesurer la part des financements publics consacrés à la lutte contre le tabagisme soulève plusieurs difficultés. De fait, l'administration et les opérateurs concernés ne sont pas en mesure, dans la plupart des cas, d'identifier précisément les moyens alloués à cette

(1) En application de l'article 51 de la loi organique n° 2001-692 du 1er août 2001 relative aux lois de finances.

(2) Sur les différentes tentatives effectuées dans ce sens (indicateurs sur la prévalence du tabagisme), voir l'étude de la Cour présentée en annexe.

action de santé publique. Il s'agit pourtant de données fondamentales pour le pilotage de l'action publique.

Il conviendrait par conséquent de prévoir la présentation, dans le document de politique transversale (DPT) relatif à la lutte contre les drogues et les toxicomanies, d'une estimation annuelle des moyens consacrés à la lutte contre le tabagisme, ventilés par grands postes de dépenses et par opérateurs. Ces dispositions pourraient faire l'objet d'un amendement au prochain projet de loi de finances.

Le document de politique transversale (DPT) « Politique publique de lutte contre les drogues et les toxicomanies »

En application de l'article 128 de la loi n° 2005-1720 du 30 décembre 2005 de finances rectificative pour 2005, dix-huit DPT sont présentés sous forme d'annexes générales au projet de loi de finances de l'année, dont l'un porte sur la *« politique publique de lutte contre les drogues et les toxicomanies »*. Le DPT doit permettre d'améliorer la coordination d'actions de l'État relevant de plusieurs ministères et de plusieurs programmes qui concourent à une politique interministérielle, en favorisant l'obtention de résultats socio-économiques communs. Il développe**,** pour chaque politique concernée, la stratégie mise en œuvre, les objectifs et indicateurs y concourant**.** Il comporte également une présentation détaillée de l'effort financier consacré par l'État à ces politiques, ainsi que des dispositifs mis en place, pour l'année à venir, l'année en cours et l'année précédente.

● ***Prévoir la présentation d'un rapport annuel au Parlement sur le suivi de l'objectif chiffré de réduction du tabagisme***

Pour un pilotage plus efficace, les rapporteurs préconisent enfin d'introduire un dispositif analogue à celui prévu pour le suivi de l'objectif de réduction de la pauvreté. À l'occasion de la prochaine loi de santé publique, il s'agirait ainsi de prévoir le dépôt d'un rapport annuel au Parlement sur les conditions de réalisation de l'objectif quinquennal de réduction du tabagisme, fixé par celle-ci, ainsi que sur les mesures et les moyens financiers mis en œuvre pour y satisfaire. Le tableau de bord annuel évoqué plus haut lui serait annexé.

Le dépôt d'un rapport annuel permettrait par ailleurs d'envisager d'autres formes de suivi et d'évaluation, par le Parlement, des actions mises en œuvre en matière de tabagisme (par exemple, des auditions par les commissions, un débat en séance publique, voire un bilan des résultats obtenus, à mi-parcours de l'échéance quinquennale fixée par la loi, par les rapporteurs budgétaires ou les coprésidents de la Mecss).

Ainsi l'efficacité de l'action publique serait-elle renforcée, à travers un suivi vigilant et continu du respect des grandes orientations définies dans la loi de santé publique et de l'action du Gouvernement.

Proposition n° 6 : Améliorer l'information et le contrôle du Parlement :

– introduire un indicateur spécifique au tabagisme dans le projet annuel de performances (PAP) du programme 204 annexé au projet de loi de finances ;

– prévoir la présentation d'une estimation des moyens consacrés à la lutte contre le tabagisme, ventilés par grands opérateurs et actions, dans le document de politique transversale (DPT) « Politique de lutte contre les drogues et la toxicomanie » ;

– prévoir le dépôt d'un rapport annuel au Parlement sur les conditions de réalisation de l'objectif chiffré quinquennal de réduction de la prévalence tabagique ainsi que sur les mesures et moyens mis en œuvre pour y satisfaire.

C.– DÉVELOPPER LA RECHERCHE ET L'ÉVALUATION POUR MIEUX ÉTAYER LA DÉCISION PUBLIQUE

Pour concevoir des stratégies efficaces de réduction du tabagisme et mettre en œuvre des politiques « fondées sur les preuves » (*evidence-based policies*), il est impératif que l'action publique puisse s'appuyer sur des données suffisamment robustes et scientifiquement validées. Dans cette perspective, une impulsion doit être donnée à la recherche et à l'évaluation des pratiques en matière de tabagisme, en confortant parallèlement l'indépendance de l'expertise.

● Définir une stratégie ambitieuse de recherche, avec un programme interdisciplinaire établi sous l'impulsion de l'Institut national du cancer (InCA)

Préconisant de lancer un programme national de recherche et d'évaluation, le rapport précité de M. Yves Bur (mars 2012) soulignait que la recherche sur le tabac s'apparente plus aujourd'hui à une mobilisation de quelques bonnes volontés, au lieu de s'inscrire dans une approche pluridisciplinaire. Si des progrès ont toutefois été faits sur la période récente, avec plusieurs projets menés ou soutenus par l'Institut national du cancer (InCA) et l'Inpes [(1)], plusieurs contributeurs à ce rapport ont regretté l'absence d'une politique nationale de recherche et la faible reconnaissance par leurs pairs des chercheurs impliqués sur ces questions.

De façon convergente, le rapport de la Cour dresse le constat d'*« un effort de recherche dispersé et insuffisant »*, en pointant des faiblesses, qui portent aussi bien sur l'épidémiologie du tabagisme et ses conséquences sanitaires, que sur les données médico-économiques, les stratégies de prévention, les sciences sociales ou l'économie du secteur.

(1) Par exemple, dans le cadre de la participation de l'INPES et l'InCA au projet international d'évaluation des politiques publiques de lutte contre le tabac « International tobacco control (ITC) France » (enquête de cohorte sur un échantillon représentatif de fumeurs et de non fumeurs adultes en France, mise en place en 2006 pour évaluer de manière rigoureuse l'impact de la législation française). L'InCA a également financé plusieurs projets menés par des équipes de recherche ou des associations de lutte contre le tabac.

Pour améliorer les connaissances sur le tabagisme et l'impact des actions menées et, ainsi, mieux éclairer la décision publique, les rapporteurs préconisent de définir une stratégie nationale de recherche, sous l'impulsion de l'InCA, en adoptant un programme de référence pluriannuel définissant des priorités et s'inspirant notamment du dispositif mis en place au Royaume-Uni.

La recherche sur le tabac au Royaume-Uni (*Centre for tobacco control studies*)

Au Royaume-Uni, les services du ministère de la santé ont développé des liens forts avec le monde de la recherche, qui apporte ainsi une dimension déterminante à la politique de lutte contre le tabac en termes d'évaluation, d'aide à la décision et d'innovation. Cette interaction se traduit par le financement, par appel à projets, de travaux pluridisciplinaires, dont l'essentiel est mis en œuvre par un réseau informel d'universités, le *UK Centre for tobacco control studies* (UK CTCS). Créé en juin 2008, celui-ci regroupe sept équipes universitaires, coordonnées par l'université de Nottingham, qui ont toutes une expertise poussée dans la recherche sur le tabagisme, dans des disciplines variées et complémentaires, allant de l'épidémiologie à l'économie de la santé, en passant par l'évaluation des politiques de santé et les sciences sociales. Ce réseau a disposé à son origine d'un budget de 5 M£ pour 5 ans, alloué par le ministère de la santé, auxquels s'ajoutent d'autres fonds nationaux et internationaux. Une partie des projets de recherche répond à des demandes issues de l'unité chargée du tabac au département de la santé en vue d'éclairer les décideurs. Ainsi, le dernier projet financé vise-t-il à étudier l'impact potentiel de l'introduction du paquet neutre au Royaume Uni. La pérennité des financements et leur masse critique ont permis la montée en puissance d'équipes stables, à même d'acquérir une expertise et de s'entourer de doctorants et de post-doctorants.

Source : étude de la Cour des Comptes

Ce programme de recherche et d'évaluation devrait :

– définir des axes prioritaires de recherche et identifier les moyens nécessaires, en prévoyant des modes de financement, par appels à projets, permettant de sécuriser des projets à long terme et de mobiliser des doctorants ;

– porter sur l'ensemble des disciplines (épidémiologie, sciences sociales, santé publique, médecine et addictologie, économie, neurosciences, etc.) ; pour les travaux des chercheurs, une approche pluridisciplinaire permettrait d'apporter une aide à la décision mais aussi d'éclairer leurs confrères d'autres disciplines ;

– renforcer la coordination entre les différents organismes en mobilisant, plus encore, les grandes structures de recherche ; s'agissant de la recherche sur le cancer le rapport de la Cour souligne en effet la difficulté de coordination entre les différentes instances (InCA, Agence nationale de la recherche, CNRS, INSERM, etc.), en suggérant une mise en réseau plus efficace des initiatives [(1)] ;

(1) Selon la Cour, une mise en réseau plus efficace des initiatives devrait être conçue en cohérence avec l'effort récent de rationalisation de la recherche médicale engagé au sein de l'Alliance pour les sciences de la vie et de la santé autour d'instituts thématiques multi-organismes, dont l'un notamment concerne la santé publique.

– confier à l'InCA un rôle d'impulsion dans ce domaine, en vue de stimuler et de coordonner la recherche pour la lutte contre le tabagisme en France et de promouvoir à ce titre son programme d'actions de recherche intégrées [(1)].

● ***Procéder à une nouvelle estimation de l'impact financier du tabagisme***

Si le tabagisme demeure l'un des premières causes de mortalité prématurée, les coûts sanitaires directs pour l'assurance maladie sont encore très insuffisamment connus [(2)]. L'ensemble des incidences négatives pour la collectivité devraient également être plus méthodiquement évaluées, ainsi que l'a souligné à juste titre le rapport de la Cour, et ce d'autant plus que ces imprécisions sont de nature à fragiliser les politiques publiques de lutte contre le tabagisme.

Les rapporteurs préconisent par conséquent de procéder à une nouvelle évaluation, selon une méthodologie rigoureuse, des coûts de la morbidité et de la mortalité liées au tabac, pour l'assurance maladie et pour la collectivité. Dans ce sens, un appel à projet pourrait être lancé rapidement, dans le cadre du programme national de recherche évoqué précédemment.

● ***Renforcer l'évaluation des actions locales et diffuser les bonnes pratiques***

Lors de leur déplacement dans un collège du Val-de-Marne, les rapporteurs ont pu constater tout l'intérêt des actions de prévention mises en œuvre au niveau local, mais aussi la nécessité de procéder à des évaluations approfondies de leur impact, de manière aussi objective, sinon scientifique, que possible. Par exemple, il serait intéressant de suivre dans le temps une cohorte de jeunes ayant suivi un programme de prévention et de comparer ensuite la proportion de fumeurs parmi celui-ci par rapport à un groupe témoin de jeunes n'ayant pas bénéficié d'un tel programme, ou encore de comparer la proportion de fumeurs avant et quelques années après le lancement du programme.

Plus généralement, il est en tout cas essentiel de mieux évaluer l'impact des actions de prévention au niveau local et de repérer les bonnes pratiques pour ensuite mieux faire connaître les actions dont l'efficacité a été démontrée. Dans cette perspective, un organisme indépendant pourrait se voir confier la mission de recenser et d'évaluer les expérimentations et initiatives locales dans le domaine de la prévention, pour pouvoir le cas échéant les généraliser.

Il conviendrait en particulier de veiller à la mise à disposition de supports méthodologiques et de référentiels de bonnes pratiques, à la diffusion des stratégies probantes et à la généralisation d'expériences locales. Pourrait par exemple être élaboré un guide d'aide à l'action, se fondant sur les bonnes

---

(1) Les programmes d'actions intégrées de recherche (PAIR), mis en œuvre par l'InCA ont pour ambition de soutenir l'ensemble des dimensions et questions de recherche (biologie fondamentale, recherche clinique, épidémiologie, technologies innovantes, prévention, dépistage, diagnostic et aspects humains et sociaux) dans le cadre d'une pathologie (par exemple le PAIR sur les cancers des voies aéro-digestives supérieures.

(2) La mesure du coût de prise en charge sanitaire suppose d'identifier les pathologies liées au tabac, d'évaluer la part qui lui est attribuable et d'en calculer le coût pour l'assurance maladie.

pratiques observées sur le terrain, afin d'aider les porteurs de projets à mettre en œuvre des actions de prévention du tabagisme en milieu scolaire.

● Conforter l'indépendance de l'expertise et prévoir la mention systématique des éventuels liens d'intérêts de leurs auteurs

Ainsi que l'a souligné le Haut conseil de la santé publique, dans son avis relatif aux moyens de relancer la lutte contre le tabagisme (septembre 2010), « *l'activité intense de l'industrie du tabac pour faire publier des articles niant l'évidence du risque lié au tabagisme passif a été dénoncée.* ». À l'appui de cette affirmation, le Haut conseil rappelle notamment les résultats d'une étude (1) portant sur 106 articles scientifiques publiés sur le sujet et dont il ressortait que, parmi les 37 % qui concluaient à une absence de risque, les trois quarts avaient été rédigés par des auteurs financés par l'industrie du tabac.

Au-delà de ce sujet particulier, l'application de l'article 5.3 de la convention-cadre de l'OMS (2) – autrement dit la question de l'influence de l'industrie du tabac sur les politiques de santé publique – a également été soulevée au cours des auditions. À cet égard, l'une des associations entendues a par exemple suggéré de mettre en place des règles de fonctionnement transparentes et des dispositions relatives aux conflits d'intérêts (3). Le secrétariat permanent de la CCLAT a également observé que la France n'a pas signalé l'application de mesures pour éviter que l'industrie n'influence les politiques de santé publique (article 5.3), et qu'il s'agit d'un des domaines possibles d'amélioration, ce dont fait également état le rapport de la Cour.

Enfin, les rapporteurs soulignent, à nouveau, l'importance de produire des données et des études de haut niveau, se fondant sur des méthodes scientifiques et établies par des organismes indépendants (du Gouvernement, comme des industries du tabac), pour que les résultats fassent autorité et ne puissent être contestés.

En tout état de cause, il serait souhaitable de prévoir, dans toutes les expertises ou contributions publiques concernant le tabagisme, la mention systématique des liens éventuels de leurs auteurs avec l'industrie du tabac ou l'industrie pharmaceutique (aides au sevrage), ainsi que le suggère la Cour. Plus largement, l'indépendance de l'expertise doit être confortée.

Dans ce sens, la proposition de loi relative à l'indépendance de l'expertise en matière de santé et d'environnement (4), adoptée par l'Assemblée nationale le 31 janvier 2013, prévoit la création d'une commission nationale de la déontologie et des alertes en matière de santé publique et d'environnement. Elle sera notamment

---

(1) Deborah E. Barnes, Lisa A. Bero. Why Review Articles on the Health Effects of Passive Smoking Reach Different Conclusions*. JAMA 1998; 279(19): 1566-70.*

(2) Selon l'article 5 (paragraphe 3) de la CCLAT, « En définissant et en appliquant leurs politiques de santé publique en matière de lutte antitabac, les Parties veillent à ce que ces politiques ne soient pas influencées par les intérêts commerciaux et autres de l'industrie du tabac, conformément à la législation nationale. »

(3) Contribution écrite du Comité national contre le tabagisme (CNCT).

(4) Proposition de loi n° 83 relative à l'indépendance de l'expertise en matière de santé et d'environnement et à la protection des lanceurs d'alerte, adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture le 31 janvier 2013.

chargée d'émettre et de diffuser des recommandations générales sur les principes déontologiques qui doivent s'appliquer à l'expertise scientifique et technique, notamment dans le domaine de la santé. Elle pourra également être consultée sur les codes de déontologie mis en place dans les établissements et organismes publics ayant une activité d'expertise ou de recherche dans le domaine de la santé.

Enfin, des représentants de l'industrie du tabac ont fait état de certaines recherches tendant à diminuer la toxicité des produits. Il conviendra d'analyser les résultats de ces recherches avec recul et objectivité.

Proposition n° 7 : Développer l'évaluation et la recherche sur le tabagisme, dans le cadre d'un programme pluriannuel interdisciplinaire :

– établir, sous l'impulsion de l'INCA, une stratégie nationale de recherche multidisciplinaire, afin de définir des axes prioritaires et les moyens financiers nécessaires, de renforcer la coordination entre les différents organismes et de faire réaliser une nouvelle estimation du coût du tabac pour la collectivité ;

– développer les évaluations de l'impact des actions locales de prévention (par exemple, par le suivi de cohortes), en confiant à un organisme indépendant une mission de suivi de ces actions et de diffusion des expériences qui ont fait la preuve de leur efficacité ;

– prévoir, dans toutes les études et expertises publiées concernant le tabagisme, la déclaration systématique des liens éventuels de leurs auteurs avec l'industrie du tabac ou l'industrie pharmaceutique.

III.– LES INSTRUMENTS : UTILISER ET METTRE EN SYNERGIE TOUS LES LEVIERS DE L'ACTION PUBLIQUE, AVEC UNE LARGE MOBILISATION DES ACTEURS

Des mesures efficaces en matière de réduction du tabagisme requièrent :

– d'utiliser tous les leviers de l'action publique (application de la réglementation, information et prévention, prise en charge sanitaire, coopération internationale, répression du trafic, etc.) ;

– de mobiliser largement la société civile et tous les acteurs concernés qui ont tous un rôle à jouer pour enrayer l'augmentation de la prévalence (professionnels de santé, enseignants, parents, forces de l'ordre, buralistes, associations, etc.) ;

– d'agir en direction des non-fumeurs et des fumeurs, pour soutenir au mieux ceux d'entre eux qui souhaitent s'arrêter [(1)] et encourager les autres à le faire.

(1) En France, plus de la moitié (57,6 %) des fumeurs réguliers âgés de 15 à 75 ans déclarent avoir envie d'arrêter, selon les résultats du Baromètre santé 2010 de l'Inpes.

Pour cela, l'amélioration de l'application de la réglementation doit constituer un préalable à l'adoption de nouvelles mesures afin de mieux prévenir et de mieux dissuader, mais aussi d'améliorer la prise en charge par le système de santé.

A.– APPLIQUER : CRÉER LES CONDITIONS D'UNE MEILLEURE MISE EN ŒUVRE DE LA RÉGLEMENTATION

Avant que d'envisager de nouvelles mesures, la mise en œuvre effective de la réglementation existante doit constituer une priorité, ce qui implique de renforcer sensiblement les contrôles, mais aussi les mesures d'accompagnement.

1. Tirer les enseignements d'une application incomplète des interdictions de fumer dans les lieux publics et de la vente de tabac aux mineurs

De nombreuses obligations ou interdictions sont aujourd'hui prévues concernant la vente, l'usage, la publicité, le conditionnement et la composition des produits du tabac. Toutefois, de nombreuses failles existent dans l'application de chacune des règles existantes, ainsi que le souligne le rapport de la Cour. C'est particulièrement le cas pour deux interdictions.

● ***Les contournements à l'interdiction de fumer dans les lieux publics***

En application du décret précité du 15 novembre 2006, il est désormais interdit de fumer dans tous les « *lieux fermés et couverts* » accueillant du public ou constituant des lieux de travail [(1)], dans les moyens de transport collectif, dans les espaces non couverts des écoles, collèges et lycées, ainsi que des établissements destinés à l'accueil, à la formation ou à l'hébergement des mineurs. Ces mesures protectrices en matière de tabagisme passif sont aujourd'hui très clairement soutenues par l'opinion publique et ce, y compris pour les lieux de convivialité (cafés, bars et restaurants), comme l'indique le sondage réalisé par l'Ifop en juin 2012. Seules 39 % des personnes interrogées ont toutefois jugé que cette interdiction est *« complètement »* respectée.

Les rapporteurs ont en effet pu constater que la réglementation n'est pas correctement appliquée dans certains lieux ou interprétée d'une manière contraire à l'objectif de protection générale des non-fumeurs qu'elle poursuit. Selon plusieurs personnes entendues par les rapporteurs, notamment l'association *Droits des non fumeurs*, c'est notamment le cas dans les lieux de convivialité, avec en particulier les terrasses*, « nouvel espace de contournement de la loi »*, mais aussi les bars à chicha [(2)], les discothèques ou encore les établissements dont les fumoirs ne respectent pas les dispositions légales.

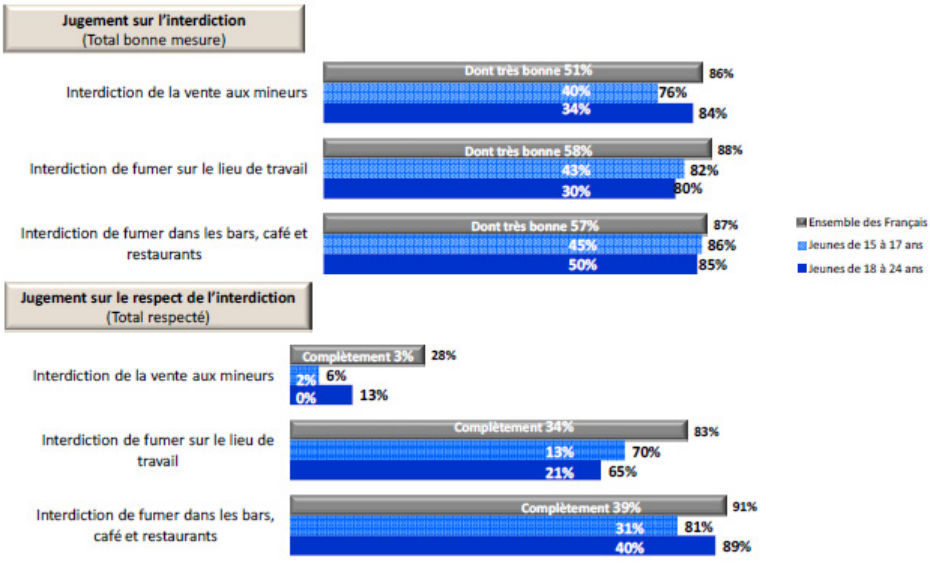
---

(1) Cette interdiction de fumer ne s'applique pas dans les emplacements réservés aux fumeurs au sein de ces lieux, créés le cas échéant par l'exploitant (salles closes ou « fumoirs »).

(2) Les bars à narguilé font partie des lieux dits « de convivialité », et l'interdiction de fumer est donc applicable à ces établissements comme aux autres. En conséquence, les établissements dont l'activité principale est de servir des narguilés encourent les sanctions prévues par le code de la santé publique, à défaut de fumoir conforme aux dispositions réglementaires.

LES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE D'OPINION RÉALISÉE EN JUIN 2012 : LE JUGEMENT PORTÉ SUR LES INTERDICTIONS ET LE RESPECT DE LEUR APPLICATION

« Une adhésion élevée sur les trois mesures mais minorée auprès des moins de 25 ans qui se montrent par ailleurs plus septiques que la moyenne sur la mise en œuvre et le respect effectif de ces mesures. »



Source : enquête réalisée par l'IFOP pour l'Assemblée nationale (juin 2012), graphique présenté lors de la table ronde sur le tabagisme des jeunes (12 décembre 2012)

En particulier, le nombre des « terrasses fumeurs » serait passé de 30 000 en 2007 à 45 000 en 2009 selon une étude publiée en mai 2011 (1), ce qui est particulièrement problématique dans le cas de terrasses encloses de vitres ou de bâches (2). En outre, cette règlementation a déplacé les fumeurs des lieux où le tabac était habituellement consommé, notamment vers les trottoirs jouxtant les cafés et restaurants, entraînant des nuisances pour les riverains. En l'état actuel du droit, certains lieux apparaissent par ailleurs insuffisamment protégés, comme par exemple les tribunes des stades semi-ouverts.

L'application de la réglementation est également insuffisante dans certains lieux de travail (3) ainsi que dans les transports collectifs, où des infractions à la réglementation sont régulièrement constatées. Sur ce dernier point, les rapporteurs soulignent le devoir d'exemplarité des services publics et appellent au respect de l'interdiction de fumer dans les transports collectifs et les gares en particulier. Il en va de même pour les établissements de santé par exemple. En définitive,

(1) « Pollution liée au tabac de l'air des terrasses et de l'intérieur des cafés et restaurants en France en 2008 », Emmanuel Brunner (DNF), Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) n°20 (mai 2011).

(2) Sur la réglementation applicable aux terrasses et les précisions successives apportées par la direction générale de la santé, voir les développements approfondis du rapport de la Cour présenté en annexe.

(3) Si le décret de 2006 a permis d'améliorer nettement la situation, la seconde vague de l'étude ITC pour la France (projet international d'évaluation des politiques publiques de lutte anti-tabac), menée à la fin 2008, montre néanmoins que 2 personnes sur 10 ne disposent pas d'un lieu de travail totalement non fumeur.

l'interdiction de fumer dans les lieux publics apparaît comme *« une mutation encore incomplète »*, comme le souligne la Cour.

● *Une application insuffisante de l'interdiction de vente aux mineurs*

L'interdiction de vente de tabac aux mineurs, dont l'âge a été relevé de 16 à 18 ans par la loi du 21 juillet 2009 précitée (loi « HPST »), fait l'objet d'une très large adhésion au sein de la population. L'ensemble des représentants des fabricants de tabac entendus par les rapporteurs ont également déclaré soutenir cette mesure protectrice. Son application demeure toutefois demeure incomplète, ainsi que l'a notamment fait apparaître une enquête réalisée en 2011 dont les résultats sont présentés *infra*. De même, le sondage réalisé en juin 2012 par l'institut Ifop indique que 28 % des personnes interrogées jugent cette interdiction respectée et seulement 3 % qu'elle l'est « complètement ».

Les résultats d'une enquête publiée en novembre 2011 concernant l'application de l'interdiction de vente aux mineurs

L'Institut national du cancer (InCA) a confié au Comité national contre le tabagisme (CNCT), avec le soutien de l'Inpes, une évaluation de l'interdiction de la vente de tabac aux mineurs de moins de 18 ans. Pour mesurer son effectivité, une « enquête clients mystères » a été réalisée auprès d'un échantillon représentatif de 430 débits de tabac, du 16 au 28 mai 2011(1). Elle a été confiée à un institut d'enquêtes spécialisées (LH2). Il en ressort notamment que :

– 49 % des buralistes respectent l'ensemble des conditions en matière de signalétique : existence, conformité et visibilité de l'affichette rappelant l'interdiction ;

– concernant la possibilité de demander une pièce d'identité en cas de doute sur l'âge de l'acheteur, 8 % l'ont fait et 26 % ont demandé l'âge ; tous les débitants ayant demandé une pièce d'identité ont ensuite refusé la vente ; selon le CNCT, *« cette disposition essentielle, visant à faciliter l'application de la loi, est malheureusement encore très peu utilisée. Or, on constate que parmi les débitants qui ont demandé d'emblée une pièce d'identité, la vente a été refusée. Ceci montre l'efficacité du dispositif dès lors qu'il est appliqué » ;*

– 59 % acceptent spontanément de vendre des produits du tabac aux mineurs ; lorsque le mineur invoque un prétexte, la proportion de débitants acceptant de vendre aux mineurs augmente légèrement et passe à 62 % ; si l'on distingue selon l'âge des enfants : 38 % acceptent spontanément de vendre à des enfants de 12 ans et 85 % à des mineurs de 17 ans.

Source : Observatoire CNCT/LH 2 (novembre 2011)

● *Quelles conclusions en tirer ?*

Le constat ainsi dressé n'a évidemment pas pour objectif de jeter l'opprobre sur une profession, qu'il s'agisse des agents de l'État chargés de veiller au respect de la réglementation ou des buralistes, mais simplement de chercher à mieux en comprendre les raisons et les difficultés qui se posent, concrètement, pour pouvoir y répondre au mieux et agir plus efficacement.

(1) Concrètement, un mineur de moins de 18 ans se rendait dans un débit, suivi d'un adulte en charge d'observer le point de vente et notamment de contrôler l'affichette et la réaction du vendeur face à la demande du jeune en fonction des différents scénarii définis.

À cet égard, l'imprécision de certaines notions peut tout d'abord rendre plus complexe l'application de la réglementation, par exemple celles de lieux fermés ou encore de lieux accueillant des mineurs. L'association *Droits des non fumeurs* a ainsi suggéré de *« se pencher sur une clarification des termes du décret du 15 novembre 2006 qui permettent des interprétations quelquefois contraires à la volonté du législateur »*, en particulier pour certaines notions [(1)].

Par ailleurs, les débitants, qui sont parfois exposés à des problèmes d'insécurité, peuvent rencontrer des difficultés pour exiger, pour certains clients, une pièce d'identité, et ce d'autant plus que la réglementation n'est pas toujours bien connue de tous et qu'aucune véritable action de communication n'a été organisée en direction du grand public. Enfin, les moyens mis en œuvre en termes de contrôle apparaissent aujourd'hui insuffisants et peu structurés.

2. Établir un programme national de contrôle avec des objectifs chiffrés par département

Le rapport de la Cour fait clairement apparaître que les contrôles publics restent à la fois dispersés et peu actifs, en soulignant notamment que la probabilité pour un débitant d'être contrôlé sur place par l'administration des douanes était de l'ordre d'une fois par siècle… De même, le directeur général de la santé, M. Jean-Yves Grall [(2)], a-t-il admis l'insuffisance des contrôles et la nécessité d'une stratégie globale, les corps de contrôle étant actuellement trop dispersés.

En conséquence, un programme national de contrôle doit être établi afin d'améliorer l'application de la réglementation relative au tabac. Adopté par le comité interministériel de lutte contre le tabagisme, ce plan devra :

– coordonner l'action des différents agents concernés et être décliné annuellement par corps de contrôle (y compris l'administration des douanes) ;

– prévoir des objectifs chiffrés dans chaque département ;

– faire l'objet d'un suivi régulier annuel (nombre de vérifications effectuées, nombre et nature des infractions constatées et sanctions prononcées, etc.).

(1) Par exemple, les notions de « lieu », de « lieu affecté à un usage collectif », de « lieu fermé et couvert », d'« accueil du public », d'« espace affecté à la consommation de tabac », de « signalisation apparente », de « moyen de transport collectif » (contribution écrite de l'association à la Cour des comptes).

(2) Voir le compte rendu de la table ronde du 12 décembre 2012, présenté en annexe.

3. Prévoir des mesures d'accompagnement et préciser la réglementation

Au-delà du nécessaire renforcement des contrôles par les pouvoirs publics, il faut aussi et surtout, en amont, faire œuvre de pédagogie et aider au mieux les acteurs concernés sur le terrain, ce qui suppose tout d'abord de veiller aux moyens alloués aux principales associations dans ce domaine (1).

Par ailleurs, des mesures d'accompagnement sont nécessaires pour mieux aider les buralistes, préposés de l'administration, dans l'exercice de leurs missions. Dans ce sens, leur formation pourrait tout d'abord être améliorée, à la fois concernant la réglementation mais aussi, par exemple, les manières de refuser la vente, sans susciter de tension avec la clientèle. En outre, comme l'a suggéré le président de la Confédération des buralistes de France, une campagne d'information doit être lancée en direction du grand public, ce qui créera un environnement plus favorable au respect spontané de la réglementation.

Enfin, alors que la réglementation actuelle prévoit que le débitant peut demander la production d'une pièce d'identité pour établir la preuve de la majorité de l'acheteur (2), il conviendrait de s'inspirer des actions mises en œuvre au Royaume-Uni et de prévoir l'obligation, à la charge du client, quel que soit son âge, de présenter une pièce d'identité pour l'achat de tabac. Cette présentation systématique vise à aider et à protéger les débitants en faisant peser sur le client l'obligation de prouver son âge, d'autant plus que cette obligation serait clairement affichée dans les lieux de vente. Au demeurant, dans bien des circonstances de la vie quotidienne (pour prendre l'avion, acheter une place de cinéma à tarif réduit, etc.), la présentation d'une pièce d'identité ne pose pas de difficulté.

La campagne de communication *« No ID, no sale » (pas de carte d'identité, pas de vente)*

L'interdiction de la vente de tabac (sous toutes ses formes) aux mineurs (moins de 18 ans) est effective depuis le 1er octobre 2007 au Royaume-Uni. La vente de tabac à un mineur peut donner lieu à une amende de 2.500 £. En Angleterre, Pays de Galles et Irlande du Nord, les détaillants n'ont pas besoin d'un permis pour vendre des produits de tabac. En revanche, toute infraction de la loi en matière de vente aux mineurs peut entraîner une interdiction de vente. Tous les détaillants ont l'obligation d'afficher de manière visible dans leur boutique le message « *It is illegal to sell tobacco products to anyone under 18 years of age* ». Une absence d'affichage peut donner lieu à une amende de 1.000 £. Dans le doute sur l'âge de l'acheteur, les détaillants doivent demander une pièce d'identité. En l'absence de celle-ci, les représentants des détaillants (*Tobacco Retailers Alliance*) invitent les vendeurs à refuser la vente, en application du principe « *No ID no sale* ».

(1) Selon le Premier président de la Cour, ce sont en effet « les associations antitabac qui, par leurs actions judiciaires et dans la mesure de leurs moyens limités, veillent à l'application de la réglementation. La revue de jurisprudence à laquelle la Cour a fait procéder dans le cadre de cette évaluation est à cet égard une première. Elle est particulièrement instructive sur la diversité et l'ampleur des manquements que ces associations ont pu relever et faire condamner » *(cf. le compte rendu de la réunion du CEC en annexe).*

(2) Aux termes de l'article R. 3512-3 du code de la santé publique, « La personne chargée de vendre des produits du tabac peut exiger que les intéressés établissent la preuve de leur majorité, par la production d'une pièce d'identité ou de tout autre document officiel muni de leur photographie ».

La campagne de communication *« No ID no sale »* a été lancée en 2005 à l'initiative de l'association *CitizenCard*, dont l'objectif est de promouvoir les bénéfices de l'usage d'un titre d'identité valide. Dans ce cadre, cette association a mis en place plusieurs dispositifs, dont la CitzenCard ID (qui se présente comme une carte d'identité, acceptée par les services de police), et a lancé la compagne « *No ID no sale* » dont l'objectif est d'aider les professionnels à faire passer le message auprès des jeunes clients qu'une pièce d'identité doit être produite pour pouvoir acheter des produits dont la vente est interdite aux mineurs (comme le tabac, l'alcool, les produits de la loterie). Le détaillant peut commander un pack de communication en ligne. Depuis son lancement, l'association représentant les détaillants de tabac (*Tobacco Retailers Alliance*) estime que 150.000 packs ont été envoyés. Ce pack contient des posters, autocollants, torches UV (pour vérifier la validité des cartes d'identité) ainsi qu'un *refusals register* (un registre des refus), dans lequel le vendeur peut consigner le nombre de fois où il a refusé de vendre du tabac, à qui et pour quelles raisons. Ce registre peut être utilisé devant le *Trading Standards Institute* (organisme en charge de faire respecter les droits des consommateurs) pour montrer que le détaillant demande et vérifie régulièrement l'âge des clients. La phrase « *No ID, no Sale* » est généralement répandue et connue, visible sur les portes d'entrée, dans les supermarchés, supérettes, marchands de journaux, PMU…

Source : ambassade de France au Royaume-Uni (février 2013)

Enfin, le cadre réglementaire doit être précisé et complété sur plusieurs points :

– l'interdiction de fumer doit être généralisée à l'ensemble des enceintes sportives, notamment pour la protection de la santé du public, et particulièrement des jeunes, mais aussi au regard de l'image véhiculée par les lieux de sports. Il faudrait pour cela modifier par décret l'article R. 3111-1 du code de la santé publique ;

– la notion de lieux fermés et couverts pourrait également être précisée, et en tout état de cause, comme le préconise la Cour, il convient d'interdire de manière générale l'usage du tabac sur les terrasses qui ne sont pas totalement en plein air et séparées des espaces intérieurs.

Proposition n° 8 : Améliorer l'application de l'interdiction de fumer dans les lieux publics et de la vente du tabac aux mineurs :

– veiller à une application stricte de l'interdiction de fumer dans les lieux fermés et couverts recevant du public (bars à chicha, gares, etc.) ;

– généraliser cette interdiction à l'ensemble des enceintes sportives ainsi qu'aux terrasses n'étant pas totalement en plein air ou séparées des espaces intérieurs ;

– organiser une campagne de communication sur l'interdiction de vente aux mineurs en direction du grand public et prévoir l'obligation de présenter une pièce d'identité lors de l'achat de tabac ;

– mobiliser les corps de contrôle concernés par l'application de la réglementation relative au tabac, en définissant un plan de contrôle annuel avec des objectifs chiffrés d'augmentation des contrôles et un suivi annuel précis par département, rendu public.

B.– PRÉVENIR ET DISSUADER

Les politiques de hausses de prix peuvent avoir un impact significatif sur la consommation de tabac, à la condition toutefois de lutter activement, dans le même temps, contre les achats hors du réseau des buralistes (marché parallèle et achats transfrontaliers). Au-delà de l'accessibilité des produits du tabac, leur attractivité doit également être réduite, s'agissant notamment de la composition ou du conditionnement. Enfin, des stratégies ambitieuses de prévention doivent être déployées pour éviter la première cigarette et dissuader les fumeurs de continuer.

1. Utiliser le levier fiscal dans un objectif de santé publique et amplifier la lutte contre les achats hors du réseau des buralistes

● *Remobiliser l'outil de la fiscalité au service de la santé publique*

La charge fiscale représente aujourd'hui environ 80 % du prix de vente des cigarettes [(1)]. Le niveau de taxation fixé par l'État joue donc un rôle majeur pour la formation du prix, toute hausse de la fiscalité ayant un fort effet de levier : un surcroît de charge fiscale de 1 % oblige en effet le fabricant, pour maintenir le niveau de la marge commerciale, à augmenter le prix de quelque 10 %, selon le rapport de la Cour.

Les mesures financières et fiscales constituent *« un moyen efficace et important de réduire la consommation de tabac »,* en particulier chez les jeunes, selon les termes de l'article 6 de la convention-cadre de l'OMS (CCLAT), ratifiée par la France en 2004. En particulier, des études menées au niveau international ont montré l'impact significatif de l'augmentation des prix sur la consommation.

Les évaluations de l'impact des hausses de taxes et de prix sur la consommation de tabac

L'augmentation des prix est considérée par les organisations internationales (Banque mondiale et Organisation mondiale de la santé, OMS) comme la mesure la plus efficace et la moins coûteuse pour lutter contre le tabagisme [(2)]. Un rapport de la Banque mondiale paru en 2000 [(3)] indiquait ainsi qu'*« en moyenne, on compte qu'une hausse de 10 % sur le prix d'un paquet de cigarettes se traduit par une baisse de la demande qui atteint 4 % dans les pays à revenu élevé et 8 % dans les pays à revenu faible et intermédiaire, où les gens sont généralement plus sensibles aux variations de prix. »*

Selon le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC), dans sa publication sur les méthodes d'évaluation des politiques de contrôle du tabac [(4)], plus de 100 études centrées sur les pays développés ont montré que l'augmentation de 10 % des taxes et du prix des produits du tabac réduit la consommation de tabac entre 2,5 et 5 % (un peu plus de la moitié de l'effet prix se répercute sur la prévalence et un peu moins de la moitié de l'effet prix a une incidence

(1) Concrètement, le prix d'un paquet de cigarettes vendu à 5,40 euros se décomposait de la manière suivante en 2011 : 0,88 € pour la TVA (16,38 %), 3,47 € pour les droits de consommation (64,25 %), 0,59 € pour la part fournisseur (10,93 %) et 0,46 € (8,44 %) pour la remise brute (buralistes).

(2) "The taxation of tobacco products", Chaloupka F, Hu TW, Warner Ke, et al. (2000), in : Tobacco Control in developing countries*, Jha P, Chaloupka FK, eds., Oxford University Press.*

(3) L'État et les aspects économiques de la lutte contre le tabagisme, Banque mondiale, 2000.

(4) Methods for evaluating tobacco control policies*, International agency for research on cancer (IARC) Handbooks of cancer prevention, volume 12 (2008).*

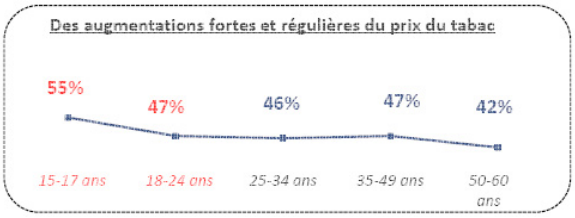
sur la consommation moyenne des fumeurs qui n'ont pas arrêté de fumer). L'impact de cette hausse des taxes concerne principalement les jeunes et les catégories socio-économiques les plus défavorisées (CIRC, 2008).

Sources : Institut national du cancer (InCA), Banque mondiale et Centre international de recherche sur le cancer (CIRC)

En particulier, le Haut conseil de la santé publique a souligné, dans son avis précité de janvier 2012, que *« ce sont les plus jeunes qui présentent la plus grande sensibilité aux variations de prix »*, ce qui semble corroboré par les résultats de l'enquête réalisée par l'Ifop en juin dernier.

L'EFFICACITÉ PERÇUE, SELON L'ÂGE, DES AUGMENTATIONS DU PRIX DU TABAC

Question : *A l'avenir, pour limiter la consommation de tabac, diriez-vous de chacune des mesures suivantes qu'elle serait très efficace, plutôt efficace, plutôt pas efficace ou pas efficace du tout ?*



Source : enquête d'opinion réalisée par l'IFOP pour l'Assemblée nationale (juin 2012), présentation préparée pour la table ronde du 12 décembre 2012 sur le tabagisme des jeunes

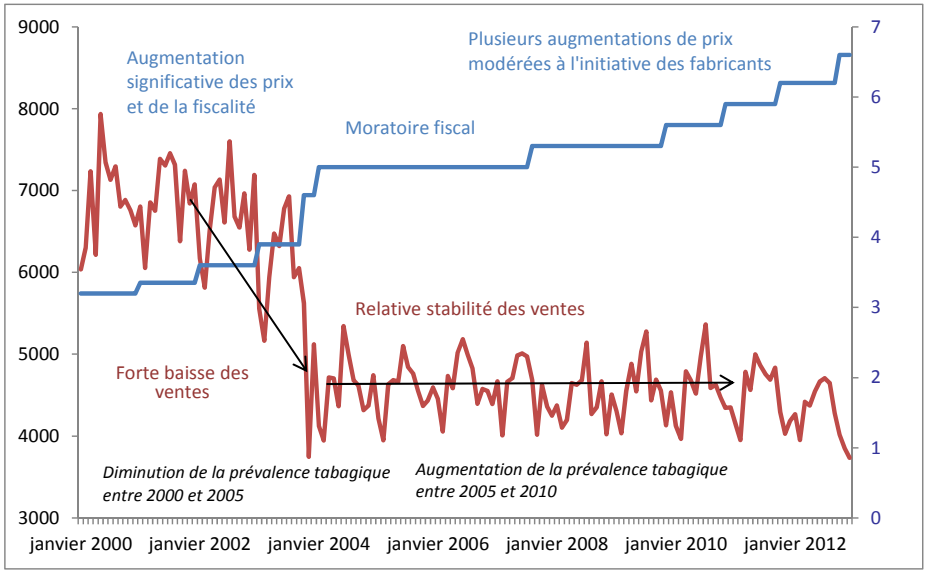
En France, le levier fiscal n'a toutefois été mobilisé qu'inégalement au cours de la dernière décennie, et *« davantage dans une stratégie d'optimisation financière, tant pour les fabricants que pour les buralistes et l'État, que dans une approche de santé publique »*, selon le rapport de la Cour.

En effet, aux mesures volontaristes adoptées en 2003 et 2004 (relèvements fiscaux des droits d'accises ayant induit des hausses de prix approchant au total 40 %), qui ont eu un impact significatif sur la consommation, a succédé un « moratoire fiscal », prolongé de fait pendant plusieurs années, avec plusieurs hausses de prix modérées (de l'ordre de 6 % par an, sauf en 2008) principalement à l'initiative des fabricants [(1)].

Or, au cours de cette seconde phase, les ventes sont restées globalement stables, comme l'illustre le graphique présenté ci-après, tandis que la prévalence tabagique a sensiblement progressé entre 2005 et 2010.

(1) En effet, aucune nouvelle hausse du barème fiscal n'est intervenue jusqu'en janvier 2011, date à laquelle le taux normal appliqué aux cigarettes a été augmenté de 0,4 % en passant de 64 % à 64,25 %. À charge fiscale inchangée, le changement de définition du prix de référence intervenu fin 2010 par transposition de la directive européenne a conduit à une hausse faciale des taux s'y référant, selon le rapport de la Cour, qui indique également qu'en janvier 2012, le taux de la « part spécifique » applicable aux cigarettes est passé de 9 % à 12 % sans que le montant du droit ne soit modifié. De 2007 à 2011, ces augmentations « spontanées » de prix ont eu pour seule incidence fiscale, selon la Cour, un relèvement corrélatif du minimum de perception, visant par un « effet de cliquet » à ce que les produits les moins chers ne décrochent pas du rythme moyen des hausses. Enfin, il est à noter que des hausses de prix sont intervenues en octobre 2011 et 2012.

ÉVOLUTION DES VENTES MENSUELLES DE CIGARETTES ET DU PRIX DE LA CLASSE DE CIGARETTES LA PLUS VENDUE ENTRE 2000 ET 2012



Entre 2002 et 2010, les hausses annuelles de prix des cigarettes étaient de [1] :
+ 28,5 % (2002) + 9 % (2003) + 6 % (2007) + 6 % (2009) + 6 % (2010)

Les ventes annuelles de cigarettes s'élevaient à 80,53 milliards d'unités en 2002, à 54,92 milliards d'unités en 2004 et à 54,11 milliards en 2011 (OFDT, 2013). La prévalence tabagique des fumeurs réguliers a baissé de 3 points entre 2000 et 2005 (de 30 à 27 %) et progressé entre 2005 et 2010 (29, 1 %) de 2,1 points (Baromètres santé de l'Inpes).

Source : d'après les données des séries longues de l'OFDT

Plusieurs personnes auditionnées ont ainsi souligné que les hausses de prix successives sur la période récente n'avaient pas permis de diminuer la consommation, contrairement à la « marche haute » de 2003 et en raison du niveau modéré de chacune d'elles – et sans doute également de l'application hétérogène des augmentations de prix par les fabricants [2]. Le professeur Gérard Dubois, membre de l'Académie de médecine, a ainsi regretté l'absence d'augmentation dissuasive du prix du tabac depuis 2004. Dans le même sens, le Haut conseil de la santé publique (HCSP), composé notamment d'une commission spécialisée de prévention, dont les rapporteurs ont entendu le président, a préconisé récemment *« l'augmentation progressive, continue et conséquente des taxes visant au minimum une augmentation de 10 % du prix de vente TTC des produits du tabac* [3] *».*

(1) Données relatives aux différentes hausses de prix depuis 2002 présentées dans l'annexe n° 3 du rapport au Parlement relatif à l'harmonisation de la fiscalité sur les tabacs dans l'Union européenne (juillet 2011).

(2) Par exemple, lorsque les fabricants ont décidé d'augmenter les prix de 6 % en août 2007, une marque de cigarettes blondes est passé de 4,70 à 4,80 euros, soit une augmentation de seulement 2,1 % (HCSP, 2012).

(3) Avis relatif à l'augmentation des taxes sur le tabac en vue de réduire la prévalence du tabagisme (2012).

Toutefois, alors que l'outil fiscal n'avait pas été utilisé depuis plusieurs années, la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2013 (1) a prévu, d'une part, l'extension des mécanismes fiscaux appliqués à la cigarette (le tabac à rouler se voit ainsi imposer un taux spécifique de 30 %) et, d'autre part, un relèvement des droits sur le tabac à partir du 1er janvier 2013, puis en juillet 2013 (2).

Le rapport de la Cour souligne le progrès représenté par les ajustements de la fiscalité portés par la LFSS pour 2013, tout en considérant que l'objectif de santé publique exige une dissuasion plus vigoureuse par les prix, en appelant par conséquent à mettre en œuvre, dans la durée, au-delà des mesures déjà annoncées pour 2013, *« une politique volontariste de relèvement soutenu des prix du tabac, en usant de l'outil fiscal à un niveau suffisant pour provoquer une baisse effective et durable de la consommation ».*

LA RÉFORME DE LA FISCALITÉ DES PRODUITS DU TABAC PRÉVUE PAR LA LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (LFSS) POUR 2013

	Taux normal			Taux spécifique		
	Applicable en 2012	Depuis le 1er janvier 2013	En juillet 2013	*Applicable en 2012*	Depuis le 1er janvier 2013	En juillet 2013
Cigarettes	*64,25 %*	**64,25 %**	64,7 %	*9 %*	**12,5 %**	15 %
Cigares et cigarillos	*27,57 %*	**28 %**	28 %	*0*	**5 %**	5 %
Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes	*58,57 %*	**60 %**	62 %	*0 %*	**30 %**	30 %
Autres tabacs à fumer	*52,42 %*	**55 %**	55 %	*0 %*	**10 %**	10 %
Tabacs à priser	*45,57 %*	**50 %**	50 %	*0 %*	**0 %**	0 %
Tabacs à mâcher	*32,17 %*	**35 %**	35 %	*0 %*	**0 %**	0 %

Sources : article 575 A du code général des impôts et article 23 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2013

Les rapporteurs préconisent en conséquence d'utiliser le levier fiscal dans un objectif de santé publique, en prenant en compte les orientations suivantes :

– se doter d'un dispositif lisible et compréhensible, ce qui suppose de simplifier la fiscalité des produits du tabac, mais aussi de faire la pédagogie des relèvements de prix, dont que l'objectif premier est de protéger la santé publique, et non pas de « remplir les caisses de l'État ou des organismes de sécurité sociale » ;

– poursuivre l'harmonisation de la fiscalité des produits du tabac : en particulier, le tabac à rouler doit être imposé exactement autant que les cigarettes, pour éviter les reports de consommation ; ceci irait d'ailleurs pleinement dans le

(1) Loi n° 2012-1404 du17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2013.

(2) Taxe sur la valeur ajoutée (TVA) mais aussi taxes spécifiques au tabac, comme le minimum de perception et les accises (droits indirects), fixes et proportionnels (droits de consommation).

sens des dispositions adoptées au niveau international, en novembre 2012, par la Conférence des Parties à la convention-cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac [1] ;

– à l'avenir, privilégier par rapport aux augmentations modérées à l'initiative des fabricants, les relèvements de la fiscalité en vue d'augmenter sensiblement les prix du tabac et diminuer la prévalence du tabagisme.

À cet égard, le secrétariat permanent de l'OMS a souligné que le prix du tabac est plus élevé dans d'autres pays [2], et notamment au Royaume-Uni ou en Irlande, comme l'illustre la carte présentée ci-après. Toutefois, la France n'étant pas une île, toute politique de hausse de prix doit avoir pour corollaire de lutter plus efficacement contre le commerce illicite des produits du tabac et de limiter les achats transfrontaliers.

LE PRIX MOYEN PONDÉRÉ DU TABAC EN EUROPE



Source : association Droits des non fumeurs (DNF), janvier 2012

(1) Décision de la Conférence des Parties, adoptée à Séoul le 17 novembre 2012, sur les principes directeurs et recommandations pour l'application de l'article 6 de la Convention-cadre de l'OMS (CCLAT) – Mesures financières et fiscales visant à réduire la demande de tabac – dont l'une des recommandations est que : « Tous les produits du tabac devraient être taxés de manière comparable, en particulier lorsque le risque de remplacement d'un produit par un autre existe. »

(2) Selon cette contribution, les prix du tabac sont encore relativement bas par rapport aux prix dans d'autres pays développés comme l'Australie, la Norvège, la Nouvelle-Zélande, le Royaume-Uni ou Singapour.

Proposition n° 9 : Réformer la fiscalité des produits du tabac :

– simplifier la fiscalité et taxer à la même hauteur tous les produits du tabac ;

– à l'avenir, privilégier un relèvement de la fiscalité des produits du tabac en vue d'une augmentation significative des prix, plutôt que plusieurs augmentations de prix régulières et modérées à l'initiative des fabricants.

● Lutter plus efficacement contre la contrebande et achats transfrontaliers

Les achats hors du réseau des buralistes représenteraient environ 20 % de la consommation totale, dont les trois quarts correspondraient à des achats transfrontaliers légaux.

ESTIMATIONS DES MODES D'APPROVISIONNEMENT EN CIGARETTES

(en tonnes)

	Cigarettes	Répartition
Ventes officielles	54 800	79,0 %
Achats transfrontaliers légaux	10 700	15,4 %
Achats illégaux	3 900	5,6 %
Consommation totale estimée	69 400	100 %

Source : direction générale des douanes et droits indirects (DGDDI), 2011, à partir des données de l'Institut national des hautes études de sécurité (INHES) et de l'OFDT

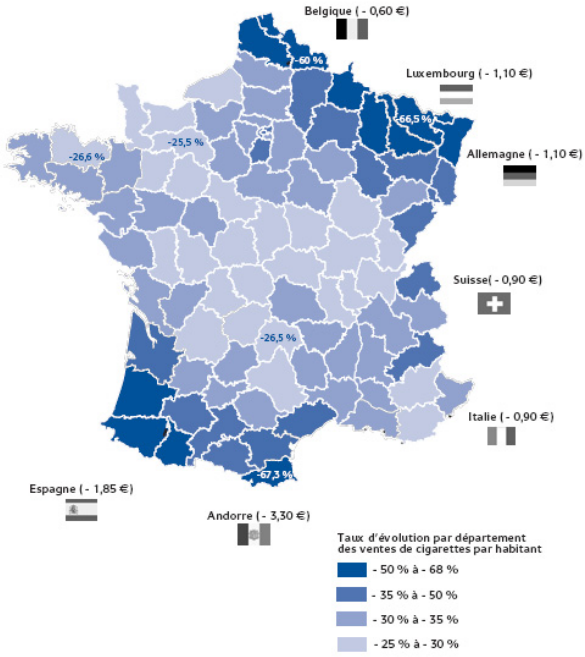
Les importations de produits de tabac par des ressortissants français se font en grande partie dans des pays limitrophes dans lesquels le tabac est vendu moins cher, notamment en Espagne, en Andorre, au Luxembourg et en Allemagne.

Dès lors qu'ils ne dépassent pas une certaine quantité [(1)] et compte tenu du principe de libre circulation au sein du marché unique, ce type d'achats ne peut être sanctionné, et d'autant moins que le régime des acquisitions communautaires est fragilisé juridiquement, ainsi que le souligne le rapport de la Cour. En effet, ce régime, qui jusqu'à présent limitait le nombre de cigarettes qu'il était possible d'importer, est aujourd'hui remis en cause au niveau européen.

(1) En application des articles 302 D, 575 G et 575 H du code général des impôts, nul ne peut détenir dans des entrepôts, locaux commerciaux et à bord de moyen de transports plus de deux kilogrammes de tabacs manufacturés. En outre, ceux-ci ne peuvent circuler après leur vente au détail par quantité de plus d'un kilo sans un document d'accompagnement.

ÉVOLUTION DES VENTES DE CIGARETTES PAR HABITANT SELON LE DÉPARTEMENT (1999-2009) ET DIFFÉRENTIELS DE PRIX DU PAQUET DE 20 CIGARETTES EN 2009 ENTRE LA FRANCE ET LES PAYS LIMITROPHES

(en pourcentage et en euros)



Sources : direction Altadis, OFDT, BAT France/Epsy

À cet égard, tout en soulignant que la libre circulation des marchandises est un principe fondamental du droit de l'Union européenne, le commissaire européen chargé de la santé a indiqué aux rapporteurs que, pour ce qui est de l'achat transfrontalier légal de tabac à usage personnel, *« la Commission européenne est pleinement consciente des problèmes rencontrés par certains États membres à l'égard des produits du tabac provenant d'un autre État membre, où les droits d'accises sont plus bas »*. Selon les informations recueillies par les rapporteurs, les services de la Commission pourraient inclure cet aspect dans leur analyse en préparation d'une révision de la législation de l'Union Européenne concernant la structure et les taux des accises applicables aux tabacs manufacturés, qui est *a priori* prévue dans les prochaines années.

Il conviendrait par conséquent de mobiliser efficacement notre diplomatie dès à présent en vue d'obtenir une disposition communautaire spécifique, qui permettrait, en raison de la dangerosité particulière du produit et pour des raisons majeures de santé publique, une exception à la libre circulation pouvant justifier un strict encadrement quantitatif des importations privées légales de tabac.

Pour limiter ces achats transfrontaliers, qui par définition se font hors du réseau des buralistes, la convergence des prix du tabac en Europe est bien sûr

souhaitable, mais sans doute ne peut-elle être menée que sur le long terme. Il n'en reste pas moins nécessaire de poursuivre les efforts dans ce sens et de développer des coopérations bilatérales avec les pays frontaliers.

Concernant la question d'une plus grande harmonisation de la fiscalité et des prix des produits du tabac en Europe, le commissaire européen chargé de la santé s'est dit persuadé, dans le courrier adressé aux rapporteurs, que l'adoption en novembre 2012 des principes directeurs et des recommandations pour l'application de l'article 6 [(1)] de la CCLAT, relatif aux mesures financières et fiscales, ainsi que le processus en cours concernant la poursuite de l'élaboration de lignes directives pour l'application de cet article, contribueront à optimiser l'utilisation des prix et des mesures fiscales sur les produits du tabac comme moyen de réduction de la demande, moyen reconnu comme efficace et important. Avec davantage de convergence fiscale sur le tabac entre l'Union européenne et les pays tiers, les achats transfrontaliers à usage personnel et surtout la contrebande deviendraient moins attractifs, ce qui contribuerait également à la réduction de la consommation.

S'agissant précisément de la contrebande, différents types de trafics de tabacs et cigarettes sont aujourd'hui identifiés en France : le trafic organisé par les grands réseaux internationaux de contrebande, qui sont capables d'affréter des conteneurs entiers [(2)] ; le trafic dit « fourmi », c'est-à-dire les envois répétés par fret postal ou express d'une ou deux cartouches de cigarettes ; l'achat de tabac par des particuliers qui pratiquent le « tourisme fiscal » dans les États membres voisins de la France au-delà des quantités autorisées.

La lutte contre le trafic de tabacs et de cigarettes constitue l'une des priorités de la direction générale des douanes et droits indirects (DGDDI) : l'action de l'administration des douanes a ainsi permis d'empêcher l'arrivée sur le marché de 462 tonnes de ces produits en 2011, le volume de cigarettes saisies ayant significativement progressé au cours des dernières années, comme l'illustre le graphique ci-dessous. S'agissant plus particulièrement de la lutte contre les achats par Internet [(3)], celle-ci repose sur un service créé en 2009 : la cellule « Cyberdouane », composée de 15 agents, qui identifie les sites de commerce et mobilise les services du contrôle du fret express ou postal pour l'interception des livraisons.

---

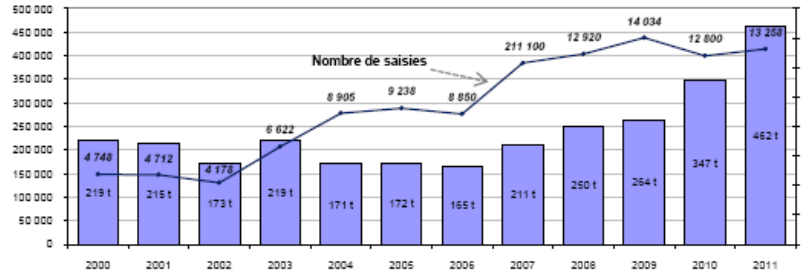
(1) Décision de la Conférence des Parties à la convention-cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac, adoptée à Séoul le 17 novembre 2012, sur les principes directeurs et recommandations pour l'application de l'article 6 de la convention-cadre (« mesures financières et fiscales visant à réduire la demande de tabac »).

(2) Plusieurs découvertes ont ainsi été réalisées sur des conteneurs maritimes, chacun d'entre eux renfermant parfois plus de 10 millions de cigarettes de contrebande. Les saisies sur ce vecteur représentent la part la plus importante des saisies globales.

(3) En France, la vente au détail de tabacs manufacturés (cigarettes, tabac à rouler, tabac à narguilé, tabac à priser...) est un monopole confié à l'administration des douanes et droits indirects qui l'exerce par l'intermédiaire des débitants de tabac. L'article 568 ter *du code général des impôts précise que la commercialisation à distance des tabacs manufacturés est interdite en France métropolitaine et dans les départements d'Outre-mer. Ainsi, l'achat de tabac sur Internet ou par téléphone est strictement interdit quel que soit le lieu d'implantation du site.*

ÉVOLUTION DU NOMBRE ET DU VOLUME DE CIGARETTES SAISIES

(en nombre de saisies et en tonnes)



Source : OFDT (janvier 2013)

Ces efforts doivent toutefois être amplifiés afin de lutter plus efficacement contre toute forme de commerce illicite, dès lors que le développement d'un marché parallèle a pour effet d'affaiblir les politiques de lutte contre le tabagisme, en diminuant en particulier l'efficacité des mesures prises pour accroître les prix, mais aussi en permettant le contournement des dispositions protectrices concernant la vente de tabac aux mineurs.

Les rapporteurs se félicitent donc de l'adoption de plusieurs mesures récentes visant à renforcer la lutte contre les achats illégaux de tabac, en particulier la conclusion, en novembre 2012, d'un nouveau protocole international pour combattre le commerce illicite, signé par la France en janvier 2013.

L'adoption d'un nouveau Protocole international pour combattre le commerce illicite des produits du tabac en novembre 2012

Le Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac a été adopté lors de la cinquième session de la Conférence des parties à la convention-cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac (CCLAT) le 12 novembre 2012, à Séoul. Le Protocole a été négocié par un organe intergouvernemental de négociation, mandaté à cet effet par la Conférence des Parties en 2007. Adopté par les délégués de plus de 140 Parties à la convention-cadre, ce texte fixe les règles pour combattre le commerce illicite par le contrôle de la chaîne logistique et la coopération internationale. Le Protocole engage les pays à instaurer un système mondial de suivi et de traçabilité, mesure cruciale pour réduire le commerce illicite des produits du tabac. Premier protocole à la Convention-cadre de l'OMS, il constitue un traité international en soi.

Éliminer toutes les formes de commerce illicite du tabac

« L'élimination de toutes les formes de commerce illicite des produits du tabac, y compris la contrebande et la fabrication illégale, est un élément essentiel de la lutte antitabac », estime le président de la Conférence des parties, l'ambassadeur Ricardo Varela. *« En adoptant aujourd'hui ce nouveau protocole par consensus, les pays ont réaffirmé leur engagement historique à protéger la santé de leurs habitants, en particulier les jeunes et les personnes vulnérables.»* Le commerce illicite des produits du tabac est un problème d'ampleur mondiale. Il compromet la réalisation des objectifs de santé, impose une charge supplémentaire aux systèmes de santé et affaiblit les mesures fiscales et autres destinées à renforcer la lutte antitabac. Il entraîne d'importantes pertes de revenu pour les gouvernements du monde entier mais rapporte d'énormes profits à ceux qui agissent dans l'illégalité. Ces profits servent souvent à financer la criminalité transnationale.

Définition des actes illicites et des mesures de coopération

« Les gouvernements et les populations auront tout à gagner de l'éradication du commerce illicite des produits du tabac », commente le Dr Haik Nikogosian, chef du secrétariat de la convention-cadre. Le protocole détermine les activités qui constituent des actes illicites et définit des mesures de détection, de répression et de coopération internationale, comme la délivrance de licences, l'échange d'informations et l'entraide judiciaire, qui aideront à parer au commerce illicite et, au final, à l'éliminer. Après son adoption par la Conférence des Parties, les étapes de la procédure pour l'entrée en vigueur du Protocole sur le commerce illicite des produits du tabac sont les suivantes : protocole ouvert à la signature des Parties pendant un an à compter du 10 janvier 2013, à Genève, puis au siège de l'Organisation des nations unies (ONU), à New York, jusqu'au 9 janvier 2014 ; processus de ratification, en fonction de la législation nationale ; entrée en vigueur 90 jours après 40 ratifications.

Source : Organisation mondiale de la santé (OMS)

La loi n° 2012-1510 du 29 décembre 2012 de finances rectificative pour 2012 a également prévu plusieurs dispositions concernant la mise en place d'un dispositif de traçabilité des produits du tabac, permettant d'identifier et de mieux lutter contre les réseaux de contrefaçon et de contrebande. Il s'agissait ainsi de mettre en œuvre les dispositions de la convention-cadre et du protocole qui sera ratifié par la France, précisait l'étude d'impact du projet de loi. Pour lutter plus efficacement contre le trafic de tabac sur Internet, la loi de finances précitée a permis, d'autre part, de renforcer les moyens de l'administration des douanes sur Internet, en organisant la réalisation d'opérations sous identité cachée (« coups d'achats »), des dispositions étant également prévues concernant la fermeture administrative des commerces vendant illégalement du tabac.

Enfin, le commissaire européen chargé de la santé a précisé aux rapporteurs que la proposition de directive prévoit un système d'identification et de traçabilité ainsi que des dispositifs de sécurité, le but étant de s'assurer que seuls les produits en conformité avec la directive circulent dans l'Union européenne, en précisant que ces mesures sont tout à fait compatibles avec les engagements pris par l'Union Européenne et les États membres dans le cadre du protocole international évoqué plus haut. Selon le commissaire, toutes ces actions contribueront à lutter contre le commerce illicite des produits du tabac, qui entraîne une perte estimée à 10 milliards d'euros chaque année pour l'Union européenne et ses États membres.

Il convient donc de prendre rapidement toutes les mesures nécessaires à l'application de l'ensemble de ces mesures, notamment la ratification du protocole et l'élaboration des textes réglementaires nécessaires concernant le marquage et la traçabilité des paquets [(1)].

(1) L'article 13 de la loi de finances prévoit notamment que les conditionnements des cigarettes soient revêtus d'une marque d'identification unique, sécurisée et indélébile dont les modalités seront fixées par décret en Conseil d'État ainsi que la mise en place d'un traitement informatisé de données, tenu par les professionnels du secteur. L'étude d'impact du projet de loi précisait qu'« un cahier des charges concernant ce marquage a été élaboré avec les acteurs du secteur du tabac », *et que le décret en Conseil d'État* « devra prévoir un délai de deux ans pour l'application de l'authentification des cigarettes et un délai de cinq ans pour l'application pour la traçabilité des cigarettes ».

En outre, la lutte contre les achats sur Internet doit constituer une priorité pour les pouvoirs publics : le plan gouvernemental de lutte contre le tabagisme préconisé par les rapporteurs (*cf. supra*) pourrait comporter un volet spécifique sur cette question, avec par exemple un renforcement des moyens humains et matériels des douanes en matière de cyberdélinquance, en fixant des objectifs précis dans ce domaine. Différentes mesures pourraient également être étudiées, afin de durcir l'arsenal répressif, en habilitant par exemple la justice à désactiver un site suspect le temps d'une enquête et à saisir les noms de domaine des sites illégaux. Les buralistes ou leurs organismes professionnels pourraient en outre être encouragés à se porter partie civile contre les acteurs des trafics illicites [(1)].

Enfin, le rapport de la Cour indique que si, selon l'administration des douanes, le régime de sanction en France est plus sévère et plus complet que celui qui existe dans de nombreux autres pays de l'Union européenne, l'application de ces sanctions se heurte toutefois à des difficultés [(2)]. Il estime en conséquence qu'une application plus stricte et plus cohérente du dispositif de sanction du trafic organisé de cigarettes devrait être recherchée notamment à travers un renforcement des modalités de coopération bilatérale ou multilatérale des services concernés avec leurs homologues étrangers.

Proposition n° 10 : Amplifier la lutte contre les achats hors du réseau des buralistes (achats illicites et transfrontaliers) :

– prendre rapidement toutes les mesures nécessaires à la mise en œuvre des dispositions prévues par le protocole international de lutte contre le commerce illicite, adopté en novembre 2012, la loi de finances rectificative du 29 décembre 2012 (marquage des paquets et traçabilité) et la prochaine directive sur le tabac ;

– développer les coopérations internationales pour réprimer plus efficacement le trafic de tabac et renforcer les moyens de lutte contre les achats sur Internet ;

– promouvoir une meilleure harmonisation de la fiscalité et des prix, aux niveaux européen et bilatéral, et l'introduction d'une disposition communautaire spécifique permettant un strict encadrement quantitatif des importations privées de tabac.

2. Réduire l'attractivité des produits du tabac

Plusieurs réformes doivent être engagées concernant la composition et le conditionnement des produits du tabac mais aussi la publicité en leur faveur, en lien avec la révision en cours de la directive sur le tabac [(3)], dont l'un des

(1) Mesures préconisées par le rapport n° 3786 de la mission d'information sur les conséquences fiscales des ventes illicites de tabac (octobre 2011), de MM. Jean-Marie Binetruy, Thierry Lazaro et Jean-Louis Dumont, dont le rapport de la Cour indique (page 111) qu'elles n'ont pas été suivies d'effets.

(2) Voir sur ce point les développements présentés page 114 du rapport de la Cour.

(3) Proposition de directive présentée par la Commission européenne le 19 décembre 2012, relative au rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres en matière de fabrication, de présentation et de vente du tabac et de ses produits.

principaux objectifs est de *« décourager l'initiation au tabagisme chez les jeunes et de réduire ainsi la consommation des produits du tabac sur le long terme »*, ainsi que l'a précisé aux rapporteurs le commissaire européen chargé de la santé et des consommateurs.

● ***La composition des produits du tabac***

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a interdit la vente de cigarettes aromatisées dont la teneur en ingrédients donnant une saveur sucrée ou acidulée dépasse des seuils fixés par décret [(1)]. Cette disposition vise notamment à décourager l'accès des mineurs au tabac, en supprimant des procédés masquant l'âpreté des premières cigarettes. En application de cette disposition, le décret n° 2009-1764 du 30 décembre 2009 [(2)] relatif à la composition des cigarettes aromatisées a fixé la teneur maximale de certains ingrédients (la vanilline, l'éthylvanilline et l'édulcorant sur la manchette, c'est-à-dire le papier enroulant le filtre).

La réglementation actuelle comporte toutefois des failles jugées importantes par le Comité national contre le tabagisme (CNCT). En particulier, elle ne s'applique qu'aux cigarettes à l'exclusion des autres produits du tabac. Or, selon une étude réalisée en 2011 par le CNCT en partenariat avec le magazine *60 millions de consommateurs*, certains cigarillos avaient des taux de vanilline et d'éthylvanilline jusqu'à dix fois supérieurs à ce qui est autorisé pour les cigarettes et des pourcentages de l'ordre de 30 % de sucre ajouté ont été constatés dans certains tabacs à chicha. De même, les édulcorants sont interdits sur la manchette des cigarettes, mais pas sur le papier pour le tabac à rouler. L'association a également alerté [(3)] sur la nécessité d'interdire tout type d'ingrédient, et pas seulement les arômes, qui accroissent l'attractivité des produits du tabac, tels que les sucres et édulcorants, parfums, etc.

Évoquant une *« application défaillante »* de la réglementation relative aux produits interdits, le rapport de la Cour souligne en particulier que *« l'interdiction des cigarettes aromatisées se heurte encore à une sérieuse difficulté d'application »*, l'administration des douanes ayant notamment indiqué ne pas avoir obtenu une liste précise des références concernées [(4)].

Par ailleurs, la proposition de directive sur le tabac, présentée par la Commission européenne le 19 décembre 2012, prévoit, dans son article 6, l'interdiction de la mise sur le marché des cigarettes contenant un arôme

(1) Article L. 3511-2 du code de la santé publique.

(2) Article D. 3511-16 du code de la santé publique.

(3) Communiqué de presse du 19 décembre 2012 du CNCT, présidé par le professeur Yves Martinet.

(4) Selon le rapport de la Cour, le groupe British american tobacco (BAT) a déposé un recours gracieux en janvier 2012 pour demander l'abrogation sur ce point de la circulaire du 3 août 2011, en contestant que certains de ses produits qui y sont visés dépassent les seuils légaux. De son côté, la DGDDI estime ne pas avoir obtenu de la DGS une liste précise des références incriminées et les analyses des laboratoires afférentes, en indiquant que, dans l'attente, ses services sont tenus d'enregistrer les demandes d'homologation des prix de ces références émanant des fournisseurs de tabac.

caractérisant [1]. Le commissaire européen chargé de la santé a indiqué à cet égard qu'il est prévu l'interdiction des cigarettes et tabacs à rouler présentant des arômes caractéristiques, mais aussi des produits contenant des additifs qui augmentent la toxicité et l'effet de dépendance, en précisant que les additifs essentiels à la fabrication de produits de tabac ne sont pas couverts par l'interdiction, à condition qu'ils ne confèrent pas au produit un arôme caractérisant.

À la faveur de la révision de la directive européenne sur le tabac, les rapporteurs préconisent donc d'élargir à l'ensemble des produits du tabac les dispositions actuellement prévues pour les cigarettes aromatisées [2] et d'étendre le champ des interdictions à certains additifs, par exemple le menthol. Les cigarettes dont le diamètre est inférieur au format classique (« slims »), qui semblent plus spécifiquement ciblées sur les femmes, voire suggérer une nocivité réduite, devraient également être interdites [3].

● ***Le conditionnement des cigarettes***

Le conditionnement des produits du tabac doit être encadré à la fois pour assurer l'information du consommateur, sur la composition du produit comme sur les risques liés au tabagisme, mais aussi pour tenir compte du fait que les emballages constituent un vecteur de communication pour les fabricants et qu'ils peuvent dès lors contribuer à rendre plus attractif le tabac, en particulier auprès des plus jeunes.

En France, la réglementation du conditionnement des produits du tabac, et notamment l'obligation de faire figurer un message général et un message spécifique de caractère sanitaire [4], a été renforcée récemment par un arrêté du ministre chargé de la santé en date du 15 avril 2010, qui a prévu l'apposition d'un message au recto et au verso du paquet, représentant respectivement 30 et 40 % de la surface, et d'avertissements graphiques pouvant comporter des photographies en couleurs (« photos chocs »).

Sur ce point, la proposition de directive européenne précitée prévoit que des avertissements combinés (une image associée à un message) et couvrant 75 % de la surface devront figurer sur les deux faces des emballages des produits du tabac et apparaître en alternance [5]. Selon la Commission européenne, la

---

(1) L'« arôme caractérisant » étant défini par l'article 2 de la proposition de la directive comme un parfum ou un goût reconnaissable autre que celui du tabac, provenant d'un additif ou d'une combinaison d'additifs, notamment à base de fruits, d'épices, de plantes aromatiques, d'alcool, de confiseries, de menthol ou de vanille (liste non exhaustive), et qui est détectable avant ou pendant l'usage prévu du produit du tabac.

(2) Il conviendrait pour cela de modifier l'article L. 3511-2 du code de la santé publique.

(3) Aux termes de l'article 12 de la proposition de directive, « les éléments et dispositifs interdits comprennent notamment les messages, symboles, noms, marques commerciales, signes figuratifs ou non, couleurs susceptibles d'induire en erreur, encarts et autres éléments tels que des étiquettes adhésives, autocollants, suppléments, éléments à gratter et pochettes (liste non exhaustive); ils peuvent également concerner la forme du produit du tabac proprement dit », *en précisant que* « les cigarettes d'un diamètre inférieur à 7,5 mm sont considérées comme étant de nature à induire en erreur » .

(4) Article L. 3511-6 du code de la santé publique.

(5) Selon les précisions apportées par le commissaire européen, concernant l'étiquetage et le conditionnement des paquets, la proposition de la Commission prévoit un avertissement sanitaire associant une image et un message textuel sur tous les paquets de cigarettes et de tabac à rouler et cet avertissement doit couvrir 75 % des faces avant et arrière du paquet et inclure des informations sur les services d'aide au sevrage tabagique.

proposition s'appuie notamment sur de nouveaux éléments démontrant que les mises en garde plus grandes assorties d'images sont plus efficaces et que *« la taille précise des avertissements (75 %) a été avancée après une analyse approfondie des preuves scientifiques et des pratiques mondiales* [(1)]*, de l'évolution sur le plan international (l'article 11 de la CCLAT et ses directives préconisent de grands avertissements sous forme d'images, apposés sur les deux faces, et des règles strictes en matière d'informations trompeuses) ainsi que des effets entraînés pour les acteurs économiques. »*

L'AUGMENTATION DE LA TAILLE DES AVERTISSEMENTS SANITAIRES SUR LE CONDITIONNEMENT : LA RÉFORME PROPOSÉE PAR LA COMMISSION EUROPÉENNE



Source : Commission européenne (« Towards a new tobacco products directive », présentation du Commissaire européen chargé de la santé et des consommateurs, décembre 2012)

Au-delà de l'agrandissement des avertissements, selon un pourcentage qui reste à définir dans le cadre de la discussion en cours de la proposition de directive, faut-il aller jusqu'à envisager des « paquets neutres », sans logo, ni iconographie propres à la marque ?

La convention-cadre de l'OMS (CCLAT) invite à examiner cette question [(2)] et, selon le ministère des Affaires sociales et de la santé [(3)], *« la littérature internationale suggère que le paquet neutre standardisé réduit l'image positive des cigarettes et du tabagisme, améliore la visibilité et l'efficacité des messages d'avertissements sanitaires et constitue un frein à l'entrée des jeunes dans le tabagisme »*. Au cours des auditions, il a été rappelé qu'une étude récente

(1) 75 % sur les deux faces au Canada, 30% et 90 % en Australie et en Nouvelle Zélande, 80 % sur les deux faces en Uruguay, 60 % et 70 % à Maurice, 30 % et 100 % au Mexique.

(2) « Les Parties devraient envisager d'adopter des mesures visant à limiter ou interdire l'utilisation de logos, de couleurs, d'images de marque ou de textes promotionnels sur les conditionnements hormis le nom de la marque et celui du nom du produit imprimés avec des caractères normaux et dans une couleur standardisée (conditionnement neutre) » (article 11) et « Les Parties devraient envisager d'adopter des exigences concernant un conditionnement neutre » (article 13).

(3) Réponse du ministère des affaires sociales et de la santé à une question écrite de Mme Chantal Jouanno, sénatrice (Journal officiel du 25 octobre 2012).

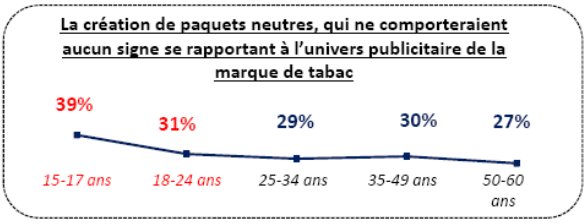
menée en France va également dans ce sens [1]. Dans cette étude, le paquet standardisé était jugé négativement par une majorité des personnes interrogées et perçu comme étant plus efficace que le paquet actuel pour informer sur la dangerosité des cigarettes, donner envie de ne pas commencer à fumer et diminuer sa consommation de tabac ou arrêter.

En sens inverse, l'introduction du paquet neutre suscite des interrogations, voire des inquiétudes auprès de certains acteurs, concernant notamment son impact réel sur la consommation ou encore sur le développement du marché parallèle. Selon l'enquête réalisée par l'IFOP en juin 2012, si seulement 30 % des personnes interrogées jugent efficace la création de paquets neutres, les jeunes, auprès desquels l'attrait des marques est souvent plus important, y semblent en revanche clairement plus sensibles, comme l'indique le graphique ci-après.

L'EFFICACITÉ PERÇUE, SELON L'ÂGE, DE LA CRÉATION DE PAQUETS NEUTRES

Question : A l'avenir, pour limiter la consommation de tabac, diriez-vous de chacune des mesures suivantes qu'elle serait très efficace, plutôt efficace, plutôt pas efficace ou pas efficace du tout ?

Selon l'âge (score : TOTAL « Efficace »)



Source : enquête d'opinion réalisée par l'IFOP pour l'Assemblée nationale (juin 2012), présentation préparée pour la table ronde du 12 décembre 2012 sur le tabagisme des jeunes

Les rapporteurs ont par ailleurs noté avec intérêt qu'une étude, financée par la direction générale de la santé (DGS), sur l'impact du paquet neutre standardisé en conditions réelles d'utilisation, est actuellement engagée, ses résultats étant attendus courant 2013.

L'Australie étant le premier pays à s'engager dans cette voie, avec l'instauration du paquet neutre en décembre 2012, il conviendra de suivre attentivement les résultats de cette expérimentation à l'échelle de ce pays.

(1) « Perception de l'efficacité des paquets de cigarettes standardisés. Une étude dans un contexte français », Karine Gallopel-Morvan (Université de Rennes), Emmanuelle Béguinot (CNCT), Figen Eker, Yves Martinet, David Hammond, Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH), mai 2011.

L'introduction des « paquets neutres » en Australie

Pour quelles raisons le Gouvernement australien introduit-il le conditionnement neutre ?

Le tabagisme reste une des causes principales de mortalité et de maladies évitables chez les Australiens, tuant environ 15 000 Australiens chaque année. Les maladies liées au tabagisme coûtent à l'économie et à la société australiennes environ 31,5 milliards de dollars par an. Le gouvernement australien s'est engagé à aider les fumeurs à cesser de fumer, ainsi qu'à réduire le nombre d'Australiens qui contractent l'habitude de fumer. Les études montrent que la stratégie de marque de l'industrie et le design du conditionnement des produits du tabac peuvent tromper les consommateurs sur les méfaits du tabagisme, rendre la consommation de tabac plus attrayante, en particulier chez les jeunes, et réduire l'efficacité des mises en garde sanitaires concernant les produits du tabac.

Quelles sont les modalités de la réforme ?

Depuis le 1er décembre 2012, tous les produits du tabac vendus, mis en vente ou fournis de toute autre manière en Australie doivent obligatoirement être emballés dans un conditionnement neutre et porter les nouvelles mises en garde sanitaires agrandies. L'introduction du conditionnement neutre du tabac fait partie d'un train de réformes mises en œuvre par le gouvernement pour réduire le tabagisme, qui comprend notamment de nouvelles mises en garde sanitaires agrandies sur le conditionnement de détail du tabac, une augmentation de taxe sur le tabac en avril 2010, plus de 85 millions de dollars d'investissement dans les campagnes de marketing social antitabac ainsi que l'élargissement de la liste des traitements nicotiniques de substitution et des autres soutiens au sevrage tabagique pris en charge par le régime de prestations pharmaceutiques.

Source : site Internet du gouvernement australien (Department of health and ageing, 2012)

À ce stade, les rapporteurs préconisent donc d'accroître la taille des avertissements sanitaires sur les paquets et d'évaluer l'impact des paquets neutres en Australie dans la perspective d'une éventuelle application en France, voire dans l'ensemble de l'Union européenne. Il serait par ailleurs intéressant de mieux évaluer les effets de l'instauration de la vente sous le comptoir dans les pays où elle a été mise en œuvre [(1)], même si la réforme du conditionnement des paquets, telle qu'elle est prévue par la Commission, conduirait de fait, en l'état du projet de directive, à instaurer des paquets aux trois quarts neutres, ce qui rend donc moins aiguë la question de leur exposition dans les lieux de vente.

● La publicité, directe ou indirecte, en faveur des produits du tabac

Évoquant les *« frontières incertaines »* de l'interdiction de la publicité, du parrainage et de la propagande [(2)], le rapport de la Cour souligne que, si une délibération sur l'exposition du tabac à la télévision [(3)] a été adoptée par le Conseil supérieur de l'audiovisuel (CSA), on ne compte qu'une vingtaine d'interventions de celui-ci sur des manquements relatifs au tabac entre 1991 et 2011. En outre, la plupart des affaires ne donnent lieu qu'à de simples lettres au diffuseur concerné,

(1) Islande, Irlande, Norvège, Thaïlande notamment, et en cours de mise en œuvre au Royaume-Uni et en Nouvelle-Zélande, selon le rapport de la Cour.

(2) Articles L. 3511-3 et L. 3511-4 du code de la santé publique.

(3) Délibération n° 2008-51 du 17 juin 2008 relative à l'exposition des produits du tabac, des boissons alcooliques et des drogues illicites à l'antenne des services de radiodiffusion et de télévision.

aucune sanction financière n'ayant jamais été infligée. Ces questions mériteraient certainement plus de vigilance de la part du CSA [(1)].

Par ailleurs, l'attention des rapporteurs a été appelée sur la question de la présence du tabac dans les œuvres cinématographiques, qui semble assez fréquente dans les films français, comme le suggère une enquête récente de mai 2012 (*cf.* l'encadré ci-dessous). Or, le rôle du cinéma doit être pris en compte : voir son acteur préféré fumer peut exercer une certaine influence, en particulier auprès du jeune public.

Les résultats d'une enquête sur la représentation du tabac au cinéma (mai 2012) :
« Lors d'un film, la présence du tabac équivaut à cinq publicités »

Afin d'évaluer la représentation du tabac dans les œuvres cinématographiques, la Ligue contre le cancer a entrepris une veille sur la présence et la valorisation du tabac dans les films à succès. En 2012, une enquête a ainsi été effectuée, en collaboration avec l'institut de sondage IPSOS, sur les films français de 2005 à 2010. L'analyse a porté sur 180 films qui ont comptabilisé le plus grand nombre d'entrées au cinéma (30 premiers films du box-office de chacune de ces six années). Il ressort de cette enquête qu'environ 80 % des 180 films visionnés présentent des situations avec une représentation du tabac. Les mises en scène mettent en avant tant le tabagisme que les objets tels les briquets, cendriers et paquets de cigarettes. Ces situations sont présentes en moyenne à l'écran 2,4 minutes sur une durée moyenne par film de 99 minutes (soit 2,5 % de la durée du film). Selon la présidente de la Ligue contre le cancer, Mme Jacqueline Godet, « *2,4 minutes d'exposition au tabac correspondent à l'équivalent de 5 publicités commerciales habituellement projetées à la télévision ou au cinéma ; 5 publicités que les industriels auraient dû payer en moyenne 600 000 € sur les écrans télévisés français. En plus de faire des économies, ces industriels détournent, de cette façon, la loi Evin interdisant la publicité, la promotion et le sponsoring du tabac.* »

Source : « Tabac et cinéma : La ligue révèle les résultats édifiants d'une enquête inédite menée depuis 2005 sur 180 films français », Ligue contre le cancer (31 mai 2012) et Ipsos

C'est pourquoi, tout en respectant le principe de liberté d'expression et de création, les rapporteurs préconisent de prévoir la diffusion d'un message de prévention du tabagisme, avant la diffusion d'un film comportant des séquences d'exposition ou de valorisation du tabac, comme cela avait d'ailleurs été évoqué par le groupe de travail de l'Académie de médecine, coordonné par le professeur Maurice Tubiana [(2)]. D'autres pistes de réflexion pourraient également être étudiées, par exemple la création d'un sigle pour les films très « enfumés », l'élaboration d'une charte, voire même la prise en compte de cette question, dans les soutiens accordés par le Centre national du cinéma et de l'image animée (CNC).

Les rapporteurs préconisent également de supprimer la publicité sur les lieux de vente, qui en principe s'adresse aux personnes déjà fumeurs, mais pourrait

(1) Autorité administrative indépendante, le CSA est en effet investi par la loi sur la liberté de la communication d'un pouvoir de contrôle et de sanction à l'égard des diffuseurs notamment quant au respect de l'interdiction de la publicité et de la propagande directe ou indirecte sur le tabac.

(2) Rapport sur le tabagisme *coordonné par le professeur Maurice Tubiana, approuvé par le conseil d'administration de l'Académie nationale de médecine le 25 mai 2009 (M. Gérard Dubois, Mme Catherine Hill et Mme Karine Gallopel étaient notamment membres de ce groupe de travail).*

avoir un impact non négligeable sur la population [(1)], s'agissant de lieux comportant d'autres activités commerciales et librement accessibles aux mineurs et aux non-fumeurs, et peut renforcer la propension à « l'achat d'impulsion ». Préconisée par la Cour, ainsi que par le secrétariat permanent de la CCLAT, cette mesure était d'ailleurs prévue par l'avant projet de loi de santé publique préparé sous la précédente législature.

Proposition n° 11 : Réduire l'attractivité des produits du tabac :

– élargir à l'ensemble des produits du tabac les interdictions relatives aux « cigarettes-bonbons », étendre le champ de ces interdictions à certains arômes, dans le cadre de la directive sur le tabac en cours de discussion, et interdire les cigarettes très fines ;

– accroître la taille des avertissements sanitaires sur les paquets, étudier les effets de la vente sous le comptoir à l'étranger, et diligenter une évaluation de l'impact de l'introduction des paquets neutres, dans la perspective d'une éventuelle application en France, voire dans l'ensemble de l'Union européenne ;

– interdire la publicité sur les lieux de vente ;

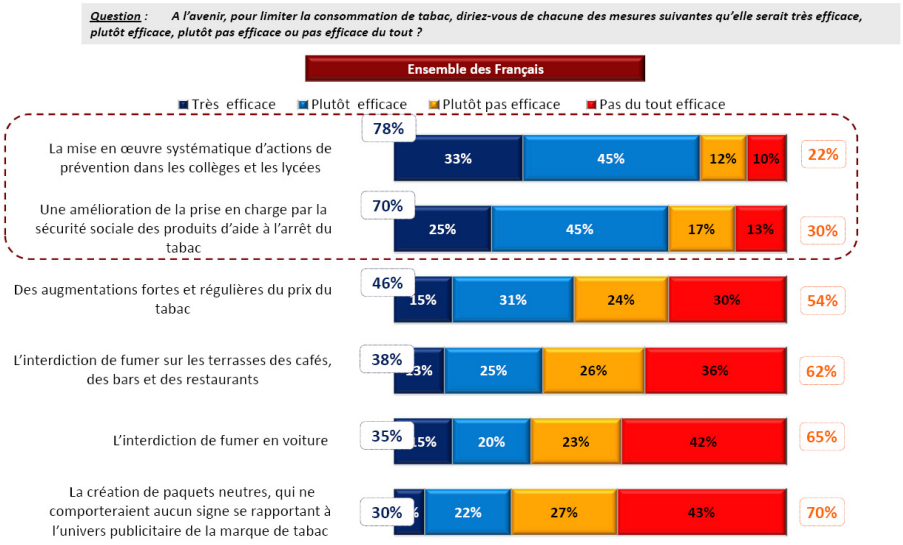
– prévoir la diffusion d'un message antitabac avant la diffusion de films comportant une séquence de valorisation du tabac.

3. Développer des stratégies ambitieuses de prévention et de communication

Des auditions des rapporteurs, comme des travaux de la Cour des comptes, il ressort un très large consensus sur la nécessité de renforcer la prévention et en particulier d'éviter l'entrée des jeunes dans le tabagisme. Les représentants des buralistes et des fabricants se sont également prononcés en ce sens, en invitant notamment à s'inspirer de l'exemple de l'Allemagne et en formulant plusieurs propositions concrètes. Le sondage commandé pour la présente évaluation fait en outre apparaître que le développement des actions de prévention ainsi que l'amélioration de la prise en charge des produits d'aide à l'arrêt sont largement privilégiés en vue de limiter la consommation de tabac.

(1) Selon la publication du CNCT sur la promotion des produits du tabac sur le lieu de vente (2011), la promotion encourage les jeunes à commencer à fumer (Hastings et al., 2008), banalise et normalise les produits du tabac (Wakefield, Terry - Mc Brath, Chaloupka et al., 2002), dissuade l'arrêt du tabac chez les fumeurs et incite à la reprise chez les ex-fumeurs (Wakefield, Germain et Henriksen, 2007) et encourage les achats d'impulsion des produits du tabac (Feighery, Ribisl, Schleicher).

LA PERCEPTION DE L'EFFICACITÉ DES MESURES DESTINÉES À LIMITER LA CONSOMMATION DE TABAC



Source : enquête d'opinion réalisée par l'IFOP pour l'Assemblée nationale (juin 2012)

Dans ce domaine, l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (INPES) joue bien évidemment un rôle majeur, à travers l'organisation de campagnes d'information et de sensibilisation [(1)], mais aussi la production de documents d'information sur le tabac destinés au grand public et aux professionnels de santé. L'InCA est également chargé de l'information des professionnels et du public sur l'ensemble des problèmes relatifs au cancer.

Il faut cependant amplifier ces efforts et développer des stratégies plus ambitieuses et efficaces de prévention, d'autant plus que le sondage réalisé par l'Ifop montre une certaine méconnaissance des risques liés au tabagisme.

Le rapport de la Cour fait en effet apparaître une attention insuffisante portée par les pouvoirs publics aux actions d'éducation et de prévention.

En particulier, la Cour note que, malgré une professionnalisation des actions de communication et leur évaluation, le rôle de l'Inpes semble pâtir d'un manque d'intégration dans une politique globale de lutte contre le tabagisme, mais aussi d'une absence d'articulation avec le niveau local. Il est en effet fondamental que les campagnes nationales puissent être effectivement relayées par des démarches de terrain, au plus près des populations. C'est précisément pour répondre à ce constat que les rapporteurs ont formulé des recommandations concernant les politiques régionales de prévention, le développement de la recherche et de l'impact des actions locales ou encore le pilotage des opérateurs [(2)].

---

(1) Voir le récapitulatif des campagnes anti-tabac lancées par l'Inpes depuis 2002, en annexe au présent rapport.
(2) Propositions n° 2, 3 et 7 du présent rapport.

La communication sur le tabac, en particulier auprès des jeunes, doit dès lors changer d'intensité. Il faut allouer à la lutte contre le tabagisme des moyens de communication au moins comparables à ceux déployés en faveur de la sécurité routière. De la même manière, l'examen du budget analytique de l'Inpes [(1)] fait apparaître que le programme relatif au tabac est doté de crédits (8,5 millions d'euros), qui sont inférieurs, par exemple, à ceux consacrés à la nutrition et l'activité physique (9,15 millions d'euros) ou encore à la santé sexuelle, au VIH et aux hépatites (28,5 millions d'euros).

Les rapporteurs préconisent par conséquent d'organiser plus régulièrement des campagnes d'information d'envergure et relayées au niveau local, avec des messages plus offensifs et réalistes, comme cela a notamment été suggéré lors de la table ronde sur le tabagisme des jeunes [(2)], mais aussi des formes de communication positive valorisant les non-fumeurs et les bienfaits de l'arrêt du tabac.

Il faut également s'appuyer sur les ressorts de communication pertinents, concernant notamment les jeunes (communication sous forme de manga, comme l'a fait récemment l'Inpes, mais aussi, par exemple, via les réseaux sociaux, les applications pour *smartphones*, etc.). Il en va de même pour les femmes (par exemple, dans les PMI, chez les gynécologues, etc.), et particulièrement les femmes enceintes, en direction desquelles des actions de prévention et d'aide à l'arrêt doivent être mises en place (*cf. infra*). La convention-cadre de l'OMS (CCLAT) souligne d'ailleurs *« la nécessité de stratégies sexospécifiques»* en matière de lutte antitabac [(3)]. Des actions spécifiques et ciblées de prévention et d'aide au sevrage doivent également être développées en direction des personnes en situation de précarité, par exemple, pour les bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU).

Enfin, les rapporteurs préconisent de renforcer les actions d'éducation à la santé en milieu scolaire, dont ils ont pu mesurer tout l'intérêt lors de leur déplacement dans un collège du Val-de-Marne.

Le programme de prévention du tabagisme dans le collège de Fontenay-sous-Bois

• *Objectifs :* développer les compétences psychosociales des élèves, prévenir l'expérimentation et l'essai précoce du tabac, consolider les idées négatives qu'avaient les élèves sur le tabac, informer sur les effets, les dangers du tabac et les risques de dépendance liés à une consommation précoce. Public visé : élèves des classes de cinquième.

• *Contenus et objectifs de l'action :* en cours d'éducation physique et sportive (EPS), mesure du souffle pendant une séance d'endurance, rappel sur la respiration, les effets du tabac sur le souffle avec visionnage d'un document vidéo « respirer sans tabac », performance et souffle : témoignage d'un ancien sportif ; en cours de sciences et vie de la terre (SVT), fonctionnement de l'appareil respiratoire, écriture de scénarios « comment convaincre un camarade d'arrêter de fumer » ; débat théâtral avec la compagnie « Entrée de jeux », suivi d'un débat sur le pourquoi de la première cigarette : l'influence du groupe, le mal être.

(1) Source : répartition analytique du budget 2011 par thématique présentée en annexe du rapport d'activité de l'Inpes pour 2011.

(2) Voir le compte rendu en annexe de la table ronde du 12 décembre 2012 « La lutte contre le tabagisme des jeunes : quels résultats, quels axes de progrès ? ».

(3) Préambule et article 4 de la convention-cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac (CCLAT) de l'OMS.

• *Membres de l'équipe éducative impliqués dans l'action :* les professeurs de SVT, d'EPS, de sciences physiques, l'assistante sociale, le conseiller principal d'éducation (CPE) et l'infirmière scolaire, coordonnatrice de l'action.

• *Évaluation :* questionnaires anonymes en fin d'action : 90 % des élèves disent que cette action était intéressante et les a fait réfléchir, 4 % des élèves sont sans opinion et 6 % des élèves ont trouvé l'action inutile. Les élèves ont particulièrement apprécié le débat théâtral.

Source : déplacement des rapporteurs au collège Jean Macé de Fontenay-sous-Bois (23 novembre 2012)

Dans cette perspective, il est important de veiller à l'association de l'ensemble de la communauté éducative, ce qui implique notamment d'améliorer la formation des enseignants, mais aussi des parents et des partenaires extérieurs. Par ailleurs, les rapporteurs jugent essentiel de développer l'évaluation des actions ainsi menées avec non seulement des éléments qualitatifs, tels que des questionnaires, mais aussi, autant que possible, des éléments objectifs (suivi de cohortes, taux de fumeurs moyen avant et après une action, groupe témoin, etc.).

Selon le rapport de la Cour, les actions dans ce domaine sont laissées le plus souvent à des initiatives individuelles, parfois de qualité mais déconnectées des actions menées sur l'ensemble de la population ainsi que des programmes scolaires la mise en œuvre d'actions de lutte contre le tabagisme restant à la discrétion des responsables d'académie, des médecins scolaires et des infirmières. Les rapporteurs tiennent cependant à rappeler que le législateur a prévu plusieurs dispositions précises concernant l'organisation de telles actions de prévention en milieu scolaire [(1)].

Proposition n° 12 : Développer des stratégies plus ambitieuses de prévention et de communication :

– organiser régulièrement des campagnes d'information relayées au niveau local, comprenant à la fois des messages offensifs et une communication positive valorisant les non-fumeurs et les bienfaits de l'arrêt du tabac ;

– développer des actions de prévention et d'accompagnement ciblées sur les femmes, les jeunes et les populations précaires ;

– soutenir le développement et le suivi des actions d'éducation à la santé en milieu scolaire, en y impliquant les jeunes et l'ensemble de la communauté éducative, les parents et des intervenants extérieurs et en améliorant la formation des enseignants.

(1) *L'article L. 3511-9 du code de la santé publique prévoit en effet que* « dans le cadre de l'éducation à la santé, une sensibilisation au risque tabagique est organisée, sous forme obligatoire, dans les classes de l'enseignement primaire et secondaire » *et l'article L. 312-8 du code de l'éducation (issu de la loi de santé publique de 2004, à l'initiative de M. Bernard Accoyer) prévoit* qu' « Une information est délivrée sur les conséquences de la consommation de drogues sur la santé, notamment concernant les effets neuropsychiques et comportementaux du cannabis, dans les collèges et les lycées, à raison d'au moins une séance annuelle, par groupes d'âge homogène. Ces séances pourront associer les personnels contribuant à la mission de santé scolaire ainsi que d'autres intervenants extérieurs. »

C.– PRENDRE EN CHARGE

La prise en charge par le système de santé des fumeurs doit être améliorée concernant le remboursement des produits d'aide au sevrage, l'implication des professionnels de santé ainsi que la question du tabagisme des femmes enceintes.

1. Améliorer le remboursement des produits d'aide au sevrage

Quel que soit l'âge auquel il intervient, l'arrêt du tabac est bénéfique pour la santé des anciens fumeurs, les risques de développer une pathologie attribuable à la consommation de tabac se stabilisant ou diminuant tous, sans exception, suite à l'arrêt du tabac. Il est également bénéfique pour les comptes de la protection sociale et la littérature scientifique internationale (1) atteste du rapport « coût-efficacité » positif de l'aide médicamenteuse au sevrage. Les travaux de la Haute Autorité de santé ont aussi montré l'efficacité du remboursement du sevrage tabagique (2).

En France, un dispositif de prise en charge partiel a été mis en place en février 2007 par l'Assurance maladie (forfait de 50 euros par an et par personne, porté à 150 euros pour les femmes enceintes depuis 2011). Depuis lors, la CNAMTS a engagé plusieurs actions d'information sur celui-ci, en direction des assurés mais aussi des professionnels de santé, qui sont présentées ci-après.

Les actions d'information engagées par la CNAMTS concernant l'aide au sevrage

Information des assurés sociaux :

– Revue « En pratique » de janvier - février 2007 : présentation du dispositif de prise en charge des substituts nicotiniques ;

– Mise en ligne sur le site internet de l'Assurance Maladie « Ameli.fr » de la liste des substituts remboursables dans le cadre du dispositif ;

– Site internet « Ameli Santé » : à ce jour 150 affections y sont explicitées aux assurés avec des conseils de prévention ; une information détaillée est donnée pour toutes les pathologies liées au tabac sur les modalités d'arrêt et de remboursement forfaitaire des substituts nicotiniques ; un dossier spécifique est consacré à l'arrêt du tabac ;

– Femmes enceintes : guide maternité remis aux femmes lors de la déclaration de grossesse qui intègre des éléments de prévention vis-à-vis des risques liés au tabac ; parcours prévention spécifique aux femmes enceintes accessible sur le compte Ameli sur Internet (ce compte est activé par les femmes qui ont fait une déclaration de grossesse) ; en réflexion : actions à destination des femmes enceintes (relances téléphoniques – appels sur rebonds) ;

– En cours de réalisation : messages d'information sur les décomptes des assurés sociaux

Information des professionnels de santé : lettres aux médecins et aux pharmaciens de janvier 2007 (information sur la mise en place du dispositif) ; communications au niveau local, via les caisses d'assurance maladie, auprès des médecins et pharmaciens de leur circonscription sur le dispositif de prise en charge ; information auprès du Conseil national de l'ordre des sages femmes sur le triplement du forfait pour les femmes enceintes (en septembre 2011)

(1) Voir sur ce point l'annexe n°8 de l'étude de la Cour des Comptes.

(2) Stratégies thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique. Efficacité, efficience et prise en charge financière, *Haute Autorité de santé (HAS), janvier 2007.*

Source : réponse au questionnaire adressé par les rapporteurs à la CNAMTS (décembre 2012)

Toutefois, une partie non négligeable des moyens financiers prévus à ce titre, dans le cadre du Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS), n'a pas été consommée et on peut également observer une diminution du montant des remboursements effectués en 2011 [(1)].

CRÉDITS DU FNPEIS CONSACRÉS À LA PRISE EN CHARGE DES SUBSTITUTS NICOTINIQUES

(en euros et en pourcentage)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Crédits prévus COG*	20 000 000	20 000 000	20 000 000	17 000 000	20 000 000	23 000 000	26 000 000
Dépenses effectuées (exécutées)	15 669 222	19 526 744	15 658 494	16 838 364	13 842 472	Non disponible	Non disponible
Écart	78,35 %	88,98 %	78,29 %	99,04 %	69,21 %	Non disponible	Non disponible

* Convention d'objectifs et de gestion (COG)

Source : CNAMTS (réponse au questionnaire adressé par les rapporteurs, décembre 2012)

En outre, le montant forfaitaire actuel (50 euros) ne permet pas de couvrir l'ensemble des coûts liés au traitement – l'initiation d'un sevrage tabagique impliquant un budget minimum de 180 euros sur trois mois, selon le rapport précité de la HAS de 2007 – , ce qui peut constituer un frein réel à l'arrêt, en particulier pour les populations les plus précaires. Il convient d'ailleurs de rappeler que le Plan cancer 2009-2013 avait prévu l'augmentation de ce forfait pour les bénéficiaires de la CMU, mais cette mesure n'a pas été pas mise en œuvre à ce jour.

(1) Selon les précisions apportées par la CNAMTS, ce phénomène peut s'expliquer par plusieurs facteurs : une tendance à l'augmentation du tabagisme (comme souvent en période de crise) pouvant engendrer moins de demandes et de démarches de sevrage tabagique ; le retrait du Champix® de la liste des médicaments d'aide au sevrage tabagique pris en charge à partir de juillet 2011, en raison des risques sanitaires liés à l'utilisation potentielle de ce produit chez les femmes enceintes.

COÛT MOYEN D'UN TRAITEMENT D'AIDE AU SEVRAGE SUR TROIS MOIS EN 2007

Traitement / dosage	Coût unitaire moyen en pharmacie	Coût moyen d'un traitement sur 3 mois
Gommes 2 mg	Boîte de 30 : 8 € Boîte de 72 : 18 € Boîte de 96 : 25 €	Sur la base d'une gomme dosée à 2 mg et la prise quotidienne de 10 gommes pendant 6 semaines puis 5 gommes pendant 7 semaines : 175 €
Timbres sur 24 h, 7, 14 ou 21 mg	Boîte de 28 : 60 €	Sur la base d'un patch 24 heures dosé à 21 mg pendant 28 jours, puis 14 mg pendant 28 jours, puis 7 mg pendant 28 jours : 150 à 180 €
Pastilles 1,5 mg	Boîte de 12 pastilles : 4 €	Sur la base d'une prise quotidienne de 12 pastilles pendant 6 semaines puis 6 pastilles pendant 7 semaines : 250 €
Inhaleur, cartouche de 10 ml	Boîte de 6 cartouches : 12 € Boîte de 18 cartouches : 18 €	Sur la base de 12 prises/jour pendant 1 mois, puis 6 prises/jour pendant 1 mois, puis 3 prises/jour pendant 1 mois : 1 200 €
Bupropion 150 mg	Boîte de 60 comprimés : 94 €	Sur la base d'un comprimé par jour la première semaine puis 60 comprimés par mois : 280 €

Source : Haute Autorité de santé (Stratégies thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique. Efficacité, efficience et prise en charge financière, 2007)

En outre, la prise en charge de ces traitements, qui est subordonnée à leur inscription sur une liste des produits remboursables et à leur prescription sur une ordonnance distincte, ne permet pas de rembourser plusieurs tentatives d'arrêt au cours d'une même année, s'agissant d'un forfait annuel, alors qu'il faut souvent plusieurs tentatives pour réussir.

Le rapport de la Cour évoque de manière très intéressante les actions mises en place au Royaume-Uni, où l'aide massive au sevrage constitue un levier essentiel de la politique de lutte contre le tabagisme [(1)], en observant *a contrario* que l'expérience de soutien financier au sevrage est encore hésitante en France.

Or, comme l'a signalé l'un des représentants des médecins libéraux entendus par les rapporteurs, une récente étude française de l'unité de recherche clinique en économie de la santé [(2)] de l'AP-HP (URC Eco Île de France), visant à mesurer l'impact d'une prise intégrale par l'Assurance maladie du traitement de sevrage, a conclu à un effet favorable pour la sécurité sociale.

(1) Voir en particulier l'encadré sur l'aide massive au sevrage au Royaume-Uni dans le rapport de la Cour des Comptes (page 186) ainsi que l'annexe n° 11 relative aux politiques de lutte contre le tabac au Royaume-Uni, aux Etats-Unis, au Québec et en Australie.

(2) « Arguments médico-économiques pour le remboursement intégral du sevrage tabagique en France. Evaluation coût-efficacité prenant en compte les coûts evités par les maladies associées au tabac », Karine Chevreul, Benjamin Cadier, Isabelle Durand-Zaleski, Daniel Thomas (URC Eco Île de France), présentation au congrès de la société française de tabacologie (8 novembre 2012), et « Cost effectiveness of full coverage of the medical management of smoking cessation in France », mêmes auteurs, Tobacco control (novembre 2012).

Les résultats d'une étude de l'URC Eco d'Île de France (fin 2012) sur l'impact d'une prise en charge intégrale du traitement d'aide au sevrage

« La France compte 12 millions de fumeurs réguliers et le tabac est responsable chaque année de 70 000 décès. Parmi les maladies liées au tabagisme, trois sont en cause dans plus de la moitié de ces décès : le cancer du poumon, la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) et les maladies cardio-vasculaires, dont respectivement 90, 60 et 13 % des décès sont liés au tabac. Toutes trois sont prises en charge à 100 % par l'Assurance maladie au titre des affections de longue durée (ALD) et représentent 3,4 % des dépenses annuelles de celle-ci. Le surcoût est ainsi de 2,34 milliards pour les maladies cardio-vasculaires, 1,2 milliard pour la BPCO et 900 millions pour le cancer du poumon. Depuis 2007, les fumeurs qui décident d'arrêter bénéficient d'un forfait annuel de seulement 50 € pour l'achat de substituts nicotiniques. Quel serait l'impact en termes de dépenses de santé d'une couverture totale de la prise en charge médicale du sevrage tabagique ? Pour le déterminer, les chercheurs de l'URC Eco d'Ile de France ont analysé le rapport coût/efficacité de chaque stratégie en prenant en compte, d'une part, les coûts évités par la diminution de fréquence de chacune des trois maladies, et d'autre part, l'impact budgétaire de cette action de prévention.

Ils ont utilisé un modèle probabiliste, le modèle de Markov, appliqué à une cohorte fictive de 1000 fumeurs (plus d'une cigarette par jour) pour comparer la stratégie actuelle de remboursement forfaitaire à celle d'une prise en charge financière complète d'un programme d'arrêt du tabac selon les pratiques actuelles des centres de tabacologie. Les taux de sevrage ont été estimés à partir des résultats d'essais randomisés et des taux d'utilisation des médicaments de sevrage. Les taux de mortalité sont ceux de la littérature. Plusieurs scenarii ont été envisagés à partir de ces données et des taux escomptés d'adhésion. Selon ces différents scenarii, en prenant en compte un taux de sevrage annuel de 7,04 %, plus de 75 % des valeurs du ratio coût/efficacité sont *cost-saving*, c'est-à-dire que la stratégie de remboursement à 100 % du sevrage tabagique est une stratégie dominante par rapport au remboursement actuel forfaitaire dans la grande majorité des cas. »

Source : « Le remboursement à 100 % du sevrage tabagique : bénéfique pour les fumeurs et pour les comptes de la sécu ! », Le Quotidien du Médecin (3 décembre 2012) sur l'étude précitée de l'URC Île de France (2012)

Les rapporteurs ont également souhaité interroger la CNAMTS sur les calculs le cas échéant effectués concernant le coût d'une meilleure prise en charge des substituts nicotiniques, mais aussi les économies susceptibles d'être générées à moyen terme, dans le cadre d'une démarche de gestion du risque assurantiel en santé. La réponse de la CNAMTS montre qu'en prenant en compte trois des trente affections de longue durée (ALD), et uniquement les cas fatals sur une période de 16,5 ans, un euro investi dans le sevrage tabagique pourrait conduire à économiser 6,6 euros.

Par ailleurs, selon les informations recueillies par les rapporteurs, une réflexion est en cours sur la possibilité de faire évoluer le dispositif d'aide au sevrage tabagique, un rapport de la HAS étant attendu pour le début de l'année 2013. Celui-ci pourrait permettre d'évaluer la meilleure stratégie à mettre en place. À cet égard, la littérature et les expériences, anglo-saxonnes notamment, semblent montrer la pertinence du recours à une prise en charge globale associant accompagnement par des professionnels de santé et éventuellement prescriptions de traitements nicotiniques de substitution. La probabilité de réussite du sevrage

avec accompagnement médical serait en effet multipliée par dix par rapport à un simple remboursement de substituts nicotiniques [(1)]. Pour la CNAMTS, une généralisation de la prise en charge des traitements nécessiterait dès lors, en préalable, la protocolisation d'un parcours de soins que devrait définir la HAS.

Au vu de l'ensemble de ces éléments, les rapporteurs préconisent donc de prévoir le remboursement intégral des traitements de substitution nicotiniques, au même titre que des médicaments, ce qui permettrait notamment la prise en charge de plusieurs tentatives d'arrêt. Il resterait à examiner dans quelles conditions cette mesure pourrait éventuellement s'inscrire dans le cadre d'un parcours de soins coordonné visant à aider et à accompagner au mieux les fumeurs dans l'arrêt du tabac. En tout état de cause, l'Assurance maladie doit parallèlement poursuivre et amplifier les actions d'information concernant les aides au sevrage.

Proposition n° 13 : Améliorer la prise en charge des substituts nicotiniques, en prévoyant leur remboursement intégral comme des médicaments, avec une mobilisation accrue de l'Assurance maladie.

2. Renforcer l'implication des professionnels de santé

En première ligne auprès de la population, les professionnels de santé et, en particulier, les médecins généralistes, doivent être mieux associés à la mise en œuvre, mais aussi à la conception, de la politique de lutte contre le tabagisme, en tirant ce faisant tous les enseignements de la gestion de la pandémie de grippe A (H1N1). Les représentants des médecins libéraux entendus par les rapporteurs ont formulé plusieurs propositions concrètes dans ce sens.

Le rapport de la Cour souligne à cet égard que, s'il existe une offre diversifiée de soins en matière d'arrêt du tabac, *« le cloisonnement des acteurs, l'insuffisant encouragement au rôle de prévention des généralistes et des pharmaciens, l'identification incertaine de la tabacologie au sein des consultations d'addictologie suscitent cependant un manque de lisibilité du dispositif et une difficulté à l'évaluer. »*

Pour améliorer l'offre de soins et mieux encourager et valoriser l'implication des professionnels en matière de prévention, plusieurs mesures apparaissent dès lors nécessaires.

• Constituant l'un des leviers d'amélioration de la qualité des pratiques médicales, la formation initiale [(2)] et continue [(3)] des professionnels de santé doit

(1) Selon les informations communiquées par la CNAMTS.

(2) Le document de politique transversale (DPT) pour 2013, évoqué plus haut, présente le contenu des différentes formations et indique en particulier que la formation à l'addictologie est déjà bien présente au cours de la 2ème partie du 2ème cycle des études médicales, dont le programme constitue celui des épreuves classantes nationales d'accès à l'internat.

(3) Dispositif de développement professionnel continu (DPC), suite à la réforme de la formation médicale continue (FMC) et l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), suite à la réforme de la « loi HPST ».

tout d'abord être améliorée. S'agissant de la formation initiale, l'enseignement doit être assez percutant et intervenir dès la première année des études de santé commune aux études de médecine, odontologiques, de sage-femme et de pharmacie, pour toucher un large public. Il conviendrait également de renforcer l'enseignement de l'aspect pratique de la prévention et de la prise en charge du sevrage à la fin des études, en intégrant le tabagisme dans les enseignements portant sur les maladies chroniques et l'éducation thérapeutique, et ce, non seulement pour les médecins, mais aussi pour les sages-femmes qui peuvent désormais prescrire des substituts nicotiniques.

• Au-delà de la formation *stricto sensu*, il est également important de veiller à la mise à disposition des médecins libéraux de documents d'information adaptés, pour les accompagner au mieux dans leurs pratiques médicales (par exemple, des fiches conseils ou éléments d'information synthétique, voire des « kits de communication », le cas échéant pour certaines catégories de patients). Comme l'a souligné l'un des représentants des médecins libéraux, il serait également opportun de prévoir, dans les campagnes de communication, un message invitant à s'adresser à son médecin traitant, et non pas seulement à la ligne « Tabac info service ».

• En outre, le dépistage du tabagisme doit être prévu systématiquement dans tout dossier médical informatisé (en médecine ambulatoire ou hospitalière), et le repérage du tabagisme être également intégré aux recommandations professionnelles. Il va sans dire que le déploiement du dossier médical personnel (DMP) permettrait de faciliter grandement la pratique médicale et le dépistage du tabagisme en particulier.

Le rapport de la Cour souligne par ailleurs que *« par rapport à d'autres situations à l'étranger, l'engagement des généralistes français dans une prise en charge active de l'arrêt du tabac chez leurs patients, qui nécessite du temps, reste cependant faible »*. Selon la Cour, cette particularité s'expliquerait *« pour partie par l'absence de valorisation des actes de prévention dans le système français, qui demeure fondé sur la rémunération à l'acte des praticiens ».*

• Pour y remédier, les rapporteurs proposent de :

– installer un groupe de travail entre la CNAMTS et les médecins libéraux pour étudier les conditions dans lesquelles un indicateur relatif au tabac [(1)] pourrait être introduit dans le dispositif de rémunération sur objectifs de santé publique (*« pay for performance »* ou « P4P »), prévu par la nouvelle convention médicale de juillet 2011 [(2)] ; l'objectif serait de donner un « bonus » aux médecins qui s'impliquent dans des actions de santé publique dans cadre du « P4P » ;

---

(1) Piste envisagée notamment par le syndicat MG France, en évoquant par exemple la connaissance du statut tabagique de la population ou l'aide offerte dans le domaine de la prévention et de l'information.

(2) Selon les précisions apportées par la CNAMTS, s'il n'y a pas d'objectif chiffré lié, par exemple, à la prescription de substituts nicotiniques, la nouvelle convention médicale de 2011 prévoit, dans le cadre de la rémunération sur objectifs de santé publique, la rédaction d'une synthèse médicale qui comprend une rubrique facteurs de risque.

– expérimenter des consultations de prévention, selon des modalités à définir en concertation avec les représentants des médecins, afin de leur permettre d'aborder ces questions avec leurs patients, en y consacrant le temps nécessaire. Une consultation dédiée, qui pourrait être organisée pour certaines tranches d'âges, aurait également pour vertu de « dramatiser » le message délivré au patient, en renforçant ainsi le rôle et l'implication des professionnels libéraux dans le champ de la prévention. Évoquée au cours des auditions des rapporteurs, cette question a d'ailleurs fait l'objet d'une recommandation récente de la Mecss [(1)].

• Par ailleurs, il pourrait être envisagé d'expérimenter des protocoles de coopération entre professionnels pour permettre à des professionnels paramédicaux (infirmiers par exemple) de participer à la démarche de sevrage, y compris concernant la prescription de substituts nicotiniques. Ceci pourrait favoriser l'augmentation significative d'une offre de soins aujourd'hui insuffisante. De même, les pharmaciens pourraient être associés à la prise en charge du dépistage et du sevrage. Enfin, comme l'a relevé l'un des représentants des médecins libéraux, la mise en œuvre de politiques régionales de lutte contre les addictions et le soutien apporté aux maisons et pôles de santé pluriprofessionnels pourraient contribuer utilement aux actions de lutte contre le tabagisme.

La mise en place d'un parcours coordonné d'aide au sevrage pourrait ainsi être étudiée, en s'appuyant sur les recommandations de la Haute Autorité de santé. Ce parcours pourrait comporter des étapes intégrant le dépistage systématique, l'orientation vers Tabac Info service ou une consultation assurée par des professionnels de santé, la prise en charge des substituts nicotiniques et enfin une orientation organisée vers des consultations spécialisées dans les cas complexes (centres d'aides à l'arrêt). Il serait défini en coordination avec la ligne Tabac info service et avec des centres pouvant assurer une prise en charge individualisée. À cet effet, les consultations d'addictologie dans les structures hospitalières et médicosociales devraient être renforcées, en identifiant des compétences spécialisées en tabacologie. En particulier, dans la mesure où les consultations de tabacologie hospitalières ne sont pas fréquentées par les jeunes, il faut développer les lieux de proximité où les jeunes peuvent être écoutés, pris en charge ou orientés si besoin vers d'autres structures.

La mobilisation des professionnels de santé est en tout état de cause essentielle. Tous les professionnels doivent ainsi être sensibilisés au fait que le tabagisme constitue la première cause de mortalité évitable en France, avec plus de 70 000 morts par an, et qu'il s'agit donc de la première priorité de santé publique.

(1) Le rapport précité sur la prévention sanitaire (2012) proposait en effet d' « organiser des consultations de prévention systématiques en fonction des tranches d'âge chez le médecin traitant, en s'appuyant sur des recommandations de la Haute Autorité de santé » (proposition n° 26).

Proposition n° 14 : Mieux associer les professionnels de santé, en particulier les généralistes, à la politique de lutte contre le tabagisme :

– améliorer la formation initiale et continue des professionnels de santé sur les addictions et la prise en charge de la dépendance tabagique, mettre à la disposition des médecins libéraux des outils spécifiques d'information des patients, en sensibilisant les professionnels au fait que le tabac demeure la première cause de mortalité évitable et qu'il s'agit donc de la première préoccupation de santé publique ;

– encourager et valoriser l'implication des médecins en matière de prévention, en expérimentant l'introduction d'un indicateur relatif au tabac dans le dispositif de rémunération sur objectifs de santé publique *(« pay for performance »)* ainsi que des consultations de prévention dédiées, à certaines tranches d'âge ;

– instaurer un parcours d'aide au sevrage coordonné impliquant les médecins traitants, les pharmaciens et les personnels paramédicaux ;

– renforcer les consultations d'addictologie dans les structures hospitalières et médico-sociales, en identifiant des compétences spécialisées en tabacologie.

3. Améliorer la prise en charge et intensifier les actions en direction des femmes enceintes

Fumer pendant la grossesse constitue un facteur de risque de complications périnatales telles que les fausses couches précoces, les retards de croissance intra-utérins, les accouchements prématurés et les morts périnatales (fœtales et néonatales) Or, la consommation de tabac chez les femmes enceintes reste à un niveau élevé en France, comme l'indique l'encadré ci-après.

Pour améliorer cette situation, plusieurs mesures ont été prises sur la période récente, notamment la possibilité pour les sages-femmes de prescrire de substituts nicotiniques, l'augmentation du forfait de prise en charge des substituts nicotiniques (150 euros pour les femmes enceintes), ou encore la circulaire du 17 février 2012 relative à la formation des personnels des maternités [(1)].

« C'est en France que les femmes fument le plus pendant la grossesse » :
les enseignements d'une étude portant sur douze pays européens (mars 2012)

Dans la plupart des pays européens, plus de 10 % des femmes fument pendant leur grossesse. Le pourcentage de femmes enceintes fumeuses se situe entre 5 et 7 % en Lituanie, République tchèque, Suède et Malte contre 16 % au Danemark et 17,1 % en France en 2010. Sur les douze pays comparés, la France est le pays qui affiche la plus grande part de femmes enceintes fumeuses. Cela retentit très défavorablement sur les indicateurs de périnatalité, en particulier la prématurité et le retard de croissance (2,5 fois plus fréquent chez une femme fumant plus de dix cigarettes par jour).

Source : HCSP, La santé en Europe : convergences et contrastes (mars 2012)

(1) Circulaire DGOS/RH4 n° 2012-80 du 17 février 2012 relative à la formation des personnels des maternités à la prévention et à la prise en charge du tabagisme chez les femmes enceintes.

Selon les informations recueillies par les rapporteurs [(1)], différentes actions ont également été menées par l'Assurance Maladie afin de sensibiliser à cette question les assurées ainsi que les professionnels de santé [(2)] (gynécologues, sages femmes et médecins traitants). La nouvelle convention médicale de juillet 2011 [(3)] prévoit par ailleurs que *« de nouveaux programmes de prévention doivent être développés pour (...) prévenir les risques liés au tabac chez la femme tout au long de la vie et particulièrement pendant la grossesse».*

Le tabagisme des femmes enceintes n'en doit pas moins faire l'objet d'une attention plus soutenue, à travers notamment les mesures suivantes :

– la généralisation de la mesure du monoxyde de carbone (CO) expiré pendant les consultations de suivi de grossesse, proposée par plusieurs personnes entendues par les rapporteurs ainsi que par l'Académie de médecine ;

– l'amélioration de la formation de l'ensemble des professionnels de santé sur les effets du tabagisme pendant la grossesse, mais aussi sur le dépistage et sur la prise en charge du tabagisme (maternités, professionnels libéraux, services de PMI) ;

– le soutien au déploiement de la charte « Maternité sans tabac » : le rapport précité du professeur Maurice Tubiana soulignait, en mai 2009, que la charte proposée n'avait été signée que par 55 % des maternités et qu'elle n'était pas complètement respectée. Le respect de cette charte pourrait être pris en compte dans la certification, par la HAS, des établissements de santé.

D'autres mesures en direction des femmes enceintes mériteraient également d'être étudiées, par exemple des relances téléphoniques ou autres actions d'information par les caisses de sécurité sociale. Des actions de communication en direction des femmes enceintes doivent également être organisées régulièrement.

Proposition n° 15 : Améliorer la prise en charge et intensifier les actions en direction des femmes enceintes :

– renforcer la formation de l'ensemble des professionnels de santé sur les effets du tabagisme pendant la grossesse et former les professionnels impliqués dans le suivi de la grossesse au dépistage et à la prise en charge du tabagisme ;

(1) Réponse de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) au questionnaire adressé par les rapporteurs (décembre 2012).

(2) Informations qualitatives sur le suivi des femmes enceintes de leur département et leur région, supports d'aide à la pratique mis à leur disposition : mémo grossesse reprenant les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) sur le suivi de la femme enceinte, publiées en 2007 et documents destinés aux patientes pour les sensibiliser notamment aux risques liés au tabac et à l'alcool.

(3) Convention nationale conclue le 26 juillet 2011 entre la CNAMTS et les représentants des médecins généralistes spécialistes, approuvée par arrêté du 22 septembre 2011.

– généraliser la mesure du monoxyde de carbone expiré pendant les consultations de suivi de grossesse et soutenir le déploiement du dispositif « Maternité sans tabac » et procéder régulièrement à son évaluation ;

– organiser régulièrement des actions de communication en direction des femmes enceintes.

AUDITION DE M. DIDIER MIGAUD, PREMIER PRÉSIDENT DE LA COUR DES COMPTES

Lors de sa séance du 13 décembre 2012, le Comité entend M. Didier Migaud, Premier président de la Cour des comptes, sur l'évaluation des politiques publiques de lutte contre le tabagisme, réalisée par la Cour des comptes à la demande du Comité.

M. le président Claude Bartolone. Nous allons entendre le Premier président de la Cour des comptes, M. Didier Migaud, nous présenter la contribution de la Cour des comptes à l'évaluation des politiques publiques de lutte contre le tabagisme.

Je vous rappelle que cette évaluation a été demandée par le Comité d'évaluation et de contrôle à la fin de la treizième législature. Après l'évaluation de la médecine scolaire et de l'hébergement d'urgence, il s'agit du troisième rapport d'évaluation d'une politique publique remis par la Cour des comptes au Comité. Un quatrième rapport portant sur les dispositifs publics d'aide à la création d'entreprises nous sera présenté en janvier prochain.

Le Premier président Didier Migaud nous fait l'honneur de présenter lui-même ce rapport. Il est accompagné de M. Antoine Durrleman, président de la sixième chambre de la Cour, de M. Jean-Marie Bertrand, président de chambre et rapporteur général, de M. Jean Picq, président de chambre et contre-rapporteur de cette évaluation, ainsi que de l'équipe des rapporteurs dont les travaux ont été coordonnés par Mme Marianne Levy-Rosenwald, conseillère maître.

Cette audition, à laquelle participent nos deux rapporteurs, Denis Jacquat et Jean-Louis Touraine, est ouverte à la presse.

Le rapport a été distribué.

M. Didier Migaud, Premier président de la Cour des comptes. Monsieur le président de l'Assemblée nationale, messieurs les rapporteurs, mesdames, messieurs les députés, c'est la troisième fois que je viens présenter un rapport d'évaluation réalisé par la Cour à la demande du Comité d'évaluation et de contrôle de l'Assemblée nationale. Le sujet de la lutte contre le tabagisme répond à une préoccupation forte. Il a commencé à nourrir vos travaux au cours des dernières semaines et je sais toute l'implication de vos deux rapporteurs. La Cour vous présente aujourd'hui sa contribution à l'évaluation de cette politique publique.

Pour cela, j'ai à mes côtés M. Antoine Durrleman, président de la sixième chambre de la Cour, M. Jean-Marie Bertrand, président de chambre et rapporteur général de la Cour, M. Jean Picq, président de chambre maintenu et contre-

rapporteur, Mme Marianne Levy-Rosenwald, présidente de section, M. Christian Phéline, conseiller maître, Mme Delphine Champetier de Ribes, auditrice, ainsi que Mme Esmeralda Luciolli, rapporteur. Ils m'assisteront pour répondre à vos questions.

La Cour a mis en place de nouvelles procédures et méthodologies de travail pour conduire les évaluations de politiques publiques, mission nouvelle que la Constitution lui a confiée en 2008. Ainsi, pour mener son évaluation de la politique de lutte contre le tabagisme au cours des dix dernières années, elle a décidé de s'entourer d'un groupe d'appui dont les membres ont été choisis *intuitu personae* pour la diversité de leurs compétences. Ce groupe, qui s'est réuni à échéances régulières tout au long du contrôle, a permis de s'assurer de la prise en compte la plus exhaustive possible des travaux d'expertise réalisés en ce domaine, d'être informé des recherches les plus abouties en France et à l'étranger, et d'identifier les pays en pointe dans la lutte contre le tabagisme.

La Cour a également exploité les résultats d'un sondage d'opinion que l'Assemblée nationale a bien voulu commander sur sa proposition à l'IFOP et que je commenterai dans quelques instants.

En tant qu'évaluateur, la Cour s'est attachée à solliciter l'ensemble des parties prenantes à un titre ou à un autre, au-delà des seuls acteurs de santé publique. Elle a ainsi recueilli le point de vue des buralistes, des fabricants de tabac et des responsables de cafés, hôtels ou restaurants. Elle a auditionné longuement et à deux reprises leurs représentants, leur a demandé de formaliser leur position par écrit s'ils le souhaitaient et leur a soumis tout ou partie de ce rapport dans la traditionnelle phase de contradiction de ses travaux. C'est, me semble-t-il, une des valeurs ajoutées de ce rapport : mettre en lumière le jeu des différents acteurs et les freins, patents ou cachés, qu'ils peuvent opposer à l'atteinte des objectifs de lutte contre le tabagisme.

Enfin, la Cour s'est attachée à prendre en compte la dimension internationale, en particulier dans ses aspects communautaires et au regard des engagements pris par la France en application de la convention cadre de lutte contre le tabac adoptée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Elle a également pris le soin d'étudier, y compris sur place s'agissant de la Grande Bretagne, les politiques publiques menées dans d'autres pays. Ces comparaisons internationales ont été particulièrement riches d'enseignements.

Je vais maintenant vous présenter les principaux enseignements qui peuvent être tirés de ce rapport et les plus importantes des trente-deux recommandations que la Cour a formulées.

Le premier enseignement est que les risques liés au tabagisme, qui constitue de très loin, avec 73 000 décès par an – soit 200 décès par jour –, la première cause de mortalité évitable en France, sont encore gravement sous-estimés par la population, alors que le tabagisme connaît désormais, après

plusieurs années de baisse continue, une inquiétante progression, en particulier chez les femmes, les jeunes et les personnes en situation de précarité.

Le second enseignement est que, malgré ces enjeux, la volonté de l'État a fléchi et une véritable politique de lutte contre le tabagisme n'a pas été structurée : les acteurs sont dispersés, les initiatives parcellaires et discontinues, les objectifs visés parfois contradictoires.

Le troisième enseignement est que les moyens de l'État ont été mobilisés de façon trop importante pour le soutien aux buralistes. Les aides dont ceux-ci ont bénéficié, très importantes au regard des sommes allouées aux autres aspects de cette politique, ont pour l'essentiel donné lieu à un pur effet d'aubaine, car le revenu des buralistes a connu une forte progression. Ce constat, combiné avec le moratoire fiscal décidé par les pouvoirs publics, met en évidence le poids toujours important des intérêts économiques et financiers qui viennent émousser les efforts de lutte contre le tabagisme.

Le quatrième et dernier enseignement est que l'action de l'État devrait être redéployée en faveur de la prévention, de l'aide à l'arrêt du tabac et du renforcement des contrôles. En effet, les multiples réglementations à visée sanitaire, qui se sont renforcées dans la période récente – interdiction de vente aux mineurs, interdiction de fumer dans les lieux publics notamment –, font l'objet d'une application souvent défaillante et de contrôles publics déficients.

Je vais revenir sur chacun de ces quatre enseignements.

Le premier concerne la méconnaissance des risques liés au tabagisme, alors que la consommation de tabac a cessé de baisser depuis 2005 et que l'on enregistre depuis 2011 une inquiétante progression du tabagisme, en particulier chez les femmes, les jeunes et les personnes en situation de précarité.

La lutte contre le tabagisme représente un enjeu de santé publique de première importance : le nombre de décès attribuables au tabac dans notre pays, estimé à 60 000 par an jusque récemment, peut désormais être évalué, comme je l'ai dit, à 73 000 selon une étude nouvellement parue menée par une épidémiologiste reconnue, Catherine Hill, à partir d'une méthodologie validée par l'OMS. Le tabac est, de loin, la première cause de décès évitables, bien plus que l'alcool – environ 30 000 décès par an –, les suicides – 10 000 décès – et les accidents de la route – 4 000 décès. Les pathologies associées au tabac – cancers, maladies cardio-vasculaires, pathologies respiratoires chroniques – sont d'une exceptionnelle gravité : un fumeur sur deux décède d'une pathologie liée au tabac.

Fumer tue. Trop de Français ignorent à quel point. Selon le sondage de l'IFOP, une personne sur quatre sous-estime la proportion de décès de fumeurs liés au tabac, en l'évaluant à moins d'un sur dix. S'agissant du nombre de décès par an, une personne sur deux estime le nombre de morts par an à 600 ou 6 000, alors que le chiffre est plus de douze fois supérieur. La méconnaissance des risques est la plus forte chez les jeunes, les femmes, les catégories socio-

professionnelles les moins favorisées, ainsi que chez les fumeurs eux-mêmes. Alors que la communication est un outil indispensable à la lutte contre le tabagisme, la modestie des moyens qui lui sont affectés en limite la portée : ils sont près de dix fois moins importants que ceux consacrés à la communication sur la sécurité routière alors même que le tabac provoque un nombre de décès sans commune mesure avec les accidents de la route. La Cour recommande qu'une vigoureuse campagne pluriannuelle d'information soit engagée.

Au-delà de la santé de chaque fumeur, il s'agit d'un enjeu collectif majeur. Le tabagisme est à l'origine de dépenses de soins et de coûts indirects considérables. Les coûts liés aux décès et aux pathologies du tabac sont cependant très insuffisamment documentés. Une étude réalisée par la Caisse nationale d'assurance maladie à la demande de la Cour estime, dans une évaluation qui reste très partielle, à 12 milliards d'euros au minimum par an la charge pour le seul régime général de sécurité sociale. Mais les effets indirects et différés du tabac sur la santé, qui sont à l'évidence considérables, ne font toujours pas l'objet d'analyse fine. Les incidences négatives pour la collectivité, en prenant en compte notamment l'ensemble des pertes liées aux décès prématurés des fumeurs, ont été estimées à plus de 45 milliards d'euros, mais cette étude est déjà ancienne. Le sujet du coût du tabac mériterait d'être davantage étudié. Les lacunes en la matière mettent en évidence la faiblesse des moyens dont dispose la recherche en épidémiologie sur le tabac.

Ces imprécisions ne peuvent en effet que fragiliser la lutte contre le tabagisme. Elles nourrissent de fait une suspicion, diffusée notamment par les fabricants de tabac, sur la réalité des enjeux médico-économiques du tabagisme. Certains vont jusqu'à émettre l'idée que la contribution des fumeurs à la collectivité par le biais des taxes qu'ils acquittent serait en définitive supérieure aux coûts qu'ils induisent. Au-delà des questions éthiques que soulève un tel raisonnement, la Cour appelle à ce que soit rapidement mise en place une méthode fiable et publique d'évaluation de ces coûts. Le raisonnement sur le coût du tabac dans la prise en charge de la dépense de santé doit s'inscrire dans l'enjeu plus large de la croissance des affections de longue durée (ALD), car la progression des pathologies liées au tabac en constitue l'une des explications principales. Près des trois quarts des prises en charge par l'assurance maladie des pathologies liées au tabac s'effectuent déjà dans le cadre des ALD et cette proportion continue d'augmenter.

La persistance d'une méconnaissance de la dangerosité du tabac est particulièrement inquiétante dans le contexte actuel qui voit une recrudescence du tabagisme. Si les ventes de tabac ont baissé en longue période, pour être divisées par deux entre 1991 et aujourd'hui, ce mouvement de baisse s'est interrompu depuis 2005. Les hausses de prix pratiquées depuis cette date n'ont donc pas produit l'effet attendu. Sans qu'on puisse mesurer précisément leur impact sur les volumes consommés, les achats de tabac en dehors du réseau des buralistes ont progressé et représentent désormais 20 % des achats d'ensemble. Ces achats hors réseau sont pour les trois quarts légaux. Combinés avec la stagnation des achats

dans le réseau, ils conduisent à penser que la consommation de tabac s'est inscrite sur une trajectoire croissante. Ils mettent aussi en évidence la nécessité d'une meilleure coordination européenne des politiques de lutte contre le tabagisme, et notamment du maniement de l'outil fiscal, afin de ne pas créer des écarts de prix d'un pays à l'autre qui favoriseraient excessivement les achats hors réseau, légaux comme illégaux. Ce constat devrait aussi conduire la France à négocier une exception à la libre circulation des biens dans l'Union européenne permettant de limiter les importations légales de tabac, notamment par les particuliers.

Le tabagisme a de fait connu depuis 2011, selon les dernières statistiques épidémiologiques, une sensible remontée. Il touche 38 % des hommes et 30 % des femmes. Les objectifs fixés à cet égard pour 2009 par la loi de santé publique d'août 2004 sont encore très loin d'être atteints : l'écart est de 7 points pour les femmes et de 6 points pour les hommes. Notre pays se situe dans une position internationale médiocre, plus défavorable que celle de l'Allemagne, de l'Italie ou du Royaume-Uni. Un Français sur trois fume, contre un Britannique sur cinq. Certains signes sont inquiétants, comme le maintien d'une prévalence du tabac élevée chez les femmes enceintes, ainsi que la progression du tabagisme des jeunes, déjà particulièrement élevé par rapport aux autres pays européens.

Cela m'amène au deuxième enseignement de l'évaluation : cette recrudescence du tabagisme peut être mise en relation avec l'absence, depuis plusieurs années, d'une politique suffisamment volontariste et structurée pour inverser la tendance. Les acteurs sont dispersés ; les initiatives ont été parcellaires et discontinues, les objectifs visés parfois contradictoires.

Tout d'abord, les obligations internationales qui encadrent et guident les politiques de lutte contre le tabagisme sont encore insuffisamment connues et appliquées dans notre pays.

La France a pu sembler, il y a quelques années, être une « bonne élève ». Notre pays a en effet été, en octobre 2004, le premier État européen à ratifier la convention cadre de lutte contre le tabac de l'Organisation mondiale de la santé. Mais huit ans après, une partie importante des recommandations issues soit directement de la convention cadre soit des lignes directrices qui l'accompagnent ne sont pas appliquées, qu'il s'agisse du caractère spécifique à donner à cette politique, de la nécessité de sa continuité, ou des dispositions recommandées pour limiter l'attractivité des produits du tabac, telles que l'instauration d'un paquetage neutre ou l'interdiction de les exposer sur les lieux de vente. La Cour recommande que ces deux mesures soient mises en œuvre, car elles peuvent avoir un impact significatif sur la consommation de tabac, en particulier chez les jeunes, qui sont les plus sensibles à l'effet des marques. Elle recommande également l'interdiction totale de la publicité, même sur les lieux de vente.

Les responsabilités en matière de lutte contre le tabagisme apparaissent diluées : elles concernent plusieurs ministères – celui de la santé certes, mais aussi celui des finances et celui de l'intérieur –, la Mission interministérielle de lutte

contre la drogue et la toxicomanie, ainsi que différentes directions d'administration centrale, y compris au sein même du ministère de la santé, les agences sanitaires et les agences régionales de santé.

Depuis la loi Veil de 1976, qui est restée le seul texte consacré spécifiquement à la lutte contre le tabagisme, la politique menée s'est toujours inscrite dans des plans de santé à vocation plus large, notamment les plans de lutte contre le cancer. L'OMS souligne le manque de clarté et la dispersion des outils de lutte contre le tabagisme en France.

Alors que le premier plan cancer 2003-2007 prévoyait des mesures volontaristes, notamment une hausse importante de la fiscalité, l'interdiction de la vente aux mineurs et l'interdiction de fumer dans les lieux collectifs, le second plan cancer 2009-2013 qui l'a suivi marque une ambition bien moindre. Il demeure cependant à ce jour le seul dispositif national de santé publique visant à lutter contre le tabagisme. En effet, le premier plan sur les addictions 2007-2011, qui traitait du tabagisme, n'a pas été reconduit. Ni le plan « Santé des jeunes 16-25 ans » adopté en 2008 ni le plan « Périnatalité » ne font référence au tabagisme. Ces exemples illustrent la dispersion des outils, la discontinuité dans l'action, l'absence de mise en cohérence d'ensemble ainsi qu'un net fléchissement dans le volontarisme.

Dans ce contexte, les résultats des politiques de lutte contre le tabagisme au cours des dernières années sont préoccupants au vu de la récente remontée de la prévalence du tabagisme.

La Cour recommande un portage politique fort et continu – et l'Assemblée nationale, en commandant ce rapport, va en ce sens –, comme celui que connaît la sécurité routière. L'animation, par la direction générale de la santé, d'un comité interministériel permettrait de définir des objectifs, de décider des actions, d'impliquer l'ensemble des administrations et d'améliorer les capacités d'observation dont la Cour souligne les lacunes, dans le cadre d'un plan de santé publique dédié, comme le demande l'OMS.

Le troisième enseignement concerne l'efficacité des outils d'action de l'État : ceux-ci ont été mobilisés prioritairement pour un soutien de grande ampleur aux buralistes qui s'est révélé un effet d'aubaine pour la plupart.

La tabaculture française est aujourd'hui résiduelle et la fabrication de produits du tabac n'est désormais plus assurée en France que par quatre usines comptant environ 700 salariés, ce secteur industriel étant désormais complètement internationalisé. L'industrie du tabac est pour autant un acteur présent et critique à l'égard des modalités de la lutte contre le tabagisme, notamment sur l'efficacité de fortes hausses de prix : elle considère que ces hausses ont pour principal effet l'augmentation des achats hors du réseau des buralistes. Les buralistes et les fabricants de tabac ont ainsi obtenu de l'État un moratoire sur la fiscalité qui représente aujourd'hui 80 % du prix des cigarettes. Ce moratoire n'a pas empêché

les fabricants de procéder à des hausses régulières de prix. Ces hausses ont certes été fiscalement et commercialement rémunératrices, selon une stratégie d'optimisation financière à la fois pour l'État, les fabricants et les buralistes, mais elles sont restées en deçà du rythme propre à modérer durablement le volume de la consommation. Or, selon la convention cadre de l'OMS, l'augmentation des prix du tabac et le levier de l'impôt doivent être considérés comme « un moyen efficace et important » des politiques de santé publique, et non pas comme un simple facteur de rendement financier. La Cour recommande de renforcer l'indépendance de la prise de décision publique et de poursuivre une politique volontariste de relèvement des prix, suffisamment marquée pour provoquer l'effet attendu pour la santé publique, c'est-à-dire une baisse effective et durable de la consommation.

Les buralistes ont, en tant que préposés de l'administration, le monopole de la distribution du tabac. Ils ont bénéficié de près de 2,6 milliards d'euros d'aides entre 2004 et 2011, soit plus de 300 millions d'euros par an, notamment par le biais de deux « contrats d'avenir » successifs. Ces contrats étaient destinés à l'origine à compenser la stagnation, voire la baisse de chiffre d'affaires qui était attendue au moment où, en 2003, une hausse importante de la fiscalité a été décidée. Or, c'est l'inverse qui s'est produit : le chiffre d'affaires des buralistes a continué de progresser, et la rémunération moyenne des débitants, hors aides publiques, a progressé de près de 54 % de 2002 à 2011, dès lors que celle-ci est demeurée proportionnelle aux prix. Aides publiques comprises, la progression a été de 70 %, à comparer à une inflation de l'ordre de 20 % sur la période et au contexte général de stabilité ou de baisse de pouvoir d'achat de la plupart des catégories professionnelles. Il en a résulté, pour la plupart des bénéficiaires, un effet d'aubaine massif. Même si les débitants situés à proximité des frontières ont effectivement souffert de la progression des achats transfrontaliers qui représentent environ 15 % de la consommation – le trafic illicite étant pour sa part évalué à 5 % –, les aides n'ont pas été ciblées sur eux. Cette dépense publique nécessite d'être recentrée sur les seuls buralistes rencontrant un repli significatif de leur revenu. Dans le même temps, notre pays doit intensifier la lutte contre la contrebande de tabac et préserver le régime de limitation des acquisitions de tabac à l'étranger que risque de fragiliser un contentieux communautaire en cours.

Ce constat illustre l'incohérence de l'utilisation des moyens financiers de l'État. Alors que près de 300 millions d'aides sont chaque année consenties au bénéfice des professions potentiellement touchées à terme par la réduction attendue de la consommation du tabac, mais dont le revenu continue aujourd'hui de croître, ce sont seulement quelques dizaines de millions d'euros qui sont consacrés chaque année au financement des dispositifs de prévention du tabagisme.

Ce n'est pas la seule singularité de l'équation financière dans laquelle s'inscrit la politique de lutte contre le tabagisme.

Le tabac apporte une contribution importante au financement des comptes sociaux. Les ressources tirées de la fiscalité du tabac atteignent près de 15 milliards d'euros par an, dont 11,5 sont affectés à la sécurité sociale, essentiellement pour le financement de l'assurance maladie, laquelle supporte la charge la plus directe du tabagisme. Cette dernière se trouve donc placée dans une situation paradoxale de dépendance à l'égard d'une ressource dont le niveau est directement lié au maintien d'une addiction qu'elle est supposée combattre. Dès lors, l'arbitrage entre les objectifs immédiats de rendement financier et les impératifs de santé publique est délicat. Cette situation, conjuguée avec la pression qu'exercent les acteurs économiques du tabac, favorise des choix de court terme – dont le moratoire fiscal est une illustration – qui font perdre de vue l'essentiel : les bénéfices à long terme qui pourraient être tirés d'une forte diminution de la consommation de tabac, même d'un strict point de vue financier, dépassent largement la perte de fiscalité qui en résulterait.

Le quatrième et dernier enseignement est donc que les moyens devraient être redéployés en faveur de la prévention, de l'aide à l'arrêt du tabac et du renforcement des contrôles.

La Cour a constaté que les multiples réglementations à visée sanitaire, qui se sont renforcées dans la période récente – interdiction de vente aux mineurs, interdiction de fumer dans les lieux publics notamment –, faisaient l'objet d'une application souvent défaillante et de contrôles publics déficients. L'insuffisance des contrôles est particulièrement manifeste en matière d'interdiction de vendre du tabac aux mineurs ou de fumer dans les lieux publics : un buraliste ne risque d'être contrôlé sur place qu'une fois par siècle par les agents de la direction des douanes ; à trois exceptions près, les préfets n'ont pas fait remonter au ministère de l'intérieur le bilan qui leur avait été demandé de l'application de l'interdiction de fumer dans les lieux publics.

Dans ces conditions, ce sont les associations antitabac qui, par leurs actions judiciaires et dans la mesure de leurs moyens limités, veillent à l'application de la réglementation. La revue de jurisprudence à laquelle la Cour a fait procéder dans le cadre de cette évaluation est à cet égard une première. Elle est particulièrement instructive sur la diversité et l'ampleur des manquements que ces associations ont pu relever et faire condamner.

Si la France dispose en définitive d'un arsenal réglementaire très développé, supérieur à celui de bien d'autres pays, l'efficacité de ce dispositif est réduite du fait de l'absence de contrôles et de sanctions effectives, qui, une fois de plus, contraste avec l'implication des administrations de l'État dans la politique de sécurité routière. Cette situation contraste également avec celle qui prévaut au Royaume-Uni. La crédibilité de l'ensemble des actions de lutte contre le tabagisme ne peut en être que gravement affectée.

La prévention du tabagisme et l'aide à l'arrêt du tabac constituent un enjeu essentiel qui est resté très insuffisamment pris en compte. J'ai déjà évoqué les

dépenses pour l'organisation de campagnes de communication vers le grand public. Plus généralement, une attention très insuffisante est portée à la prévention de l'entrée dans le tabagisme, en particulier chez les jeunes : les services de santé scolaire sont dépourvus d'outils et en demeurent à des initiatives isolées. Quant à l'aide à l'arrêt du tabac, elle pâtit d'une offre de consultations spécialisées mal identifiée et qui pourrait être démultipliée si des personnels paramédicaux formés à cet effet pouvaient également contribuer à la prise en charge des actions de sevrage tabagique, comme au Royaume-Uni ou au Québec. La prise en charge des substituts nicotiniques par l'assurance maladie fait l'objet d'une expérimentation à la fois limitée dans son champ et hésitante dans son ciblage. Cette prise en charge pourrait s'intégrer, comme cela est notamment le cas en Grande-Bretagne, dans une stratégie d'ensemble mettant en cohérence une politique de prix élevés, une réglementation rigoureuse, rigoureusement appliquée et méthodiquement contrôlée, des campagnes de communication actives. Dans ce contexte, une aide au sevrage prise en charge par l'assurance maladie pourrait trouver sa place dans le cadre d'un accompagnement spécifique organisé autour d'un réseau de consultations spécialisées et des professionnels de santé libéraux de premier recours, médecins et pharmaciens, vers lesquels les lignes d'assistance téléphonique dédiées à l'information sur le tabac pourraient renvoyer, ce qui n'est actuellement pas le cas en France.

C'est de fait par une telle politique alliant pédagogie, aide concrète et personnalisée, contrôle très strict et systématique de l'application de la réglementation, que le Royaume-Uni est parvenu à réduire de près de dix points le niveau de consommation du tabac en dix ans : la proportion de fumeurs dans l'ensemble de la population y est passée de 30 % à 20 % ; près de 800 000 fumeurs sont entrés, en 2010, dans le dispositif d'aide à l'arrêt du tabac, particulièrement accessible et efficace.

Devant les inquiétants reculs qu'elle a constatés, la Cour met en lumière l'impérieuse nécessité de passer de politiques seulement juxtaposées à une politique renouvelée de lutte contre le tabagisme, coordonnée, visible, définie dans une loi de santé publique et conduite comme telle dans la durée. Cette inscription de l'effort dans le temps long est incontournable, eu égard à l'échelle de temps nécessaire pour modifier en profondeur les comportements et obtenir des résultats pérennes. La Cour cherche ainsi à contribuer au nouvel élan qu'appelle une action qui a donné d'indiscutables résultats depuis la loi Veil de 1976 et la loi Évin de 1991, mais qui s'est essoufflée. Le précédent de la sécurité routière illustre la possibilité d'un retournement collectif du comportement et de la perception dominante. Même si l'une des caractéristiques de la lutte contre le tabagisme est l'absence de lien univoque entre les divers outils de l'action publique et leur incidence propre sur la baisse de l'addiction, c'est avec le souci de vous permettre de disposer d'un large éventail de propositions susceptibles de contribuer à une relance de la politique de lutte contre le tabagisme que la Cour a conduit son évaluation.

M. le président Claude Bartolone. Merci pour ce rapport important et inquiétant, monsieur le Premier président.

M. Jean-Louis Touraine, rapporteur. Au nom du Comité d'évaluation et de contrôle, je remercie à mon tour chaleureusement le Premier président et les magistrats de la Cour des comptes pour ce travail clair et inquiétant qui nous oblige à des actions rapides et efficaces.

Avec, comme cela a été rappelé, 73 000 morts par an, le tabagisme est le premier enjeu de santé publique de notre pays. Première cause de mortalité évitable, il progresse de façon inquiétante parmi les jeunes. Notre action doit donc être plus déterminée, plus cohérente et plus efficace.

Nous sommes en accord total avec l'ensemble des analyses et des propositions du rapport de la Cour. Ce document sera porté en annexe du rapport que nous remettrons en février et qui comportera d'autres éléments issus des auditions, des visites et des observations internationales que nous avons pu réaliser. Au total, ce corpus devra permettre de convaincre l'ensemble des responsables français de l'impérieuse nécessité d'une action volontaire et durable.

Nous sommes aujourd'hui dans le peloton de queue européen. Nous devons revenir dans le peloton de tête que la loi Veil de 1976, la loi Évin de 1991 et les mesures de 2004 nous avaient permis de rejoindre. À chacun de ces moments, la prévalence du tabagisme et la consommation du tabac ont diminué.

Rappelons à cet égard que le risque de surmortalité par infarctus du myocarde cesse dans les jours qui suivent l'arrêt de la consommation de tabac. En d'autres termes, si l'effet sur la mortalité par cancer est bien évidemment différé, l'effet sur les maladies cardiovasculaires est immédiat.

Malheureusement, le relâchement des mesures prises, un certain laxisme, voire un épuisement de certains acteurs, ont entraîné la perte de cohérence et d'efficacité de la politique menée. Pendant ce temps, le lobby du tabac poursuit sa démarche de recrutement de populations supplémentaires.

Il est nécessaire de prévoir le plus tôt possible une grande loi de santé publique consacrant un volet très substantiel à la lutte contre le tabagisme. Ce texte devra permettre, bien entendu, un combat contre toutes les addictions. Mais le tabac est la première d'entre elles et souvent la porte d'entrée vers d'autres addictions. Beaucoup de jeunes deviennent dépendants avant d'atteindre leur centième cigarette. Plus ils ont commencé tôt, plus le sevrage est difficile. Bien souvent, ils commencent ensuite à fumer du cannabis.

Pour aider les Français à se libérer du fléau du tabagisme sans aller jusqu'à la prohibition, il faut mener deux principaux combats.

D'abord la prévention primaire, qui vise à réduire le nombre des jeunes qui entrent dans l'addiction tabagique et pour laquelle le rapport de la Cour préconise toute une série de mesures.

Ensuite l'aide au sevrage. La Cour souligne tout le bénéfice d'une telle démarche non seulement en termes de vies humaines, mais aussi en termes financiers puisque le coût de sa prise en charge est modique. Il faudra donc la mener avec plus de détermination et d'ampleur, à l'instar de la politique qui a permis aux Britanniques d'obtenir des résultats positifs.

J'en viens à mes questions.

Si la Cour mentionne les mesures additionnelles qu'il conviendra de prendre, elle souligne aussi qu'il faut d'abord faire respecter les nombreuses mesures existantes. En effet, le dispositif français n'est pas moins important qu'ailleurs, mais il est moins bien appliqué. L'interdiction de vente aux mineurs n'est guère respectée. Vous l'avez indiqué, un buraliste risque d'être contrôlé par les douanes une fois par siècle. Un réel respect de l'interdiction nécessite des conditions tout autres ! Pourquoi ne pas adopter le principe du « *no ID, no sale* » – « pas de carte d'identité, pas de tabac » – affiché chez tous les buralistes de Grande-Bretagne ? Trop souvent, l'enfant prend prétexte qu'il vient acheter des cigarettes pour ses parents, ou il ajoute deux ou trois ans à son âge réel. Quel est le point de vue de la Cour des comptes sur la possibilité d'appliquer, en France, une mesure contraignant à présenter sa carte d'identité à chaque achat ?

La Cour souligne la nécessité de faire respecter l'interdiction de la publicité, suggérant même de l'étendre aux lieux de vente. Comment éviter que des dérogations n'affaiblissent le message ?

La Cour met également en évidence une fiscalité à géométrie variable : des taxes différentes s'appliquent aux cigarettes, au tabac à rouler, aux cigarillos, aux cigares. J'ignore les raisons de telles différences, mais cela n'a pas de sens ! Mieux vaudrait une fiscalité unique et claire sur tous les produits dérivés du tabac, étendue d'ailleurs au papier à cigarette dont l'usage, qu'il serve au tabac ou au cannabis, n'a pas à être encouragé.

Enfin, la Cour relève comme nous l'implication insuffisante des professionnels de santé. Face au risque d'épidémie de grippe H1N1, on a voulu vacciner les Français sans impliquer les médecins généralistes et les pharmaciens. Ce fut un fiasco. De même, lutter contre le tabagisme sans impliquer le médecin de famille ne peut que conduire à l'échec.

Il faudrait que chaque patient puisse avoir un entretien avec son médecin au sujet du tabac dans le cadre d'une consultation spécifique. Quelques secondes à la fin d'une consultation pour une autre pathologie ne suffisent pas : il faut y passer du temps et il faut un *coaching*. Le médecin doit pouvoir expliquer à son patient qu'un échec n'est pas rédhibitoire, par exemple. La plupart des anciens fumeurs ne se sont arrêtés qu'après deux ou trois tentatives, voire davantage.

Chacune de ces tentatives ne devrait-elle pas faire l'objet d'une aide financière, pour prendre en charge les moyens du sevrage et donner au médecin le temps de discuter avec son patient, de l'encourager ?

M. Denis Jacquat, rapporteur. Je tiens à remercier Jean-Louis Touraine pour notre coopération qui se traduira par la remise d'un rapport en février. Je remercie également le président Bernard Accoyer qui a saisi la Cour des comptes d'une demande d'évaluation de la politique de lutte contre le tabagisme, et le président Claude Bartolone qui a pris le relais. Le rapport du Comité d'évaluation et de contrôle devra apporter sa contribution à la grande loi de santé publique que nous appelons tous de nos vœux.

Jean-Louis Touraine a dit tout le bien que nous pensions de l'évaluation de la Cour des comptes. Ce rapport à la fois complet et facile à lire comporte des recommandations fortes qui alimenteront notre réflexion.

Il y a, en France, beaucoup de textes réglementaires, mais ils ne sont pas appliqués. Il suffit de voir le nombre de personnes qui fument dans les gares en dépit des messages sonores délivrés par la SNCF ! J'ai même vu des employés en tenue fumer devant les passagers. Par rapport aux pays étrangers, l'application de l'interdiction de fumer dans les lieux publics a chez nous quelque chose de très particulier !

Le rapport souligne également la nécessité de mettre en place une politique de prévention auprès des jeunes. En moyenne, un jeune Français fume pour la première fois à quatorze ans et un mois. Après cent cigarettes, la dépendance s'établit. Jean-Louis Touraine et moi sommes tous deux médecins et nous en connaissons bien les conséquences. De plus, un an après la première cigarette, les statistiques montrent la survenue d'addictions à d'autres produits, en particulier au cannabis. Avec Claude Bartolone et Michel Ghysel, nous avions d'ailleurs effectué une mission d'étude sur ce sujet à l'étranger et nous avions relevé les excellents résultats de la politique néerlandaise.

La Cour dénonce à juste titre la dispersion des acteurs en France. Les 100 millions d'euros consacrés à la lutte contre le tabagisme sont non seulement insuffisants, mais aussi dépensés en vain en l'absence de toute coordination. La nouvelle présidente de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) et plusieurs autres acteurs nous ont confirmé que le tabac entrait dans les compétences de la MILDT. Nous ne voulons pas ajouter au millefeuille existant mais, comme la Cour, nous estimons qu'il faut réfléchir à la gouvernance de la politique de lutte contre le tabagisme.

Un autre point m'a frappé : on sait que 30 % des femmes fument et que cette proportion s'accroît, mais il apparaît aussi que 17 % des femmes enceintes fument. Il faudrait mener une évaluation sur les conséquences du tabagisme au moment de la grossesse de manière aussi complète que pour l'alcoolisme. Les

campagnes d'information devront insister sur les dangers que cette addiction présente pour l'enfant à naître.

Une coordination fiscale européenne sur le tabac est bien entendu souhaitable, mais je sais d'expérience que ces processus sont lents. On ne peut s'appuyer sur cette perspective pour résoudre tous les problèmes. Au Luxembourg, pays dont mon département est limitrophe, le paquet de cigarette est vendu 2,20 euros moins cher qu'en France. Les chiffres des ventes légales seront donc toujours tronqués.

Je me rappelle aussi les courriers que le professeur Tubiana nous avait envoyés pour dénoncer la nocivité du tabac à rouler, plus grande encore que celle de la cigarette. Pourtant, dans les supermarchés et les stations-service, le papier à rouler est mis en évidence en tête de gondole et certains clients – en particulier des jeunes – n'achètent que ce produit. On entend souvent dire qu'il y a moins de tabac dans une cigarette roulée, mais c'est ignorer les produits additionnels. Une étude doit être menée pour éviter des pathologies physiques et psychiques très graves.

La politique forte et volontariste que souhaite la Cour des comptes passe également par l'aide au sevrage. À l'heure actuelle, une personne qui souhaite arrêter de fumer a droit à 50 euros, moyennant une ordonnance séparée du médecin. Si l'essai n'est pas concluant – ce qui arrive dans 23 % des cas –, il n'y a pas de deuxième aide. Pour les jeunes et les personnes en situation de précarité, qui sont les plus touchés par le tabagisme, cela signifie qu'il n'y aura pas de nouvelle tentative. C'est pourquoi Jean-Louis Touraine et moi-même recommandons que l'aide se poursuive jusqu'au bout. Lorsqu'une personne a décidé d'arrêter le tabac, l'important est de l'aider au maximum en supprimant les freins financiers.

D'un côté, les taxes sur le tabac procurent une recette de 15 milliards d'euros ; de l'autre, la prévention ne recueille que 100 millions. Il reste des efforts à faire !

Mme Catherine Lemorton, présidente de la Commission des affaires sociales. S'agissant du tabac, on parle non pas de drogue, mais de substance psychoactive. Et c'est la seule substance psychoactive licite dont la consommation ne désocialise pas la personne. Quand un jeune entre dans le tabagisme à quatorze ans, cela ne provoque pas de désocialisation. Je prendrai un exemple volontairement provoquant : on peut devenir prix Nobel en fumant trois paquets de cigarettes par jour, c'est impossible en étant alcoolique. Ayant travaillé dans des réseaux de lutte contre la toxicomanie, je sais bien qu'il y a une différence entre un adolescent de quatorze ans qui fume une cigarette et un autre qui boit une bière : le second n'est plus dans son état normal et commence à se désocialiser.

En matière de prix, il faut distinguer deux niveaux. Pour un jeune qui n'a pas encore de dépendance physiologique au tabac, le prix du paquet de cigarettes

peut être réellement dissuasif. Quand on est déjà dans l'addiction, en revanche, on continuera d'acheter des cigarettes même si le prix est très élevé, quitte à se priver d'autre chose. Bref, au risque de mécontenter les buralistes, j'affirme qu'une forte augmentation du prix limitera le primo-accès au tabac.

Par ailleurs, il faut dépasser la réticence dont font preuve les Français face à l'emploi d'images « *trash* ». Nous devrions diffuser des images très choquantes, comme les pays anglo-saxons sont capables de le faire dans leurs campagnes de prévention.

Je rejoins l'analyse des rapporteurs concernant le tabac à rouler : j'ignore pourquoi ce produit est moins taxé, mais je sais que c'est une porte d'entrée pour le cannabis.

Il faut également poser la question du périmètre d'implantation de bureaux de tabac autour des lycées et des collèges. Il sera toujours plus compliqué, pour un jeune, d'aller acheter un paquet de tabac si le buraliste n'est pas à proximité.

Les contrôles, on l'a dit, sont insuffisants. Pour avoir fait des tournées avec la gendarmerie et la police à Toulouse, j'ai constaté que l'on fumait dans certaines boîtes de nuit le samedi soir. Les lieux festifs devraient faire l'objet d'une surveillance accrue de ce point de vue.

Lorsque l'on avait effacé la cigarette d'une image de Malraux, fumeur notoire, une vive polémique avait éclaté. Pensons aussi aux films anciens ou aux séries télévisées des années 70. L'inspecteur Columbo, par exemple, ne cesse de fumer !

La transformation de « Drogues Alcool Tabac Info Service » (DATIS), qui était connu de beaucoup de monde, en « Addictions Drogues Alcool Info Service » (ADALIS) a complètement brouillé le message. Le public ne sait plus à qui s'adresser.

Le rôle du médecin, du pharmacien et des professions paramédicales est assurément primordial, mais quels sont aujourd'hui les moyens de la médecine scolaire pour faire de l'information auprès des jeunes ?

Je reviendrai pour finir sur l'image du tabac : pour les jeunes, ce n'est pas un produit dangereux, car il ne les met pas dans un état second qui les désocialise.

M. Jacques Myard. Le chiffre de 200 morts par jour, cité par le Premier président Migaud, est effrayant. Puisque l'on ne peut que constater les limites de la politique de prévention, ne convient-il pas de se demander s'il ne faudrait pas interdire complètement la vente de tabac ? Certes, les politiques de prohibition ne sont pas toujours les meilleures, surtout pour un produit aussi « culturel » que le tabac, mais on peut se poser la question.

En outre, la limitation de la circulation des produits du tabac au titre de l'article 36 du traité communautaire suppose que l'on abandonne la liberté de vente à l'intérieur des frontières. Il faudra donc choisir.

Comme les intervenants précédents, je suis frappé par le non-respect de la réglementation en matière de tabac, notamment aux terrasses de café qui sont en plein air l'été mais fermées et chauffées en hiver. Un jour viendra, n'en doutons pas, où un garçon de café atteint d'un cancer du poumon attaquera son employeur sur ses conditions de travail. Les préfets devraient mettre un peu d'ordre dans ces pratiques qui sont presque devenues la règle.

Je conclurai par un coup de chapeau à la Cour des comptes, qui a fait un excellent travail.

Mme Claude Greff. Je tiens moi aussi à féliciter la Cour des comptes pour la qualité de son rapport.

La coordination européenne des prix du tabac est un vrai problème qu'il convient de résoudre. En effet, les différences de prix à l'intérieur de l'Union européenne génèrent un trafic d'autant plus dangereux qu'il permet la circulation de cigarettes dont on ignore la véritable composition.

Vous avez évoqué, monsieur le Premier président, le plan cancer 2003-2007, qui a permis de mener une excellente action en matière de prévention. Monsieur le président de l'Assemblée, de 2007 à 2012, j'ai coprésidé, aux côtés de Jean-Louis Touraine, le groupe d'études sur le cancer, qui réunit la droite et la gauche de l'Assemblée nationale, mais j'ai le regret de constater que Jean-Louis Touraine est désormais seul à la barre. J'en suis d'autant plus marrie que nous avions fait ensemble un travail très utile, le combat contre le cancer ne connaissant pas la fracture politique.

Nous devons multiplier notre action, notamment en vue de généraliser la prévention. N'oublions pas en effet que si l'arbitrage sur les objectifs est délicat, compte tenu de l'apport financier du tabac aux finances publiques, le coût de celui-ci est bien plus élevé en termes de santé publique. C'est pourquoi il convient de redéployer les moyens de la prévention. Mme la présidente de la commission des affaires sociales a fait des remarques pertinentes sur le sujet, notamment en matière de médecine scolaire, laquelle est aujourd'hui dépourvue de moyens et de considération. Il faudrait en outre associer davantage le personnel paramédical, qui a une très grande proximité avec la jeunesse. De manière générale, la prévention et les aides au sevrage doivent être davantage encouragées.

D'aucuns ont souligné que les lois sur le tabagisme sont plus ou moins bien respectées. Cela dit, la fumée est en voie d'être bannie des appartements, et cela sans l'intervention d'aucune loi. L'habitude a été prise d'aller fumer dans le jardin, sur le balcon ou à la fenêtre. Le changement des comportements ne passe donc pas forcément par l'interdiction. Nous devons également nous interroger sur la progression de la consommation de tabac par les jeunes filles et sur le

pourcentage trop élevé de femmes enceintes qui fument. Je ne pense pas qu'obliger les buralistes à demander leur carte d'identité aux jeunes soit une bonne mesure. Il faut approfondir la réflexion sur tous ces sujets, notamment au sein du groupe d'études de l'Assemblée nationale, afin de dégager des solutions pragmatiques, lesquelles devront être associées à une triple prévention, médicale, financière et scolaire, le tabac n'étant pas désocialisant, comme l'a remarqué à juste titre Mme Lemorton.

M. François Loncle. L'augmentation du chiffre d'affaires des buralistes ne s'expliquerait- elle pas aussi par l'explosion des jeux ? Il faudrait évaluer avec précision la part du tabac dans ce chiffre d'affaires.

À mes yeux, il convient de lutter en priorité contre les trafics internationaux. Je suis chargé d'un dossier sur le drame du Sahel : le trafic de cigarettes s'y ajoute aux trafics de drogues et d'armes. N'oublions pas non plus, à l'intérieur de l'Europe, les trafics interfrontaliers. La France n'est évidemment pas épargnée. La politique de répression doit prioritairement porter sur ces trafics, qui sont énormes. Il faut y consacrer les moyens nécessaires, d'autant que les cigarettes frelatées sont encore plus nocives que les cigarettes vendues légalement. Un grand nombre de trafiquants fabriquent de vrais poisons. Or les pouvoirs publics ne semblent pas faire de cette lutte leur priorité.

Ma dernière remarque déplaira à certains, mais je tiens à affirmer que l'intégrisme qui se manifeste de plus en plus sur le sujet peut être contre-productif. À force d'interdire, de réprimer ou de sanctionner, y compris les voyageurs qui fument sur les quais de gare en plein air, on risque d'obtenir l'effet inverse. J'ai même vu des piétons arrêter un passant dans la rue pour le sermonner parce qu'il fumait ! Ce n'est certainement pas ainsi que l'on détournera les jeunes du tabagisme ! Détournons-nous de l'obsession répressive !

M. Laurent Furst. Je trouve la réflexion de M. Loncle pertinente et je m'y associe bien volontiers.

Ce rapport a le mérite de mettre en évidence le fait que l'avant-dernière augmentation du prix du tabac a fait perdre 3 milliards d'euros de recettes à l'État en raison tant du développement des achats transfrontaliers ou sur internet que des achats illégaux –perte de recettes qui se creusera mécaniquement à chaque nouvelle augmentation du prix du paquet.

Je dois avouer que la présentation du chiffre d'affaires des buralistes m'a troublé, car on ne saurait traiter cette profession dans le cadre d'une statistique nationale qui n'a aucun sens. En effet, la situation d'un buraliste installé en zone frontalière n'a rien à voir avec celle d'un buraliste parisien ! En Alsace, ce métier disparaît, notamment dans les zones rurales. Il faut analyser la situation des buralistes avec lucidité en rompant avec des statistiques nationales desquelles on ne peut tirer aucun enseignement fiable.

Comme Mme Lemorton a eu raison de le noter, nous sommes confrontés à un phénomène culturel et non à une simple réalité économique. L'augmentation du tabagisme chez les jeunes ou les femmes enceintes ne saurait donc être traitée uniquement par l'augmentation du prix du paquet de cigarettes.

Par ailleurs, l'évolution de la qualité des cigarettes, qui sont de plus en plus légères et dont les émanations pénètrent de plus en plus profondément dans les bronchioles, induit-elle des surcoûts pour l'assurance maladie ?

Quant à l'ouverture du débat sur le cannabis, n'est-ce pas un mauvais signal dans la mesure où certains pourraient considérer que la légalisation du cannabis devrait s'accompagner d'une plus grande libéralisation de la consommation de tabac ?

Enfin, de nombreux Français ont le sentiment d'être privés de libertés par une accumulation de politiques répressives en matière de sécurité routière ou de lutte contre le tabagisme. Ces politiques sont nécessaires, je ne le nie pas, mais les représentants de la nation ne doivent pas ignorer ce malaise d'un nombre croissant de nos concitoyens.

M. Pierre Morange. Cet excellent rapport s'inscrit dans la suite logique de ceux sur l'évaluation des politiques de santé publique et sur la médecine scolaire. On y retrouve les mêmes problématiques de gouvernance, de définition des objectifs et donc d'allocation des moyens, sans que soient omises les difficultés rencontrées en matière d'évaluation.

Le rapport évoque notamment la nécessité de mettre en place une politique d'éducation sanitaire obligatoire dans l'ensemble des établissements scolaires français – idée que j'avais émise au cours d'une précédente réunion du CEC. On ne saurait bien sûr réduire cette politique au constat d'une insuffisance des moyens alloués à la médecine scolaire. En effet, une politique de prévention ayant pour objectif de modifier les comportements, il est essentiel d'y associer tous les partenaires – enseignants, parents d'élèves, élus. La situation actuelle ne fait que refléter la disharmonie qui caractérise le paysage sanitaire français, notamment dans le cadre de la politique de santé publique.

Je lancerai dans ma circonscription, à partir de septembre 2013, au sein d'une trentaine d'écoles primaires, une expérimentation qui coûtera quelque 50 000 euros par an et qui vise à rendre obligatoire, pour les classes de CE2, CM1 et CM2, une politique d'éducation sanitaire sous le contrôle du rectorat. La généralisation de cette politique sur l'ensemble du territoire français coûterait entre 20 millions et 30 millions d'euros par an, somme dérisoire si on la rapporte à l'enveloppe sanitaire de l'assurance maladie.

La logique est d'inscrire ce travail dans la durée sans diaboliser tel ou tel comportement. M. Loncle a raison : pour modifier les comportements, il ne faut pas ostraciser ; il faut faire de la pédagogie auprès des plus jeunes.

Mme Catherine Lemorton. Les problèmes liés au médicament ont soulevé des interrogations sur les conseillers des ministres de la santé. Or, pas plus tard qu'hier, nous avons appris qu'un ancien conseiller des ministres Xavier Bertrand, Jean Leonetti et Chantal Mme Jouanno venait d'être embauché par Philip Morris : j'espère que ce n'est pas pour services rendus auprès du Gouvernement dans sa politique contre le tabac ! Il faut toujours faire attention aux parcours des conseillers ministériels !

M. le président Claude Bartolone. Chacun a conscience de la difficulté de la tâche. Les grands groupes mondialisés du tabac reconstituent leurs marges, en particulier grâce aux marchés des pays émergents – je pense notamment à la consommation du tabac en Chine. Peut-être se désintéresseront-ils, comme le fait la Formule 1, des pays où l'on fume moins, ou, au contraire, essaieront-ils d'y contourner les dispositifs adoptés.

Je suis particulièrement inquiet du fait que, de nouveau, fumer redevienne valorisant aux yeux des jeunes, qui font société en fumant ensemble notamment à la sortie du collège ou dans certains restaurants. Certaines terrasses sont même plus accueillantes que l'intérieur des établissements eux-mêmes. S'il convient de réguler la consommation de tabac, notamment au travers de mesures financièrement pénalisantes, il faut prendre conscience que c'est sur le plan culturel que nous remporterons la bataille. Les mesures en la matière ne sont pas hors de portée : c'est par les enfants qu'a été gagné le combat pour le port de la ceinture de sécurité ou pour l'hygiène dentaire. Les comportements évoluent actuellement dans le bon sens puisque, comme cela a été remarqué, la fumée est de plus en plus bannie des appartements. Parallèlement aux mesures d'interdiction, il est donc nécessaire, comme l'a souligné la Cour des comptes, de commencer par faire passer le message. Fumer étant valorisé en termes de sociabilité, il convient en priorité d'informer les Français des conséquences réelles du tabagisme, ce qui n'interdira pas de prendre ensuite des mesures de réglementation.

M. Loncle a eu raison de demander une évaluation précise de la part du tabac dans le chiffre d'affaires des buralistes. Toutefois, le tonnage de mégots ramassé par la ville de Paris est à lui seul un bon indicateur de la consommation massive de tabac.

Ce rapport, monsieur le Premier président, est l'illustration du travail intelligent réalisé par la Cour des comptes et l'Assemblée nationale. Grâce à vous, la représentation nationale peut identifier les problèmes à résoudre, problèmes sur lesquels la Cour des comptes porte un regard institutionnel plus distant que celui porté par l'Assemblée. Ce concentré d'intelligence que vous mettez également à la disposition des médias, que je remercie de leur présence, nous permet d'améliorer nos propres rapports. L'année prochaine, nous verrons comment mieux coordonner la présentation des rapports de la Cour des comptes et du CEC.

M. Didier Migaud. Je vous remercie de vos appréciations sur la qualité du rapport de la Cour des comptes. Nous souhaitons vous être utiles, la représentation nationale étant la seule à même d'assurer des débouchés au travail réalisé en amont par la Cour : il appartient en effet au législateur d'adopter les dispositions permettant d'accroître l'efficacité des politiques de lutte contre le tabagisme.

Le sondage que vous avez réalisé montre combien nos concitoyens sont insuffisamment sensibilisés aux risques du tabagisme, alors même que le tabac tue chaque année 73 000 personnes en France – 200 par jour. Ces chiffres ne rendent que plus manifeste le déséquilibre entre les politiques menées par les pouvoirs publics contre l'insécurité routière et celles visant à lutter contre le tabagisme. L'augmentation du prix du paquet ne saurait être évidemment la seule composante de la lutte contre le tabagisme : elle doit s'accompagner d'une politique volontariste et continue en matière de sensibilisation, de prévention et d'aide au sevrage.

Il ne faut pas perdre de vue que le tabac est une dépense avant d'être une recette puisqu'il rapporte moins en taxes qu'il ne coûte en termes de santé publique. Et c'est précisément parce que les rentrées sont immédiates et que les conséquences se font sentir à plus long terme – le tabac tue lentement, comme l'ont rappelé les deux rapporteurs, MM. Jacquat et Touraine, qui sont également médecins –, qu'il convient d'insister sur le coût élevé du tabac pour les finances publiques.

Monsieur Loncle, la Cour des comptes reviendra, dans le cadre du rapport public annuel, sur la part de chaque activité dans le chiffre d'affaires des buralistes. Il n'en est pas moins vrai que les buralistes ont anticipé la diminution de la part de leur chiffre d'affaires liée au tabac en sollicitant des aides auprès des pouvoirs publics. Or, comme les ventes de tabac n'ont pas diminué, les aides, qui ont été accordées de façon uniforme par la représentation nationale, ont produit un effet d'aubaine. Il faut donc cibler ces aides sur les buralistes qui en ont vraiment besoin.

M. Antoine Durrleman, président de la sixième chambre de la Cour des comptes. À la page 132 du rapport, une carte met en lumière la grande disparité des prix du tabac au sein de l'Union européenne. Cette disparité a pour origine le caractère trop peu contraignant de la directive européenne de 2001, qui visait théoriquement à assurer une meilleure convergence des prix du tabac au sein de l'Union grâce à une plus grande homogénéisation des fiscalités. Une nouvelle étape est prévue pour le 1er janvier 2014, mais de telles dispositions pourront être absorbées par les fabricants de tabac, *via* une compression de leurs marges ou une modification différenciée du prix de leurs produits. Le cadre européen est donc à l'heure actuelle insuffisant.

Par ailleurs, le régime des acquisitions communautaires rend la situation fragile en matière d'achats transfrontaliers. En effet, la Commission européenne a

mis en cause le code général des impôts français, qui limite les possibilités d'achats dans les pays voisins, et refuse d'entendre les arguments de la France. Sera-t-il possible d'obtenir une exception à la libre circulation d'un produit dont la dangerosité est aujourd'hui universellement reconnue ? Rien n'est moins sûr, malheureusement.

C'est en France que la proportion de femmes enceintes qui fument est la plus importante. Il faut donc travailler à la sensibilisation des femmes et à la formation des professionnels de santé sur le sujet. Sans doute convient-il de donner suite à la proposition de l'Académie de médecine visant à dépister systématiquement, au cours des consultations de grossesse, le taux de monoxyde de carbone, afin de prévenir les femmes enceintes des risques que le tabagisme fait courir à leur enfant.

Le sevrage est une question essentielle. C'est pourquoi le rapport suggère que la Caisse nationale d'assurance maladie rembourse davantage les frais liés au traitement par substitut nicotinique à condition qu'il soit accompagné par les professionnels de santé. L'exemple anglais montre en effet que ce traitement doit être accompagné par un professionnel de santé, médecin ou non, pour se révéler efficace. Les pharmaciens, en tant que professionnels de santé de premier recours, ont un rôle particulier à jouer en la matière.

M. Didier Migaud. Monsieur Touraine, la Cour recommande évidemment l'extension des mesures fiscales relatives au tabac à tous les produits de celui-ci, y compris au tabac à rouler bien sûr, pour éviter tout effet de substitution.

Mme Claude Greff. S'agissant du sevrage, pourquoi la Cour des comptes ne propose-t-elle pas tout simplement le patch à un euro ? Ce serait un dispositif clair pour tous les Français.

M. le président Claude Bartolone. Cela relève plus du travail de nos rapporteurs que de celui de la Cour des comptes !

M. Didier Migaud. En effet, la Cour ouvre des pistes, mais c'est à vous qu'il appartient de prendre des mesures concrètes !

M. le président Claude Bartolone. Je tiens à remercier le Premier président de la Cour des comptes et tous ses collaborateurs pour la qualité de leur travail.

En février 2013, les deux rapporteurs du CEC nous présenteront leur propre rapport, auquel sera annexé celui de la Cour des comptes.

EXAMEN PAR LE COMITÉ

Lors de sa séance du 28 février 2013, le Comité examine le présent rapport.

Mme Martine Pinville, présidente. Le rapport sur l'évaluation des politiques de lutte contre le tabagisme que nous allons examiner a bénéficié d'une contribution de la Cour des comptes qui nous a été présentée le 13 décembre dernier.

M. Jean-Louis Touraine, rapporteur. Le tabagisme, premier facteur de mortalité évitable, loin devant l'alcoolisme, l'addiction à d'autres drogues, le sida, les meurtres, les suicides et les accidents de la route, est la première cause de santé publique : 73 000 personnes en meurent chaque année dans notre pays. Un fumeur sur deux meurt prématurément des pathologies provoquées par la consommation de tabac. On s'est longtemps, bien à tort, accoutumé à ce méfait. Jusqu'à la Première Guerre mondiale, on n'y prêtait guère attention. Puis, le nombre de fumeurs augmentant fortement chez les hommes, on a commencé à en mesurer les conséquences, notamment cancéreuses et cardio-vasculaires. À la fin du XX^{e} siècle, les femmes se sont également mises à fumer et l'addiction au tabac place aujourd'hui la France dans une mauvaise position sanitaire, par comparaison avec les pays voisins.

Pour mettre en œuvre une politique de lutte plus efficace contre le tabagisme, nous préconisons une double action : diminuer la prévalence chez les nouveaux fumeurs, notamment en rendant le tabac moins attractif pour les jeunes, et faciliter le sevrage des fumeurs.

Je remercie chaleureusement les administrateurs de l'Assemblée nationale qui nous ont apporté une aide précieuse pour l'élaboration de notre rapport.

Je remercie également la Cour des comptes qui nous a aidés dans l'évaluation des politiques de lutte contre le tabagisme et nous a permis de disposer d'un état des lieux précis. À partir de cette expertise, nous avons mené nos propres travaux, avec une quinzaine d'auditions et de tables rondes, dont l'une consacrée au tabagisme des jeunes, phénomène très préoccupant. Nous avons également recueilli des éléments d'information complémentaires auprès de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et du commissaire européen chargé de la santé, M. Tonio Borg.

Nous avons également pris en compte les travaux parlementaires antérieurs, notamment ceux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS), mais aussi les textes présentés ou adoptés récemment, en particulier la proposition de directive sur le tabac de la fin décembre 2012.

Dans ce rapport, nous soulignons tout d'abord la nécessité d'accroître l'efficacité des politiques de lutte contre le tabagisme, et présentons à cette fin quinze propositions concrètes, guidées par la volonté d'agir en direction des fumeurs, pour soutenir au mieux ceux d'entre eux qui souhaitent s'arrêter et pour donner envie aux autres de s'engager dans la démarche de sevrage, ainsi qu'en direction des non-fumeurs, pour éviter la première cigarette.

Nous entendons aussi mettre en œuvre des mesures volontaristes et efficaces, mais aussi réalistes et opérationnelles, en cherchant à comprendre au mieux les difficultés qui peuvent se poser concrètement sur le terrain, et à associer davantage tous les acteurs concernés, qui sont nombreux.

Ces propositions s'inscrivent dans le cadre d'une stratégie de réforme fondée sur deux axes : d'une part, rénover le pilotage et la gouvernance de la politique publique afin d'engager dans la durée une action globale et coordonnée ; d'autre part, agir sur tous les leviers de l'action publique en mobilisant largement les acteurs sociaux.

Agir plus efficacement pour diminuer la consommation de tabac suppose tout d'abord de poser le bon diagnostic, autrement dit d'identifier les forces et les faiblesses du dispositif actuel, et de mesurer dans quelles conditions les objectifs fixés ont été atteints.

Dans cette perspective, la première partie du rapport présente une analyse des objectifs, des moyens et des principaux résultats observés en matière de lutte contre le tabagisme. Cette évaluation est d'autant plus nécessaire qu'il s'agit là d'un enjeu majeur pour la collectivité.

Si un fumeur sur deux meurt prématurément d'une maladie liée au tabac, l'enquête réalisée par l'Institut français d'opinion publique (IFOP) fait toutefois apparaître une grave sous-estimation de ces risques par les Français, notamment par les jeunes.

Le tabagisme représente un coût élevé pour la collectivité. Ainsi, une étude réalisée par la CNAMTS à la demande de la Cour des comptes estime, dans une évaluation qui reste très partielle, à plus de 12 milliards d'euros par an la charge pour la seule branche maladie du régime général de sécurité sociale. Ses effets indirects et différés ne font toutefois pas l'objet d'une analyse fine. De plus, en prenant notamment en compte les pertes liées aux décès prématurés des fumeurs, les incidences négatives pour la collectivité ont été estimées à plus de 45 milliards selon une étude datant de 2006. Cela pourrait donc approcher les 50 milliards actuellement. Par comparaison, la ressource publique globale issue du tabac atteint 15 milliards d'euros en 2012, soit moins du tiers de son coût. Autrement dit, le coût global du tabagisme pour la collectivité est bien supérieur au montant des recettes fiscales qu'il génère. Il n'en reste pas moins nécessaire de réactualiser ces estimations et d'évaluer plus méthodiquement les incidences

négatives du tabac, qui présente un coût humain considérable et un coût économique désastreux.

M. Denis Jacquat, rapporteur. J'espère que notre rapport débouchera sur des décisions concrètes, car nous avons observé que, malgré la loi Évin et la loi relative à la politique de santé publique de 2004, les objectifs et les dispositions de la lutte contre le tabagisme étaient peu lisibles et fluctuants.

Le dispositif d'observation mis en place est perfectible. Il lui manque des données régulières sur la prévalence tabagique, le baromètre santé n'étant publié que tous les cinq ans. Les estimations des achats de tabac en dehors du réseau des buralistes, tels que les achats transfrontaliers et sur internet, ne sont pas suffisamment bien établies. On sait toutefois qu'une personne sur cinq en France fume des cigarettes achetées par ces filières, dont 15 % à l'étranger et 5 % sur des marchés parallèles. Ces données sont pourtant nécessaires pour le pilotage de la politique, afin de permettre un suivi fin des inflexions de la consommation réelle et d'apprécier l'impact des mesures prises.

Les moyens mis en œuvre restent dispersés et les crédits engagés – de l'ordre de 100 millions d'euros – extrêmement limités.

En France, le nombre de femmes enceintes qui continuent de fumer est élevé – elles sont 17 % chez nous, mais 4 à 10 % chez nos voisins. Il s'agit un véritable échec qui doit nous mobiliser, surtout quand on connaît les conséquences sur l'enfant à naître.

Le tabagisme touche particulièrement les jeunes. En France, en moyenne, les fumeurs fument leur première cigarette à quatorze ans et un mois. Nous savons également que dès qu'un jeune a fumé cent cigarettes, il devient dépendant.

Le tabagisme a par ailleurs de très graves conséquences sur les publics en situation de précarité qui cumulent souvent les problèmes physiologiques.

Si nous constatons que les politiques de lutte antitabac mises en œuvre en Allemagne, au Royaume-Uni ou aux Pays-Bas sont plus efficaces que celles menées en France dans la même période, nous enregistrons heureusement quelques réussites. Ainsi, la lutte contre le tabagisme passif a produit de très bons résultats. Grâce au décret pris par M. Xavier Bertrand, alors ministre de la santé et des solidarités, on ne fume plus dans la plupart des lieux publics, comme les bars et cafés. Néanmoins, ces règles ne sont pas toujours respectées, en particulier dans les stades ou dans les gares.

M. Jean-Louis Touraine, rapporteur. Au foisonnement et au cloisonnement qui caractérisent pour partie le système actuel, il faut opposer une remise à plat ordonnée, globale et cohérente de l'action publique, avec une vision stratégique s'inscrivant dans la durée.

Dans cette perspective, la gouvernance doit être simplifiée et la coordination renforcée. Une coordination interministérielle forte et constante est indispensable. Nous proposons d'instituer un comité interministériel, présidé par le Premier ministre et dont le ministre chargé de la santé serait le rapporteur général. Il est également nécessaire de renforcer le positionnement de la mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie (MILDT) qui pourrait être chargée du secrétariat du comité. Nous proposons également de prévoir la désignation d'un « Monsieur » ou d'une « Madame antitabac ».

Nous suggérons aussi de prendre plusieurs mesures en vue de clarifier les compétences des opérateurs et agences sanitaires, et de rapprocher certains organismes pour améliorer l'efficacité et la coordination des politiques de santé, qui doivent aussi être renforcées au niveau régional. Les agences régionales de santé (ARS) doivent en effet investir pleinement le champ de la prévention. Notre rapport comporte plusieurs recommandations en vue de soutenir le déploiement de politiques de santé publique territoriales et partenariales, visant en particulier le tabagisme. Le premier facteur de mortalité évitable doit constituer une priorité pour les ARS.

Parallèlement, il est impératif de renforcer l'efficacité du pilotage, en définissant une stratégie de moyen terme, avec un cap clairement fixé et un ensemble d'actions cohérentes s'inscrivant dans une trajectoire quantifiée de diminution du tabagisme. Pour cela, la prochaine loi de santé publique doit faire de la lutte contre le tabagisme une véritable priorité, en fixant notamment un objectif chiffré de réduction de la prévalence sur cinq et dix ans, global et par groupes cibles – femmes, jeunes, personnes en situation de précarité, notamment les chômeurs. Les orientations de cette loi devraient par ailleurs être complétées et déclinées dans un plan d'action gouvernemental.

Plus stratégique, le pilotage doit aussi être plus resserré et réactif. À cette fin, nous proposons d'établir au moins une fois par an un tableau de bord qui permettrait de mesurer régulièrement l'efficacité des leviers utilisés et de réagir immédiatement dès qu'un « clignotant » s'allume. Cela suppose de publier plus régulièrement des données sur la prévalence et les modes d'approvisionnement.

Pour un pilotage plus performant, il faut enfin améliorer l'information du Parlement, devant lequel le Gouvernement doit régulièrement rendre compte de son action et des résultats obtenus, avec le dépôt d'un rapport annuel sur le suivi de l'objectif quinquennal et des documents budgétaires étoffés en matière de tabagisme.

Enfin, pour concevoir des stratégies efficaces de réduction du tabagisme et mettre en œuvre des politiques fondées sur les preuves, il faut pouvoir s'appuyer sur des données suffisamment robustes et scientifiquement validées. Dans cette perspective, une impulsion doit être donnée à la recherche et à l'évaluation des pratiques, en s'inspirant notamment du dispositif mis en place avec efficacité en Grande-Bretagne, avec le *UK Centre for tobacco control studies*.

Il convient d'élaborer un programme national de recherche pluridisciplinaire, sous l'impulsion de l'Institut national du cancer, en renforçant la coordination entre les différents organismes concernés. Il faut aussi faire réaliser dans ce cadre une nouvelle estimation du coût du tabagisme pour la collectivité, et développer les évaluations de l'impact des actions locales de prévention ainsi que la diffusion des expériences qui ont fait la preuve de leur efficacité. Il est également nécessaire de conforter l'indépendance de l'expertise, et de prévoir la mention des liens éventuels d'intérêt de leurs auteurs avec l'industrie du tabac ou l'industrie pharmaceutique.

Ces actions permettront de mieux étayer la décision publique et, ainsi, d'améliorer les résultats, mais aussi d'accroître la légitimité des actions de lutte contre le tabagisme. À elles seules, ces mesures précises, effectuées chaque année en temps réel, inciteront au progrès en vertu de l'adage selon lequel « tout ce qui se mesure s'améliore ».

M. Denis Jacquat, rapporteur. Il convient d'agir sur tous les leviers de l'action publique en mobilisant l'ensemble des acteurs. Un empilement de taxes et d'interdictions ne constitue pas une véritable politique de santé publique qui doit en revanche faire du renforcement de la prévention et de l'aide à l'arrêt de la consommation, en particulier celle des jeunes, une priorité.

La prise en charge doit être améliorée. Nous demandons le remboursement intégral des substituts nicotiniques, comme des médicaments, jusqu'à ce que le traitement soit efficace. Il existe aujourd'hui un forfait de 50 euros, mais la cure n'est aujourd'hui remboursée qu'une seule fois, alors que les résultats ne sont concluants que dans 23 % des cas. Je rappelle que les dépenses induites par les incidences négatives, sur le plan sanitaire et social, résultant des méfaits du tabac sont trois fois plus élevées que les recettes générées par les taxes perçues sur la vente de ce produit.

Nous préconisons également de mieux associer les professionnels de santé et d'améliorer leur formation initiale et professionnelle ainsi que la prise en charge des femmes enceintes.

Nous devons veiller à l'application stricte de l'interdiction de fumer dans les lieux fermés et couverts, et résoudre le problème des terrasses de café. Même à proximité de l'Assemblée nationale, des terrasses de café fumeurs sont totalement fermées et, en été, on trouve de plus en plus de terrasses dont les clients fument en extérieur, sans être séparés des tables voisines situées à l'intérieur.

L'interdiction de la vente de tabac aux mineurs peut être renforcée en prévoyant la présentation systématique d'une pièce d'identité par tous les consommateurs, de même que lorsque l'on règle par chèque ou que l'on prend l'avion. Cette mesure mettrait fin à la stigmatisation des buralistes qui sont accusés de vendre aux jeunes.

Nous proposons également de jouer sur le levier fiscal en taxant tous les produits du tabac au même niveau afin d'éviter les transferts de consommation d'un produit à l'autre en cas de hausse.

Nous suggérons de privilégier des modifications de la fiscalité entraînant une modification significative et dissuasive des prix, car nous avons constaté qu'une augmentation modérée n'a que peu d'impact.

L'amplification de la lutte contre les achats hors réseaux de buralistes est nécessaire, mais difficile. Si l'on peut souhaiter des harmonisations de la fiscalité et des prix au niveau européen, de telles décisions n'ont guère de chance d'être mises en œuvre à court terme.

M. Jean-Louis Touraine, rapporteur. Nous devons nous donner les moyens de faire respecter les lois déjà en vigueur, notamment l'interdiction de vente aux mineurs. Il faut aider au sevrage en sachant que plusieurs tentatives sont souvent nécessaires.

Il convient également de réduire l'attractivité du tabac en renforçant la réglementation sur les arômes et en élargissant les dispositions de la loi sur les cigarettes-bonbons aux autres produits. Les cigarettes très fines, dites « *slims* », qui semblent cibler un public féminin, devraient également être interdites.

Nous proposons par ailleurs d'augmenter la taille des avertissements sanitaires sur les paquets de cigarettes et d'évaluer les effets de l'introduction du paquet neutre en Australie. Enfin, un message de prévention devrait précéder la diffusion de films comportant une séquence valorisant des produits du tabac. Il faudrait par ailleurs interdire la promotion sur les lieux de vente.

Parallèlement, il est essentiel de développer des stratégies plus ambitieuses de prévention et de communication, en organisant régulièrement des campagnes d'information, relayées au niveau local. Elles devraient s'appuyer sur les ressorts de communication pertinents, et diffuser des messages plus offensifs et réalistes, mais aussi plus positifs, valorisant les non-fumeurs et l'arrêt du tabac. Des actions ciblées de prévention et d'accompagnement doivent également être développées en direction notamment des femmes et des jeunes. Il en va de même pour les actions d'éducation à la santé en milieu scolaire, en impliquant l'ensemble de la communauté éducative, les jeunes et les parents.

Ces mesures visent à poursuivre et à amplifier les efforts entrepris pour donner un nouveau souffle à la politique de réduction du tabagisme et placer la France dans le peloton de tête des pays les mieux protégés de ce fléau. Vouloir supprimer la mortalité liée au tabac peut sembler utopique. Pourtant, plusieurs organisations internationales, dont l'OMS, ont déjà envisagé un monde sans tabac. Nous vous proposons de parcourir les premières étapes de cette ambitieuse aventure humaine !

M. Jacques Myard. Il est indispensable de mener très régulièrement des campagnes de communication. L'expérience de la prévention routière nous apprend que la répétition du message est essentielle.

Le comportement de l'État n'est pas toujours logique. Peut-être devrait-il chercher à réduire l'offre en diminuant le nombre de points de vente pour avoir des effets sur la demande ? Pour ma part, je suis maire d'une ville de 23 000 habitants qui compte trois bureaux de tabac !

Nous savons que le même processus physiologique et chimique rend dépendant au café, au chocolat, au jeu, à l'alcool ou au tabac. Il faut donc pousser les recherches pour parvenir à combattre efficacement ces dépendances.

M. Gérard Bapt. Monsieur Jacquat, avec quelle régularité et à quelle échéance devraient intervenir selon vous les augmentations significatives des prix du tabac que vous appelez de vos vœux ? Depuis la mise en œuvre du premier Plan cancer, voulu par Jacques Chirac en 2003, les hausses sont annuelles et ne dépassent pas 5 à 6 %.

Les chiffres que vous nous fournissez montrent que les dépenses consacrées à la communication antitabac sont dix fois inférieures aux montants investis en faveur de la sécurité routière, alors que le tabagisme tue beaucoup plus que la route. Quelles mesures peut-on prendre pour améliorer l'information du public ? L'Éducation nationale ne devrait-elle pas jouer un grand rôle en la matière étant donné le risque couru par les mineurs ?

Pourquoi les indices de prévalence ne sont-ils publiés que tous les cinq ans ? Est-ce pour une raison financière ? La médiatisation régulière de ces chiffres actualisés aurait des vertus pédagogiques et permettrait de soutenir des actions de prévention.

M. Dominique Lefebvre. J'ai quelques souvenirs de l'époque où, conseiller au cabinet de Michel Rocard à Matignon, je travaillais à la préparation de la loi Évin sur le tabac et l'alcool. Je me souviens de réunions homériques avec des députés, élus de circonscriptions viticoles du sud de la France, et de la puissance des lobbies de l'industrie du tabac.

En 1990, nous préconisions que les avertissements sanitaires sur les paquets de cigarettes aient la taille qui est la leur aujourd'hui ; à l'époque, nous nous étions fait battre en arbitrage. Il ne faut jamais oublier que, hier comme aujourd'hui, des intérêts économiques extrêmement puissants sont à l'œuvre – ils impliquent tous ceux qui vivent des financements de l'industrie du tabac.

Cette dernière adopte en permanence une stratégie simple : elle cible les plus jeunes. Au moment même où nous mettions en œuvre la loi Évin, la SEITA a voulu lancer sur le marché une nouvelle marque de cigarettes, la « Chevignon », afin de créer une accoutumance chez les plus jeunes.

Nos marges de manœuvre sont donc étroites, mais nous pouvons jouer sur trois leviers : le prix, la restriction de publicité et la réglementation.

Je rappelle que, avant 1990, on fumait dans les boîtes de nuit ou sur les quais de métro. Les choses se sont donc améliorées, en particulier sous l'impulsion du Président Jacques Chirac. Il faut une volonté politique ; il faut aussi une communication permanente et régulière. Tout en préservant la liberté individuelle, l'esprit public doit finir par considérer que ne pas fumer est la norme ; fumer doit être l'exception. L'ajustement des comportements devrait au moins permettre de sauver ceux qui sont exposés au tabagisme passif.

Il faut sans doute aussi renouveler les mesures prises et la communication, même si l'effet des « mesures-chocs » est souvent bref. Les fumeurs ont sans doute été traumatisés quelques jours par les photos dissuasives apparues sur les paquets de cigarettes ; aujourd'hui, ils ne les regardent même plus. Seule la répétition du message pourra modifier les comportements.

Mme Martine Pinville, présidente. La prévention est sans doute essentielle, en particulier à l'égard des trois populations cibles que sont les précaires, les femmes, notamment lorsqu'elles sont enceintes, et les jeunes.

Pour avoir récemment travaillé à une évaluation de la médecine scolaire, j'estime que l'éducation nationale devrait être davantage associée à la politique de prévention, par exemple grâce au travail des médecins ou des infirmières scolaires. Quoi qu'il en soit, il est clair que les « années collège » sont un moment crucial pour s'adresser aux jeunes sur ce sujet.

M. Jean-Louis Touraine, rapporteur. La pédagogie, c'est la répétition. Les messages doivent être inlassablement répétés et reformulés. Pour s'adresser aux jeunes, il faut aussi utiliser des relais spécifiques, car ils sont peu sensibles à la communication institutionnelle. Le message sera plus efficace s'il est positif et s'il évite de culpabiliser les fumeurs.

Au sein de l'éducation nationale, il existe actuellement des initiatives isolées qui ne sont généralement pas évaluées. Nous avons eu néanmoins connaissance d'un résultat non conforme à nos attentes : on comptait un plus grand nombre de fumeurs chez des lycéens passés par une classe de collège ayant bénéficié d'une action de prévention que chez les autres ! Un message directement négatif adressé par les adultes à un public adolescent, tenté par la transgression, peut rendre attractif ce qu'il voulait disqualifier. Le contenu des actions doit donc être très sérieusement évalué.

Une volonté de réduire l'offre se heurterait au réseau des buralistes – dont il ne faut toutefois pas surestimer l'importance. Elle risquerait aussi de favoriser les trafics contre lesquels une action efficace devrait être menée en coordination avec le service des douanes – sachant que les buralistes grossissent le trait : hors ventes frontalières, les ventes parallèles ne représentent que 5 % du marché.

Monsieur Myard, une étude internationale montre que le tabac crée une dépendance bien supérieure à celle provoquée par le café ou le chocolat, et correspondant plutôt à celle créée par les drogues les plus dures. Nous savons que les récepteurs neuronaux des femmes sont plus sensibles que ceux des hommes : elles auront en conséquence plus de difficultés pour se sevrer. Cela devrait conduire à exploiter la première grossesse et à mobiliser le réseau des gynécos-obstétriciens pour qu'ils incitent fortement au sevrage.

La science nous montre aussi que la dépendance s'installe dès le cinquième paquet et que, plus le sujet est jeune, plus ses effets sont difficiles à combattre. Il est en conséquence très préoccupant de voir baisser l'âge de la première cigarette. La recherche nous a beaucoup appris et de nouveaux progrès doivent maintenant permettre de délivrer ceux qui sont victimes d'une addiction.

M. Denis Jacquat, rapporteur. Monsieur Myard, notre proposition n° 7 porte sur la nécessité de développer la recherche grâce à une approche globale. Un encadré dans notre rapport est consacré à la recherche au Royaume-Uni.

Le système français de distribution du tabac est spécifique et il faut rappeler que le nombre de buralistes a significativement diminué et qu'il y a eu des baisses du nombre de paquets de cigarettes vendus, mais aussi que la profession a d'autres activités, en particulier la vente de la presse et surtout des jeux.

Monsieur Bapt, la Cour des comptes a expliqué que le Baromètre santé n'était publié que tous les cinq ans pour des raisons de coût. Nous estimons qu'il faudra parvenir à publier un bilan annuel de la prévalence tabagique.

Les souvenirs de M. Dominique Lefebvre concernant la loi Évin sont exacts ; j'étais moi-même à l'époque l'un des porte-parole du groupe UDF sur le texte. Que de chemin parcouru depuis ! Il reste que 73 000 personnes meurent tous les ans en France à cause du tabac, qui tue donc beaucoup plus que la route.

Madame la présidente, nous avons constaté que des expériences très positives se déroulaient dans des collèges d'Île-de-France. Une fois ces jeunes entrés au lycée, nous avons moins de données sur l'impact des expériences en question. En tout état de cause, nos concitoyens ont très jeunes l'esprit frondeur.

M. Jean-Louis Touraine, rapporteur. Si la loi Évin a été efficace, de même que le premier Plan cancer, nous n'avons pas enregistré depuis de véritable décrochage de la consommation. Certes, l'interdiction de fumer dans les lieux publics a fait régresser le tabagisme passif, et elle a eu un impact sur le nombre moyen de cigarettes fumées, mais elle n'a pas fait diminuer le nombre de fumeurs.

Les augmentations de prix ayant été trop faibles pour avoir un réel effet, des hausses de prix de plus de 10 % seraient souhaitables. Une augmentation de 15 % tous les trois ans sera plus incitative qu'une augmentation de 5 % par an.

Mme Martine Pinville, présidente. Je remercie les rapporteurs pour la qualité de leur travail et pour leurs propositions qui seront remises au Gouvernement.

*Le Comité **autorise** la publication du présent rapport.*

ANNEXES

ANNEXE N° 1 :
PERSONNES ENTENDUES PAR LES RAPPORTEURS

1. Auditions

– M. Antoine Durrleman, président de la sixième chambre de la Cour des comptes, M. Jean Picq, président de chambre maintenu en activité, Mme Marianne Lévy-Rosenwald, conseiller maître, et M. Christian Phéline, conseiller maître (24 octobre 2012).

– M. François Bourdillon, président de la commission spécialisée *Prévention, éducation et promotion de la santé* du Haut conseil de la santé publique (HCSP), et M. Christian Ben Lakdhar économiste et membre de la commission Prévention du HCSP (7 novembre 2012).

– Mme Danièle Jourdain-Menninger, présidente de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) (7 novembre 2012).

– Mme Magalie Gérard, directrice de clientèle, département *Opinion et stratégies d'entreprise* de l'Institut français d'opinion publique (IFOP) (7 novembre 2012).

– Mme Zoueihid Soraya, présidente de *British American Tobacco* (BAT) France, Mme Aude-Marie Cartron, responsable juridique, et M. Massimiliano Di Domenico, responsable des relations institutionnelles (28 novembre 2012).

– Mme Jeanne Pollès, présidente de *Philip Morris international* (PMI) France, Mme Caroline Missika, chef du service des affaires fiscales, et M. Antoine Lefranc, directeur des affaires publiques et de la communication (28 novembre 2012).

– M. Daniel Sciamma, président de *Japan tobacco international* (JTI) France (28 novembre 2012).

– M. Martin Carroll, président, et M. Eric Sensi, directeur des affaires corporate France, SEITA – groupe *Imperial tobacco* (28 novembre 2012).

– M. Pascal Montredon, président de la Confédération des buralistes de France, M. Jean-Paul Vaslin, directeur général, et M. Jean-Luc Renaud, secrétaire général (28 novembre 2012).

– M. Jérôme Fournel, directeur général des douanes et droits indirects, et M. Henri Havard, sous-directeur des droits indirects, ministère du budget, des comptes publics et de la fonction publique (28 novembre 2012).

2. Tables rondes

● Table ronde avec des associations de lutte contre le tabagisme (21 novembre 2012) :

– M. Bertrand Dautzenberg, pneumologue à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, président de l'Office français de prévention du tabagisme (OFT) ;

– M. Yves Martinet, chef du service de pneumologie au centre hospitalier universitaire (CHU) de Nancy, président du Comité national contre le tabagisme (CNCT) et de l'Alliance contre le tabac ;

– M. Emmanuel Ricard, délégué à la prévention et au dépistage de la Ligue nationale contre le cancer (LNCC), médecin de santé publique ;

– M. Gérard Audureau, président de l'association Droits des non-fumeurs.

● Table ronde avec des représentants des médecins libéraux (5 décembre 2012) :

– M. Michel Chassang, président de la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF), et M. Michel Combier, président de l'Union nationale des omnipraticiens français (UNOF) – CSMF ;

– M. Roger Rua, président du Syndicat des médecins libéraux (SML) ;

– M. Jacques Battistoni, secrétaire général du syndicat des médecins généralistes – MG France, et M. Jean-Luc Gallais, chargé de mission santé publique à MG France.

● Table ronde sur *« La lutte contre le tabagisme des jeunes : quels résultats, quels axes de progrès ? »* (12 décembre 2012) :

– M. Frédéric Dabi, directeur général adjoint de l'IFOP ;

– M. François Beck, sociologue et statisticien, responsable du département *Enquêtes et analyses statistiques* de l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (INPES) ;

– M. Jean-Yves Grall, directeur général de la santé ;

– M. Gérard Dubois, membre de l'Académie nationale de médecine, professeur de santé publique, chef du service d'évaluation médicale du CHU d'Amiens et président d'honneur de l'Alliance contre le tabac ;

– Mme Sylviane Ratte, experte internationale pour le contrôle du tabac, consultante en santé publique et conseillère pour l'Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires ;

– Mme Sandra Loisy, animatrice et coordinatrice prévention de l'association *Avenir Santé – La prévention par les jeunes pour les jeunes*.

3. Déplacement des rapporteurs

Entretiens au collège Jean Macé de Fontenay-sous-Bois, dans le Val-de-Marne (23 novembre 2012) avec :

– M. François Sparagano, principal ;

– Mme Pascale Petit, principale adjointe ;

– Mme Jeannine Abdelkader, infirmière scolaire ;

– Mme Françoise Bénédict, infirmière, conseiller technique au rectorat de l'académie de Créteil ;

– M. Adrien Bernardot, professeur d'éducation physique et sportive (EPS) ;

– Mme Léna Keromest, professeur de sciences et vie de la terre (SVT) ;

– Mme Sophie Pilotto, professeur d'éducation physique et sportive (EPS) ;

– groupe de collégiens en classe de quatrième.

ANNEXE N° 2 :
COMPTE RENDU DE LA TABLE RONDE DU 12 DÉCEMBRE 2012 SUR « LA LUTTE CONTRE LE TABAGISME DES JEUNES : QUELS RÉSULTATS, QUELS AXES DE PROGRÈS ? »

M. Denis Jacquat, rapporteur. Nous accueillons ce matin de « grands témoins » afin d'évoquer avec eux les résultats de la lutte contre le tabagisme des jeunes, ainsi que les nouveaux chemins qu'elle doit emprunter.

Je vous remercie, mesdames et messieurs, d'avoir accepté notre invitation.

M. Jean-Louis Touraine, rapporteur. Je remercie à mon tour les intervenants, ainsi que nos collègues de la Commission des affaires sociales.

Le tabagisme des jeunes est un enjeu central et prioritaire des politiques de santé publique. Première cause de décès évitables dans notre pays, la consommation de tabac fait des ravages chez les enfants de plus en plus jeunes, sans parler du tabagisme passif auquel ils sont souvent soumis avant même qu'ils ne soient tentés de fumer leur première cigarette.

C'est sous la précédente législature que le Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques (CEC) a décidé d'inscrire à son programme de travail l'évaluation de la politique de lutte contre le tabagisme. Dans ce cadre, en juillet 2011, le président de l'Assemblée nationale Bernard Accoyer a sollicité la Cour des comptes et, en octobre dernier, le CEC a confié à Denis Jacquat et à moi-même la responsabilité de la mission d'évaluation des politiques de lutte contre le tabagisme, ce qui nous a amenés à engager une série d'auditions et de déplacements sur le terrain, en particulier dans un collège, afin de dresser un état des lieux précis. Nous rendrons notre rapport en février prochain.

En matière de tabagisme, la France n'est pas exemplaire, malgré quelques progrès enregistrés à deux reprises au cours des années précédentes. Cette situation nous distingue de pays voisins comme l'Allemagne ou la Grande-Bretagne, qui compte un fumeur sur cinq habitants – contre un sur trois en France. Nous avons donc un retard à combler en la matière.

Si nous avons fait le choix de cibler les jeunes, c'est d'abord que, comme le montrent de récentes études, la proportion de fumeurs à l'âge de 17 ans est passée de 28,9 % en 2008 à 31,5 % en 2011.

D'autre part, les jeunes sont une cible privilégiée de l'industrie du tabac, dont l'objectif est de leur donner l'envie de consommer du tabac et de créer une accoutumance – dont nous savons qu'elle intervient souvent bien avant la centième cigarette. Afin d'accroître le tabagisme chez les jeunes, cette industrie propose des cigarettes très attractives et détourne l'interdiction de la publicité pour

le tabac en utilisant des moyens à la frontière de la légalité. Face à cette stratégie avérée, nous devons développer des actions efficaces, et qui impliquent ces industriels eux-mêmes.

Il n'est pas normal que les objectifs définis par les pouvoirs publics ne soient pas appliqués dans notre pays. Or la loi n'est pas appliquée, loin s'en faut. Ainsi pour l'interdiction faite aux buralistes de vendre du tabac à des mineurs : la probabilité que l'un d'eux soit contrôlé par le service des fraudes est d'une fois par siècle !

Je l'ai dit, la consommation du tabac intervient de plus en plus tôt chez les jeunes. Cette précocité a des conséquences très graves car elle installe durablement une habitude et crée une dépendance plus difficile à combattre, sans compter que le fait de consommer un nombre plus important de cigarettes au cours de sa vie multiplie le risque de pathologies.

Les jeunes ne connaissent pas réellement la nocivité du tabac – ce qui ne leur est d'ailleurs pas propre puisque 59 % des Français ignorent qu'un fumeur sur deux mourra des conséquences de son tabagisme. C'est pourquoi il est urgent de les éduquer aux méfaits du tabac. Cette sensibilisation doit s'appuyer sur des éléments scientifiques et doit être menée sans sous-estimer la propension des adolescents à transgresser les règles. Nous savons que des jeunes se sont montrés plus enclins à fumer après une campagne maladroite qui leur avait désigné le tabac comme la chose à proscrire, ce qu'ils ont perçu comme une incitation. Pour contourner la difficulté, il est absolument indispensable de les associer aux démarches de sensibilisation, mais aussi d'évaluer soigneusement la perception qu'ils ont des messages qui leur sont délivrés.

Faisant de la lutte contre le tabagisme une priorité, il nous faut prendre rapidement une série de mesures drastiques dans le cadre d'une grande loi de santé publique. La Commission européenne s'apprête, certes, à présenter une directive sur différents aspects de la lutte contre le tabagisme, dont l'obligation de « paquets neutres ». Nous appliquerons ces mesures européennes, mais nous ne pouvons nous contenter d'attendre qu'elles interviennent.

Cela étant, l'importance des ventes transfrontalières de tabac donne une dimension européenne à la lutte contre le tabagisme. Actuellement, 80 % du tabac consommé en France est acheté dans les bureaux de tabac, 5 % provient de fraudes diverses, notamment de la contrebande, et 15 % de ventes transfrontalières ou de boutiques *duty free*. Les différences de prix excessives constatées entre la France et ses voisins sont sources de trafics et appellent donc un effort d'harmonisation car la possibilité pour les jeunes et les moins jeunes de se procurer du tabac à moindre coût nuit aux politiques de santé publique.

M. Frédéric Dabi, directeur général adjoint de l'Institut IFOP. L'enquête dont je vais vous présenter les résultats a été réalisée à la demande du CEC, du 25 au 27 juin derniers, à partir d'entretiens téléphoniques avec un

échantillon de 1 004 personnes, âgées de 15 à 60 ans et représentatives de la population française.

Cette enquête visait à évaluer le niveau de connaissance qu'ont les Français des risques liés à la consommation de tabac ainsi que leur jugement sur les mesures prises par les pouvoirs publics. Mon exposé portera bien sûr plus particulièrement sur les résultats acquis en interrogeant les moins de 25 ans, mais en les rapportant à ce que nous avons appris du reste de la population. Je rappelle que, comme tout sondage, celui-ci repose sur des données déclaratives, et peut donc comporter une part de « sous-déclaration » ou de « sur-déclaration ».

Près d'un tiers des jeunes âgés de 18 à 24 ans déclarent fumer, contre 12 % des 15-17 ans. Si 56 % des fumeurs de moins de 25 ans déclarent fumer de une à dix cigarettes par jour, ils sont 40 % à déclarer entre dix et vingt cigarettes par jour. Les jeunes sont également plus exposés que la moyenne au tabagisme passif puisque 71 % des moins de 25 ans disent être dans ce cas, contre à peine la moitié des personnes âgées de 15 à 60 ans.

Quant aux risques liés au tabagisme, ils sont largement sous-estimés. Seulement 41 % des personnes âgées de 15 à 60 ans savent qu'un fumeur sur deux est susceptible de mourir d'une maladie directement lié à cette addiction – cancer ou maladie cardiovasculaire –, ce qui veut dire que six Français sur dix méconnaissent ce risque, la proportion étant encore plus élevée parmi les 15-17 ans.

Nous avons constaté le même phénomène s'agissant du nombre annuel de décès directement imputables à la consommation régulière de tabac : seulement 33 % des personnes interrogées savent que 60 000 décès par an en France lui sont imputables, la proportion tombant à 29 % chez les moins de 25 ans. Quant à la surestimation du risque, elle est relativement marginale puisqu'elle concerne 16 % des Français et 18 % des jeunes.

Cette méconnaissance peut être nuancée en ce qui concerne le risque lié au tabagisme passif puisque 78 % des Français considèrent qu'une personne exposée régulièrement à la fumée de tabac dans son environnement familial, sur son lieu de travail ou dans un lieu public court un risque élevé de contracter à terme une maladie grave. La proportion est similaire chez les jeunes : de 77 % parmi les 15-17 ans, elle atteint même 82 % entre 18 et 24 ans. Il est également à noter que cette question fait apparaître un clivage de genre, les femmes étant plus nombreuses à reconnaître ce risque du tabagisme passif.

J'en viens au jugement que portent nos compatriotes et les jeunes en particulier sur les différentes mesures de lutte contre le tabagisme. Pour deux tiers des Français, les augmentations successives du prix du tabac au cours des dix dernières années n'ont pas contribué à faire baisser la consommation. Près d'un sur trois dénonce même la totale inefficacité de cette stratégie. Ne font exception que les 15-17 ans – qui par définition n'ont pas de revenus – puisque 41 % d'entre

eux considèrent que ces hausses ont un impact sur la consommation, contre 35 % de l'ensemble des Français et 34 % de l'ensemble des moins de 25 ans.

Cette question fait apparaître un clivage très net entre catégories socioprofessionnelles. En effet, les employés et ouvriers, parmi lesquels les fumeurs sont surreprésentés et qui sont plus que d'autres catégories préoccupés par leur pouvoir d'achat, sont pourtant les plus nombreux à minimiser l'impact des augmentations de prix sur la consommation de tabac. Ce qui montre bien qu'en matière de lutte contre le tabagisme comme de sécurité routière, l'appréciation de l'efficacité d'une mesure est fonction de l'adhésion ou du rejet que cette mesure suscite.

Les interdictions ciblées de fumer rencontrent un large soutien dans l'opinion, notamment l'interdiction de la vente de tabac aux mineurs, que 86 % approuvent, 51 % jugeant même la mesure très bonne. Le jugement des jeunes est toutefois légèrement en retrait, avec un écart de 11 points chez les 15-17 ans, qui sont les plus concernés, et de 17 points chez les 18-24 ans. Cette question est aussi la seule qui ne fasse pas apparaître de clivage entre fumeurs et non-fumeurs.

Les autres dispositions de la loi Evin font également l'objet d'une importante adhésion : 88 % des Français jugent positive l'interdiction de fumer sur les lieux de travail et 87 % font de même pour l'interdiction de fumer dans les cafés, bars et restaurants, malgré une proportion légèrement moindre chez les moins de 25 ans qui sont, sur ce point aussi, moins nombreux à juger la mesure « très bonne », contrairement aux femmes, aux cadres supérieurs et aux non-fumeurs.

En revanche, des doutes non négligeables se font jour quant à l'application effective de ces mesures. Pour l'interdiction de la vente de tabac aux mineurs, il faut même parler de véritable constat d'échec puisque 72 % des Français – et 94 % des 15-17 ans ! – considèrent qu'elle n'est pas respectée. En revanche, 83 % des Français ont le sentiment que l'interdiction de fumer sur le lieu de travail l'est et ils sont 91 % à penser de même pour l'interdiction de fumer dans les cafés, bars et restaurants, avec, ici encore, une appréciation des jeunes en léger retrait par rapport à la moyenne de ceux qui estiment que la mesure est « complètement respectée ».

Les Français attendent des pouvoirs publics qu'ils fassent appliquer les mesures de lutte contre le tabagisme : 47 % d'entre eux considèrent qu'ils n'agissent pas suffisamment. Comme en matière de sécurité routière encore, nos compatriotes souhaitent un arsenal législatif relativement coercitif, les jeunes se distinguant à peine de leurs aînés sur ce point.

La mise en œuvre systématique d'actions de prévention dans les collèges et lycées recueille un réel soutien de l'opinion publique mais, alors que les réponses des 18-24 ans sont conformes à celles des autres générations, 60 % seulement des 15-17 ans jugent ces actions efficaces. L'amélioration de la prise en charge par la sécurité sociale des produits d'aide à l'arrêt de la consommation de

tabac serait de même largement approuvée, et, cette fois, tout spécialement par les 15-17 ans. En revanche, l'efficacité d'augmentations fortes et régulières du prix du tabac suscite des appréciations en net retrait, sauf comme on l'a vu chez les 15-17 ans, et c'est aussi le cas, encore plus nettement, de l'interdiction de fumer en voiture et, dans une moindre mesure toutefois du côté des mineurs, de l'interdiction de fumer sur les terrasses des cafés, bars et restaurants. La prévention l'emporte donc sur tout le reste. Quant à la création de paquets de cigarettes neutres – sans aucun signe publicitaire –, elle n'emporterait l'adhésion que de moins de la moitié des personnes interrogées, les 15-17 ans étant seulement un peu plus nombreux que les autres à la juger efficace.

M. Denis Jacquat, rapporteur. Cette idée de paquets neutres n'est pas neuve, mais elle rencontre un grand scepticisme de la part des Français. Sachant qu'elle est appliquée en Australie depuis le 1er décembre, je me demande si, avant de préconiser cette mesure, nous ne devrions pas attendre un an pour bénéficier de l'expérience de ce pays.

M. François Beck, sociologue et statisticien, responsable du département Enquêtes et analyses statistiques de l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (INPES). Le travail d'épidémiologie que je vais vous présenter s'appuie sur quatre enquêtes : trois ont été réalisées au collège et au lycée et auprès de jeunes de 17 ans dont une partie n'était plus scolarisée ; la dernière est effectuée tous les cinq ans auprès de quelque 30 000 adultes.

Les enquêtes sur lesquelles nous travaillons à l'INPES sont moins fréquentes que celles d'autres organismes, de sorte qu'elles peuvent être plus anciennes, mais elles reposent sur des échantillons qui permettent de limiter l'« intervalle de confiance » – autrement dit d'augmenter la précision des résultats. D'après nos chiffres, ce ne sont pas 12 % de 15-17 ans qui fument, comme l'indique l'enquête qui vient de nous être présentée – et qui reposait sur un échantillon dont l'effectif ne devait pas dépasser la soixantaine –, mais plus de 30 %.

L'évolution globale du tabagisme depuis les années 1970 montre une chute de la prévalence tabagique chez les hommes, amorcée avec la loi Veil de 1976 et poursuivie après 1991, date de la loi Evin. C'est seulement à partir de cette dernière, en revanche, qu'on observe une inflexion de la courbe de consommation des femmes, jusque-là ascendante. Il faut donc saluer l'apport de ce texte, dont tous nos voisins européens reconnaissent l'exemplarité. Entre 2005 et 2010, nous avons assisté à une légère reprise de la consommation, surtout chez les femmes de 45 à 64 ans. Dans le cadre de notre étude sur les inégalités sociales de santé, nous avons également observé que le tabagisme, s'il n'augmente pas chez les cadres, est en forte hausse chez les ouvriers et plus encore chez les chômeurs, parmi lesquels la proportion de fumeurs est passée de 41 à 51 % entre 2000 et 2010.

De façon générale d'ailleurs, le lien entre tabagisme et inégalités sociales pose des questions difficiles. Ce que nous pouvons dire, c'est que, si les

augmentations fortes et répétées des prix ont entraîné une baisse globale de la prévalence, elles se sont aussi accompagnées d'un creusement de ces inégalités.

L'évolution de la prévalence tabagique à l'adolescence est semblable à celle que l'on observe chez les adultes : à une baisse de la consommation a succédé, cette fois à partir de 2008, une remontée et, en 2011, la proportion de jeunes de 17 ans fumant quotidiennement a atteint 31 %, soit, je le répète, nettement plus que le pourcentage dont fait état l'étude de l'IFOP. Si l'on ajoute les fumeurs occasionnels, on doit arriver à 35 %...

Les garçons fument leur première cigarette plus tôt que les filles mais, progressivement, le rapport s'inverse et, à la fin de l'adolescence, celles-ci sont plus nombreuses à avoir expérimenté le tabac. C'est un phénomène nouveau auquel il nous faut être attentifs.

L'analyse de l'évolution du tabagisme quotidien entre 2005 et 2010 montre une hausse du tabagisme et son aggravation à mesure qu'on avance dans l'adolescence, même si cette courbe est irrégulière. Cela étant, l'usage quotidien de tabac reste rare avant 12 ans et, à ce propos, je voudrais nuancer l'idée selon laquelle les jeunes entrent de plus en plus tôt dans le tabagisme. Certes, plus cette date est précoce, plus le risque d'addiction, y compris à d'autres substances telles que l'alcool ou les drogues, sera élevé. Mais toutes les enquêtes concordent sur ce point : même si les jeunes sont plus nombreux à fumer régulièrement, l'âge moyen d'entrée dans le tabagisme quotidien a plutôt tendance à reculer.

M. Denis Jacquat, rapporteur. L'entrée dans la « polytoxicomanie » est-elle, elle, de plus en plus précoce ?

M. François Beck. Elle n'est pas plus précoce, mais l'augmentation générale du tabagisme chez les jeunes augmente naturellement le nombre de jeunes « polyconsommateurs ».

C'est au collège que l'usage de tabac se développe. Les élèves des classes de sixième sont seulement 12,7 % à déclarer avoir déjà fumé. En troisième, la proportion dépasse la moitié et, entre-temps, cette expérimentation est devenue davantage le fait des filles que des garçons. Quant à l'usage quotidien du tabac, il est vraiment exceptionnel en sixième – ce qui justifierait peut-être une action spécifique sur ces cas particuliers –, mais il concerne 10 % des élèves en quatrième, moment où se fait le basculement et où, d'ailleurs aussi, s'inverse le rapport entre filles et garçons pour l'expérimentation du tabac. Dès lors, on peut penser que la période où une sensibilisation serait la plus utile se situe au niveau de la classe de cinquième.

Le parcours scolaire d'un élève est fortement dépendant de sa consommation de tabac et de cannabis. Or le risque pour lui de devenir fumeur est très différent selon qu'il appartient à telle ou telle catégorie : à l'âge de 17 ans, il est plus important pour une fille, pour un enfant qui a pris ses distances avec ses parents et pour celui qui se trouve dans une situation sociale défavorable.

Si l'on observe la carte de la consommation tabagique à 16 ans, la France se situe désormais dans le peloton de tête des pays d'Europe, avec les pays baltes où le paquet de cigarettes coûte moins de 2 euros. En revanche, la consommation tabagique est moindre en Irlande et au Royaume-Uni, qui pratiquent des prix très élevés. La prévalence tabagique est donc très étroitement corrélée au prix de vente du tabac, excepté pour la France qui se singularise à cet égard.

Après avoir diminué dans la plupart des pays d'Europe entre 2003 et 2007, la consommation de tabac a augmenté entre 2007 et 2011 en France et dans plusieurs autres pays d'Europe, pendant qu'elle poursuivait son recul dans d'autres pays, dont il serait intéressant de savoir quelle politique de « dénormalisation » du tabac ils ont menée.

Si nous disposons de travaux sur le tabagisme des personnes en situation de précarité, travaux qui montrent la nécessité d'une action en direction de ces populations, en revanche peu d'études sociologiques ont porté sur le tabagisme des jeunes. Toutefois, quelques études anglo-saxonnes ont confirmé que l'adolescence était le moment où les jeunes s'éloignaient du modèle parental pour élaborer leurs propres normes. Les pouvoirs publics doivent composer avec cette volonté d'émancipation, comme sait le faire l'industrie du tabac qui utilise sans vergogne les idéaux de liberté des adolescents pour leur vendre un produit créateur de dépendance.

Nous développons depuis peu à l'INPES le « marketing social » qui nous amène à nous concentrer sur des publics précis, pour comprendre les ressorts de leur tabagisme et tenter de les sortir de cette dépendance, ou pour définir les messages spécifiques auxquels ils peuvent être sensibles – ainsi l'augmentation du tabagisme féminin requiert une communication adaptée. Et, bien sûr, nous sommes constamment attentifs à l'effet que peuvent avoir les mesures de santé publiques sur les inégalités sociales.

Mme Sandra Loisy, animatrice et coordinatrice « prévention » de l'association Avenir Santé – la prévention par les jeunes pour les jeunes. Fondée à Lyon en 1998, notre association Avenir Santé se consacre pour l'essentiel à trois thématiques : les addictions, les accidents de la route et la sexualité. Présents dans sept régions et nous appuyant sur 21 salariés, sur autant de jeunes en service civique volontaire et sur 260 jeunes intervenants bénévoles, nous intervenons dans le milieu festif – soirées, discothèques, festivals –, dans le milieu éducatif – collèges, lycées, centres de formation en alternance, facultés – et, avec nos équipes mobiles, dans l'espace public – aux abords des soirées, avant qu'elles ne commencent. Nous rencontrons ainsi chaque année plus de 270 000 jeunes. Nous disposons depuis 2010 d'un site Internet et nous avons mis en place une veille destinée à analyser les stratégies marketing adoptées par les alcooliers en vue d'inciter les jeunes à consommer.

Nous avons développé une solide expertise de terrain en matière de prévention des conduites à risque, en particulier des consommations de tabac et de

cannabis, qui sont très souvent liées. Nous intervenons sur ce thème surtout en milieu scolaire, en association avec les équipes médico-pédagogiques – professeurs, conseillers principaux d'éducation, infirmières. Notre objectif, en l'espèce, est de maintenir les non-fumeurs dans leur statut et d'inciter les fumeurs à arrêter ou, tout au moins, à réduire leur consommation. Ces interventions se déroulent dans les classes et/ou dans un espace prévention dédié, et portent sur les trois éléments susceptibles de modifier un comportement. En premier lieu, nous essayons de comprendre les influences– médias, amis – et les représentations qui peuvent inciter à fumer. Puis nous dispensons des informations scientifiquement validées qui, même si elles ne suffisent pas à changer les comportements, sont indispensables sur un sujet où abondent les idées reçues. Enfin, nous diffusons des conseils pratiques et orientons les jeunes vers des structures professionnelles locales susceptibles de poursuivre le travail que nous avons esquissé. Nous utilisons des outils interactifs qui diffusent des messages ludiques, les seuls capables d'attirer les jeunes et de les inciter à participer, notre but n'étant pas de leur faire la morale ou de les culpabiliser, mais plutôt de les amener à réfléchir.

Nous constatons que pour les jeunes, surtout pour les collégiens, le tabac reste un produit qui les met en valeur auprès de leurs camarades : il ne s'est absolument pas banalisé, contrairement à ce qu'on observe chez les adultes. Quant à la pratique du narguilé – de la chicha –, elle est perçue comme récréative et inoffensive. C'est pourtant une porte d'entrée dans le tabagisme.

Parmi les jeunes que nous rencontrons, les 60 % qui se déclarent fumeurs disent vouloir arrêter ou diminuer leur consommation, et cette préoccupation est d'autant plus affirmée qu'ils avancent en âge. Ainsi, alors que les collégiens ne se disent pas dépendants, il n'en va pas de même des lycéens qui reconnaissent que leur consommation de tabac est liée au stress et qu'il ne leur sera pas facile d'arrêter.

Les jeunes soulignent volontiers certaines incohérences des politiques publiques. Ils comprennent les interdictions de fumer dans les lieux collectifs et de vendre du tabac aux mineurs, mais ils savent que ces mesures ne sont pas appliquées et qu'en outre, comme ils nous le font très souvent remarquer, le tabac rapporte de l'argent à l'État.

Il est exact que le prix du tabac est un frein à sa consommation, mais il amène les jeunes à se tourner vers le tabac à rouler, qu'ils perçoivent comme moins dangereux que la cigarette alors même que sa toxicité est au moins aussi importante.

Nos recommandations sont au nombre de trois.

Il nous paraît tout d'abord nécessaire de poursuivre et d'intensifier les actions de prévention en y impliquant les jeunes. En effet, l'idée que les collégiens se font de la prévention n'est pas toujours très positive ; en outre, ils ont déjà le sentiment de tout connaître du sujet et sont dès lors enclins à écouter passivement.

Il faut les inviter à créer des outils, à réfléchir, par exemple, à la meilleure façon de sensibiliser leurs parents aux risques du tabac. Les actions de prévention doivent également être ciblées et adaptées au profil du public visé : fumeurs ou non-fumeurs, préadolescents ou adolescents. Elles doivent en outre s'adresser aux adultes qui entourent les jeunes – famille, intervenants des activités extrascolaires – et qui, souvent, ne savent pas comment aborder avec eux les problèmes d'addiction.

Il faut, en second lieu, maintenir les interdictions de fumer dans les lieux collectifs et de vendre du tabac aux mineurs. Quant aux augmentations du prix du tabac, elles doivent être significatives et étendues au tabac à rouler.

Il importe enfin, dans la communication en direction du grand public, de valoriser les personnes qui adoptent un comportement responsable en choisissant de ne pas fumer ou d'arrêter de fumer, d'insister sur les bienfaits qu'apporte cette abstention, tant sur le plan financier qu'esthétique, et sur le bien-être que l'on y gagne – ce qui implique d'informer sur les aides qu'on peut trouver pour rompre avec le tabac car beaucoup ne savent pas vers qui se tourner, ou ignorent que les substituts nicotiniques peuvent leur être remboursés par la sécurité sociale.

M. Denis Jacquat, rapporteur. Mais une seule fois ! Or ces substituts ne sont pas forcément efficaces dès le premier usage. Mon collègue Jean-Louis-Touraine et moi serions assez enclins à préconiser une prise en charge à 100 %...

Nous avons été surpris de voir à quel point une action de prévention, ciblée sur les jeunes collégiens n'ayant pas encore fumé, les avait marqués et sensibilisés, au point de retarder le moment de leur première cigarette.

Vous évoquez le report de la consommation sur le tabac à rouler, dont le P^{r} Tubiana a en effet démontré qu'il comportait plus de goudron que les cigarettes. Il y a quelques années, une mission de l'Assemblée nationale s'est même interrogée sur les conséquences psychiatriques que pouvait avoir la consommation de ce produit. Or il est largement distribué. Quant aux bars à chichas, il est étonnant qu'ils soient présentés comme inoffensifs car les mélanges odorants contenus dans les narguilés sont tout aussi toxiques que le tabac.

Mme Sylviane Ratte, experte internationale pour le contrôle du tabac, consultante en santé publique et conseillère pour l'Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires. Les études internationales le confirment, notre pays accuse un important retard par rapport à bien d'autres en matière de lutte contre le tabagisme. Cela n'a pas toujours été le cas : François Beck a rappelé que nous étions à la pointe de ce combat en 1991, année où la France se dotait d'une législation pionnière. Sous la présidence de Jacques Chirac, le plan Cancer a permis des avancées significatives. La France se caractérisait alors par une volonté politique affirmée de lutter contre le tabagisme selon une stratégie bien définie, se traduisant par des mesures efficaces et novatrices.

En revanche, notre pays n'a jamais pris la mesure des stratégies extrêmement sophistiquées déployées par l'industrie du tabac pour recruter de jeunes consommateurs, ni compris la nécessité de s'y attaquer frontalement. Au contraire, le Royaume-Uni, où la prévalence du tabagisme est nettement inférieure – autour de 20 % – a compris l'importance de cet enjeu. En 1998, les stratégies mises en œuvre par l'industrie du tabac pour cibler les jeunes ont fait l'objet d'une enquête du Parlement britannique. À la même période, la justice américaine contraignait les compagnies du tabac à rendre publics leurs documents internes, qui révélaient également ces pratiques. On ne pourra pas enrayer le tabagisme des jeunes tant que l'on n'aura pas pris la mesure des manœuvres auxquelles se livrent les industriels pour séduire cette clientèle, *via* la mobilisation de tous les canaux de communication – cinéma, réseaux sociaux, musique, jeux vidéo, et d'abord le paquet de cigarettes lui-même, parfois conçu comme un véritable accessoire de mode. De ce point de vue, on ne peut nier l'efficacité du paquet neutre pour lutter contre le tabagisme.

Les pouvoirs publics ne doivent plus traiter avec l'industrie du tabac comme s'il s'agissait d'une activité normale, mais la considérer pour ce qu'elle est, à savoir une industrie prédatrice, dont les pratiques plus ou moins légales sont régulièrement condamnées par les tribunaux. Lors de la conférence qui a réuni en novembre à Séoul les 140 parties à la convention cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, la CCLAT, la directrice générale de l'OMS s'est exprimée d'une façon particulièrement ferme à cet égard.

En France, en revanche, les discours des pouvoirs publics et leurs relations avec les cigarettiers sont marqués par l'ambiguïté. Notre pays devrait s'inspirer de ce que font en la matière des pays comme l'Australie, le Royaume-Uni, le Canada ou certains États américains. Certes, nous disposons d'un important arsenal législatif, mais ces dispositions ne sont pas réellement appliquées. L'industrie du tabac parvient même à contourner notre législation interdisant la publicité en faveur du tabac et des produits dérivés, qui était pourtant un modèle pour les autres pays. Sept ans après que l'interdiction de fumer dans les lieux publics a été renforcée, on manque encore des moyens de la faire respecter. Les buralistes sont une véritable calamité en ce qu'ils contribuent à ce climat spécifiquement français. En effet, ils n'hésitent pas à enfreindre l'interdiction de vente aux mineurs et à vendre des cigarettes à des enfants de douze ans. Autre anomalie propre à notre pays, ils n'hésitent pas à relayer la propagande de l'industrie du tabac. Il est anormal qu'une profession qui exerce son activité au nom et pour le compte de l'État se permette ainsi de critiquer des mesures de santé publique. De telles pratiques sont dues à l'incapacité de notre pays à prendre la mesure de toutes ces pratiques, et c'est ce qui fait de notre combat contre le tabagisme des jeunes un perpétuel recommencement.

Certes, tout le monde s'accorde sur la nécessité de protéger les jeunes du tabagisme, notamment grâce à des programmes d'éducation à la santé et de prévention, mais le cœur du problème réside dans notre incapacité à faire respecter les obligations que nous impose la CCLAT, traité international. Notre pays, qui a

joué un rôle moteur dans le combat international contre le tabagisme lorsqu'il présidait l'Union européenne, doit enfin se saisir des outils qu'offre cette convention : il y a là tout le nécessaire. De nombreux rapports ont été consacrés à la question, venant de l'Académie de médecine, de la direction générale de la santé, de la Cour des comptes ou encore de l'Assemblée nationale, en la personne de M. Yves Bur : il est temps désormais d'agir car nous sommes en train de perdre du terrain dans cette bataille alors que le monde entier progresse. La Turquie a réussi à réduire de deux millions le nombre de ses fumeurs : pourquoi ne pourrions-nous pas faire de même ?

S'agissant plus spécifiquement de la lutte contre le tabagisme des jeunes, j'aurais quelques recommandations à formuler. Il faut d'abord donner à la politique fiscale des objectifs de santé publique. Si nos concitoyens pensent que c'est pour « s'en mettre plein les poches » que l'État alourdit la taxation du tabac, c'est qu'on n'a pas fait la pédagogie de cette mesure, alors que dans d'autres pays, on explique que le produit de ces taxes est affecté à des missions tout à fait nobles.

Il faut ensuite élaborer une stratégie globale qui soit pilotée par un interlocuteur unique, sur le modèle de ce qui a été fait avec succès pour la sécurité routière. Je le répète, nous avons un canevas tout prêt : la CCLAT.

Nous devons mener des campagnes antitabac en nous inspirant des modèles internationaux et de l'abondante littérature consacrée à ce sujet. Hormis la communication en faveur des mesures prises contre le tabagisme passif, qui est parvenue à faire connaître les risques de cette forme de tabagisme, les campagnes conduites en France sont trop molles, trop gentillettes pour sortir les fumeurs de leur dépendance. Par peur de tenir un discours anxiogène ou culpabilisant, on finit par ne rien dire alors qu'il faudrait au contraire provoquer un choc, comme on le fait désormais en matière de sécurité routière en montrant la réalité des risques, par exemple en faisant témoigner des victimes.

La répugnance manifestée par notre pays envers ce type de communication réaliste est peut-être culturelle. Pourtant, de telles campagnes ont du succès dans des pays aussi différents que la Turquie, l'Inde, la Chine ou l'Indonésie, où elles contribuent à débanaliser le tabagisme. Une telle pédagogie est essentielle en ce qu'elle facilite considérablement l'application des législations antitabac.

Je voudrais enfin souligner la nécessité pour la France de se réengager dans la lutte contre le tabagisme, notamment au sein des instances européennes, sur lesquelles le lobby des industriels du tabac exerce en ce moment une pression colossale. Il est anormal qu'on permette à ce secteur de favoriser impunément et en toute connaissance de cause la dépendance des jeunes.

M. Denis Jacquat, rapporteur. Il est vrai que la Turquie était jusqu'à récemment un pays de gros fumeurs.

Mme Sylviane Ratte. On disait : fumer comme un Turc ! Ce qui ne sera bientôt plus vrai.

M. Denis Jacquat, rapporteur. Vous avez raison d'insister sur la nécessité de faire appliquer la réglementation existante, notamment l'interdiction de fumer dans les lieux publics. Moi qui suis un usager régulier du train, je vois constamment des passagers, et même des agents de la SNCF en tenue, fumer sur les quais, alors même que sont diffusés des messages leur rappelant qu'il est interdit de fumer dans les gares.

M. Gérard Bapt. Votre expérience européenne vous a-t-elle appris comment la France peut lutter contre le trafic transfrontalier, en provenance notamment de l'Espagne et du Luxembourg ?

Mme Sylviane Ratte. Je rappelle que les vingt-sept États membres de l'Union européenne sont parties à la CCLAT. Il faut que la France se remobilise au niveau européen afin d'assurer le respect de cette convention par tous ses signataires et de pousser à une harmonisation des prix. La cinquième conférence des parties à la CCLAT venant de se prononcer pour un alourdissement de la taxation du tabac, le moment serait bien choisi pour demander aux instances européennes ce qu'elles comptent faire en faveur de cette harmonisation.

M. Denis Jacquat, rapporteur. Siégeant depuis une quinzaine d'années au Conseil de l'Europe, où j'ai pu mesurer combien la mise en place d'une réglementation européenne prend du temps, je crains que vous n'ayez pas satisfaction avant une cinquantaine d'années !

Mme Sylviane Ratte. Ces pays n'ont pas seulement l'obligation de rapprocher leurs prix en augmentant les taxes : ils y ont aussi intérêt, ne serait-ce que sur le plan financier. On peut également envisager des actions bilatérales avec les pays frontaliers.

M. Jean-Yves Grall, directeur général de la santé. Quand je vivais en Lorraine, j'ai pu constater que l'effet de l'aggravation du prix du tabac y était très rapidement annihilé par la possibilité de se procurer extrêmement facilement des cigarettes coûtant 30 % moins cher que sur notre territoire. C'est pourquoi je souscris totalement aux propos de Mme Ratte.

M. Gérard Dubois, professeur de santé publique, chef du service d'évaluation médicale du CHU d'Amiens, membre de l'Académie de médecine et président d'honneur de l'Alliance contre le tabac. Je préside également la commission « Addictions » de l'Académie nationale de médecine, qui prend position régulièrement sur le sujet du tabagisme.

Il y a quand même eu un immense progrès en matière de lutte contre le tabagisme : les agents du ministère de la santé ne fument plus à proximité du panneau d'interdiction de fumer !

Il y a près de dix ans, mon livre *Le Rideau de fumée* montrait déjà l'horrible réalité de l'industrie du tabac telle que la révélaient ses documents internes, dont la justice américaine lui avait imposé la publication en 1998.

Je voudrais d'abord réagir à certains des propos qui viennent d'être tenus.

La meilleure démonstration de l'efficacité du paquet neutre en matière de lutte contre le tabagisme, ce sont les hauts cris poussés par l'industrie du tabac qui la fournissent ! C'est ce qu'on appelle en anglais le *scream test* : plus cette industrie crie, plus on est sûr d'être sur le bon chemin ; à l'inverse, nous avons toute raison de nous inquiéter quand elle ne réagit pas à une mesure antitabac. En l'occurrence, elle a été jusqu'à exercer des actions judiciaires contre la loi australienne imposant le paquet neutre, actions qui ont été balayées d'un revers de main par la Cour suprême de ce pays. Et je ne parle pas d'actions internationales confinant au ridicule – les cigarettiers ont ainsi obtenu que l'Ukraine, dont le caractère démocratique est bien connu, les soutienne dans ce combat. Cela dit, il existe aussi des études, notamment françaises, qui prouvent également l'efficacité du paquet neutre.

Je voudrais opposer aux propos qui ont évoqué l'attrait de la transgression sur les jeunes les analyses de psychologues tels que Marie Choquet, qui, sans nier cet attrait, montrent qu'il ne faut pas le craindre : dans leur immense majorité, les jeunes font ce qu'on leur prescrit. L'interdit parental, surtout s'il est ferme et exprimé par les deux parents, constitue un barrage extrêmement efficace à l'entrée dans le tabagisme. Il en va de même s'agissant de la position des enseignants et de la société envers le tabagisme. D'où l'importance du discours des pouvoirs publics : des propos favorables au tabac, même tenus sur un mode humoristique, auront un impact négatif immédiat sur les comportements.

L'argument selon lequel l'effet de l'augmentation de la taxation du tabac varie en fonction du niveau social, souvent brandi par l'industrie du tabac elle-même, a fait l'objet de nombreux débats, notamment au sein du Haut conseil de la santé publique à la fin de l'année dernière. La conclusion en est que, même si le fait est avéré, il ne remet pas en cause l'efficacité d'une augmentation répétée et substantielle de ces taxes pour réduire la consommation de tabac de toutes les catégories sociales, même si c'est dans des proportions variables. Or il n'y a pas eu d'augmentation dissuasive du prix du tabac depuis 2004.

Il est scandaleux que les traitements du tabagisme ne soient pas remboursés : c'est comme si les traitements de l'hypertension artérielle ou du diabète ne l'étaient pas. D'ailleurs l'article 14 de la CCLAT pose que chaque pays partie à la convention doit faciliter l'accès à ces traitements en en rendant le coût abordable.

L'explosion actuelle de la pratique de la chicha à travers le monde s'apparente à une véritable épidémie, au point que la Tunisie envisage son interdiction. Notre pays en a également été victime à travers la multiplication des

bars à chichas. Contrevenant au décret du 15 novembre 2006 qui interdit de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif, ces établissements sont totalement illégaux et doivent être définitivement fermés.

Le public, parfaitement relayé par les politiques, est très demandeur d'actions en milieu scolaire. Or les essais randomisés visant à évaluer leur efficacité ont donné des résultats négatifs. Cela ne veut pas dire qu'il ne faut en mener aucune, mais qu'on ne peut pas fonder la lutte contre le tabagisme des jeunes sur ces seules actions. Agir auprès des élèves de tous les collèges supposant des investissements, notamment financiers, qui sont hors de notre portée, il ne pourra jamais s'agir que d'une politique marginale.

De même, l'interdiction de la vente de tabac aux mineurs n'a pas démontré son efficacité. Cependant, cette mesure s'imposait à mes yeux avec la force de l'évidence, simplement parce qu'on ne peut pas accepter qu'un produit dont il est avéré qu'il tue la moitié de ses consommateurs soit vendu à des jeunes. Nous savions cependant que cette mesure ne serait pas appliquée, faute d'une volonté politique et gouvernementale de la faire respecter, en particulier du côté du ministère du budget dont relèvent les débitants de tabac.

En revanche, les campagnes de sensibilisation du public aux dangers du tabac peuvent être efficaces. Je ne parle pas des campagnes « gnangnan » prétendant toucher des jeunes qui ne se projettent pas au-delà du week-end et sont donc insensibles au risque de mourir dans des décennies. Les campagnes qui ont fait la preuve de leur efficacité sont celles qui dénoncent frontalement les mensonges et les manipulations de l'industrie du tabac. Je pense par exemple à la *Truth Campaign* de la Floride, qui a mobilisé tous les médias et dont l'impact a été considérable sur les jeunes. Il ne faut pas hésiter à opposer la vérité, aussi dure soit-elle, à la tromperie. La campagne de prévention montrant un alcoolo-tabagique à l'article de la mort a prouvé qu'on pouvait utiliser des images horriblement réalistes sans susciter de réaction négative, pourvu qu'elles soient vraies.

Je voudrais rappeler que c'est à la suite d'une plainte du gouvernement américain et sur la base de la législation anti-mafia, ou loi Rico, que la juge fédérale Gladys Kessler a condamné, en 2006, l'industrie américaine du tabac. Cela signifie que les compagnies de tabac ont été considérées comme des organisations mafieuses. Il y a une quinzaine de jours, cette même juge a condamné les cigarettiers à financer pendant deux ans des campagnes où ils reconnaîtront avoir délibérément menti au public pour lui dissimuler la dangerosité de leurs produits.

Les campagnes s'attaquant au produit lui-même sont également efficaces. La campagne télévisée de l'INPES intitulée « Révélation » et dénonçant la présence sur le marché d'un produit comprenant des composants toxiques, qui s'avérait être la cigarette, a particulièrement marqué les esprits. Tout le monde est réceptif à cette forme de communication, et les jeunes ne font pas exception. C'est

pourquoi je ne suis pas très favorable aux campagnes qui les ciblent spécifiquement : l'essentiel est de « taper fort » et de façon argumentée.

Dans sa lutte contre le tabagisme des jeunes, la France peut s'appuyer sur la CCLAT. Notre pays a joué un rôle moteur dans l'adoption par les membres de l'OMS de cette convention cadre, qu'elle a ratifiée en 2004. J'ai une grande admiration pour le docteur Gro Harlem Bruntland, ancien premier ministre de Norvège, qui, en tant que directrice générale de l'OMS de 1999 à 2003, a été à l'origine de cet instrument. J'ai moi-même participé à ce travail en tant que président du groupe de travail consacré à l'interdiction de la publicité du tabac, la France ayant réussi, à travers la loi Évin, à mettre en œuvre une telle interdiction.

La politique française en matière de lutte antitabac fut longtemps exemplaire. Un épidémiologiste aussi éminent que sir Richard Peto, élève de Sir Richard Doll, a résumé son efficacité au fait que, depuis la loi Évin, les prix des produits du tabac avaient triplé et les ventes de cigarettes avaient été divisées par deux, de même que le nombre d'hommes jeunes victimes d'un cancer du poumon.

Cependant, la division par deux des ventes de cigarettes depuis vingt ans n'est pas le fruit d'une évolution régulière. En effet, la courbe de leur consommation indique une diminution pendant dix années, distribuées en deux périodes dont chacune a été suivie d'une phase de stabilisation, la dernière ayant commencé en 2004 : depuis cette date, la consommation connaît un plateau, voire a augmenté dans la période récente. Nous aurions donc pu faire deux fois mieux, et la France fait la démonstration éclatante qu'à chaque fois qu'on « appuie sur le bouton » pour relever les taxes, les ventes de cigarettes diminuent, et qu'elles cessent de baisser dès qu'on relâche – volontairement – la pression, comme cela a été le cas de 1997 à 2002, et comme c'est le cas depuis 2004.

À ceux qui m'opposeraient les augmentations de 2007, 2009, 2010, 2011 et 2012, je répondrai par une image. Les augmentations de 2007, 2009 et 2010 ont été si faibles qu'elles équivalaient à tirer sur le sumo de l'industrie du tabac avec des balles de tout petit calibre. Dans le cadre du premier plan Cancer, on avait tiré trois balles de gros calibre : la somme de ces trois augmentations dépassait 50 % et a provoqué une baisse d'un tiers des ventes. En revanche, quand les augmentations sont faibles, elles ne traversent même pas la graisse du sumo. Au contraire, elles lui permettent de s'engraisser encore en augmentant ses profits.

Certes, après avoir encaissé les augmentations de l'année dernière et de cette année, le sumo commence un peu à marquer le coup. Il reste que ce n'est pas la bonne méthode : il ne sert à rien de tirer avec du petit calibre sur l'industrie du tabac. Les augmentations de taxes doivent être dissuasives, c'est-à-dire au moins égales à 10 %, et répétées – au moins tous les deux ans. Une telle politique est d'autant plus efficace que la consommation des jeunes et des femmes est particulièrement sensible à l'augmentation des taxes, comme on l'a constaté en 2003 et en 2004 – mais repart également plus vite à la hausse quand la pression se relâche.

Je conclurai en disant qu'il faut assigner à la lutte contre le tabagisme des objectifs ambitieux. L'année dernière, le sommet de l'ONU sur les maladies non transmissibles a identifié trois épidémies « industrielles », c'est-à-dire provoquées par des produits industriels : le tabagisme, l'abus d'alcool et l'alimentation transformée, auxquelles il convient d'ajouter les maladies dues aux véhicules de transport. C'est pourquoi les sommets internationaux sur le tabac évoquent désormais l'*end game* : il est temps de faire de la fin de la consommation du tabac notre objectif commun. La Nouvelle-Zélande et La Finlande se sont déjà assigné cet objectif, cependant que l'OMS vise une réduction drastique de cette consommation. Ces prises de position sont importantes en ce qu'elles fixent une orientation. Mais une fois cette orientation décidée, il faut se donner les moyens de la suivre. Cela suppose de se doter d'un pilotage unique, ayant notamment pouvoir de décider de la taxation du tabac. Or, si la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, la MILDT, a à nouveau la lutte contre le tabagisme parmi ses compétences, elle n'a pas ce pouvoir.

M. Jean-Yves Grall. La direction générale de la santé (DGS) est un des instruments essentiels de la lutte contre le tabagisme des jeunes, mais il n'est pas le seul. Or la stratégie extrêmement organisée et redoutable des cigarettiers exige que nous lui opposions une politique globale, visant à installer un environnement général propice à l'éradication de ce fléau. Cette approche globale doit se retrouver dans l'implication des acteurs de terrain, notamment des associations qui peuvent toutefois décliner cet ensemble de mesures à travers le ciblage de populations spécifiques, mais aussi des professionnels qui doivent assurer l'assise la plus large à cette grande cause nationale, au-delà des consultations d'addictologie.

La DGS combat le tabagisme des jeunes en visant cinq grands objectifs : la réduction de l'attractivité des produits du tabac ; la réduction de leur accessibilité ; l'amélioration et le contrôle du respect de la réglementation ; des stratégies de communication et de prévention efficaces ; enfin, l'aide à l'arrêt du tabac pour les jeunes fumeurs.

La réduction du marketing autour des produits du tabac vise tout particulièrement le *packaging*, objet de stratégies très efficaces. Deux mesures sont à l'étude : le paquet neutre et l'augmentation franche de la taille des avertissements sanitaires, dont nous souhaiterions qu'ils couvrent plus de 75 % du paquet de cigarettes, contre 30 ou 40 % aujourd'hui, et qu'ils comportent des photographies réalistes des effets du tabagisme, susceptibles de frapper l'esprit des consommateurs les plus déterminés. On pourrait également envisager de renforcer la réglementation restreignant la publicité des produits du tabac, en imposant par exemple la vente « sous le comptoir ».

La réduction de l'accessibilité passe essentiellement par la hausse du prix du tabac.

Quant au cadre réglementaire, sa fermeté et sa clarté ne sont pas douteuses. Le problème, comme cela a été dit, réside dans l'absence de contrôles suffisants pour en garantir le respect, et c'est donc surtout sur ce point que nous devons travailler. Là encore, un pilotage global est nécessaire, les corps de contrôle étant actuellement trop éclatés. Il faut instituer, sinon un corps de contrôle unique, du moins une stratégie coordonnée et concertée.

Pour ce qui est de la présence d'édulcorants dans les cigarettes, je rappellerai que, depuis un décret de 2009, l'addition de vanilline et d'éthylvanilline est limitée. Il faut continuer dans cette voie et nous nous y employons.

En matière de stratégie de communication en direction des jeunes, il importe d'être constant car cette communication est essentielle. Certaines associations mènent à cet égard des actions très utiles pour contrer l'effet d'un marketing particulièrement efficace.

Les dispositions visant à faciliter l'arrêt de la consommation de tabac, enfin, doivent être au bénéfice de l'ensemble des consommateurs, et pas seulement des jeunes fumeurs. L'approche médicale est importante, même si la consultation des services de tabacologie est rarement de première intention chez les jeunes.

Pour revenir à mon premier propos, je pense donc qu'une lutte efficace contre le tabagisme des jeunes suppose l'adoption d'une stratégie globale, constante, animée par des professionnels et largement médiatisée. Elle doit s'appuyer sur des indicateurs d'objectifs, sur le modèle de la politique de sécurité routière. D'autre part, nous devons favoriser le développement de cette lutte au niveau international, en imposant l'application pleine et entière de la CCLAT. C'est en ce sens que nous travaillons, et c'est la politique que Mme la ministre des affaires sociales et de la santé a défendue tout récemment au niveau européen.

M. Denis Jacquat, rapporteur. Je vous remercie tous, au nom de l'Assemblée nationale, pour ces exposés de grande qualité qui ne manqueront pas de nourrir notre réflexion en vue de donner un second souffle à la lutte contre le tabagisme.

ANNEXE N° 3 :
CONTRIBUTION DU SECRÉTARIAT DE LA CONVENTION-CADRE DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) POUR LA LUTTE ANTI-TABAC

Le secrétariat permanent de la Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour la lutte antitabac (CCLAT) a adressé aux rapporteurs, en décembre 2012, une contribution écrite à l'occasion de la table ronde sur la lutte contre le tabagisme des jeunes, organisée le 12 décembre 2012 à l'Assemblée nationale, et dont le texte est reproduit ci-après.

*« **Consommation de tabac chez les jeunes.*** Le Secrétariat a récemment achevé l'analyse des rapports sur la mise en œuvre présentés en 2012 par les Parties à la Convention.

À l'échelle mondiale**,** selon les données récentes basées sur 126 rapports de mise en œuvre présentés par les États Parties à la Convention, pour *le tabac à fumer* et en moyennes pondérées, la proportion de garçons qui fument (16 %) est presque trois fois plus élevée que celle des filles (6 %). Pour le *tabac sans fumée*, la moyenne pondérée calculée à l'échelle mondiale montre que 8 % des garçons et 6 % des filles consomment ce type de produits. Le tableau dans les différents pays, en termes de diminution ou d'augmentation de la prévalence au cours des cinq dernières années, est hétérogène.

En Europe, le tabac est *fumé* par 16 % des garçons et 12 % des filles. Pour le tabagisme chez les filles, le chiffre européen est le plus élevé de toutes les régions. Pour ce qui est du *tabac sans fumée*, les taux européens restent plus bas que la moyenne mondiale, pour les garçons comme pour les filles (4 % et 2 % respectivement). En ce qui concerne les tendances de la consommation de tabac sans fumée, les données comparables de certains pays européens (Danemark, Islande, Norvège) indiquent que la prévalence de la consommation de tabac à priser et de tabac à chiquer augmente chez les jeunes.

La France, qui a ratifié la Convention en octobre 2004, a une prévalence de la consommation de tabac chez les jeunes (mais aussi chez les adultes) bien supérieure aux moyennes mondiale et européenne. Près d'un tiers des garçons et des filles de 15 à 17 ans fument et la tendance est également à l'augmentation chez les jeunes. Selon les chiffres du Baromètre santé 2010 de l'INPES, 31 % des hommes et 24 % des femmes adultes fument tous les jours, soit une augmentation de deux points de pourcentage chez les hommes comme chez les femmes entre 2005 et 2010.

Liens entre la prévalence de la consommation de tabac et le niveau de mise en œuvre de la Convention. Les données sur la prévalence du tabagisme chez les adultes indiquent que ce sont surtout les pays ayant de fermes politiques de lutte antitabac et appliquant totalement la Convention-cadre de l'OMS qui connaissent une diminution de la prévalence de la consommation du tabac, comme l'Australie, le Canada, la Finlande, la Norvège, la Nouvelle-Zélande, le Panama, la Suède, la Turquie, l'Ukraine et d'autres. Pour ce qui est de la diminution de la consommation du tabac chez les jeunes, on trouve de bonnes pratiques nationales dans certains pays comme l'Espagne, la Finlande, la Norvège, la Nouvelle-Zélande, le Royaume-Uni, Singapour, la Slovénie et l'Ukraine. De plus, la Nouvelle-Zélande et la Finlande ont annoncé qu'elles aimeraient devenir dans un futur proche des pays pour l'essentiel « non-fumeurs » d'ici 2025 et 2040.

Réalisations et difficultés de la France dans la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS. Le dernier rapport de la France sur la mise en œuvre de la Convention-cadre a révélé que des progrès ont été accomplis dans la mise en œuvre de plusieurs articles de la Convention, dont ceux sur le sevrage tabagique, l'éducation, la communication et la sensibilisation du public (avec une campagne récente visant les jeunes) ; la recherche, la surveillance et le suivi ; la réglementation et la notification de la composition et des émissions des produits du tabac par l'industrie. En revanche, il semble que certains articles de la Convention doivent faire l'objet d'une plus grande attention pour assurer le plein respect des exigences du traité.

Domaines dans lesquels une action est nécessaire. Par exemple, la France n'a pas encore mis en place de comité national, interministériel, multisectoriel pour la lutte antitabac et elle n'a pas non plus élaboré de stratégie, de plan ou de programme national, global, multisectoriel et puissant contre le tabac, tel que préconisé par l'Article 5 de la Convention. Elle a mis en place un Plan national de lutte contre le cancer (2009-2013), mais celui-ci ne souligne que la nécessité de durcir encore les mesures concernant les ventes aux mineurs.

Les autres domaines où de nouvelles actions seraient éventuellement nécessaires sont les suivants :

● La France n'a pas signalé l'application de mesures pour éviter que l'industrie du tabac n'influence les politiques de santé publique en matière de lutte antitabac (article 5.3 de la Convention) ;

● Les mesures concernant les ventes de tabac aux mineurs (article 16) ne sont pas appliquées efficacement. Une enquête faite en mai 2011 indique que les buralistes sont loin de respecter suffisamment l'interdiction des ventes de tabac aux personnes âgées de moins de 18 ans ;

● Il faut encore augmenter les prix des produits du tabac (article 6), toujours relativement bas par rapport aux pris dans d'autres pays développés comme, par

exemple, l'Australie, la Norvège, la Nouvelle-Zélande, le Royaume-Uni ou Singapour ;

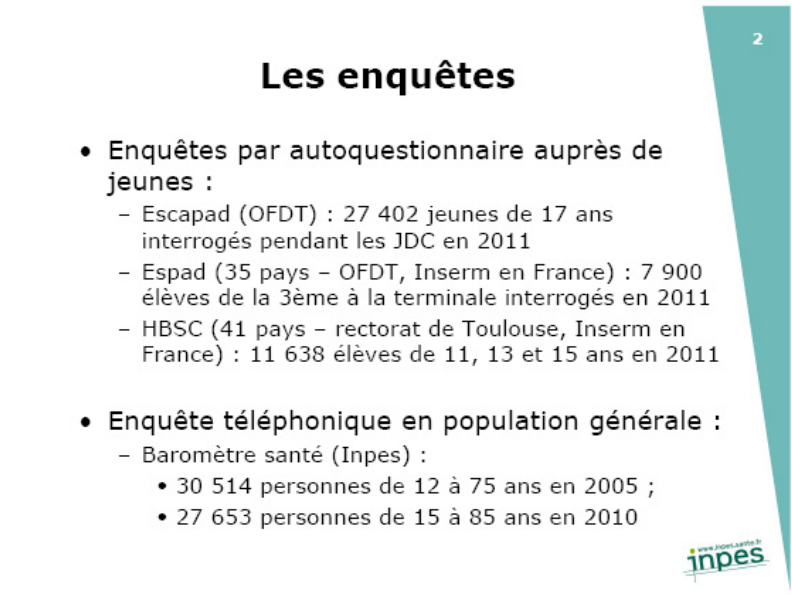
● Il existe aussi des failles dans la législation antitabac (article 8), qui n'exige qu'une interdiction partielle du tabagisme dans les universités, les taxis, le secteur de l'hôtellerie et de la restauration et les établissements culturels ;

● La publicité en faveur des produits du tabac est encore possible dans les points de vente (article 13).

Le Secrétariat de la Convention se tient prêt à apporter au gouvernement français l'aide qu'il pourrait souhaiter pour le renforcement de sa législation nationale et de sa politique en matière de lutte antitabac, afin de les mettre en totale conformité avec les exigences de la Convention-cadre pour la lutte antitabac. »

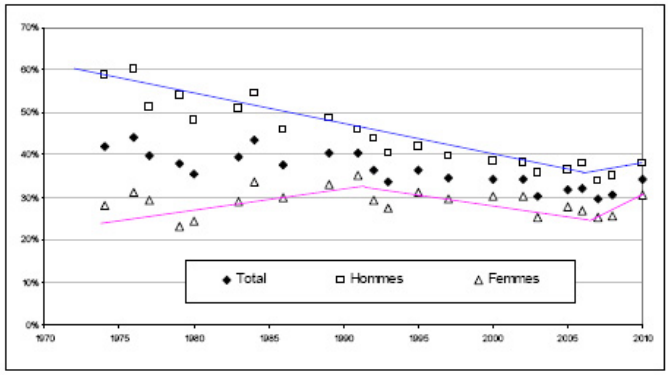
ANNEXE N° 4 :
ÉPIDÉMIOLOGIE ET ASPECTS SOCIOLOGIQUES CONCERNANT LES JEUNES ET LE TABAC





3

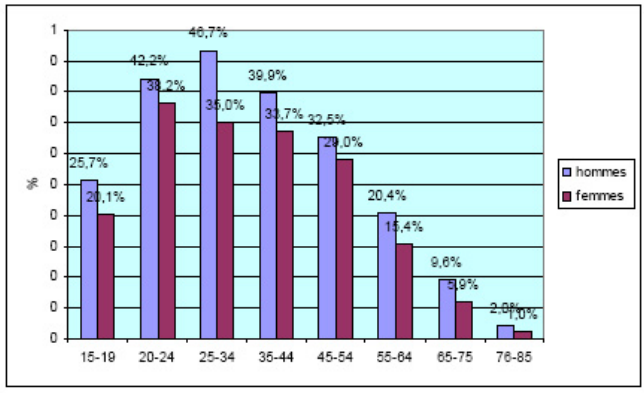
Evolution globale du tabagisme actuel entre 1975 et 2010



Sources : enquêtes CFES de 1974 à 2000 ; INPES, 2003, 2005, 2010.

4

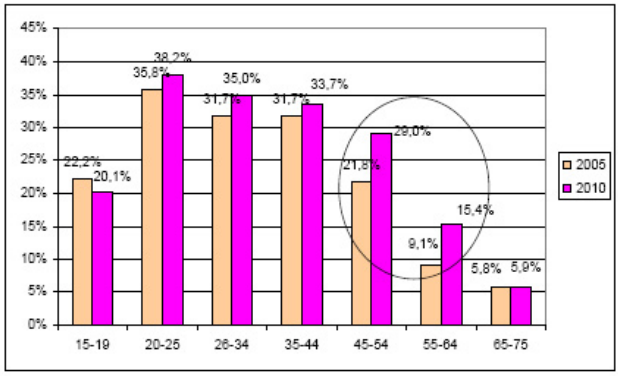
Proportions de fumeurs quotidiens de tabac en 2010, suivant l'âge et le sexe



Sources : Baromètre Santé 2010, INPES.

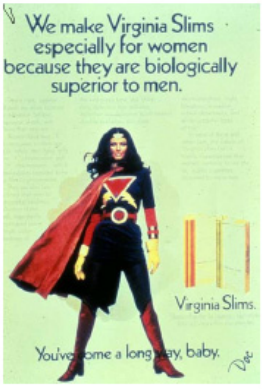
5

Evolution de l'usage quotidien de tabac parmi les femmes



Sources : Baromètres Santé 2005, 2010, INPES.

6





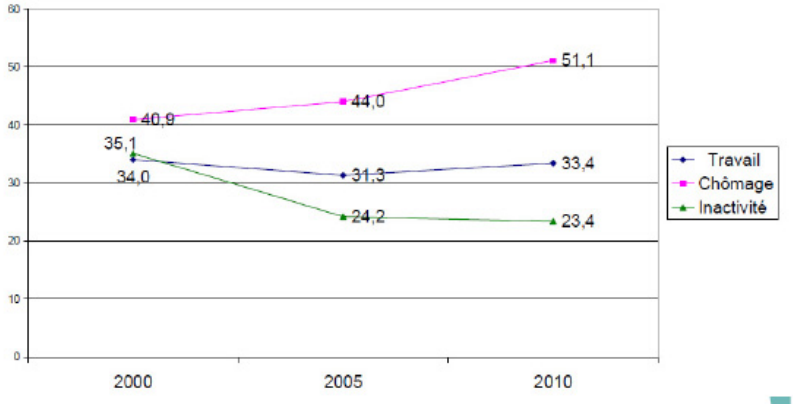


7

D'autres évolutions 2005-2010

- **Baisse de la part des gros fumeurs** (+ de 10 cigarettes par jours) : de 73% en 2005 à 69% en 2010
- **Baisse du nombre moyen de cigarettes** fumées par jour (de 15,4 en 2005 à 13,9 en 2010)
- L'envie d'arrêter de fumer a fortement diminué depuis 2005 où elle concernait 64,8% des fumeurs réguliers âgés de 15 à 75 ans, à 57,6% en 2010
- Les hommes sont plus nombreux à déclarer vouloir arrêter de fumer que les femmes (60,8% vs 53,6%, p<0,05).

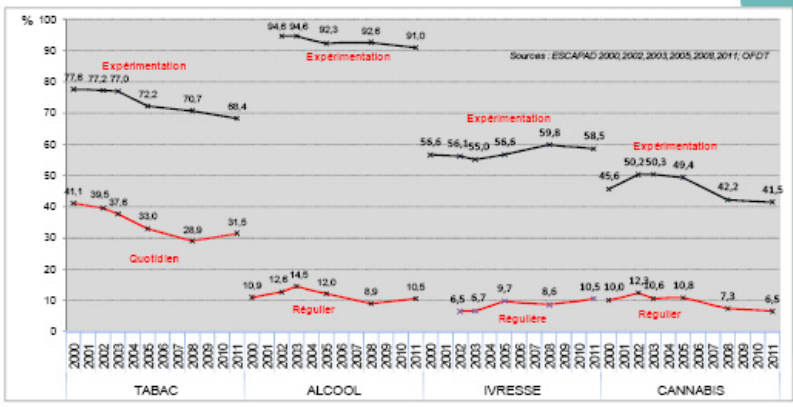
Prévalence du tabagisme régulier parmi les 15-75 ans selon le statut d'activité (en %)



Sources : Baromètres Santé 2000, 2005, 2010, INPES

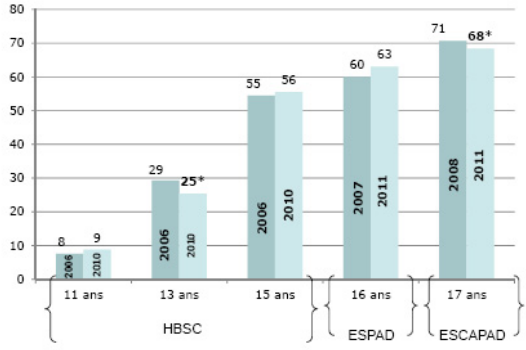
USAGES DES PRINCIPAUX PRODUITS PSYCHOACTIFS À 17 ANS DEPUIS 2000

SOURCES : ESCAPAD 2000/2011, OFDT



EVOLUTIONS DE L'EXPÉRIMENTATION DE TABAC

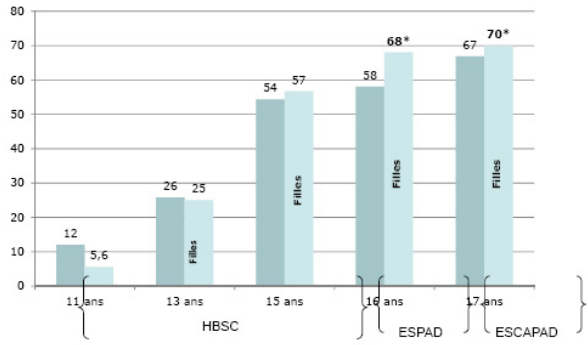
SOURCES : HBSC 2006/2010, ESPAD 2007/2011 ET ESCAPAD 2008/2011, OFDT



• Des expérimentations de tabac globalement stables voire orientées à la baisse à 13 et 17 ans

L'EXPÉRIMENTATION DE TABAC SELON LE SEXE

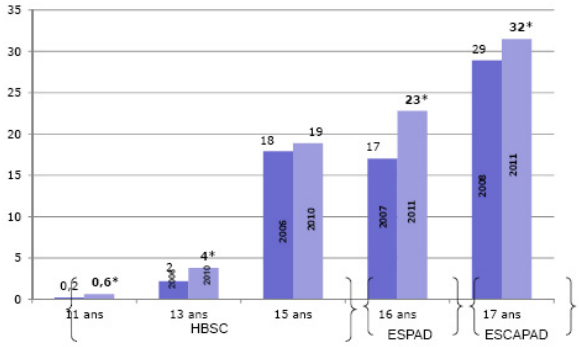
SOURCES : HBSC 2010, ESPAD 2011 ET ESCAPAD 2011, OFDT



• Des jeunes filles moins précoces mais qui deviennent plus fréquemment expérimentatrices à la fin de l'adolescence

EVOLUTIONS DU TABAGISME QUOTIDIEN

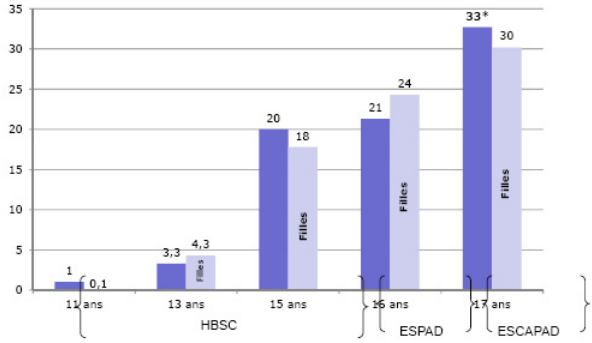
SOURCES : HBSC 2006/2010, ESPAD 2007/2011 ET ESCAPAD 2008/2011, OFDT



• Un tabagisme quotidien en nette hausse depuis 4 ans

L'USAGE QUOTIDIEN DE TABAC SELON LE SEXE

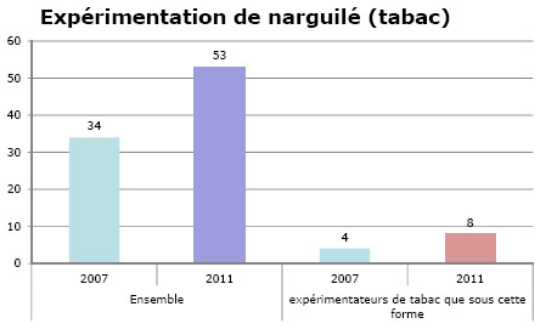
SOURCES : HBSC 2010, ESPAD 2011 ET ESCAPAD 2011, OFDT



• Des consommations quotidiennes qui restent plus fréquentes parmi les garçons

EXPÉRIMENTATION DE TABAC & NARGUILÉ À 16 ANS

SOURCE : ESPAD 2011, OFDT





• La moitié des adolescents âgés de 16 ans déclarent avoir déjà consommé du tabac avec un narguilé;

•Un usage de narguilé qui double entre 2007 et 2011 avec 8% des adolescents déclarant n'avoir consommé le tabac que sous cette forme

ÂGE MOYEN D'INITIATION AU TABAC PARMI LES JEUNES CONSOMMATEURS DE 17 ANS EN 2011

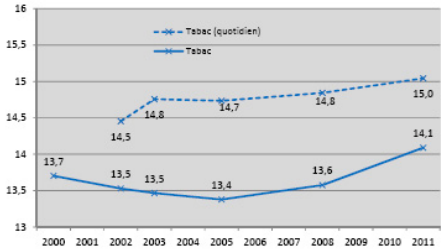
SOURCE : ESCAPAD, OFDT

	Ensemble	Filles	Garçons
Tabac	**14,1 ans**	14,1 ans	14,0 ans
Tabac (quotidien)	**15,0 ans**	15,1 ans	14,9 ans

•La première cigarette a lieu en moyenne à 14,1 ans, soit un an avant le premier joint.

•Les filles un peu plus tard

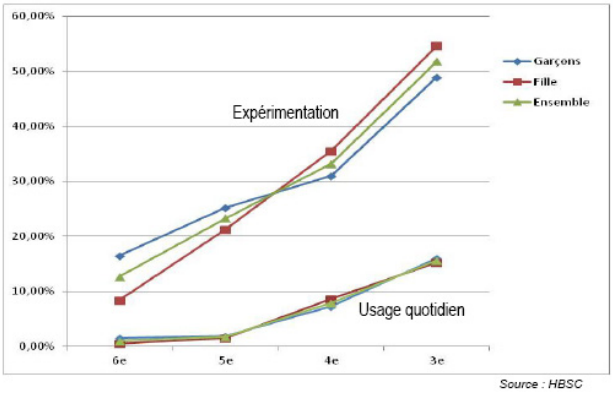
Depuis 2000 …



•L'âge moyen de la première cigarette a augmenté d'environ 5 mois entre 2000 et 2011 (âge le plus bas en 2005)

•L'entrée dans le tabagisme quotidien se fait de plus en plus tard en moyenne.

USAGES DE TABAC PARMI LES COLLÉGIENS EN 2010



Source : HBSC

• Les élèves des classes de 6e sont 12,7% à déclarer avoir déjà fumé.

• A la fin du collège (3e), plus de la moitié des jeunes l'ont déjà fait.

• L'usage quotidien concerne essentiellement les élèves de 4e et de 3e, avec respectivement 7,9% et 15,6% des jeunes de ces classes.

17

Dépenses relatives aux achats de tabac, d'alcool et de cannabis

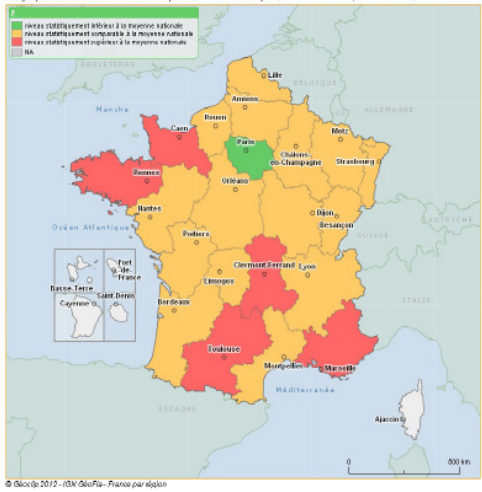
- Ordres de grandeur
  - 58 € / mois pour les fumeurs quotidiens de tabac
  - 65 € / mois pour les consommateurs réguliers d'alcool
  - 54 € / mois pour les consommateurs réguliers de cannabis
  - Au total, 94 Millions € par mois au total pour les 3 produits et l'ensemble des 17-18 ans

Source : ESCAPAD 2005, OFDT

www.inpes.sante.fr inpes

Usage quotidien à 17 ans dans les régions

Usage quotidien de tabac à 17 ans - comparaison avec la métropole, 2011 - source : Enquête ESCAPAD, OFDT



© Géoclip 2012 - IGN GéoFla - France par région

Régions	Tabac quotidien (17 ans) - 2011 (%)
Basse-Normandie	39
Auvergne	37
Bretagne	36
Provence-Alpes-Côte d'Azur	34
Midi-Pyrénées	34
Languedoc-Roussillon	34
Haute-Normandie	34
Limousin	33
Aquitaine	33
Rhône-Alpes	33
Poitou-Charentes	32
Picardie	32
Centre	32
Franche-Comté	32
Pays de la Loire	31
Nord-Pas-de-Calais	31
Champagne-Ardenne	30
Alsace	30
Lorraine	29
Bourgogne	29
Île-de-France	26

www.inpes.sante.fr inpes

Population adolescente âgée de 17 ans

Source : enquête Escapad (2000 - 2008), OFDT

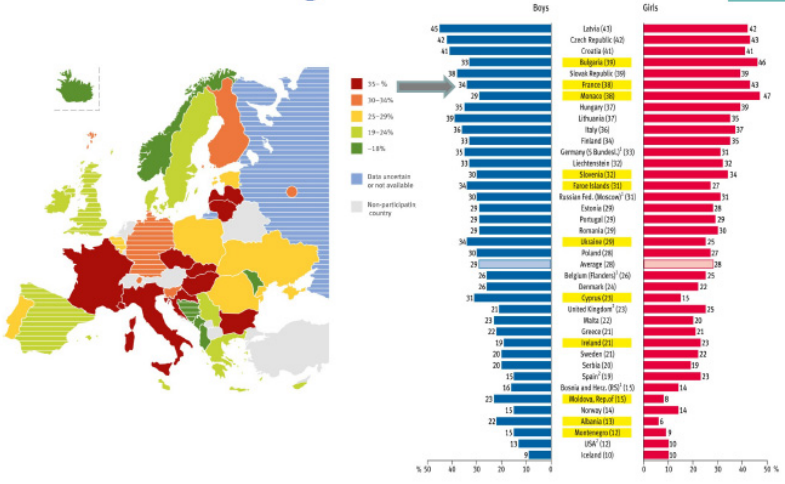
La situation et le parcours scolaires apparaissent fortement liés aux consommations de tabac et de cannabis

Les usages selon des caractéristiques sociodémographiques

	Tabac quotidien	Réf.
	OR	OR=1
Fille (48,9%)	1,10	*Garçon (51,1%)*
En apprentissage (11,5%)	2,57	*Elève ou étudiant (84,1%)*
Insertion, emploi, chômage (4,4%)	3,55	
Redoublé 1 fois (38,7%)	1,84	*Jamais redoublé (55,8%)*
Redoublé 2 fois ou plus (5,6%)	2,02	
[1] Agriculteurs (3,1%)	0,79	*Cadres (23,8%)*
Artisans, commerçants (15,7%)	1,10	
Prof. intermédiaires (12,6%)	0,95ns	
Employés (17,4%)	1,00 ns	
Ouvriers (15,4%)	1,00ns	
Sans emploi (6,8%)	0,92ns	
Non réponse (5,2%)	1,01ns	
Parents séparés (29,9%)	1,59	*Parents vivent ensemble (70,1%)*
Vit seul (10,3%)	1,82	*Vit avec adulte (89,7%)*

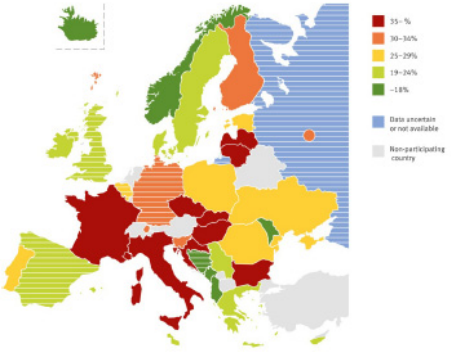
www.inpes.sante.fr
inpes

Population européenne âgée de 16 ans :
Tabagisme dans le mois



21

Situation européenne en 2011





www.inpes.sante.fr
inpes

22

Evolution du tabagisme dans 20 pays d'Europe entre 1995 et 1999

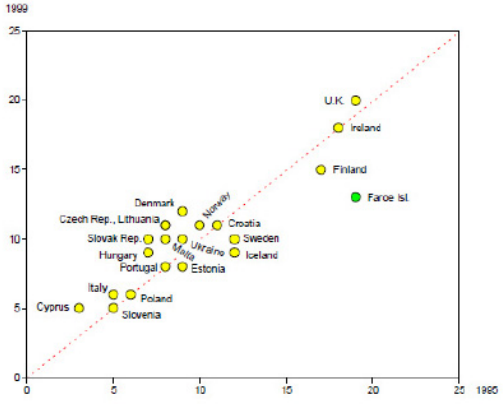


Figure 3a. Changes between 1995 and 1999 in daily smoking at the age of 15 or younger. Countries above the line have increased prevalence rates, and countries below have decreased. All students.

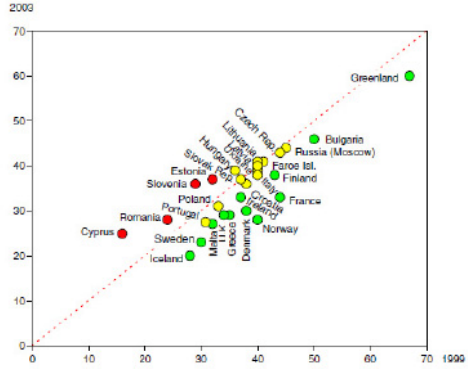
Source : ESPAD 1999

www.inpes.sante.fr
inpes

23

Baisse du tabagisme dans une majorité des pays d'Europe entre 1999 et 2003

Figure 2a. Changes between 1999 and 2003 in cigarette smoking during the last 30 days. Countries above the line have increased prevalence rates, and countries below have decreased. All students.



Source : ESPAD 2003

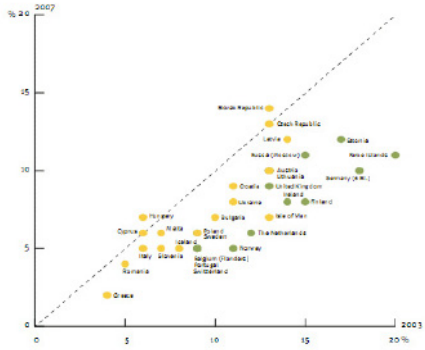
www.inpes.sante.fr inpes

24

Baisse du tabagisme dans les pays d'Europe entre 2003 et 2007

Figure 24a
Changes between 2003 and 2007 in daily cigarette use at the age of 13 or younger. All students. Percentages.

Dots above the line represents increases while dots below the line represents decreases.



Source : ESPAD 2007

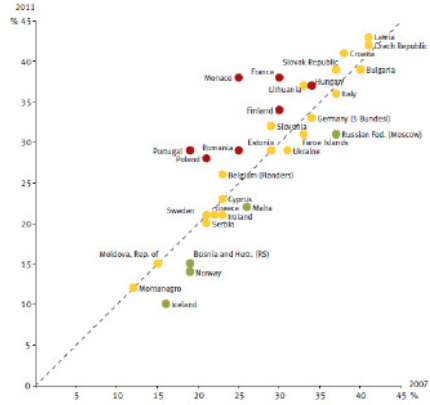
www.inpes.sante.fr inpes

25

Reprise du tabagisme dans certains pays d'Europe entre 2007 et 2011

Figure 20a
Changes between 2007 and 2011 in cigarette use during the past 30 days. All students. Percentages. (Table 43)

- Significant increase
- No change
- Significant decrease



Source : ESPAD 2011

26

Les résultats des études sociologiques récentes

- Le tabac joue un rôle dans la présentation de soi vis-à vis des autres mais aussi dans l'estime de soi
  - Denscombe M. Uncertain identities and health-risking behaviour: the case of young people and smoking in late modernity. *Br J Sociol*. 2001 Mar;52(1):157-77.
- Des différences de genre dans les représentations de la cigarette
  - Amos A, Bostock Y. Young people, smoking and gender--a qualitative exploration. Health Educ Res. 2007 Dec;22(6):770-81.
- Conflit des normes sanitaires et esthétiques
  - Peretti-Watel P. (dir.) La lutte contre le tabagisme, Problèmes politiques et sociaux, La Découverte.
- Utilisation de la cigarette comme mécanisme de coping à l'entrée dans le supérieur
  - Gaffney KF, Wichaikhum OA, Dawson EM. Smoking among female college students: a time for change. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2002 Sep-Oct;31(5):502-7.

27

MEDECINE/SCIENCES 2007; 23 : 1167-8

Les usages de drogues des plus jeunes adolescents

1. Données épidémiologiques

François Beck, Emmanuelle Godeau, Stéphane Legleye, Stanislas Spilka

› L'adolescence est souvent l'âge de l'expérimentation des substances psychoactives et parfois celui du passage à un usage plus régulier. À travers les résultats d'enquêtes en population générale menées en France, cet article fait le point sur les consommations des drogues des plus jeunes en mettant en évidence leurs spécificités par rapport à celles des adolescents plus âgés. Il montre que les usages réguliers des différentes substances ne commencent en général guère avant 14 ans, mais que les adolescents qui se distinguent par la précocité de leur expérimentation présentent un risque nettement plus important de basculer vers un usage plus intensif ou problématique. À travers une présentation des limites méthodologiques des enquêtes utilisées, les auteurs discutent la nature du lien observé entre précocité de l'expérimentation et niveau d'usage : tout en rappelant l'indiscutable valeur pronostique de la précocité du premier usage pour prédire les usages problématiques



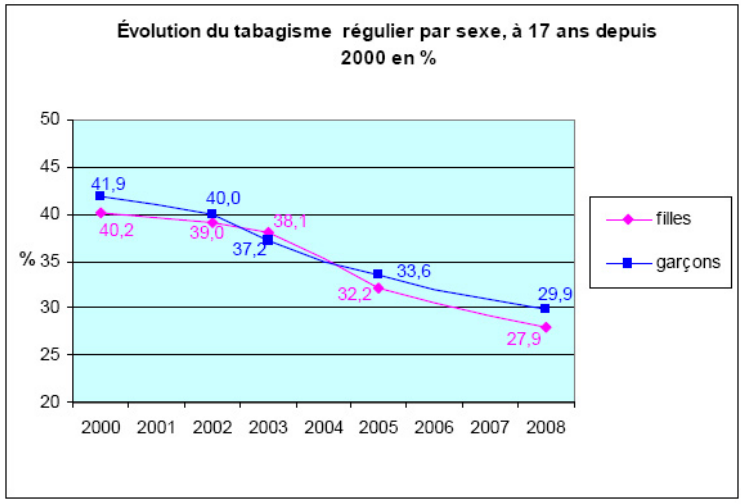
Département Observation et analyse des comportements de santé, INPES, 42, boulevard de la Libération, 93203 Saint-Denis Cedex, France. CESAMES, Centre de recherche Psychotropes, Santé mentale, Société, CNRS UMR 8136, Inserm U611, Université Paris Descartes, Paris V 45, rue des Saints-Pères, 75270 Paris Cedex 06, France. francois.beck@inpes.sante.fr

lien entre précocité et niveau d'usage et les difficultés d'interprétation de la précocité comme un indicateur de gravité des usages futurs.

Sources de données

Trois enquêtes menées en France par questionnaire auto-administré et strictement anonyme auprès des

28



Source : ESCAPAD 2000-2008, OFDT

29

Usage quotidien de tabac par



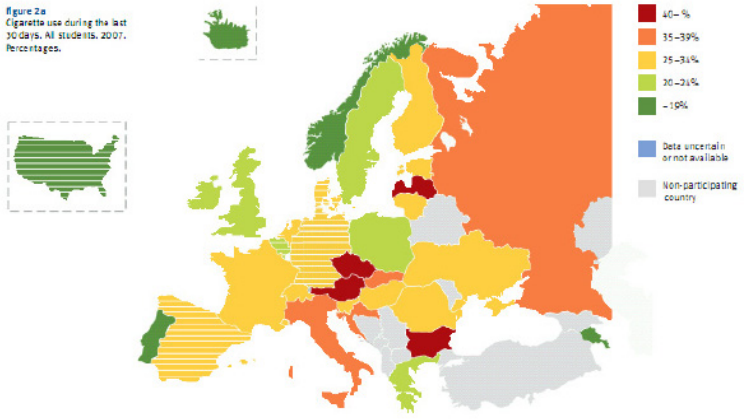
- En foncé : prévalence significativement supérieure au reste de la France au seuil 0,05 ;
- En clair : prévalence dans la moyenne nationale ;
- En blanc : prévalence significativement inférieure au reste de la France au seuil 0,05.

Source : Escapad 2002/2003, OFDT

Etat des lieux du tabagisme chez les jeunes - INPES

30

Usage actuel de tabac à 16 ans



Source : ESPAD 2007

ANNEXE N° 5:
SUIVI DE LA MESURE 10 « POURSUIVRE LA LUTTE CONTRE LE TABAC » DU PLAN CANCER 2009-2013

Le tableau ci-après présente les actions prévues dans le cadre de la mesure 10 « Poursuivre la lutte contre le tabac » du Plan cancer 2009-2013, les pilotes qui étaient identifiés dans celui-ci, ainsi que l'état d'avancement de chacune d'entre elles, selon les informations présentées dans le dernier rapport d'étape [(1)] remis au Président de la république en octobre 2012 [(2)].

ÉTAT D'AVANCEMENT DES ACTIONS DE LA MESURE 10 DU PLAN CANCER 2009-2013

	Actions	Pilotes	État courant
10.1	**Réduire l'attractivité des produits du tabac.** – Mettre en œuvre les avertissements sanitaires graphiques – Proposer de mettre fin par voie législative à la publicité sur les lieux de vente et lors des retransmissions des images de sports mécaniques à la télévision	DGS, en partenariat avec les acteurs concernés	Retard mineur
10.2	**Renforcer la politique d'aide au sevrage tabagique.** – Développer l'accès aux substituts nicotiniques pour les femmes enceintes et les personnes bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc) – Améliorer l'aide à distance et renforcer son accessibilité et son efficience – Développer des campagnes d'information sur les risques du tabagisme – Améliorer la qualité de l'aide à l'arrêt par de nouvelles recommandations professionnelles	DSS, en partenariat avec les acteurs concernés INPES, en partenariat avec les acteurs concernés HAS, en partenariat avec les acteurs concernés	Retard mineur
10.3	**Rendre plus régulière la publication de données sur la consommation de tabac.** – Renforcer le suivi de mesures de lutte contre le tabac par l'établissement d'un baromètre annuel	INPES, en partenariat avec les acteurs concernés	Planning respecté
10.4	**Mettre en œuvre les mesures de protection des mineurs face au tabagisme adoptées dans la « loi HPST [(3)] ».** – Assurer l'effectivité de l'extension de l'interdiction de vente du tabac aux mineurs de 16 à 18 ans – Rendre effective l'interdiction des cigarettes bonbons	DGS, en partenariat avec les acteurs concernés	Planning respecté
10.5	**Aboutir à l'interdiction de la vente des produits du tabac par Internet par la signature d'un protocole additionnel à la Convention-cadre de la lutte anti-tabac en 2011**	DGDDI (douanes), en partenariat avec les acteurs concernés	Planning respecté

Sources : Plan cancer 2009-2013 (2009) et Cinquième rapport d'étape au Président de la République sur l'avancement du Plan cancer 2009-2013 (octobre 2012)

(1) Plan cancer 2009-2013. Cinquième rapport d'étape au Président de la République *(octobre 2012).*

(2) La mise en œuvre du Plan cancer fait l'objet chaque semestre d'un rapport au Président de la République par le comité de pilotage interministériel.

(3) Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (« loi HPST »).

COMMENTAIRE GLOBAL SUR LA MESURE 10 (RAPPORT D'ÉTAPE, 2012)

10.1 – Les avertissements graphiques sont en vigueur depuis avril 2011 pour les cigarettes et avril 2012 pour les autres produits du tabac. L'action proposant de mettre fin par voie législative à la publicité sur les lieux de vente et lors des retransmissions des images de sports mécaniques à la télévision n'a pas été réalisée (retard).

10.2 – Le triplement du forfait TSN (traitements de substitution nicotiniques) pour les femmes enceintes a été mis en place en septembre 2011, mais non étendu aux bénéficiaires de la CMU (retard). Le groupe de travail de la Haute Autorité de santé (HAS) sur l'« aide à l'arrêt de l'usage de tabac » débutera le 27 juin 2012 et se terminera en décembre 2012.

10.3 – Le chapitre tabac du baromètre cancers va être publié en juin 2012. Les données d'enquête ESCAPAD, ESPAD et HBSC sur la consommation de tabac des jeunes ont été publiées au 1er semestre 2012. La consommation de tabac régulière augmente chez les 16-17 ans.

10.4 – Publication en novembre 2011 des études sur l'effectivité des mesures de la loi HPST : 62 % des débitants ne respectent pas l'interdiction de vente de tabac aux mineurs. Le décret de 2009 sur les « cigarettes bonbons » est respecté. Une circulaire a été diffusée aux préfets et agences régionales de santé (ARS) pour renforcer le contrôle de l'application des dispositions prises suite à la loi HPST.

Le rapport du groupe missionné par le ministre de la santé, présidé par le député Yves Bur, a été remis le 2 mars 2012 : il formule des propositions pour l'adoption d'une nouvelle politique de lutte contre le tabac, coordonnée sur le long terme.

RAPPEL DES OBJECTIFS DE LA MESURE 10

– Réduire la prévalence du tabagisme de 30 % à 20 % dans la population française.

– Réduire les incitations multiples à la consommation de tabac, afin de limiter la demande de tabac, en prenant également en compte la nécessité de s'attaquer aux inégalités sociales et régionales face au tabac.

EXÉCUTION BUDGÉTAIRE DE LA MESURE 10

Voir le tableau présenté dans la première section du présent rapport.

INDICATEURS DE RÉALISATION SUR LA MESURE 10

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
Prévalence du tabagisme chez les 15-19 ans	32%	01/06/2012	Données du Baromètre santé 2010 (à paraître) / Enquête Escapad consommation quotidienne des 17 ans 31,5% en 2011 (contre 28,9% en 2008)
	32%	*01/12/2011*	*Données du Baromètre santé 2010 (à paraître).*
	32%	*01/12/2010*	*D'après les 1ers résultats du baromètre santé 2010. Hausse non significative par rapport à 2005.*
	31%	*01/01/2008*	*D'après le baromètre santé 2005 (publié en 2008), 31% des 15-19 ans consomment du tabac quotidiennement ou occasionnellement.*
Prévalence du tabagisme chez les femmes enceintes	27%	01/12/2011	Echantillon de 284 femmes, données du baromètre santé 2010 (à paraître).
	24%	*01/12/2010*	*pas d'évolution significative entre 2005 et 2010, compte tenu des faibles effectifs interrogés (284 femmes en 2010, 259 en 2005)*
	21%	*01/01/2008*	*source : baromètre santé 2005 (publié en 2008). Taux à interpréter avec précaution compte tenu de l'effectif : 259 femmes interrogées.*
Prévalence du tabagisme chez les personnes bénéficiaires de la CMU	42%	31/12/2011	source : baromètre santé 2010 (à paraître), sur les 11,1% déclarant bénéficier de la CMU. Attention : problème de compréhension de la question posée (retour enquêteurs).
	36%	*31/12/2008*	*source : baromètre nutrition 2008. A interpréter avec précaution : enquête téléphonique sur postes fixes (portables plus utilisés par les pers. bénéficiaires de la CMU).*
Prévalence du tabagisme (population générale)	31%	31/12/2011	31,6% des 15-85 ans consomment quotidiennement ou occasionnellement du tabac. Données du Baromètre santé 2010 (à paraître).
	29%	*31/12/2008*	*En 2008, 29,7% des 15-75 ans consomment quotidiennement ou occasionnellement du tabac.*

ANNEXE N° 6 :
CAMPAGNES ANTI-TABAC DE 2002 À 2012 DE L'INSTITUT NATIONAL DE PRÉVENTION ET D'ÉDUCATION A LA SANTÉ (INPES)

2002

« Révélation » : la cigarette contient du mercure, de l'acétone, de l'ammoniac, etc. Spot télévisé *« Micro trottoir »* versions 46' et 63' (réalisateur : Stephan Moszkowicz) et teaser. *« Vous n'avaleriez pas ce que vous fumez ».* Spots télévisés Camion poubelle et Tri sélectif ; *« Le sport, nouvel allié contre le tabac »* (Journée mondiale) ; Affiche de l'OMS *« Pour un sport sans tabac »* ; *« Le tabac, seul produit de consommation courante qui tue un fumeur sur deux ».* Dossier de presse juin 2002. *« C'est quand même mieux sans la clope »* – 5 programmes courts diffusés sur M6. Magazine *« Femmes sans fumée ».*

2003

Quatre spots radio *« Vous l'avez dans l'os »* : la dépendance, les cancérigènes, un sur deux et les jeunes. *« Tabac : l'offensive »* (journée mondiale). Affiche Journée mondiale *« C'est surprenant tout ce qu'on peut mettre dans une cigarette »* (Fûts chimiques). Spot radio *« Plomb de la cigarette, essence sans plomb ». « J'arrête, et vous ? »*, 45 programmes courts en partenariat TF1, avec Ophélie Winter. Site www.jarreteetvous.org (site n'existant plus).

2004

« Le tabac, rien ne peut l'arrêter à part vous » (journée mondiale contre le tabac). Deux spots télévisés *« Brûlure de cigarette »* et deux affiches *« Faisons de notre corps un espace non-fumeur »* (homme et femme). Affiche Journée mondiale *« Chaque jour, 2 000 personnes gagnent contre le tabac. Pourquoi pas vous ? ».* Brochure *« Tabac, 30 raisons de dire non »* avec Okapi. Cinq spots radio *« Tabacologue »* de Tabac Info Service. Affiche *« Femmes enceintes : oui aux envies, non aux cigarettes »* ; Affiche *« Quand vous fumez à côté d'un non-fumeur, il fume aussi ».* Deux spots télé *« Tabagisme passif »* : maison et entreprise. Sept spots radio pour inciter les fumeurs à arrêter.

2005

Journée mondiale sans tabac *« Femmes sans tabac, le magazine féminin gratuit qui aide à arrêter de fumer ! ».* Deux affiches *« Ici, un non-fumeur a fumé 14 757 cigarettes »* et *« Ici, un non-fumeur a fumé 52 858 cigarettes »* et site www.tabac-info-service.fr.

2006

« Pas à pas, une entreprise sans tabac » : un guide pour aider les entreprises à lutter contre le tabac. *« Le tabac, mortel sous toutes ses formes »* (journée mondiale contre le tabac). Deux spots *« Quand vous fumez à côté d'un non-fumeur, il fume aussi »* : maison et entreprise. Affiche *« Le tabac tue. Peu importe comment vous le fumez »*. Trois affiches *« Ce lieu est désormais non-fumeur »* : bouquet, lampe et lierre. Guide *« Une opération chirurgicale se vit mieux sans tabac »*. *« Les années enfumées »* : trois spots télévisés : voiture, restaurant et bureau. *« Le tabac tue un fumeur sur deux. L'industrie du tabac compte sur vous pour les remplacer ».* Spot télévisé Toxic Corp, site www.toxic-corp.fr.

2007

« Restons mobilisés ! » (journée mondiale contre le tabac). Douze dépliants d'information sur le tabac : *Le tabac et la loi, Les risques du tabagisme et les bénéfices à l'arrêt, La dépendance au tabac, Les solutions pour arrêter de fumer, Les substituts nicotiniques, Arrêter de fumer sans prendre de poids, Aider les adolescents à ne pas fumer, Grossesse et tabac, Le tabac en quelques chiffres, La composition de la fumée du tabac, Petite histoire du tabac, L'industrie du tabac.*

2008

« Ne laissez pas le tabac décider pour vous » (journée mondiale contre le tabac) Deux spots télévisés, deux affiches *« Après l'arrêt de la cigarette, l'envie de reprendre s'éloigne de jour en jour. Ça vaut le coup d'essayer »* et *« Chaque tentative est un pas de plus vers l'arrêt définitif de la cigarette. Ça vaut le coup d'essayer»*. Deux annonces presse *« 72 heures après l'arrêt de la cigarette, respirer devient plus facile, ça vaut le coup d'y penser »* et *« Une envie de fumer ne dure que 3 à 4 minutes, ça vaut le coup de résister »*. Deux cartes postales *« Entre les plats, le tabac décide pour vous »* et *« À l'heure du café, le tabac décide pour vous »*. Flyer *« Après les cours, le tabac décide pour vous »*. Site www.vous-decidez.fr.

2009

« Un fumeur sur deux meurt prématurément de son tabagisme » (journée mondiale contre le tabac). Spot télé « Un fumeur sur deux meurt du tabac » (Tabac actif). Deux affiches *« Un homme a une chance sur 650 millions d'être dévoré par un requin »* et *« Un homme a une chance sur 1,5 million de mourir foudroyé ».* Affiche et dépliant TIS *« J'hésite à arrêter de fumer »*, trois spots radio TIS 39 89. Guide pratique *« J'arrête de fumer ». « Vous êtes enceinte et vous souhaitez arrêter de fumer ? »*, affiche et dépliant.

2010

Une campagne pour rappeler les risques du tabagisme actif et promouvoir l'arrêt du tabac (journée mondiale contre le tabac). Deux spots télévisés « *Arrêtez avant*

qu'il ne soit trop tard » (homme et femme). Six spots radio : coaching, femme enceinte, famille, rentrée, tabac à rouler et vacances. Trois annonces presse : ménopause précoce, baisse de la fertilité et cancers. Affiche *« Même bien habillée, la cigarette reste un poison »*. Manga interactif *« Attraction »* réalisé par Kōji Morimoto.

2011

Campagne sur le sevrage tabagique avec un spot télévisé (de 30 et 40 secondes). *« On entend toujours le même refrain quand on veut arrêter de fumer. Pour être bien conseillé, appelez Tabac Info Service au 39 89 »*. Rediffusion de la campagne radio de 2010 *« C'est plus facile quand on sait »* sur le dispositif TIS avec six spots : le coaching personnalisé, la femme enceinte, la famille, la rentrée, le tabac à rouler, les vacances. Affiche *« Mille façons d'arrêter un seul numéro : 39 89 »* pour soutenir la journée mondiale sans tabac.

2012

Campagne médiatique : spot télé *« Les raisons »* de 40 secondes. Signature *« On a tous une bonne raison d'arrêter de fumer, quelle que soit la vôtre, il existe une solution. Appeler TIS au 39 89 »*, déclinée dans la presse (7 annonces peau, entourage, 30 ans, argent, goût, conjoint (*« Pour Nina »*), enfant à venir (*« Pour demain »*) et par affichage (7 affiches), sur le web (bannières). Huit spots radio de trente secondes de la campagne *« Les appels à Tabac info service »*. Site www.tabac-info-service.fr revu : nouveaux contenus sur l'arrêt et nouvelle charte graphique. Affiche de la Journée mondiale sans tabac *« Que l'industrie du tabac ne vous trompe pas »*. Affiche du 31 mai *« On a tous une bonne raison d'arrêter de fumer »* Fiche entretien motivationnel destinée aux médecins (collection *« Essentiel de l'Inpes »*).

ANNEXE N° 7 :
RÉGLEMENTATION ET MESURES DE LUTTE CONTRE LE TABAGISME AU ROYAUME-UNI

Les éléments présentés ci-après ont été recueillis auprès de l'Ambassade de France au Royaume-Uni, en février 2013.

1. Présentation de la législation britannique en matière de tabac

a) L'interdiction de la vente de tabac (sous toutes ses formes) aux mineurs (moins de 18 ans) est effective depuis le 1er octobre 2007 au Royaume-Uni (1).

La vente de tabac à un mineur peut donner lieu à une amende de 2.500 £.

En Angleterre, Pays de Galles et Irlande du Nord, les détaillants n'ont pas besoin d'un permis pour vendre des produits de tabac. En revanche, toute infraction de la loi en matière de vente aux mineurs peut entraîner une interdiction de vente. Depuis le 1er octobre 2011, l'Écosse impose aux détaillants de s'enregistrer pour avoir le droit de vendre du tabac. Ceux qui ne sont pas inscrits risquent une amende de 20.000 £ / 6 mois de prison.

Un détaillant contrôlé 3 fois au cours d'une période de 2 ans en train de vendre des produits de tabac à un mineur, dont une fois donnant lieu à une condamnation, fait face à un *restricted premises order (RPO)* ou à un *restricted sales order (RSO)*. Un RPO pénalise le détaillant pour un an, tandis qu'un RSO pénalise le vendeur, en leur interdisant de vendre du tabac pour un maximum d'un an. Toute violation de cette interdiction peut engendrer une amende de 20.000 £.

Tous les détaillants ont l'obligation d'afficher de manière visible dans leur boutique le message « *It is illegal to sell tobacco products to anyone under 18 years of age* ». Une absence d'affichage peut donner lieu à une amende de 1.000 £.

Il est par ailleurs désormais interdit de vendre les cigarettes individuellement : elles doivent être vendues dans leur emballage d'origine, avec les messages d'avertissement des dangers pour la santé. L'amende maximum pour la vente des cigarettes individuelles est de 1.000 £.

Il convient de signaler qu'il n'est pas illégal pour un adulte d'acheter du tabac pour un mineur, sauf en Écosse où cette pratique est sanctionnée. De même, il n'est pas illégal pour un mineur de faire une tentative d'achat de tabac, sauf en Écosse également où cette pratique est sanctionnée.

---

(1) Children and Young Persons (sale of tobacco) Order, 2007. Pour mémoire, la santé est une compétence dévolue aux pays au sein du Royaume-Uni, chaque pays appliquant sa propre législation.

Concrètement, la responsabilité de la mise en œuvre de la loi sur l'âge minimum de vente repose sur les détaillants. Dans le doute sur l'âge de l'acheteur, les détaillants doivent demander une pièce d'identité. En l'absence de celle-ci, les représentants des détaillants (*Tobacco retailers alliance*) invitent les vendeurs à refuser la vente, en application du principe « *No ID no sale* » (cf. ci-dessous).

b) L'interdiction de fumer dans les lieux publics s'applique depuis 2007 et est globalement bien respectée

L'interdiction de fumer dans les lieux publics et sur les lieux de travail en Angleterre est applicable depuis juillet 2007 [1] (mars 2006 en Écosse, avril 2007 au Pays de Galles et Irlande du Nord). Les études montrent que cette interdiction est globalement bien respectée. Le rapport *Impact of smokefree legislation in England : evidence review* (mars 2011) apporte des informations complémentaires sur ce point.

Une récente étude conduite par des chercheurs d'Imperial College vient de souligner l'impact positif de cette interdiction sur le nombre d'admissions à l'hôpital des enfants pour des crises d'asthmes. Après une première baisse de 12 % en 2008, les chercheurs ont constaté un recul de 3 % en 2009 et 2010, correspondant à une baisse des admissions de 6 800 sur 3 ans. Pour les auteurs de l'étude, la législation a introduit des changements de comportement positifs, un nombre croissant de personnes s'abstenant désormais de fumer à domicile, constatant les bienfaits de l'interdiction de fumer dans les lieux publics.

Le Ministère de la santé en Angleterre n'envisage pas d'étendre l'interdiction de fumer à d'autres lieux, contrairement à l'Irlande qui examine un projet de loi sur l'interdiction de fumer en voiture en présence d'enfants.

2. Dans le cadre du plan quinquennal de lutte contre le tabagisme de 2011, de nouvelles mesures visant à réduire la prévalence du tabagisme ont été adoptées

Le Ministère de la santé a publié en mars 2011 un plan de lutte contre le tabagisme, dont l'objectif est de réduire le nombre de fumeurs et le coût du tabagisme *(Healthy Lives Healthy People)*.

On compte 8 millions de fumeurs en Angleterre. Le coût du tabagisme, qui est à l'origine d'environ 80 000 décès par an, est évalué pour le système de santé à 2,7 Mds £ en 2006-2007 et pour la société, à 13,7 Mds £/ an. En 2008-09, 463 000 adultes de plus de 35 ans ont été admis à l'hôpital pour une pathologie liée au tabac et dans l'ensemble, le tabac est responsable pour plus d'un quart des morts liées aux cancers au Royaume-Uni.

Selon les statistiques de Cancer Research UK, une des plus importantes associations de recherche sur le cancer, le taux le plus élevé des fumeurs se trouve

(1) Health Act-juillet 2006.

chez les 20-24 ans (27 % en 2010), suivi par les 25-34 ans (26 % en 2010). On estime que 330.000 jeunes de moins de 16 ans fume pour la première fois chaque année, et qu'environ 6 % des 11-15 ans sont des fumeurs réguliers. Le taux le plus bas des fumeurs se trouve chez les plus de 60 ans (13 % en 2010). La différence entre les générations tend à augmenter : ainsi, parmi les personnes âgées de plus de 60 ans, la prévalence du tabagisme a diminué de plus de 50 % entre 1974 et 2010 (passant de 34 % à 13 %) tandis que chez les personnes âgées de 20-24 ans, la diminution a été plus modeste, de 48 % à 27 % sur la même période.

Dans le cadre du plan « *Healthy Lives Healthy People* », le Ministère de la santé s'est fixé comme objectifs d'ici à 2015 de réduire la prévalence du tabagisme de 21,2 % à 18,5 % chez les adultes, de 15 % à 12 % chez les jeunes et de 14 % à 11 % chez les femmes enceintes.

Plusieurs mesures ont été adoptées pour encadrer davantage la vente de tabac :

– depuis octobre 2011, la vente de cigarettes dans les machines (rendant l'accès au tabac plus facile pour les jeunes car ces machines sont moins contrôlées) est interdite en Angleterre (février 2012 au Pays de Galles, mars 2012 en Irlande du Nord, avril 2013 en Écosse) ;

– depuis le 6 avril 2012, tous les paquets de tabac en Angleterre doivent être placés hors de vue des clients dans les magasins (supermarchés) qui les commercialisent. Pour les autres commerces, la mesure entrera en vigueur à compter d'avril 2015. Elle vise en particulier à protéger les jeunes, particulièrement sensibles à la publicité et aux images sur les paquets de cigarette, et à les dissuader de commencer à fumer ;

– ces initiatives s'accompagnent d'une action vigoureuse sur les prix. Les taxes sur le tabac ont été relevées chaque année depuis 3 ans, ce qui fait que l'Angleterre est l'un des pays dans lequel le prix d'un paquet de cigarettes est le plus élevé d'Europe. Lors du dernier budget, les taxes sur le tabac ont été relevées de 5 points au-dessus de l'inflation, augmentant le prix moyen d'un paquet de cigarettes de 37p à 7.46£. Avant cette dernière augmentation, les taxes et la TVA représentent 77 % du prix d'un paquet.

Par ailleurs, entre avril et août 2012, le Ministère de la santé a lancé une consultation sur l'opportunité de rendre neutres les paquets de cigarettes (*plain packaging*), mentionnant uniquement l'information brute, sans aucun habillage. Il s'agit d'une vieille revendication des associations de lutte contre le tabagisme.. Le contenu de la consultation peut être consulté à l'adresse suivante : http://consultations.dh.gov.uk/tobacco/standardised-packaging-of-tobacco-products/consult_view. Les résultats de cette consultation n'ont pas été à ce stade publiés.

Les représentants des buralistes (*Tobacco Retailers' Alliance*) s'opposent à une telle mesure, considérant qu'elle aurait un effet néfaste pour les petits

détaillants en particulier et qu'elle encouragerait le commerce illégal de cigarettes. Selon les chiffres des services fiscaux (HMRC), 16 % des cigarettes sont issues de la contrebande ou d'une contrefaçon (20 % en 2005-2006), représentant près de 2,2 Mds £ de pertes en termes de taxes.

3. La campagne de communication « *no ID, no sale* » (pas de carte d'identité, pas de vente)

La campagne de communication *« No ID no sale »* a été lancée en 2005 à l'initiative de l'association *CitizenCard*, dont l'objectif est de promouvoir les bénéfices de l'usage d'un titre d'identité valide.

Dans ce cadre, cette association a mis en place plusieurs dispositifs, dont la CitzenCard ID (qui se présente comme une carte d'identité, acceptée par les services de police) et a lancé la compagne « *No ID no sale* » dont l'objectif est d'aider les professionnels à faire passer le message auprès des jeunes clients qu'une pièce d'identité doit être produite pour pouvoir acheter des produits dont la vente est interdite aux mineurs (comme le tabac, l'alcool, les produits de la loterie).

Le détaillant peut commander un pack de communication en ligne à l'adresse suivante : http://www.noidnosale.com/. Depuis son lancement, l'association représentant les détaillants de tabac (*Tobacco Retailers Alliance*) estime que 150.000 packs ont été envoyés.

Ce pack contient des posters, autocollants, torches UV (pour vérifier la validité des cartes d'identité) ainsi qu'un *refusals register* (un registre des refus), dans lequel le vendeur peut consigner le nombre de fois où il a refusé de vendre du tabac, à qui et pour quelles raisons. Ce registre peut être utilisé devant le *Trading Standards Institute* (organisme en charge de faire respecter les droits des consommateurs) pour montrer que le détaillant demande/vérifie régulièrement l'âge des clients.

La phrase « *No ID, no Sale* » est généralement répandue et connue, visible sur les portes d'entrée, dans les supermarchés, supérettes, marchands de journaux, PMU…

COMMUNICATION DE LA COUR DES COMPTES SUR L'ÉVALUATION DES POLITIQUES DE LUTTE CONTRE LE TABAGISME

COMMUNICATION AU PRESIDENT DE L'ASSEMBLEE NATIONALE POUR LE COMITE D'EVALUATION ET DE CONTROLE DES POLITIQUES PUBLIQUES

ARTICLE L 132-5 DU CODE DES JURIDICTIONS FINANCIERES

Rapport d'évaluation

Les politiques de lutte contre le tabagisme

Décembre 2012

SOMMAIRE

Avertissement **7**

Résumé **9**

Principales recommandations **13**

Introduction **19**

Chapitre I Un enjeu majeur de santé publique inscrit dans un cadre d'action international **27**

I - Un enjeu médico-économique de première grandeur 27
A – La première des causes de mortalité évitable 27
B – Un coût élevé pour la collectivité 34

II - Un cadre d'action international 40
A – L'action de l'OMS 41
B – L'Union européenne 44

Chapitre II D'importants intérêts économiques et financiers en jeu **49**

I - Des intérêts économiques puissants 49
A – Une production agricole, désormais limitée, aidée dans sa restructuration 49
B – Un secteur industriel internationalisé 51
C – Le réseau des buralistes 54

II - Une contribution importante au financement des comptes sociaux 66

III - La nécessaire indépendance de la décision publique 71

Chapitre III Un pilotage marqué par de nombreuses faiblesses **75**

I - Un manque de clarté et de constance dans la volonté politique 75
A – Une absence de plan d'action spécifique 75
B – Des discontinuités préjudiciables 79
C – Un fléchissement au cours des années récentes 80
D – Un exercice incertain du rôle de coordination 81

II - Des objectifs peu lisibles et mal suivis 84
A – Des objectifs fluctuants 84
B – Un dispositif d'observation partiel 85
C – L'abandon de tout indicateur de performance 88

III - Une déclinaison régionale tardive et limitée 90

IV - Des crédits de lutte contre le tabagisme modestes 93

V - Un effort de recherche dispersé et insuffisant 96

Chapitre IV Des résultats récents décevants 101

I - Une interruption de la baisse des ventes depuis 2005 101

II - Des achats hors réseau des buralistes estimés à 20 % depuis 2004 103
A – Une estimation nécessaire 104
B – Des évaluations convergentes 105
C – Une lutte contre les achats hors réseau à amplifier 109

III - Une remontée récente de la prévalence tabagique quotidienne 114
A – Des résultats contrastés en termes de prévalence au cours des dix dernières années 115
B – Une position internationale médiocre 117

IV - Des populations plus touchées que d'autres 120
A – Les femmes 120
B – Les jeunes 121
C – Les personnes en situation de précarité 124

Chapitre V La fiscalité du tabac : entre objectif de rendement et dissuasion sanitaire 127

I - Une fiscalité prépondérante dans le prix à la consommation 127
A – Un système complexe et hétérogène 127
B – Une réglementation européenne peu contraignante 129
C – L'incidence sur les prix 133

II - Deux phases contrastées en matière de politique fiscale et de prix au cours de la dernière décennie 135
A – Les mesures volontaristes de 2003-2004 136
B – Un « moratoire fiscal » prolongé de fait pendant plusieurs années 137

III - Une stratégie d'optimisation financière pour les fabricants, les buralistes et l'Etat 139

Chapitre VI Des obligations ou interdictions inégalement respectées 145

I - De nombreuses obligations ou prohibitions, un pouvoir de contrôle dispersé 146
A – Le contrôle des obligations des buralistes 146
B – Amendes pénales et corps de contrôle 148
C – Le rôle des organismes antitabac 150

II - Les produits interdits : une application défaillante 153

III - La réglementation du conditionnement et ses détournements 155

IV - L'interdiction de la publicité, du parrainage ou de la propagande : des frontières incertaines 159
A – La promotion interne aux bureaux de tabac 159
B – Les œuvres culturelles et artistiques 160
C – Le cas des diffuseurs audiovisuels 162
D – La distribution de cendriers 163

V - L'interdiction de fumer dans les lieux publics : une mutation encore incomplète 164

VI - L'interdiction de ventes aux mineurs : une application très incomplète 171

Chapitre VII Une attention insuffisante à la prévention et au sevrage 177

I - Une action éducative et de prévention trop restreinte 177
A – Le rôle de l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (INPES) 177
B – La médecine scolaire 180
C – Les services de santé au travail 183

II - Une organisation de l'aide à l'arrêt du tabac à la fois mal identifiée et dispersée 185

III - Une expérience hésitante de soutien financier au sevrage 194

Conclusion générale 201

Liste des annexes : 207

Avertissement

Sur le fondement de l'article 47-2 de la Constitution et de l'article L. 132-5 du code des juridictions financières, la Cour des comptes a été saisie par le président de l'Assemblée nationale, sur proposition du comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques (CEC), par lettre du 18 juillet 2011, d'une demande d'évaluation sur « les politiques de lutte contre le tabagisme ». Par un courrier du 3 février 2012, le premier Président lui a fait part, à la suite d'une réunion de travail tenue le 11 janvier avec M. Mallot, vice-président du comité, du champ, des modalités et du calendrier qui pourraient être retenus pour cette évaluation[1]. Par lettre du 22 février 2012, le président de l'Assemblée nationale a approuvé les propositions qui lui avaient été ainsi adressées.

Précédée par l'élaboration d'une note de cadrage, les travaux d'évaluation engagés par la Cour se sont appuyés sur un état des lieux communiqué aux administrations concernées le 10 février 2012. Ils ont été conduits à partir de l'exploitation des documents existants, des réponses reçues à des questionnaires, d'entretiens auprès des administrations et organismes concernés, d'auditions des différentes parties prenantes, de déplacements en région comme à l'étranger (Grande-Bretagne, services de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) à Genève et de la Commission européenne à Bruxelles). Ils ont donné lieu à des travaux spécifiques, en particulier un sondage d'opinion réalisé à sa demande par les services de l'Assemblée nationale, une revue de jurisprudence et une revue de la littérature scientifique internationale sur ce sujet. Elle a intégré, en outre, des éléments issus de rapports consacrés antérieurement par la Cour des comptes à différents sujets relatifs à la politique de la santé et de la protection sociale.

Résultant d'une demande formulée à la fin de la précédente législature, l'évaluation n'a pu faire l'objet de points d'étape avec les rapporteurs parlementaires qui n'ont été désignés par le CEC qu'après la réunion de la nouvelle Assemblée. Des relations étroites ont cependant été maintenues avec les administrateurs du CEC pour les tenir informés du déroulement des travaux. Une réunion tenue le 7 octobre avec les deux parlementaires, MM. Touraine et Jacquat, désignés comme rapporteurs sur ce sujet lors de la première réunion du nouveau CEC, a permis au

---

[1] *Cf.* annexe 1.

président de la chambre et à l'équipe de rapporteurs de la Cour de leur donner une large information sur les analyses de la Juridiction.

Un relevé d'observations provisoires a été adressé aux administrations et aux différents acteurs concernés le 12 octobre 2012. Le directeur général des douanes et des droits indirects, le directeur de la sécurité sociale, le directeur général de la santé, le directeur général de l'offre de soins, la directrice générale de l'institut national de prévention et d'éducation à la santé (INPES) et le directeur de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) y ont répondu en novembre 2012. D'autres organismes et parties prenantes ont répondu aux extraits les mentionnant. Le directeur général des douanes et des droits indirects, le directeur de la sécurité sociale, le directeur général de la santé, le directeur général de l'offre de soins, ainsi que le directeur de la CNAMTS et les représentants des fabricants, des buralistes, des hôteliers et restaurateurs et des associations anti-tabac ont été ensuite auditionnés les 9 et 14 novembre 2012

Le présent rapport, qui constitue la synthèse définitive des travaux effectués, a été délibéré, le 14 novembre 2012, par la sixième chambre, présidée par M. Durrleman, président de chambre, et composée de M. Picq, président de chambre maintenu, Mme Lévy-Rosenwald, MM. Gillette, Braunstein, Bonin, Charpy, conseillers maîtres, les rapporteurs étant M. Christian Phéline, conseiller maître, Mme Delphine Champetier de Ribes, auditrice, Mme Esmeralda Luciolli, rapporteur, M. Picq, président de chambre maintenu, étant contre-rapporteur.

Il a ensuite été examiné et approuvé le 27 novembre 2012 par le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes, composé de MM. Migaud, premier président, Johanet, procureur général, Descheemaeker, Bayle, Bertrand, rapporteur général du comité, Mme Froment-Meurice, MM. Durrleman, Lévy, Lefas et Briet, présidents de chambre.

Résumé

Le tabac demeure la première des causes de mortalité évitable avec plus de 70 000 morts par an, soit près de dix-huit fois plus que les accidents de la route. Pour autant les coûts sanitaires directs du tabagisme pour l'assurance maladie sont très insuffisamment connus. Une étude réalisée par la CNAMTS à la demande de la Cour estime, dans une évaluation qui reste très partielle, à 12 Md€ par an la charge pour la seule branche maladie du régime de sécurité sociale, mais ses effets indirects et différés ne font pas l'objet d'analyse fine. De la même manière, les incidences négatives pour la collectivité en prenant en compte notamment les pertes liées aux décès prématurés des fumeurs, estimées à plus de 45 Md€, devraient être plus méthodiquement évaluées. Ces imprécisions ne peuvent en effet que fragiliser la politique de lutte contre le tabagisme.

Malgré une dangerosité désormais reconnue, une grave méconnaissance des risques liés au tabagisme persiste néanmoins au sein de la population, et les résultats des politiques de lutte contre le tabagisme ne sont pas à la hauteur d'un tel enjeu de santé publique.

Notre pays a été le premier en Europe à ratifier la convention-cadre de lutte contre le tabac de l'Organisation mondiale de la santé en octobre 2004, Ce texte et ses directives d'application recommandent l'utilisation de différents outils pour lutter contre le tabagisme dans le cadre d'une politique globale et les invitent en particulier à prendre des dispositions nouvelles visant à limiter l'attractivité des produits du tabac, telles que l'instauration d'un paquetage neutre ou l'interdiction de les exposer sur les lieux de vente. Malgré les obligations internationales ainsi souscrites, la lutte contre le tabagisme a eu tendance à s'essouffler dans la période récente.

La prévalence tabagique dans la population française a connu de fait depuis cinq ans une remontée qui contraste avec sa baisse tendancielle de long terme comme avec les résultats de la politique plus vigoureuse conduite en 2003-2004. Actuellement, un français sur trois fume, contre un anglais sur cinq. La diminution des ventes de tabac s'est interrompue depuis 2005. Par ailleurs les résultats récents sont particulièrement préoccupants pour certaines catégories de population, les femmes, les jeunes, chez qui se note depuis 2011 une nette remontée de la prévalence du tabac contrastant avec les évolutions antérieures à la baisse et les personnes en situation de précarité. Par rapport aux objectifs de diminution de la prévalence fixés par la loi de santé publique d'août 2004, l'écart est de plus de 7 points pour les hommes et de 6 points pour les

femmes. Notre pays se trouve ainsi dans une position médiocre sur le plan international.

Il est vrai que le tabac met également en jeu d'importants intérêts économiques et financiers. La tabaculture française est aujourd'hui résiduelle, et la fabrication de produits du tabac n'est plus assurée en France que par quatre usines comptant environ 700 salariés, ce secteur industriel étant désormais complètement internationalisé. L'industrie du tabac , dont le chiffre d'affaires hors taxes était de 2,2 Md€ en 2011, est pour autant un acteur présent et critique à l'égard des modalités de la lutte contre le tabagisme, notamment sur l'efficacité de fortes hausses de prix dont ils considèrent qu'elles ont pour principal effet l'augmentation des achats hors réseau des buralistes. Ces derniers ont en tant que préposés de l'administration le monopole de la distribution du tabac. Ils ont bénéficié de près de 2,6 Md€ d'aides publiques entre 2004 et 2011, notamment par le biais de trois « contrats d'avenir » successifs destinés à l'origine à compenser l'impact sur leur chiffre d'affaires de la diminution attendue de la consommation du tabac. La hausse de prix de ce dernier, conjuguée à l 'arrêt de la baisse des ventes depuis 2005, s'est cependant traduite par une hausse de la rémunération moyenne des débitants, hors aides publiques, de près de 54 % de 2002 à 2011, dès lors que celle-ci est demeurée proportionnelle aux prix. Aides publiques comprises, la progression a été de 70 %, à comparer a une inflation de l'ordre de 20 % sur la période. Il en est résulté pour la plupart d'entre eux un effet d'aubaine massif. Même si les débitants situés à proximité des frontières ont effectivement souffert de la progression des achats transfrontaliers qui représentent environ 15 % de la consommation (le trafic illicite étant pour sa part évalué à 5 %), les aides n'ont pas été ciblées sur eux.

Le tabac par ailleurs apporte une contribution importante au financement des comptes sociaux. Les ressources tirées de la fiscalité du tabac atteignent près de 15 Md€ par an, désormais pour l'essentiel affectées au financement de l'assurance maladie, laquelle supporte la charge la plus directe du tabagisme.

Dans ce contexte, les politiques de lutte contre le tabagisme ont souffert d'un pilotage marqué par de nombreuses faiblesses et des discontinuités préjudiciables. Depuis la loi « Veil » de 1974, la lutte contre le tabagisme n'a plus jamais fait l'objet d'un plan de santé publique spécifique. Le plan cancer 2009-2013 reste actuellement le seul plan de santé publique à traiter de la lutte contre le tabagisme, mais contrairement au précédent qui avait témoigné d'une très forte volonté politique, il a été considéré, en particulier par le Haut conseil de santé publique, comme témoignant d'un fléchissement préjudiciable de l'action publique en ce domaine. La coordination des politiques mises en œuvre

est restée incertaine en raison de l'absence persistante d'une instance de décision clairement identifiée. Les crédits de lutte contre le tabagisme sont demeurés modestes - de l'ordre de 100M€ par an -, à comparer aux aides publiques consacrées aux tabaculteurs et aux débitants - de l'ordre de 150 M€ - et aux 15 Md€ apportés à la protection sociale par la fiscalité sur le tabac.

Après les hausses importantes des taxes sur le tabac de 2003-2004, un moratoire fiscal s'est par ailleurs prolongé, et les hausses de prix pratiquées depuis lors, si elles ont été fiscalement et commercialement rémunératrices, sont restées en deçà du rythme propre à modérer durablement le volume de consommation, selon une stratégie d'optimisation financière à la fois pour les fabricants, les buralistes et l'Etat qui est entrée en contradiction avec les objectifs de santé publique. La réorientation amorcée à cet égard fin 2012 devra être renforcée et poursuivie, afin d'en revenir à un usage actif du levier fiscal propre à assurer une hausse des prix suffisamment soutenue et à réduire les écarts entre les différents produits du tabac.

Les multiples réglementations à visée sanitaire font l'objet d'une application souvent défaillante. Il en est ainsi tout particulièrement de l'interdiction de la vente aux mineurs et de l'interdiction de fumer dans les lieux publics. Les contrôles sont particulièrement déficients : un buraliste ne risque d'être contrôlé sur place qu'une fois par siècle par l'administration des douanes ; à trois exceptions près, les préfets n'ont pas fait remonter au ministère de l'intérieur de bilan de l'application de l'interdiction de fumer dans les lieux publics. Dans ces conditions, ce sont les associations anti-tabac qui, par leurs actions judiciaires, veillent, dans la mesure de leurs moyens limités, à l'application de la règlementation. La revue de jurisprudence à laquelle la Cour a fait procéder dans le cadre de cette évaluation est à cet égard particulièrement instructive sur les manquements qu'elles ont pu relever et faire condamner.

Alors que la communication est un outil indispensable à la lutte contre le tabagisme, la modestie des moyens qui lui sont consacrés à cette action en limite la portée : ils sont près de dix fois moins importants que ceux consacrés à la communication sur la sécurité routière, alors même que le tabac provoque un nombre de décès sans commune mesure avec les accidents de la route. Plus généralement, une attention très insuffisante est portée à la prévention de l'entrée dans le tabagisme, en particulier chez les jeunes : les services de santé scolaire sont dépourvus d'outils et en demeurent à des initiatives isolées, faute d'une politique globale s'intégrant comme le montrent les exemples étrangers évalués favorablement aux actions conduites en dehors de l'école pour promouvoir des habitudes de vie et l'estime de soi en lien avec les

enseignants, les professionnels de santé et les parents au lieu d'un discours parfois moralisateur sur le risque qui n'est pas entendu des jeunes. Quant à l'aide à l'arrêt du tabac, elle pâtit d'une offre de consultations spécialisées mal identifiée et d'une relation insuffisamment structurée de la ligne « Tabac Info service » avec ces dernières. La prise en charge des substituts nicotiniques par l'assurance maladie fait l'objet d'une expérimentation à la fois limitée dans son champ et hésitante dans son ciblage, au lieu de s'intégrer, comme cela est notamment le cas en Grande Bretagne, dans une stratégie d'ensemble mettant en cohérence politique de prix élevés, règlementation rigoureuse et à l'application effective méthodiquement contrôlée, campagnes de communication active, aide au sevrage dans le cadre d'un accompagnement spécifique organisé autour d'un réseau au maillage dense de centres ad hoc.

C'est de fait dans la cohérence et la complémentarité d'actions portées par une volonté politique sans faille que doit s'affirmer une stratégie pluri-annuelle à même de permettre de relever l'enjeu majeur de santé publique que constitue le tabagisme.

L'évaluation réalisée par la Cour met en effet en lumière la nécessité impérieuse de passer de politiques juxtaposées à une politique renouvelée et coordonnée de lutte contre le tabagisme. Cette politique doit être définie et conduite comme telle dans la durée, eu égard à l'échelle de temps dont il est besoin pour modifier en profondeur les comportements et à la nécessité de la persévérance de l'effort pour obtenir des résultats pérennes.

Principales recommandations

On trouvera ci-dessous, ordonnées selon les grands leviers d'action publique, les différentes recommandations formulées par la Cour à l'issue des constats effectués à l'occasion de la présente évaluation. La numérotation figurant à la suite de chacune d'entre elles renvoie à l'ordre de leur formulation au fil du rapport.

Construire une stratégie pluriannuelle de lutte contre le tabagisme :

- *confier au ministre chargé de la santé le rôle de coordination et de pilotage de l'ensemble des actions publiques en ce domaine et l'animation à cet effet d'un comité interministériel ad hoc (recommandation n° 8) ;*

- *inscrire la politique de lutte contre le tabagisme dans une nouvelle loi de santé publique sous forme d'un volet spécifique :*

  - *fixant de manière réaliste des objectifs quantifiés de réduction par étape de la prévalence en population générale et par groupes-cibles ;*
  - *précisant les modalités de mise en œuvre des dispositions de la convention-cadre de l'OMS et de ses directives d'application, et de la future directive européenne en ce domaine (recommandation n° 9) ;*

- *décliner la loi sous forme d'un plan de santé publique dédié articulant et programmant les contributions respectives pour atteindre les objectifs fixés des actions en matière de fiscalité et de prix, de réglementation comme de prévention et d'aide à la sortie du tabagisme (recommandation n° 10) ;*

- *veiller à ce que le mode d'association des acteurs de la politique de lutte contre le tabagisme respecte strictement les dispositions de la convention-cadre de l'OMS visant à préserver l'indépendance de la décision publique (recommandation n° 7) ;*

- *rendre obligatoire, dans la publication de toutes expertises, études ou contribution publique sur la lutte contre le tabagisme, la mention explicite des éventuels liens de leurs auteurs soit avec l'industrie du tabac, soit avec l'industrie pharmaceutique ou les fournisseurs de produits d'aide au sevrage (recommandation n° 6).*

Améliorer la connaissance du tabagisme et de ses effets :

- *élaborer un programme pluriannuel interdisciplinaire pour la recherche dans le domaine du tabac et en sécuriser le financement (recommandation n° 12) ;*

- *évaluer selon une méthodologie rigoureuse et publique les coûts de la morbidité et de la mortalité liée au tabac pour l'assurance maladie et pour la collectivité dans son ensemble (recommandation n° 2) ;*

- *analyser régulièrement, selon une méthodologie partagée, les modes d'approvisionnement, licites ou non, des consommateurs de tabac (recommandation n° 4) ;*

- *charger la direction générale de la santé de publier annuellement un tableau de bord de référence, regroupant l'ensemble des données tant épidémiologiques qu'économiques ou budgétaires relatives au tabac et des indicateurs de mise en œuvre, de suivi financier et de résultats de la politique de lutte contre le tabagisme (recommandation n° 11).*

Remobiliser la fiscalité au service de la santé publique :

- *mettre en œuvre dans la durée, au-delà des mesures déjà annoncées pour 2013, une politique volontariste de relèvement soutenu des prix du tabac en usant de l'outil fiscal à un niveau suffisant pour provoquer une baisse effective et durable de consommation (recommandation n° 18) ;*

- *poursuivre la réforme de la fiscalité du tabac afin de réduire rapidement l'écart de charge fiscale et de prix existant au bénéfice notamment du tabac à rouler, à tuber ou des cigares et cigarillos (recommandation n° 19) ;*

- *mettre en place, après concertation avec la profession, un mécanisme dégressif appliqué à la remise nette en fonction des niveaux de chiffre d'affaires (recommandation n° 5).*

Renforcer la réglementation et en garantir l'application :

- *établir un programme national de contrôle de l'application de la règlementation relative au tabac, décliné annuellement par corps de contrôle et selon des objectifs de vérification quantifiés dans chaque département, et faisant l'objet d'un suivi précis de sa mise en œuvre et de ses résultats en termes de type d'infractions constatées, de procédures engagées et de sanctions prononcées (recommandation n° 24) ;*

- *veiller à l'application la plus stricte de l'interdiction de toute mention publique affirmant ou suggérant le caractère moins nocif d'un produit du tabac (recommandation n° 20) ;*

- *confirmer l'opposition de la France à toute légalisation européenne du « snus » ou du « tabac à chauffer » (recommandation n° 25) ;*

- *prendre sans tarder les mesures nécessaires à une application incontestée de l'interdiction des cigarettes à goût sucré et étendre celle-ci aux autres produits du tabac de même type (tabac à rouler et à tuber notamment) (recommandation n° 21) ;*

- *interdire la publicité sur les lieux de vente (recommandation n° 22) ;*

- *faire rigoureusement respecter par les débits de tabac l'interdiction de vente aux mineurs, en étudiant l'instauration d'une sanction de fermeture temporaire en cas de manquements graves et répétés à la réglementation (recommandation n° 23) ;*

- *instaurer dans une prochaine loi de santé publique la suppression de la vente des paquets de tabac sur linéaires (recommandation n° 27) ;*

- *interdire de manière générale l'usage du tabac sur les terrasses qui ne sont pas totalement en plein air et séparées des espaces intérieurs (recommandation n° 28).*

Organiser la prévention et l'aide à l'arrêt du tabac :

- *conduire une stratégie pluriannuelle de campagnes d'information à l'instar de ce qui a été fait pour la sécurité routière, financées par une fraction forfaitaire de l'augmentation des recettes liées au tabac (par exemple à hauteur de 50 M€ par an, soit 0,03 %) (recommandation n° 1) ;*

- *développer des actions spécifiques et ciblées de prévention et d'aide au sevrage à l'égard des jeunes, des femmes et des personnes en situation de précarité (recommandation n° 17) ;*

- *faire de la prévention du tabagisme une priorité à part entière de la politique d'éducation à la santé du ministère de l'éducation nationale dans le primaire comme dans le secondaire, explicitement intégrée à la*

formation des enseignants, et associant tous les professionnels concernés ainsi que les parents et partenaires extérieurs (recommandation n° 29) ;

- *organiser un parcours d'aide au sevrage prévoyant un accompagnement systématisé par un professionnel de santé de premier recours (médecin traitant, pharmacien, voire infirmière), en coordination avec la ligne Tabac info service et avec des centres d'arrêt du tabac pouvant assurer une prise en charge individualisée (recommandation n° 30) ;*

- *renforcer à cet effet les consultations d'addictologie dans les structures hospitalières et médicosociales, en y identifiant des compétences spécialisées en tabacologie (recommandation n° 31) ;*

- *faire prendre en charge le sevrage tabagique par l'assurance maladie dès lors qu'il s'inscrit dans un parcours d'accompagnement ou qu'il concerne des groupes cibles, notamment en remboursant les substituts nicotiniques comme des médicaments (recommandation n° 32).*

Développer la coopération internationale :

- *mobiliser l'influence diplomatique de la France pour promouvoir une révision de la directive européenne qui intègre les principales dispositions antitabac issues de la convention-cadre de l'OMS et de ses directives d'application (recommandation n° 3) ;*

- *soutenir l'inscription dans la directive européenne en cours de préparation du principe du paquetage générique des produits du tabac et, le moment venu, en transposer l'obligation en droit interne (recommandation n° 26) ;*

- *engager activement les actions sur un plan européen ou bilatéral propres à permettre une meilleure harmonisation des niveaux de taxation et de prix du tabac notamment avec les pays frontaliers (recommandation n° 16) ;*

- *promouvoir au sein de l'Union européenne un régime de stricte limitation des importations privées de tabac, dérogeant pour des raisons majeures de santé publique au droit commun de la libre circulation (recommandation n° 15) ;*

- *mettre en œuvre sans délai les dispositifs de traçage des produits du tabac prévus par le récent protocole de l'OMS de lutte contre la*

contrebande et le projet de loi de finances rectificative présenté en conseil des ministres le 14 novembre 2012 (recommandation n° 13) ;

- *renforcer les coopérations internationales en matière de trafic de tabac afin de de réprimer plus efficacement ce dernier (recommandation n° 14).*

Introduction

Entre 2005 et 2010, la part de la population âgée de 15 à 75 ans consommant du tabac est passée en France de 27,1 % à 29,1 %. Cette progression, en rupture avec la tendance à la baisse constatée depuis plus de vingt ans, contraste également avec les constats qui peuvent faits chez certains de nos voisins - le même taux est à 21,2 % en Grande Bretagne. Elle a ravivé le débat sur l'efficacité durable des politiques de lutte contre le tabagisme conduites dans notre pays depuis le milieu des années 1970 pour réduire ce qui est reconnu comme la première cause de mortalité évitable.

Les principales étapes de la lutte contre le tabagisme en France

La machine à fabriquer les cigarettes, inventée en 1843, est à l'origine de la diffusion de masse de la consommation de tabac. Celle-ci se généralise au moment de la Première Guerre mondiale. La vogue de la cigarette blonde d'origine américaine progresse en Europe après le second conflit mondial, puis le tabagisme, après avoir touché principalement les hommes, atteint aussi les femmes dans les années 1950-1960.

La volonté collective de lutter contre le tabagisme ne s'est affirmée en France que depuis le milieu des années 1970, à partir de la loi du 9 juillet 1976, dite « loi Veil ». Puis la loi n° 91-32 du 10 janvier 1991, dite « loi Evin », a fixé les principales bases de la réglementation de lutte contre le tabagisme telle qu'elle est désormais codifiée dans le code de la santé publique (CSP). La sortie du tabac de l'indice général des prix à la consommation alors opérée a facilité la mise en œuvre d'une politique tendant à une hausse du prix relatif des produits du tabac. Enfin, en leur reconnaissant le droit d'agir en justice, la loi Evin a encouragé le développement de structures d'intérêt général ou associatives qui ont joué un rôle essentiel dans le renforcement de la lutte contre le tabagisme et pour l'application des règles édictées.

Près de trente ans après la « loi Veil », la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 « *relative à la politique de santé publique* » a marqué une nouvelle étape importante en prévoyant parmi les 100 objectifs retenus pour la période quinquennale 2004-2009, des objectifs chiffrés de baisse de la prévalence du tabagisme et du « *tabagisme passif dans les établissements scolaires, les lieux de loisirs et l'environnement professionnel* ».

La loi de 2004 s'est accompagné d'une politique volontariste de forte hausse de la fiscalité et des prix des cigarettes et de la mise en œuvre d'un premier plan national de lutte contre le cancer qui a donné une large place à la lutte contre le tabagisme.

Une nouvelle étape importante dans la lutte contre le tabagisme intervient en 2006 avec le décret en Conseil d'Etat, dit « décret Bertrand »[2], qui, sur la base de l'article 16 de la loi de 1991, organise une importante extension de l'interdiction de fumer dans les lieux publics.

Enfin les articles 98 à 100 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009[3] « *portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires* » (HPST) ont introduit plusieurs mesures tendant à protéger les jeunes contre le tabagisme : l'interdiction de vente aux mineurs est étendue aux jeunes de 16 à 18 ans ; la prohibition de la vente des cigarettes aromatisées à saveur sucrée ; l'interdiction d'établissement des débits de tabac à proximité des lieux d'enseignement et de loisir des jeunes[4].

Evaluer l'efficacité des politiques publiques conduites en matière de lutte contre le tabagisme est cependant une tache particulièrement complexe.

Un exercice complexe

Un premier facteur de complexité tient à la diversité même des outils mis en œuvre qui appartiennent à des champs multiples et aux intérêts contradictoires que peuvent poursuivre les politiques publiques dont ils dépendent. Les politiques sanitaires se déclinent elles-mêmes de manière différente en termes de prévention, de soins, et de sevrage et font intervenir des acteurs nombreux. La règlementation repose sur de multiples obligations et interdictions gérées par plusieurs administrations. La distribution repose sur un monopole confié aux préposés de l'administration que sont les débitants de tabac et pour lesquels la question de la réduction de la consommation revêt un enjeu économique fort. Les questions de prix et de fiscalité ne sont pas indifférentes à l'importance des ressources que le tabac procure à la sécurité sociale. L'articulation des outils et des politiques est particulièrement délicate car

[2] Décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006.
[3] Articles L. 3511-2-1 et 2-2 du code de la santé publique (CSP).
[4] En outre, la vente du tabac dans les galeries marchandes des hyper et supermarchés est interdite dans les départements d'outre-mer comme elle l'est en métropole.

elle s'inscrit ainsi dans un champ de forces qu'il convient d'analyser le plus précisément et le plus complètement possible.

La difficulté de l'exercice tient en deuxième lieu au fait que l'appréciation de certains enjeux est particulièrement controversée. Si la dangerosité du tabac ne fait plus aujourd'hui débat, le coût sanitaire et social indirect du tabagisme et son impact en termes de dépenses d'assurance maladie font l'objet de contestations récurrentes par certains acteurs.

En troisième lieu, la réduction visée de la morbidité et de la mortalité évitable est en grande partie un objectif à moyen ou long terme, dont la part imputable à la diminution du tabagisme se combine avec bien d'autres facteurs. La baisse de la prévalence[5] du tabagisme met au demeurant en jeu des comportements addictifs dont la modification s'avère être ni immédiate ni irréversible. Au surplus la difficulté d'appréciation des résultats est aggravée par la faiblesse des dispositifs d'observation.

Ces caractéristiques ne permettent guère d'établir un lien univoque entre l'un des outils de l'action publique et son incidence propre sur la baisse de l'addiction. Il s'ensuit que l'évaluation en ce domaine diffère de celle, par exemple, de la politique de sécurité routière où la rapidité de réaction des comportements de conduite automobile et les résultats en termes de mortalité routière ont permis une mesure analytique fiable de l'efficacité propre à chacune des mesures successives mises en œuvre au fil des années.

Dans ces conditions, l'évaluation de la Cour s'est inscrite dans le cadre suivant.

Le périmètre retenu et le champ

Même si l'action engagée en matière de lutte contre le tabagisme remonte à la loi Veil de 1974, il a paru nécessaire de retenir une période plus limitée et de partir de la loi dite Evin de 1991. La période retenue pour l'évaluation couvre donc les deux décennies 1990 et 2000 et analyse attentivement les résultats sur la décennie 2001/2011. En revanche le spectre des politiques de lutte contre le tabagisme a été compris dans une acception large pour répondre à la saisine qui vise explicitement « les

[5] En épidémiologie, la prévalence est la proportion d'individus d'une population qui présente une maladie ou un facteur de risque. Elle diffère de l'incidence qui mesure la survenue de nouveaux cas pendant une période donnée. Ainsi, plus la durée de la maladie est longue (cas des maladies chroniques), plus la prévalence augmente même si l'incidence reste constante, tandis que pour des maladies aigues de courte durée la prévalence a tendance à se rapprocher de l'incidence.

politiques publiques de lutte contre le tabagisme » et de manière à vérifier si elles s'inscrivent bien dans une cohérence d'objectifs et une complémentarité d'approche ou s'il s'agit d'une simple mosaïque fragmentée d'actions publiques.

L'évaluation s'est ainsi donné pour objectifs :

- de recenser de manière systématique les objectifs et indicateurs que s'est assignée en la matière la politique de santé publique et d'apprécier leur cohérence et leur continuité ;
- d'analyser l'ensemble des actions publiques concourant à la lutte contre le tabagisme et de les mettre notamment en rapport avec les engagements multilatéraux pris par la France en la matière ;
- d'identifier et analyser tous les éléments quantitatifs disponibles sur les charges et recettes publiques en jeu, l'économie du secteur et l'évolution de la prévalence ;
- de recenser aussi largement que possible les travaux théoriques, études de cas ou rapports permettant d'éclairer les déterminants de l'addiction tabagique, les divers moyens d'action utilisés en France ou à l'étranger et leurs effets.

La méthode

La Cour a jugé nécessaire d'accompagner son travail d'instruction auprès des administrations par une série d'initiatives complémentaires compte tenu du caractère particulièrement complexe du sujet :

- la constitution d'un groupe d'appui dont les membres ont été choisis intuitu personae pour la diversité de leurs compétences (annexe 2)[6] et qui s'est réuni trois fois entre mars et octobre 2012. Ce groupe a permis à la Cour de s'assurer de la prise en compte la plus exhaustive possible des travaux d'expertise réalisés en ce domaine, d'être informée des recherches les plus abouties en France et à l'étranger, d'identifier les pays en pointe dans la lutte contre le tabagisme. A la lumière des contributions reçues par les différents acteurs, il a également aidé la Cour à préparer les auditions. Son avis a enfin été sollicité sur les constats ainsi que sur les recommandations découlant de cette évaluation ;

[6] Sollicité pour participer à ce groupe, un ancien directeur général des douanes, disposant de surcroît d'une expérience industrielle dans le secteur, n'a pas souhaité donner suite à cette proposition. La présence d'une économiste a cependant contribué à l'équilibre d'approches souhaité.

- la consultation d'un très grand nombre d'experts, chercheurs et professionnels compétents en matière de santé publique, d'épidémiologie et de lutte contre le tabagisme et contre les addictions. On trouvera en annexe 3, la liste des personnes ainsi approchées à travers de nombreux entretiens, réunions de travail ou échanges écrits et en annexe 12, une bibliographie sélective de l'importante littérature scientifique disponible ;

- la prise en compte des travaux les plus récents sur en matière d'évaluation de la politique de lutte contre le tabagisme : une revue internationale de littérature a été notamment réalisée à cet effet par l'IRDES à la demande de la Cour (annexes 5 et 9) ;

- l'analyse des contributions récentes aux débats sur la politique de lutte contre le tabagisme (annexe 6). Il s'agit notamment de celles de l'Académie de médecine, du Haut conseil de la santé publique (HCSP), de la Haute autorité de santé (HAS) et de la mission confiée à M. Yves Bur par le ministre de la santé début 2012. Ont également été examinées, du point de vue de la politique de santé publique, les conclusions du rapport parlementaire d'information n° 3786 sur les conséquences fiscales de la lutte contre le tabac, établi le 5 octobre 2011 par MM. Jean-Marie Binetruy, Jean-Louis Dumont et Thierry Lazaro, députés[7] ;

- des déplacements sur les lieux de consultation ou dans les milieux concernés par la lutte contre le tabagisme. Les rapporteurs ont assisté à des journées de consultation d'addictologie en milieu hospitalier, et se sont par ailleurs rapprochés du rectorat d'Amiens en vue de rencontrer des infirmiers et infirmières scolaires qui leur ont fait part de leur expérience en ce domaine. ;

- la réalisation d'une étude approfondie de la jurisprudence des tribunaux (annexe 7) en matière d'application de la règlementation relative au tabac, de manière à apprécier l'application effective des diverses réglementations ;

- la réalisation d'une enquête d'opinion. Sur proposition de la Cour, l'Assemblée nationale a commandé un sondage réalisé par l'IFOP auprès d'un échantillon représentatif de la population (annexe 8) ;

- la prise en compte systématique du nouveau cadre international dans lequel s'inscrit désormais la lutte contre le tabagisme. Les rapporteurs ont tenu plusieurs réunions à Bruxelles auprès de la Commission européenne (23 mai 2012) et à l'Organisation mondiale de la

---

[7] *Rapport d'information n° 3786 sur les conséquences fiscales des ventes illicites de tabac*, commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire, 5 octobre 2011.

santé (OMS) à Genève (11 juin 2012). La Cour a en outre bénéficié des résultats d'une enquête diligentée par la direction générale des douanes et impôts indirects (DGDDI) auprès des ambassades (annexe 10) ;

- l'étude attentive des expériences étrangères les plus significatives dans ce domaine. Compte tenu des résultats remarqués de la politique menée au Royaume-Uni, les rapporteurs ont effectué début juillet une mission de deux jours (4 et 5 juillet 2012) auprès des services londoniens compétents Des échanges ont également été noués avec le centre de recherche sur le tabac de l'école de santé publique de l'université Johns Hopkins (Baltimore) et avec l'Institut de santé publique du Québec (annexe 11) ;

- enfin et surtout, une large et intense consultation de tous les acteurs afin de recueillir systématiquement sur les questions en débat le point de vue des diverses parties en présence et d'en rendre compte publiquement.

Deux journées d'auditions ont été à cette fin organisées pendant la phase d'instruction. Elles ont permis d'entendre les fabricants de tabac, les syndicats professionnels des buralistes et des exploitants d'hôtels, bars et restaurants[8], les associations et organismes de lutte contre le tabagisme, les sociétés savantes compétentes ; la liste des organismes auditionnés fait l'objet de l'annexe 4.

Ces organismes avaient en outre été invités à formuler préalablement par écrit les points qu'il leur semblait prioritaire de faire valoir auprès de la Cour. Le texte du présent rapport s'y réfère régulièrement en parlant des « contributions » de ces différents signataires.

Enfin, ces mêmes organismes[9] ont été invités à faire part de leurs éventuelles observations sur les passages de ce rapport faisant état de leurs positions et ont été auditionnés une nouvelle fois avant que la Cour n'arrête ses positions définitives.

Le plan du rapport

Le présent rapport analyse successivement les politiques de lutte contre le tabagisme sous différents prismes complémentaires.

Il rappelle, dans un premier chapitre, les objectifs de santé publique assignés à la lutte contre le tabagisme dans un cadre désormais

---

[8] Confédération générale des buralistes et Syndicat national des hôteliers, restaurateurs, cafetiers et traiteurs (*SYNHORCAT*).

[9] Les sociétés savantes n'étaient pas concernées par ces secondes auditions.

international depuis l'adoption en 2003 de la convention-cadre pour la lutte contre le tabac (CCLAT) par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et cherche à apprécier les coûts liés au tabac dans notre pays (I).

Il évoque ensuite les importants intérêts économiques en jeu qui, par leur existence comme par leur influence dans la vie économique et sociale du pays, rendent particulièrement complexe la mise en œuvre d'une politique de santé publique (II).

Puis il examine le pilotage public de cette politique au cours de la période étudiée, marquée par une forte discontinuité (III).

Il analyse le caractère décevant des résultats obtenus notamment au cours de cinq dernières années (IV).

C'est à la lumière de ces résultats que sont examinés de manière spécifique l'usage de la fiscalité du tabac (V), l'application de la réglementation (VI) et les actions conduites en matière de prévention et d'aide au sevrage (VII).

A l'issue de ces analyses, la Cour met en lumière la nécessité impérieuse de passer de politiques juxtaposées à une politique renouvelée et coordonnée de lutte contre le tabagisme. Cette politique doit être définie et conduite comme telle dans la durée, eu égard à l'échelle de temps dont il est besoin pour modifier en profondeur les comportements et à la nécessité de la persévérance de l'effort pour obtenir des résultats pérennes.

Chapitre I

Un enjeu majeur de santé publique inscrit dans un cadre d'action international

L'exceptionnelle gravité des effets sanitaires et des coûts économiques et sociaux qui lui sont imputables (I) justifie une politique de lutte contre le tabagisme dont les orientations doivent respecter les obligations auxquelles notre pays a souscrit dans le cadre de l'OMS (II).

I - Un enjeu médico-économique de première grandeur

Le tabagisme représente indéniablement la première des atteintes évitable à la santé publique (A) même si la mesure exacte de ses coûts pour la collectivité mériterait d'être mieux connue (B).

A – La première des causes de mortalité évitable

Dès le début du XIX^{e} siècle, la nicotine avait été identifiée comme composant du tabac, et quelques médecins commencèrent à observer des effets nocifs pour la santé.

1 – Les effets pathologiques du tabac

Les premières études qui établissent la toxicité du tabac et contribuent à la naissance d'une nouvelle discipline, l'épidémiologie, sont dues au spécialiste britannique Richard Doll (1912-2005). Il a marqué le premier le lien entre la consommation de tabac et l'augmentation du risque de cancer broncho-pulmonaire, en lançant en 1954 auprès d'une cohorte de 40 000 médecins britanniques une vaste étude prospective

dont les résultats, vingt ans plus tard, confirmeront l'association entre consommation chronique de tabac et réduction de l'espérance de vie. La dépendance à la nicotine a fait à sa suite l'objet de nombreuses études au cours des dernières décennies qui mettent en évidence la force et la rapidité de son installation ainsi qu'une certaine inégalité des prédispositions génétiques individuelles en ce domaine[10].

Les effets du tabac sur la santé

Les conclusions de la recherche médicale depuis plusieurs décennies sur les méfaits sanitaires du tabac ne sont plus sérieusement discutées aujourd'hui.

Ils comportent à la fois un effet addictif lié notamment à la nicotine et des conséquences pathogènes multiples.

La nicotine contenue dans le tabac est à l'origine d'une dépendance qui s'instaure très rapidement chez le fumeur, d'autant plus forte que l'utilisation est précoce. Une fois inhalée, la nicotine atteint rapidement le cerveau et induit notamment une augmentation du rythme cardiaque et de la tension artérielle et une constriction des vaisseaux sanguins. Elle est à l'origine de réactions chimiques et biologiques dans le cerveau aboutissant à ce que l'organisme s'habitue à la nicotine et développe une dépendance rapide, à la fois physique et psychologique.

Les substances contenues dans le tabac, sont pathogènes tant par elles-mêmes que par l'effet de leur combustion. Les principales affections liées au tabagisme concernent :

- le développement de cancers, au premier rang desquels les cancers du poumon, mais également les cancers ORL (bouche, pharynx et larynx), les cancers digestifs (œsophage, estomac, pancréas), les cancers de l'appareil urinaire (rein et vessie) ;

- les pathologies cardio-vasculaires (maladie coronarienne et pathologies vasculaires périphériques, hypertension artérielle, développement d'anévrismes de l'aorte) ;

- les pathologies de l'appareil respiratoire autres que cancéreuses bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), bronchite chronique, emphysème, syndromes asthmatiques de l'enfant et de l'adolescent.

[10] Swan E.G et al, *Status of genetic studies of nicotine dependence,* http://cancercontrol.cancer.gov/tcrb/monographs/20/m20_2.pdf

Chez la femme enceinte, le tabagisme est associé à des risques accrus de prématurité, de petit poids à la naissance, de mortalité infantile et, par la suite, de mort subite du nourrisson et d'asthme.

Les effets sur la santé du tabagisme passif sont liés essentiellement à son contenu en goudron et monoxyde de carbone. L'exposition à la fumée ambiante,dite « secondaire », entraîne, même pour les non-fumeurs, une augmentation de la fréquence cardiaque et une constriction des vaisseaux sanguins, ainsi qu'une élévation de la pression artérielle. Elle est à l'origine d'un risque accru de développer un cancer du poumon ou une pathologie cardio-vasculaire ainsi que d'autres affections.

L'usage du tabac a des conséquences néfastes sur tous les organes ou presque. Un fumeur sur deux décède d'une affection en lien avec le tabagisme. A l'inverse, l'arrêt du tabac s'accompagne de bénéfices aussi bien immédiats qu'à long terme sur la santé.

Les pathologies attribuables au tabac, principalement cancers et pathologies cardio-vasculaires, constituent l'un des principaux facteurs de la croissance rapide de la prévalence de maladies chroniques dans la population. En France, ces dernières touchent près de 20 % de la population et sont à l'origine des trois quart des prises en charge en affection de longue durée (ALD) et de 63 % des dépenses du régime général d'assurance maladie en 2010.

Il ressort de l'ensemble des études récentes que le tabagisme représente en France, la première des causes de mortalité évitable, devant l'alcool (30 000 décès par an environ[11]), les suicides (10 000 environ) et les accidents de la route (4 000 environ).

En 2000, le nombre de morts attribuables au tabac était estimé à 60 000 décès par an dont 50 % du fait de cancers (30 000), 20 % en raison de maladies cardio-vasculaires (12 000), 20 % (12 000) provoqués par d'autres maladies de l'appareil respiratoire, et 10 % (8 000) pour d'autres causes liées au tabac[12]. Selon cette même étude, la moitié des décès dus au tabac survient dans la population âgée de 38 à 69 ans, conduisant à une réduction de l'espérance de vie d'un fumeur de 20 à 25 ans par rapport à celle d'un non-fumeur. Le tabagisme est de fait à

[11] *Drogues. Chiffres clés*, Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), juin 2010.
[12] Estimation produite par une équipe de l'université d'Oxford à partir de la méthode proposée par les chercheurs Peto R. et Lopez D.L. www.ctsu.ox.ac.uk/tobacco.

l'origine d'effets sanitaires dont certains ne se manifestent qu'au bout d'une soixantaine d'années[13].

Une estimation plus récente[14] fait état d'une mortalité attribuable au tabac en France en 2004 de 73 000 décès, soit 22 % de la mortalité masculine et 11 % de la mortalité féminine. Ces décès se répartissent en 60 % de décès par cancers (44 000 dont 26 000 cancers du poumon), 25 % de décès par maladies cardiovasculaires (18 000), 11 % de décès par maladies respiratoires (8 000) et 4 % d'autres causes. *Imperial Tobacco* avance dans sa contribution que cette réévaluation a été faite « *sans aucune explication ni étude statistique nouvelle* ». Elle se réfère cependant explicitement à une méthodologie adoptée par l'OMS prenant mieux en compte les pathologies attribuables au tabac autres que les cancers du poumon.

La mortalité liée au tabac est encore largement masculine (59 000 décès chez les hommes et 14 000 chez les femmes[15]). Elle représente un tiers des décès des hommes entre 35 et 69 ans. Cependant chez les hommes, la mortalité liée au tabac a commencé à régresser dans les années 1990 à la suite notamment de la diminution du tabagisme masculin depuis les années 1970.

Au contraire, la mortalité tabagique féminine, presque inexistante avant les années 1980, s'accroît rapidement. Si les pathologies cardio-vasculaires restent le premier motif de décès pour les femmes, leur mortalité par cancer du poumon, traditionnellement plus faible, a progressé de 42 % entre 2002 et 2008. Cette évolution est à mettre en rapport avec une tendance longue au rapprochement du taux d'addiction tabagique entre les sexes. L'Institut national de veille sanitaire (InVS) note qu' « *en raison de l'évolution du tabagisme féminin et du délai d'environ 30 ans entre consommation de tabac et effets sur la santé, une augmentation de la mortalité attribuable au tabac chez les femmes est attendue* ».

---

[13] Peto R., Lopez A.D. et al., *Mortality from smoking in Developed Countries*, *1950-2000*, Oxford University Press, New York, 1994.
[14] Hill C, « Epidémiologie du tabagisme », *La Revue du Praticien,* vol. 62, mars 2012.
[15] Numéro thématique sur le tabac, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH),* Institut national de Veille sanitaire (InVS), mai 2011.

Une méconnaissance persistante des dangers du tabac

Le sondage de l'IFOP réalisé à l'occasion de cette évaluation révèle une grave méconnaissance des risques. Alors qu'un fumeur sur deux meurt d'une maladie causée par le tabac, un quart des Français interrogés pensent que seul un fumeur sur dix mourra de cette addiction. Plus de la moitié des personnes interrogées (51 %) pensent que le nombre de décès est inférieur à 6 000 par an, alors qu'il y en a plus de dix fois plus. La méconnaissance des risques est la plus forte chez les jeunes, les catégories socioprofessionnelles les moins favorisées et les fumeurs. 27 % des plus gros fumeurs (plus de 20 cigarettes par jour) pensent qu'un fumeur sur cent seulement meurt du tabac. Le *Baromètre cancer* 2010 a toutefois montré que la quasi–totalité des personnes interrogées considéraient que fumer du tabac pouvait favoriser l'apparition d'un cancer.

Cette méconnaissance témoigne à certains égards des effets de la « *stratégie de l'ignorance* » développée par les fabricants, selon un ouvrage récent exploitant les *Tobacco Documents* rendus accessibles au public par le *Master Settlement Agreement* (1998) ayant mis fin à l'action engagée aux Etats-Unis contre les cigarettiers[16], en vue notamment d'occulter, mettre en doute ou relativiser les effets sanitaires du tabagisme.

Si les conséquences sanitaires du tabagisme sont bien connues et documentées avec certitude dans leur principe, la direction générale de la santé (DGS) a reconnu lors de l'instruction qu'il était nécessaire de pouvoir disposer pour la France d'un outil de suivi épidémiologique plus structuré des conséquences du tabac sur la morbidité et la mortalité.

2 – Les risques du tabagisme passif

L'ampleur des risques sanitaires liés à l'exposition passive à la fumée du tabac reste parfois controversée. *Imperial Tobacco* invoque ainsi dans sa contribution des « *évolutions souvent fantaisistes et totalement invérifiables* ».

La DGS admet qu' « *on ne dispose pas en France de dispositif structuré permettant de documenter et suivre des tendances concernant*

[16] *Cf.* Proctor, R. N., *Golden Holocaust*, *Origins of the Cigarette Catastrophe and the Case for Abolition*, University of California Press, 2012, et Dubois G., *Le rideau de fumée. Les méthodes secrètes de l'industrie du tabac*, Seuil, 2003.

les effets du tabagisme passif en termes de morbidité et de mortalité »., et un ancien président de la Fédération française de cardiologie que « *personne n'est capable de donner un chiffre précis*[17] ». On ne dispose pas davantage d'une mesure des effets à cet égard en France de l'interdiction de fumer dans les lieux publics sur la santé.

Une première évaluation publiée en 1999 estimait ce nombre entre 2 000 et 3 000 par an, tandis qu'une étude européenne publiée en 2006[18] l'évaluait à 5 863, chiffre qui, il est vrai, prenait en compte à la fois les effets chez les non-fumeurs et les effets additionnels chez les fumeurs.

Ces incertitudes statistiques pour la France ne sauraient conduire à mettre en doute la réalité d'un risque sanitaire attesté de longue date par toute la littérature médicale, ou à le relativiser par rapport à d'autres risques, environnementaux notamment, ce que des fabricants ont dans le passé pu rechercher[19].

En effet, selon une étude récente[20] le tabagisme passif augmenterait d'environ 25 % le risque chez l'adulte de cardiopathie ischémique et de cancer du poumon et chez l'enfant, celui de mort subite du nourrisson, d'infections respiratoires, d'otites et d'asthme.

3 – Une alternative trompeuse : consommer des produits réputés « *moins nocifs* »

La promotion ou l'annonce de produits du tabac présentés comme « *moins nocifs* » constitue la principale stratégie que les fabricants tentent d'opposer à la nécessité sanitaire d'une réduction de la consommation de tabac. Après les cigarettes avec filtre et les cigarettes dites « légères », dont la moindre nocivité n'a jamais été démontrée et ne saurait être invoquée licitement (article L. 3511-6 du code de santé publique), les efforts portent actuellement sur la promotion de produits non combustibles (« *snus* », cigarette électronique).

Philip Morris se prévaut à cet égard, dans sa contribution, d'un programme de recherche visant à produire des cigarettes à *« nocivité significativement réduite »,* fondé sur l'hypothèse, que ne confirme aucune étude indépendante, qu'un « tabac à chauffer » plutôt qu'à fumer

---

[17] Pr Daniel Thomas, *le Monde*, 10 février 2012.
[18] *Lifting the Smokescreen. 10 Reasons for a Smoke Free Europe*, Free Partnership, mars 2006.
[19] Cf. l'enquête publiée dans *le Monde*, les 26 mai et 2 juin 2012.
[20] Hill C., « Les effets sur la santé du tabagisme passif », numéro thématique sur le tabac, *BEH*, InVS, mai 2011

serait moins cancérigène. Ce même fabricant appelle à la légalisation européenne du « *snus* », interdit dans tous les pays de l'Union à l'exception de la Suède**.**

Le tabac sans fumée

On distingue classiquement le tabac fumé et le tabac non fumé. La consommation de cigarettes manufacturées ou roulées, de cigares, ou de tabac à pipe constituent les formes de tabac fumé les plus répandues. Le narguilé ou « chicha » prend une place croissante parmi les jeunes dans beaucoup de pays industrialisés, y compris en France.

En Suède, mais également aux Etats-Unis, on observe, ces dernières années, une tendance à l'accroissement de la consommation de produits du tabac sans fumée, et plus précisément du « snus » qui se consomme sous forme de sachets placés entre la gencive et la lèvre.

Le « snus » produit contient des substances nocives pour la santé, notamment des composés nitrosés. Si l'on considère qu'il n'augmente pas la fréquence de cancers du poumon, il est toutefois en contact avec les voies aéro-digestives supérieures. Des études ont retrouvé une association entre la consommation de «*snus*» et l'apparition d'infarctus du myocarde ainsi que des lésions de la cavité buccale. Le potentiel addictif du «*snus*» est également établi.

En 2008, un rapport commandé par la direction générale de la santé sur ses effets à un groupe de travail a confirmé ces différents points, ainsi qu'une association avec le cancer du pancréas. Le «*snus*» ne constitue pas non plus une aide au sevrage tabagique aux cigarettes et augmenterait, selon le même rapport, la probabilité de consommation ultérieure de cigarettes chez les adolescents[21]. C'est en considération de ces risques que la France s'est prononcée dans les instances européennes contre la légalisation de ce produit.

[21] Dr Berlin I. et Dr Mathern G., *Connaissances actuelles des effets pour la santé du tabac oral avec attention particulière au snus suédois*, *Société Française de Tabacologie*, rapport pour la direction générale de la santé (DGS), février 2008.

Quant aux «cigarettes électroniques», elles ne sont pas considérées comme des traitements par substituts nicotinique (TSN) et les avis divergent aussi bien sur leur efficacité en termes de sevrage que sur leur éventuelle nocivité[22]. En France, leur statut au regard de la réglementation des médicaments reste peu cohérente[23].

En tout état de cause, dans un souci de prudence sanitaire, l'AFSSaPS a dès mai 2011 déconseillé l'usage de la cigarette électronique et l'Ordre des pharmaciens a de son côté souligné que ces ventes en pharmacie n'étaient pas autorisées[24]. Au plan européen, la France a pris parti en faveur d'une politique de dissuasion de l'usage de la cigarette électronique.

B – Un coût élevé pour la collectivité

L'évaluation des conséquences sanitaires du tabagisme et de la charge qu'il impose à la collectivitémérite d'autant plus d'attention que des fabricants – *Japan Tobacco International* et *Imperial Tobacco* - dénoncent à cet égard « *le flou caractérisant le coût social du tabagisme* » et « *la fabrication d'un chiffre* ».

Il y a lieu de distinguer les coûts directs du tabagisme qui correspondent à la prise en charge sanitaire des pathologies attribuables au tabac, les coûts indirects représentant les pertes de revenus, de productivité et de fiscalité liés à la morbidité et à la mortalité, ainsi que les économies liées à une mortalité plus précoce. Si l'existence d'un coût direct élevé est avérée, l'estimation du coût total du tabagisme pour la société fait appel à des hypothèses ouvertes à la discussion.

---

[22] L'Agence nationale de sécurité du médicament continue à recommander de ne pas consommer ces produits.

[23] La cigarette électronique consiste en un tube ressemblant à une cigarette conventionnelle. Elle contient une cartouche rechargeable. Selon la quantité de nicotine contenue dans la cartouche, et la concentration de nicotine contenue dans la solution de recharge, la cigarette électronique est considérée comme un médicament ou comme un produit de consommation ordinaire. Celles supposées être des médicaments n'ont néanmoins pas fait l'objet d'une demande d'autorisation de mise sur le marché.

[24] Communiqué de l'Afssaps du 30 mai 2011, rappelant qu'aucune cigarette électronique n'a reçu d'autorisation de mise sur le marché (AMM). A cette occasion, le Conseil national de l'Ordre des pharmaciens rappelait que *« Les cigarettes électroniques ne font pas partie de la liste arrêtée par le ministre concernant les produits dont il peut être fait commerce dans les officines. Dès lors, il est pour nous anormal de trouver des cigarettes électroniques dans les pharmacies.* »

1 – Les coûts sanitaires

La mesure du coût de prise en charge sanitaire suppose d'identifier les pathologies liées au tabac, d'évaluer la part qui lui est attribuable et d'en calculer le coût pour l'assurance maladie.

Les études à cet égard restent relativement rudimentaires, faute qu'ait été mis en place un dispositif spécifique d'analyse.

La CNAMTS est en mesure d'estimer de la manière la mieux assurée la part attribuable au tabac des dépenses de soins remboursées en 2010 par le régime général au titre de certaines affectations de longue durée (ALD) : cancers, maladies cardiovasculaires et respiratoires. Ces dépenses ont été évaluées à environ 5,6 Md€, soit plus de 3 % des dépenses en 2010. La prise en charge des cancers en représentait plus de 60 %, soit 3,4 Md€, (dont 1,1 Md€ pour les seuls cancers du poumon, de la trachée et des bronches), celle des pathologies cardio-vasculaires et respiratoires (hors asthme) respectivement 1,7 Md€ et 0,5 Md€.

Tableau n° 1 : Dépenses de soins remboursés de la dernière année de vie pour les principales maladies liées au tabac, France

Causes de décès	Hommes		Femmes		Total nombre de décès liés au tabac	coût moyen dernière année de vie (en €)	coût total (en M€)
	Nombre de décès liés au tabac	Fraction attribuable au tabac	Nombre de décès liés au tabac	Fraction attribuable au tabac			
Cavité buccale	823	63 %	70	17 %	893	35 600	32
Pharynx	1589	76 %	136	73 %	1725	35 600	61
Œsophage	1594	51 %	242	48 %	1836	39 300	72
Larynx	963	76 %	98	75 %	1061	33 300	35
Trachée, bronches, poumons	18290	83 %	4355	81 %	22644	35 260	798
Foie	2096	38 %	329	33 %	2426	28 000	68
Pancréas	1065	25 %	681	21 %	1745	38 000	66
Estomac	945	31 %	240	25 %	1185	35 000	41
Reins	639	26 %	156	21 %	795	38 000	30
Col de l'utérus			355	23 %	355	37 700	13
Vessie	1879	73 %	446	51 %	2325	35 000	81
Tous cancers*	29883	34 %	7107	12 %	36991		1 300
Maladies cardio-vasculaires	10500	14 %	1400	2 %	11900	25 000	298
Maladies de l'appareil respiratoire	8300	37 %	2200	10 %	10500	28 500	299
Autres	8300	9 %	1300	3 %	9600	24 000	230
Total	**56 983**	21 %	**12 008**	3 %	**68 991**		**2 127**

Source : CNAMTS
**Cancer données 2000 actualisées pour 2006. Autres maladies, données 2000*
D'après C. Hill, Laplanche A., Tabagisme et mortalité : aspects épidémiologique. BEH 22-23, 2003 ;
C Hill, Doyon F, Mousannif A., Évolution de la mortalité par cancer en France de 1950 à 2006. Institut de veille sanitaire, mai 2009.
***Données 2008*

Cependant la CNAMTS elle-même souligne que les évaluations présentées ci-dessus restent « *très partielles* », dès lors en particulier qu'elles se concentrent sur quelques grandes pathologies.

Une approche plus large, prenant en compte les connaissances épidémiologiques sur le risque additionnel lié au tabagisme émanant notamment de l'OMS, et identifiant une quarantaine de situations (maladies chroniques, en distinguant éventuellement la phase aiguë de traitement, les facteurs de risques, les épisodes isolés d'hospitalisation …) permet cependant d'aller au-delà de cette première analyse et d'estimer le

nombre de patients atteints des pathologies autres que les ALD (BPCO, amputation, pathologies ORL saisonnières notamment).

Une analyse sur cette base de l'ensemble des dépenses d'assurance maladie a été menée à la demande de la Cour pat la CNAMTS pour l'année 2010 . Elle fait apparaître un coût de près de 12 Md€, dû pour moitié aux pathologies respiratoires, pour un peu moins d'un tiers aux cancers, et pour un cinquième aux pathologies cardiovasculaires.

Tableau n° 2 : Montant estimatif de dépenses remboursées par l'assurance maladie pour 2010

millions €	Dépenses d'assurance maladie (hors médico-social et MIGAC) (1)	Fraction attribuable au tabac	Dépenses d'assurance maladie imputables au tabac	
			Dépenses hors médico-social et MIGAC	Dépenses totales d'assurance maladie (5)
Pathologies cardiovasculaires (2)	24 925	21%	5 234	6 158
Cancers (3)	11 516	29%	3 340	3 929
Pathologies respiratoires (Astme et BPCO) (4)	3 025	51%	1 546	1 819
Total cardio-vasculaire, cancers et respiratoire	39 466	26%	10 120	11 906

Source : CNAMTS

La CNAMTS souligne très fortement que « *le résultat fourni reste encore une borne basse : en effet, d'une part certains coûts n'ont pu être intégrés faute de disponibilité des informations à un niveau de finesse suffisant ; d'autre part, n'ont été retenues que les pathologies pour lesquelles la fraction attribuable au tabac fait l'objet d'une évidence scientifique solidement établie* ». Son estimation ne concerne au demeurant que la part des dépenses prises en charge par les différents régimes de l'assurance maladie ; or ces pathologies sont également à l'origine de dépenses supportées par les organismes d'assurance maladie complémentaire et de restes à charge pour les patients notamment pendant la phase précédant le diagnostic et l'entrée en ALD.

Sous ces importantes réserves, cette estimation peut être rapprochée de la seule étude plus globale disponible dans le cadre d'une évaluation remontant à 2006[25] selon laquelle l'ensemble des dépenses de

[25] Kopp P. et Fenoglio P., « Les dépenses publiques dans le cadre de la lutte contre les drogues », *Le coût social des drogues en 2003*, office français des drogues et des toxicomanies (OFDT), avril 2006.

santé liés au tabagisme s'élevaient à 18,3 Md€, dont 47,8 % de dépenses hospitalières (8,7 Md€) et 52,2 % de dépenses de soins de ville (9,5 Md€). L'étude montre que pour l'hôpital 45 % du coût des pathologies imputables au tabac est lié aux maladies cardiovasculaires, 22,7 % aux maladies respiratoires et 15,8 % aux cancers. S'agissant de la médecine de ville les maladies cardiovasculaires attribuables au tabac représentent à elles seules entre 55 % et 58 % de la dépense de soins qui lui est liée, et les maladies respiratoires entre 33,37 % et 33,69 %.

2 – Le coût global pour la collectivité

Cette même étude de 2006 est la seule à proposer une mesure du coût global du tabagisme en France. Elle évalue ce coût à 47 Md€, soit 3 % du PIB et l'équivalent de 772 € par habitant. Ce chiffre, fréquemment repris par la direction générale de la santé, notamment à destination de l'OMS, se décompose de la manière suivante :

Tableau n° 3 : Coût global du tabagisme pour la société (2006)

Type de dépense	Montant (en M€)
Sphère publique	
Dépense de santé	18 254
-dont soins hospitaliers	8 732
- dont soins de ville	9 522
Dépenses de prévention	2,82
Fiscalité	3 737,8
Incendies	1,78
Sphère privée	
Particuliers	7 658
Entreprises	18 085
Total	**47 739**

Source : OFDT, 2006

Les rubriques « fiscalité », « particuliers » et « entreprises » correspondent au pertes liées aux décès prématurés des individus en matière de prélèvements obligatoires (3 737,8 M€), de revenus (7 658 M€) ou de production (18 085 M€).

Cette étude trouve pour limite l'acceptation de ses hypothèses méthodologiques[26]. Elle se fonde notamment sur des données datant de plus de 10 ans (2000) et dont l'actualisation en 2006 était fondée sur une hypothèse de « *plein emploi des facteurs* », c'est-à-dire en supposant que le chômage demeure à un niveau faible. Pour autant, la direction générale de la santé considère qu' « *il n'y a pas de raison de considérer que ces estimations soient fondamentalement obsolètes en termes de grands équilibres* ». Elle a cependant indiqué qu'elle envisageait de financer une étude qui pourrait actualiser ces données.

Une analyse comparative plus récente du même auteur[27] mais réalisée à partir des données utilisées en 2006, estime les coûts et les bénéfices en termes de bien-être pour l'alcool, le tabac et les drogues illicites. Il en ressort que le tabac a un impact plus fortement négatif sur les finances publiques et le bien-être de la population que l'alcool et les drogues illicites, du fait notamment que « *les dépenses de soins en matières de tabac sont trois fois supérieures à celles liées à l'alcool* ».

L'OMS ne dispose pas de comparaisons internationales sur le coût global du tabagisme La DGS estime que la difficulté méthodologique propre à ce type d'études « *repose vraisemblablement sur deux asymétries : les recettes et les dépenses générées par le tabac ne sont pas administrées par les mêmes ministères, et leur temporalité est immédiate pour les recettes et décalées de quelques années pour les dépenses de santé* ». Au Royaume-Uni, une étude estimé que, pour la seule Angleterre, près de 52 millions d'habitants, le coût annuel du traitement des maladies liées au tabagisme pour le National health service (NHS) s'élevait à 2,7 Md£ en 2006-2007 (3,3 Md€), et que, selon les hypothèses plus limitatives retenues, le coût global pour la société y représentait 13,74 Md£ (17,24 Md€)[28].

---

[26] Les pertes de revenu et de productivité dues aux décès prématurés sont estimées selon la méthode du « capital humain », à l'aide de la valeur présente des revenus futurs sous l'hypothèse d'un taux d'actualisation de 6 %.

[27] Kopp P., « Les drogues sont-elles bénéfiques pour la France », *Revue Economique*, 2011, vol. 62, 14 février 2011.

[28] Etude réalisée par le National Institute for Health and clinical excellence (NICE) en 2010. Cette étude prend en compte le traitement des maladies liées au tabac, la perte de productivité induite par l'absentéisme, les coûts de nettoyage des mégots, les incendies liés aux cigarettes ainsi que les pertes de productivité résultant des pertes de vie humaine.

3 – Un calcul contestable : réduire le coût social du tabagisme des moindres dépenses liées à une mortalité plus précoce

Il est parfois suggéré que l'évaluation du coût global pour la société du tabagisme soit minorée des économies sur les dépenses de retraites et de prise en charge sanitaire ou sociale correspondant aux décès prématurés des fumeurs.

Très peu d'éléments d'évaluation sont disponibles pour estimer es économies liées à une mortalité anticipée. L'étude citée précédemment fait état à partir de données remontant à 2003 d'économies sur les régimes de retraites d'un montant de 7,5 Md€, ainsi que d'une économie d'environ 0,8 Md€ sur les dépenses de santé.

A supposer en tout état de cause qu'elle soit mieux connue, une éventuelle soustraction de ces « gains » pour l'assurance vieillesse du coût global du tabagisme relèverait d'une comptabilité purement financière. Elle aboutirait, d'une manière éthiquement très discutable, à ce que la collectivité traite comme un « avantage » la disparition prématurée d'une part significative de ses membres dans des conditions de pathologies particulièrement douloureuses.

Une approche alternative pourrait être recherchée dans les méthodes anglo-saxonnes cherchant à donner un équivalent monétaire aux éléments qualitatifs propres à la durée et à la qualité de vie[29]. A défaut dans une optique approchant de comptabilité sociale, on pourrait considérer que le montant des retraites non versées, plutôt que d'être déduit du coût pour la collectivité comme une « économie », pourrait être pris en compte comme une première approximation de la perte collective et individuelle d'espérance de vie.

II - Un cadre d'action international

La lutte contre le tabagisme, tenu pour responsable de 5,4 millions de décès en 2006 dans le monde, constitue une priorité sanitaire tant mondiale (A) qu'européenne (B).

---

[29] Les indicateurs QALY (« Quality Adjusted Life Years » ou années de vie ajustées sur la qualité) et DALY (« Disability Adjusted Life Years » ou années de vie ajustées sur l'incapacité) sont des concepts fréquemment utilisés pour évaluer et comparer des interventions sanitaires en termes de coût-efficacité, *cf.* communication de la Cour des comptes à l'Assemblée nationale sur la prévention sanitaire, octobre 2011.

A – L'action de l'OMS

La convention-cadre pour la lutte anti-tabac (CCLAT) adoptée à l'unanimité par les 192 membres de l'OMS le 21 mai 2003 constitue le premier traité multilatéral répondant à un objectif de santé publique. La France a été, en octobre 2004, le premier Etat européen à la ratifier.

1 – La convention–cadre (2003)

Cette convention entend contribuer à un renforcement de la politique anti-tabagique des Etats signataires en mettant notamment l'accent sur quelques engagements ou propositions phares :

- l'article 5.2 fait appel à chaque partie « *en fonction de ses capacités* » à mettre en place et doter de moyens financiers « un dispositif national de coordination ou des points focaux nationaux pour la lutte antitabac » ;
- l'article 5.3 vise à la « *protection des politiques de santé publique en matière de lutte antitabac face aux intérêts commerciaux et autres de l'industrie du tabac* » .

La conférence des parties qui se réunit annuellement a adopté des directives pour l'application des principaux articles du traité qui « *sont destinées à aider les parties à remplir leurs obligations au titre des dispositions respectives de la Convention* » et « *visent par ailleurs à traduire et promouvoir les meilleures pratiques et les meilleures normes dont les gouvernements bénéficieraient dans la mise en œuvre du traité* ». Comme le souligne l'OMS, « *le vaste consensus atteint par les Parties ont fait de ces directives un instrument précieux pour la mise en œuvre de la Convention-cadre* ».

C'est dans ce dernier cadre qu'est recommandée l'instauration d'un conditionnement des produits du tabac, dit générique ou neutre, excluant tous signes distinctifs des marques et la prohibition de leur présentation au public dans les lieux de vente, la distribution s'y faisant dès lors « sous le comptoir »[30]. Sans figurer explicitement dans la convention, ces mesures qui découlent conjointement de ses articles 11 et 13 sont développées dans les lignes directrices correspondantes.

---

[30] A ce jour, seule l'Australie a mis en œuvre la première e ces mesures, la seconde ayant été, selon la direction générale de la santé, introduite en Islande, Irlande, Norvège, Thaïlande et dans plusieurs Etats au Canada et en Australie, et serait en cours de mise en œuvre au Royaume-Uni et en Nouvelle-Zélande.

L'OMS a mis en place un secrétariat permanent qui suit l'application de la convention par les différentes parties. Ses services inscrivent volontiers la convention cadre dans la perspective d'une « dénormalisation » du tabac, notion fréquemment usitée dans les pays anglo-saxons les plus en pointe dans la lutte contre le tabagisme. Cette notion repose sur l'idée que, jusqu'à une période récente, fumer était socialement « acceptable », voire valorisant, cette perception étant accrue par le fait que le tabac reste licite, alors que la plupart des substances psycho-actives sont interdites.

Cette perspective diffère donc d'une politique de prohibition légale parfois prônée comme répondant à la gravité des conséquences du tabagisme[31] mais qui, dans le cas d'une addiction de masse risquerait d'avoir surtout pour effet de susciter un ample et rémunérateur trafic illicite. En revanche, elle dépasse la simple juxtaposition des mesures actuelles de réglementation ou de dissuasion, en leur assignant clairement pour objectif une réduction drastique, à terme, de la dépendance individuelle et collective à l'égard de ce produit.

Le terme de « dénormalisation » peut cependant prêter à malentendu si l'on y perçoit une stratégie de culpabilisation des fumeurs, désignés non comme des victimes de l'addiction et de sa promotion commerciale, mais comme des « anormaux »[32]. C'est en référence à cette stratégie qu'Imperial Tobacco croit devoir s'inquiéter des « *problèmes croissants de compatibilité des mesures envisagées avec d'autres libertés fondamentales (liberté de conscience et libre choix du consommateur adulte, droit de propriété, droit d'expression)* » ou de « *la stigmatisation des fumeurs conduisant à des discriminations inacceptables (refus d'embaucher un fumeur, refus d'assurance…)* ».

L'expression « Free Tobacco Society », également en usage dans le contexte anglo-saxon, appelle positivement à « libérer » la collectivité et ses membres de l'emprise du tabac et à ce qu'un nouveau consensus social se forme autour de la volonté d'éviter, autant que faire se pourra, le tabagisme pour soi comme pour les autres.

Le précédent de la sécurité routière témoigne de fait de la possibilité d'un tel retournement collectif du comportement et de la perception dominante. Dans la plupart des pays, il est ainsi progressivement devenu communément accepté de « boucler sa

---

[31] *Cf.* récemment en France, Dr Pérez M., *Interdire le tabac, l'urgence*, Odile Jacob, 2012.

[32] Lavack A., *Tobacco Industry Denormalization Campaigns: A Review and Evaluation*, University of Winnipeg, 2001.

ceinture », de « mettre son casque » ou d'utiliser des dispositifs assurant la sécurité des enfants. De même, la nécessité se trouve très largement approuvée de réduire la mortalité sur les routes, de protéger usagers et groupes vulnérables, d'allier prévention et information, contrôles et sanctions. Cette évolution a certes été portée par le caractère immédiatement sensible de la gravité des accidents de la route, effet dont ne bénéficie pas la lutte contre le tabagisme, dont l'impact sanitaire ne sera mesurable qu'à long terme.

Cependant, une démarche comparable à l'égard du tabagisme pourrait conduire à inscrire explicitement un cheminement quantifié de réduction continue de cette addiction dans une loi de santé publique et à décliner à cet effet avec force en direction des publics les plus vulnérables des mesures tant de prévention à l'entrée dans le tabagisme que de soutien au sevrage.

2 – Sa mise en œuvre par la France

Le secrétariat de la convention-cadre assure un suivi de sa mise en œuvre à travers un questionnaire adressé aux Etats signataires tous les deux ans.

S'agissant de la France, la réponse couvrant la période 2007-2010[33] lui rattache le décret de 2006 sur l'interdiction de fumer dans les lieux publics et avance, de manière quelque peu surprenante au regard des appréciations généralement portées, que la politique suivie « *s'est révélée efficace en termes de santé publique à l'égard notamment des jeunes et des femmes* » ou qu'elle a constitué *« un axe fort* » du second plan cancer.

Dans la rubrique relative aux « *contraintes et obstacles rencontrés dans la mise en œuvre de la convention* », ce même rapport admet cependant que l'« *on assiste à une remobilisation de l'industrie du tabac notamment en termes de communication qui rend la mise en œuvre des politiques de lutte anti-tabac plus compliquée* ».

Transmis à l'OMS le 14 mai 2011, le rapport couvrant la période 2010-mai 2012 rend compte des observations récentes sur la prévalence relativisant l'appréciation positive antérieure, reconnaît la médiocre application de l'interdiction de vente aux mineurs et fait état des recommandations du « rapport Bur » ou du Haut Conseil de Sante Publique, en précisant que « *ces mesures restent à étudier* ».

[33] Réponse transmise à l'OMS le 8 juillet 2010.

Dans une analyse informelle de cette réponse, le secrétariat de la convention-cadre relève, pour sa part, que la prévalence a crû tant pour les adultes que pour les jeunes et que « *la plupart des politiques en place méritent toujours d'être renforcées* »[34]. Pour la phase qui s'ouvre et sans valoir engagement sur des mesures précises, la réponse française estime que « *les progrès réalisés sont à consolider* », notamment en ce qui concerne la politique d'aide au sevrage et la réduction de l'attractivité du tabac, termes qui, dans le vocabulaire des services de l'OMS, recouvrent les dispositions des articles 11 à 13 de la convention-cadre aussi bien que l'instauration d'un conditionnement générique. Elle réaffirme que « *la mise en œuvre de l'article 5.3 est un des domaines qu'il convient d'améliorer* ».

Certains des aspects de la lutte contre le tabagisme pourront s'appuyer sur l'adoption à Séoul en novembre 2012 du protocole international de lutte contre la contrebande qui prévoit notamment la mise en place d'un système global de suivi et de traçabilité des produits du tabac à travers un étiquetage que les Etats membres auraient l'obligation de mettre en œuvre. Ce système de traçabilité n'est en rien incompatible avec le principe du paquet générique qui ne concerne que les éléments ostensibles des marques commerciales.

B – L'Union européenne

1 – Les directives européennes

Un ensemble complexe de textes régit ce domaine dans une perspective d'harmonisation fiscale et économique depuis la directive 92/12/CEE du 25 février 1992 « *relative au régime général, à la détention, à la circulation et au contrôle des produits soumis à accise* ». La directive 2010/12/UE prévoit notamment une augmentation progressive, jusqu'en 2014 ou 2018 selon les pays, des niveaux minimaux de taxation applicables aux cigarettes et au tabac fine coupe tandis que la directive 2011/64/UE codifie les textes antérieurs.

S'ils prennent en compte que les produits du tabac sont soumis dans l'ensemble des Etats membres à une fiscalité indirecte pouvant impliquer des objectifs de santé publique, ces divers textes encadrent

---

[34] Au titre des lacunes de la politique française, il souligne notamment que les prix restent relativement bas par rapport au Royaume-Uni, l'Australie ou la Norvège, des « *trous* » dans l'interdiction de fumer (les taxis, par exemple), la faible taille des mentions obligatoires, l'absence de mesures se rapportant à l'article 5.3, la non-existence d'un plan gouvernemental et d'un « *organe intersectoriel* » exclusivement consacrés à la lutte antitabac.

l'évolution des dispositifs nationaux en vue principalement de préserver « *la liberté de circulation des marchandises* ».

Comme le souligne le rapport Binetruy-Dumont-Lazaro, les règles d'évolution des accises jusqu'en 2014 pour les cigarettes et 2020 pour les autres produits du tabac ne peuvent suffire, du fait des écarts de prix préexistants et de rythmes d'harmonisation fiscale insuffisants, à rapprocher les conditions de vente sur les divers marchés nationaux. La règle de l'unanimité pour l'adoption de directives fiscales laissant peu de perspectives de progrès à court terme, ce même rapport recommande prioritairement pour la France de rechercher un rapprochement concerté des prix du tabac avec les États limitrophes,

Quant aux objectifs et moyens d'une politique de santé publique, ils n'ont fait que progressivement l'objet d'une réglementation européenne. La directive 2001/37/CE du Parlement et du Conseil datée du 5 juin 2001 a entendu « *refondre dans un esprit de clarté* » et renforcer les dispositions de santé publique prises depuis 1989. Elle vise ainsi « *la teneur maximale en goudron, en nicotine et en monoxyde de carbone des cigarettes, les avertissements relatifs à la santé […] à faire figurer sur les unités de conditionnement des produits du tabac ainsi que certaines mesures relatives aux ingrédients et aux dénominations des produits du tabac, par référence à un niveau élevé de santé* ».

En outre, dans une recommandation du 30 novembre 2009 « *relative aux environnements sans tabac* », le Conseil a de nouveau pris position sur la lutte contre le tabagisme passif dans la suite d'un livre vert intitulé « *Vers une Europe sans fumée : les options stratégiques au niveau de l'Union européenne* ».

2 – La consultation en cours

Une consultation a été lancée courant 2010 par la Commission en vue de réviser la directive de 2001 et la France s'est prononcée en décembre 2010 sur les « *options* » alors ouvertes dans une réponse marquée d'une grande prudence, un arbitrage interministériel ayant écarté plusieurs des propositions initiales formulées par le ministère de la santé.

Ainsi ne figurent dans la prise de position officielle ni « *l'élargissement des zones non-fumeurs visant prioritairement à protéger les mineurs* », ni la « *suppression de la publicité sur le lieu de vente et la mise en place de la vente sous le comptoir* », ni le « *remboursement normalisé des mesures efficaces d'aide au sevrage* » auxquels la direction générale de la santé se dit favorable dans sa réponse à la Cour.

Sans la rejeter explicitement, la réponse officielle à l'OMS ne se prononce pas davantage sur « *l'introduction de paquets génériques* », ce qui laisse supposer qu'un arbitrage positif sur ce point n'avait pas, à ce stade, été opéré. Depuis lors, le nouveau ministre de la santé s'est prononcé publiquement, début août 2012, en faveur de cette mesure.

La Commission a annoncé en juillet 2011 un report d'un an de son projet de réforme de la directive, initialement prévu pour la fin de l'année 2011, ce qui a suscité parmi les organisations antitabac la crainte qu'un accord soit mis en péril par les arguments économiques développés tant par les industriels du tabac[35] que par les représentants des tabaculteurs européens. L'attente du dénouement des contentieux engagés contre la décision de l'Australie d'instaurer l'obligation d'un paquetage neutre et celle de la Norvège instaurant la « *vente sous le comptoir* » ont été aussi invoquées comme l'une des raisons possibles de cet report[36].

Au printemps 2012, les services de la Commission ont pour leur part indiqué à la Cour que leur intention restait d'aboutir à une proposition de révision à la fin de l'année. D'ici là, devrait être établie une « évaluation d'impact » de la directive. La procédure de préparation de la directive pourrait cependant connaître quelque retard du fait de la démission du commissaire en charge de ce sujet le 16 octobre 2012, à la suite de son implication supposée dans un trafic d'influence visant à modifier le projet.

En toute hypothèse, la réflexion communautaire se poursuit notamment sur le champ futur de la réglementation européenne (avec notamment une extension aux cigarettes aromatisées, aux cigarettes électroniques, à la chicha, à la vente sur internet ou dans les *duty free*…),

---

[35] L'étude de l'université de Bath, *Block, Amend, Delay : Tobacco Industry Efforts to Influence the Europeen Unions's Tobacco Products Directive* (2001/37/EC) publiée en 2012 par le groupe européen *Smoke Free Partnership* décrit, sur la base notamment des documents internes à l'industrie du tabac rendus publics par les autorités américaines, les démarches de lobbying et les arguments employés par les fabricants en vue de « *bloquer, amender ou retarder* » l'élaboration de la directive de 2001. Leurs auteurs expriment la conviction que des moyens comparables sont mobilisés à l'encontre des renforcements auxquels pourrait conduire sa révision, en particulier l'instauration de l'obligation d'un paquetage générique.

[36] Outre une action directe des fabricants mondiaux à l'encontre des législations australienne et norvégienne, l'Ukraine et le Honduras ont saisi l'OMC contre le paquetage générique. En août 2012, la Haute Cour de justice australienne a débouté les plaignants de leur action contre l'instauration du paquet neutre au motif qu'il portait atteinte à leur propriété intellectuelle. En septembre 2012 *Philip Morris* a perdu le procès qui l'opposait à l'Etat norvégien sur la mise en place de la «vente sous le comptoir ».

sur les modes de réduction de l'attractivité du tabac (avec la question du paquetage et de la présentation des points de vente) et de son accessibilité (notamment aux mineurs).

L'office français de prévention du tabagisme estime cependant qu'en matière de lutte contre le tabagisme, « *l'Europe est une aide partielle car toutes les décisions européennes sont prises au nom de la défense des marchés. Le problème est que le défi du contrôle du tabac est de supprimer progressivement le marché en supprimant la demande* »..

Le risque que perdure un environnement insuffisamment harmonisé de la lutte anti-tabac ne fait cependant pas obstacle, dans un domaine de large subsidiarité, à la mise en œuvre nationale des engagements multilatéraux pris au titre de la convention-cadre.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La Cour relève une grave méconnaissance des risques liés au tabagisme et estime capital qu'une vigoureuse campagne pluriannuelle d'information soit engagée à l'instar de ce qui a été fait pour la sécurité routière. Elle souligne que les coûts de cette première des causes de mortalité évitable mériteraient d'être établis d'une manière qui ne prête pas à contestation. Elle observe enfin que la France, bien qu'ayant ratifié en 2004 la convention-cadre pour la lutte anti-tabac, n'a encore mis que partiellement en œuvre ses engagements.

Elle formule ainsi les recommandations suivantes :

1. conduire une stratégie pluriannuelle de campagnes d'information à l'instar de ce qui a été fait pour la sécurité routière, financées par une fraction forfaitaire de l'augmentation des recettes liées au tabac (par exemple à hauteur de 50 M€ par an, soit 0,03 %) ;

2. évaluer selon une méthodologie rigoureuse et publique les coûts de la morbidité et de la mortalité liées au tabac pour l'assurance maladie et pour la collectivité dans son ensemble ;

3. mobiliser l'influence diplomatique de la France pour promouvoir une révision de la directive européenne qui intègre les principales dispositions antitabac issues de la convention-cadre de l'OMS et de ses directives d'application.

Chapitre II

D'importants intérêts économiques et financiers en jeu

Mettant en jeu de puissants intérêts économiques (I), la vente de tabac est également source d'une contribution importante au financement des comptes sociaux (II). Cette double contrainte appelle à une particulière vigilance quant à l'indépendance de la décision en matière de santé publique (III).

I - Des intérêts économiques puissants

Si la tabaculture française désormais limitée poursuit sa restructuration (A), les firmes internationales du tabac (B) comme le réseau des débitants (C) constituent des intérêts économiques importants et influents.

A – Une production agricole, désormais limitée, aidée dans sa restructuration

La production mondiale de tabac est de 6,3 millions de tonnes, assurée pour près de moitié par la Chine, les trois autres principaux producteurs étant le Brésil, l'Inde et les Etats-Unis. L'Europe ne contribue que pour 4,5 % à cette production et importe désormais 70 % du tabac qu'elle consomme.

La culture du tabac en France a connu une concentration progressive du nombre des producteurs et une spécialisation marquée par la quasi-disparition du tabac brun remplacé par des variétés de goût américain. Elle ne concerne plus que 1 800 exploitants environ, généralement de taille modeste ou moyenne, implantés surtout dans le Sud-ouest et en Alsace et représentés par la Fédération nationale des producteurs de tabac.

Tableau n° 4 : Production française de tabac (2002-2012), en tonnes

Année	Volume Virginie (t)	Volume Burley (t)	Volume Brun (t)	Volume Total (t)	Nombre de producteurs	Surface Virginie (ha)	Surface Burley (ha)	Surface Brun (ha)	Surface totale (ha)
2002	11 158	9 296	4 088	**24 542**	4 614	4 027	3 369	1 321	8 717
2003	11 795	10 355	3 495	**25 645**	4 282	4 150	3 379	1 097	8 626
2004	11 017	8 640	2 378	**22 035**	3 922	4 024	3 305	807	8 136
2005	12 071	9 822	1 099	**22 992**	3 659	4 202	3 544	407	8 153
2006	9 380	9 007	375	**18 762**	3 114	3 777	3 386	153	7 316
2007	7 952	7 592	144	**15 688**	2 751	3 480.	3 227	66	6 773
2008	8 792	7 240	300	**16 332**	2 482	3 439	2 914	122	6 475
2009	10 220	7 226	353	**17 799**	2 275	3 800	2 768	155	6 723
2010	10 846	6 865	0	**17 711**	2 076	4 313	2 666	0	6 979
2011	7 753	5 199	0	**12 952,**	1 804	3 793	2 102	12	5 908
2012	8 162	4 622	0	**12 784**	*nc*	3 265	1 744	b	5 009

Source : Agence de services et de paiement de 2002 à 2009, Association nationale interprofessionnelle technique du tabac à compter de l'année 2012. Les données 2012 prévisionnelles

A la suite de la réforme de l'organisation européenne commune de marché tabac, engagée en 2006[37], les producteurs ne bénéficient plus, depuis 2010, de l' « aide couplée » à la filière tabac qui correspondait à 5 700 € par hectare.

Face à cette situation et « *dans une logique d'occupation du territoire et de maintien des emplois ruraux* », un arrêté du 11 juillet 2011 a mis en place une aide qui relève du programme de développement rural hexagonal[38], financé par les collectivités territoriales avec l'aide du Fonds européen agricole pour le développement rural pour un montant de 10 M€ pour la période 2011-2013. Une aide nationale à l'« amélioration de la

[37] *Cf.* la question n° 39 787 (20 janvier 2009) du député Jacques Remiller et la réponse du ministre de l'agriculture.

[38] Il comporte une aide à la modernisation des exploitations tabacoles et une aide dégressive reposant sur un plan de restructuration des exploitations pour les années 2011 à 2013 qui n'a été activé qu'en Aquitaine et en Midi-Pyrénées.

qualité des produits agricoles » est par ailleurs allouée aux producteurs à partir de la campagne 2012 pour un budget annuel de 9 M€[39].

A l'initiative des aides à la filière visant tant à « *améliorer la valorisation de son tabac* » qu'à « se diversifier en abandonnant cette production », le ministère de l'agriculture indique cependant qu'il « ne dispose d'aucune donnée relative aux revenus des tabaculteurs sur une période de 10 ans ».

B – Un secteur industriel internationalisé

Après d'une part la libéralisation de l'importation et de la commercialisation (1976) et d'autre part la privatisation de la *SEITA* qui bénéficiait antérieurement d'un monopole public d'approvisionnement du marché national (1993), le « régime économique » des tabacs, toujours fixé par le code général des impôts (CGI), combine une liberté des activités d'approvisionnement avec un monopole public de la distribution finale.

La fin du monopole de la SEITA

Doté en 1961 du statut d'établissement public à caractère industriel et commercial, le service d'exploitation industrielle du tabac et des allumettes (SEITA) a exercé le monopole de la culture du tabac jusqu'en 1970, et de celui de la fabrication et de la vente de tabac et d'allumettes jusqu'en 1976.

L'unification progressive du marché européen a mis fin à ce monopole de fabrication et vente. Elle s'est traduite par une perte régulière des parts de marché de l'établissement. Ce dernier a ensuite connu une période de profonde restructuration, devenant en 1980 une société nationale, privatisée en 1995.

En 1999, la *SEITA* fusionne avec l'entreprise espagnole Tabacalera, devenant le plus grand fabricant de tabac en Europe, sous le nom d'Altadis. En 2008, Altadis est racheté par le groupe britannique Imperial Tobacco et devient l'une de ses filiales. L'ex SEITA reste le seul fabricant à conserver une production en France, avec 700 emplois dans quatre usines, dont la principale est située à Nantes-Carquefou.

[39] Une « aide *de minimis* » a également été mise en place en novembre 2011 pour une enveloppe de 1,4 M€, pour faire face aux difficultés financières des 7 coopératives agricoles.

1 – Quatre oligopoles transnationaux

Depuis la fin du monopole public, quatre acteurs, tous désormais sous contrôle international, détiennent plus de 90 % du marché intérieur :

- *Philip Morris France SAS* est l'acteur qui représente la plus grande part du marché des cigarette en France (40,5 % des parts de marché en 2011, soit 6,4 Md€) avec des produits de moyen et haut de gamme, comprenant notamment la cigarette la plus vendue, la « Marlboro » ;
- *Imperial Tobacco* détient 26,6 % du marché en 2011, avec notamment des produits de tabac brun ou meilleur marché anciennement typiques de la production nationale et dont la part tend à diminuer dans la consommation (cigarettes «Fortuna», «Gauloise», «Gitane»…) ; le groupe assure, via *Altadis Distribution France* (*ADF*), la quasi-totalité de la distribution du tabac en France. *ADF* compte aujourd'hui 1 700 salariés ;
- *British American Tobacco* ou *BAT* (cigarettes « Dunhill », « Pall Mall », « Peter Stuyvesant », « Rothmans », « Lucky strike » notamment) détient 15,7 % du marché en 2011;
- *Japan Tobacco International* ou *JTI,* (cigarettes « Camel », « Winston »…), troisième cigarettier mondial, représente 16,4 % du marché français.

Les dix premières marques de cigarettes se répartissent les trois quarts du marché français[40].

2 – Un chiffre d'affaire global en progression

Les ventes de cigarettes ont baissé en France, passant de 97,1 milliards d'unités en 1991 à 54,1 Md en 2011, soit une diminution de plus de 44 %. Mais depuis 2004 cette tendance se stabilise et n'affecte pas le chiffre d'affaires global de l'industrie puisque les ventes de « scaferlatis » - tabac traditionnel, à pipe et à rouler - augmentent ainsi que les prix de tous les types de tabac. Le chiffre d'affaires TTC du secteur est ainsi passé de 13,09 Md€ en 2000 à 16,65 Md€ en 2010 (+ 27 %), une légère baisse n'ayant été constatée qu'entre 2003 et 2005. Cette évolution en euros courants correspond à une augmentation de 7 % en valeur réelle[41]. Le chiffre d'affaires hors taxe a progressé, pour sa part, de

---

[40] *Revue des tabacs*, n° 594, février 2012.
[41] L'indice INSEE des prix à la consommation annuel de l'ensemble des ménages en métropole a crû de 18,5 % entre 2000 et 2010.

16,77 % entre 1997 et 2011, passant de 1,9 Md€ en 1997 à 2,5 Md€ en 2002 et 2,249 Md€ en 2011.

Tableau n° 5 : Evolution du marché français du tabac (2001-2011)

Année	Ventes de cigarettes		Ventes de scaferlatis		Ventes de cigares et cigarillos	
	Volume, milliards d'unités	Valeur TTC, Md€	Volume, tonnes	Valeur TTC, M€	Volume, millions d'unités	Valeur TTC, M€
2001	83,5	12,89	7086	557	1 729	432
2002	80,5	13,46	6957	614	1 707	436
2003	69,7	13,2	6995	721	1 730	447
2004	55	13,1	7861	991	1 892	565
2005	54,8	13,06	7782	1 026	1 848	556
2006	55,8	13,32	7795	1 050	1 819	546
2007	55	13,42	7706	1 067	1 692	516
2008	53,6	13,54	7831	1 172	1 629	505
2009	55	13,99	7772	1 225	1 578	497
2010	54,8	14,74	8077	1 360	1 556	505
2011	54,1	15,41	8380	1 527	1 505	505

Source : La Revue des tabacs*, n° 258 - fév 2006, n° 539 - fév 2007, n° 550 - fév 2008, n° 561 - fév 2009, n° 572 - fév 2010, n° 583 - fév 2011, n° 594 février 2012.*
** Tabac traditionnel, à pipe et à rouler.*

Au niveau international, la rentabilité de l'industrie du tabac reste dynamique. *Japan Tobacco International* a ainsi enregistré un bénéfice net en progression de 32 % sur l'ensemble de son exercice 2011-2012, en dépit du tassement de son chiffre d'affaire à 20 Md€[42]. *British American Tobacco* affichait aussi de très bons résultats au premier trimestre 2012 et anticipait une nouvelle année satisfaisante, après avoir réalisé un bénéfice net de 3,6 Md€, supérieur de 7,5 % à 2011.

[42] *Les Echos*, 27 avril 2012.

Les principales positions des fabricants de tabac auditionnés par la Cour

S'agissant du bilan de la lutte contre le tabagisme, les fabricants de tabac sont globalement critiques sur l'actuel dispositif d'observation français. Selon eux, la forte augmentation des taxes en 2003 aurait largement compliqué la mesure du tabagisme, les chiffres d'achat dans le réseau des buralistes ne rendant plus qu'imparfaitement compte, selon eux, des quantités réellement consommées. La plupart d'entre eux contestent les évaluations du coût social du tabagisme, qui leur semblent exagérées et insuffisamment justifiées.

Les fabricants de tabac remettent par ailleurs en cause l'efficacité de fortes hausses des prix, comme celles pratiquées en 2003-2004, sur le niveau de consommation de tabac. Ils soulignent que les prix en France sont bien supérieurs à la moyenne européenne. Ils indiquent surtout que la hausse des prix aurait pour principale conséquence l'augmentation des achats hors réseau, notamment transfrontaliers, de produits du tabac plus accessibles financièrement et induirait une perte fiscale importante pour l'Etat. Par ailleurs, ils soulignent la dangerosité potentielle des produits de contrefaçon.

Ils s'accordent pour affirmer que la prévention du tabagisme chez les jeunes devrait constituer une priorité des politiques publiques de lutte contre le tabagisme et admettent généralement qu'une application stricte de la loi en matière de vente des produits aux mineurs est nécessaire.

Ils réclament la réalisation d'un tableau de bord incontestable pour le pilotage des politiques publiques de lutte contre le tabagisme, avec des indicateurs objectifs, et que toutes les décisions en ce domaine soient prises au vu d'études approfondies et régulières, notamment sur les approvisionnements parallèles.

Ils se prononcent contre la mise en place des paquets génériques, qui représenteraient, selon eux, un risque plus important de contrebande ou de contrefaçon, et s'opposent également au principe de la « vente sous le comptoir ».

C – Le réseau des buralistes

Selon l'article 568 du code général des impôts, les buralistes sont des « *préposés de l'administration* » qui exercent pour son compte la vente au détail du tabac. Le monopole de la vente du tabac par les

buralistes n'est pas la règle au sein de l'Union Européenne où 22 % des cigarettes sont achetées dans des supermarchés et 10 % dans des distributeurs automatiques[43]. Il est généralement considéré comme un atout dans la lutte contre la contrebande.

Sur 27 539[44] points de vente, 58 % sont des bars-tabac ; 46 % sont situés dans les communes de moins de 35 000 habitants[45]. Le tabac représente 50 % de leur chiffre d'affaires, pour un chiffre d'affaires global du réseau, qui toutes activités confondues, est estimé à 30 Md€[46] en 2009. La *confédération des buralistes* revendique l'emploi de près de 110 000 salariés (90 000 selon *Altadis*), et le contact avec 10 millions de clients par jour.

Le réseau contribue aux recettes de l'Etat à la fois par la fiscalité liée au tabac (droit de consommation et taxe sur la valeur ajoutée), par un droit de licence prélevé sur la part du chiffre d'affaire tabac correspondant à la rémunération des buralistes et par des prélèvements sur leurs éventuelles autres activités (Française des jeux et PMU).

Cette contribution s'élève en moyenne à 15,6 Md€ par an sur les cinq dernières années.

---

[43] *Eurobaromètre spécial*, mai 2012, p.53.

[44] Source : direction générale des douanes et des droits indirects, au 31 décembre 2011. Le nombre de bureaux de tabac s'élevait à 32 850 au 31 décembre 2002.

[45] Source : site de la confédération des buralistes.

[46] Selon la confédération des buralistes, il représente entre 50 et 70 % du chiffre d'affaire total pour les bars-tabacs, entre 60 à 80 % pour les tabacs-presse et entre 80 et 90 % pour les civettes. Ces pourcentages auraient peu évolué « *compte tenu de la dégradation observée notamment pour les activités bar et presse notamment* ».

Tableau n° 6 : Recettes de l'Etat encaissées par les buralistes

En M€

	2007	2008	2009	2010	2011
Droit de consommation	9 128	9 326	9 621	10 655	**10 934**
TVA	3 050	3 067	3 101	3 249	**3 491**
Droit de licence	309	302	306	329	**345**
Françaises des jeux	1 862	1 816	1 861	1 863	**2 042**
PMU	303	317	325	291	**247**
Total	**14 652**	**14 828**	**15 214**	**16 387**	**17 059**

Source : direction du budget

Les débitants sont rémunérés au moyen d'un pourcentage du chiffre d'affaires tabac qu'ils réalisent. Cette « *remise brute* » s'élève en 2012 à 8,54 % pour les produits autres que les cigares et les cigarillos, pour lesquels elle est de 9 %. Sur cette remise sont prélevés des cotisations pour le régime de retraite des débitants ainsi qu'un droit de licence[47]. Ce dernier s'élève en 2012 à 347 M€.

1 – 2,6 Md€ d'aides publiques entre 2004 et 2011, dont la moitié environ dans le cadre des contrats d'avenir

Le réseau est lié depuis 2004 à l'Etat par trois « contrats d'avenir »[48] (2004-2007, 2008-2011, 2012-2016) dont l'objectif initial était de limiter l'incidence sur la rémunération des buralistes de l'augmentation des prix du tabac, puis l'impact de l'interdiction de fumer dans les lieux publics.

Diverses aides sont attribuées dans le cadre des « contrats d'avenir ». Ceux-ci comportent des mesures de soutien de la rémunération liée au tabac : exonération du droit de licence en dessous d'un certain seuil de chiffre d'affaires, remises « *additionnelle* » et

[47] Article 568 du code général des impôts. Le droit de licence est dû au-delà d'un seuil de chiffre d'affaires réalisé sur les ventes de tabacs manufacturés fixé à 157 650 € pour les débits de France continentale. Il est de 20,44 % de la remise des débitants pour les cigares et cigarillos et de 21,09 % sur les autres produits du tabac.

[48] Les dépenses liées aux contrats d'avenir sont retracées dans le programme 302 : « Facilitation et sécurisation des échanges » de la mission « Gestion des finances publiques et des ressources humaines ».

« *compensatoire* » de perte de chiffre d'affaires. Ils comprennent aussi des mesures d'accompagnement du réseau : réglementation de la création de nouveaux débits, indemnités de fin d'activité, subventions au titre de la sécurité, primes de service public et encouragement à la diversification des activités.

Tableau n° 7 : Evolution des aides aux débitants de tabac dans le cadre des deux premiers contrats d'avenir (en M€)[49]

	Remise compensatoire	***Remise additionnelle***	***Prime service public***	***IFA***	*TOTAL*
1er contrat d'avenir	*219,9*	*429,41*	*0,00*	*31,76*	***681,07***
2e contrat d'avenir	*154,28*	*341,51*	*12,87*	*18,29*	*526,95*
TOTAL	***374,18***	***770,92***	***12,87***	***50,05***	***1 208,02***

Source : direction générale des douanes et des droits indirects, septembre 2012.

Le premier contrat d'avenir (2004-2007) est présenté par les fabricants et les buralistes comme une compensation « *naturelle* » de la baisse de la consommation légale en volume à la suite des fortes hausses de prix des années 2003-2004. Il formalise un gel pendant quatre ans du régime de taxation du tabac et crédite les détaillants de former « *un indispensable réseau assurant d'importantes missions d'intérêt général* ». En outre, la loi de finances rectificative pour 2006 leur ouvre un crédit d'impôt égal à 25 % des dépenses portant sur la rénovation des linéaires et des vitrines ou l'acquisition de terminaux informatiques.

Le deuxième contrat d'avenir (2008-2011) reconduit ces aides et promeut des mesures visant à aider la profession à s'adapter aux conséquences de l'interdiction de fumer dans les lieux publics. Sur la période des deux premiers contrats, les buralistes ont bénéficié de subventions pour la mise en sécurité de leurs locaux pour un montant total de 114 M€ (76,74 M€ au cours du 1er contrat d'avenir, et 37,32 M€ au cours du 2e).

Par ailleurs, outre celles obtenues dans le cadre des « contrats d'avenir », les buralistes ont bénéficié d'autres aides publiques sur la période 2003-2011 sous la forme d'une part du complément de remise,

[49] Hors subvention pour la sécurisation des débits de tabac.

qui correspond au remboursement, pour l'Etat, d'une fraction du droit de licence auquel les débitants sont astreints et, d'autre part, de la contribution de l'Etat au régime d'allocations viagères des gérants de débit de tabac (RAVGDT). Les versements au titre du complément de remise ont représenté un total de 674,6 M€ et ceux au titre du RAVGDT un total de 576 M€.

Le crédit d'impôt de 25 % accordé pour la modernisation des débits de tabac qui avait coûté 3 M€ en 2011 et que le rapport de l'inspection des finances sur les niches fiscales avait jugé peu efficace a été supprimé par la loi de finances rectificatives de décembre 2011.

Ces aides hors contrat s'élèvent ainsi entre 2004 et 2011 à 1,3 Md€, soit à peu près autant que celles versées dans le cadre des « contrats d'avenir » sur cette période.

Enfin, outre ces soutiens budgétaires, l'augmentation depuis 2008 du taux de la « *remise nette* »[50] hors cigares et cigarillos, génère un surcroît de rémunération pour les buralistes. Ainsi le deuxième contrat d'avenir a augmenté ce taux de 6 à 6,5 %. Selon la direction générale des douanes et des droits indirects, cette mesure a représenté sur la période 2008-2011 un supplément cumulé de revenu de 87 M€ (dont 10 M€ à la charge de l'Etat en 2008 et 77 M€ à la charge des fabricants sur l'ensemble de la période).

[50] La remise nette correspond à la remise brute moins les cotisations au régime d'allocations viagères des gérants de débit de tabac et le droit de licence. Ce pourcentage du montant des livraisons en tabacs manufacturés s'élevait à 6,60 % au 1er janvier 2012.

Tableau n° 8 : Mesures d'accompagnement incluses dans les trois « contrats d'avenir »

<table>
<tr><th></th><th colspan="2">1er contrat d'avenir
2004-2007</th><th colspan="2">2ème contrat d'avenir
2008-2011</th><th colspan="2">3ème contrat d'avenir
2012-2016</th></tr>
<tr><td rowspan="3">Remise additionnelle</td><td colspan="2" rowspan="3">+ 2 % sur les premiers 152 500 euros de chiffre d'affaires (CA)
+ 0,7 % entre 152 500 € et 300 000 €</td><td>2008</td><td>+ 2 % sur les premiers 152 500 euros de CA
+ 0,7 % entre 152 500 € et 300 000 €</td><td colspan="2" rowspan="3">La remise additionnelle est progressivement en extinction, et appliquée seulement aux premiers 130 000 € de CA
En 2012 : 1,6 %
En 2013 : 1,2 %
En 2014 : 0,8 %
En 2015 : 0,4 %
En 2016 : 0,2 %</td></tr>
<tr><td>2009</td><td>+ 2 % sur les premiers 152 500 euros de CA
+ 0,3 % entre 152 500 € et 300 000 €</td></tr>
<tr><td>2010-2011</td><td>+ 2 % sur les premiers 152 500 € de CA</td></tr>
<tr><td rowspan="4">Remise compensatoire en cas de baisse de chiffre d'affaires par rapport à 2002 (compensation perte de remise nette)</td><td>Diminution chiffre d'affaires</td><td>Compensation</td><td colspan="2" rowspan="4">Identique au 1er contrat</td><td colspan="2">La remise compensatoire est attribuée à terme aux seuls buralistes dont le débit est implanté dans un département frontalier ou un département en difficulté. Plafond de 50 000 € par débit</td></tr>
<tr><td>De 5 % à 10 %</td><td>50 %</td><td>Diminution chiffre d'affaire</td><td>Compensation</td></tr>
<tr><td>De 10 % à 25 %</td><td>70 %</td><td>De 10 à 25 %</td><td>70 %</td></tr>
<tr><td>Plus de 25 %</td><td>80 %</td><td>Plus de 25 %</td><td>80 %</td></tr>
<tr><td>Gestion du réseau</td><td colspan="2">Moratoire sur la création de nouveaux débits (prolongé jusqu'en 2011)

Création de l'indemnité de fin d'activité (IFA)

Autres mesures :
Aide au financement des équipements sécurisés, délais de paiement des impôts et taxes</td><td colspan="2">Création d'une prime forfaitaire de service public pour les tabacs avec un CA < 300 000 €

Extension de l'IFA pour les petits débits de zones rurales

Diversification : signature d'un avenant au contrat le 16 octobre 2008 :
Projet point de vente agréé
Implication systématique du réseau des buralistes dans les chantiers de dématérialisation des services publics de l'Etat, promotion par l'Etat du réseau des buralistes auprès des opérateurs du secteur marchand</td><td colspan="2">Création de la prime de service public de proximité : attribuée aux buralistes avec un CA < à 300 000 € et qui satisfont à des critères de qualité et de quantité des services rendus aux usagers (1 000 ou 1 500 €).
Maintien de l'IFA, augmentation de son montant pour les zones rurales

Application de la politique de santé publique :
interdiction de fumer dans les lieux publics ;
interdiction de vente aux mineurs</td></tr>
</table>

Source : Cour des comptes

2 – Un effet d'aubaine massif pour certains buralistes

Le soutiende la profession de débitants de tabac par les « contrats d'avenir » s'est prolongé alors même que leur justification initiale - compenser les effets des mesures de lutte contre le tabagisme - est devenue sans objet.

En effet, le chiffre d'affaires des débitants a continué d'augmenter du fait des hausses de prix du tabac. La grande majorité d'entre eux n'a pas été par là même financièrement affectée par la baisse du volume de tabac acheté dans le réseau.

Selon la direction générale des douanes et des droits indirects, le marché du tabac en volume entre 2003 et 2011 a de fait diminué de près 28 %, mais le chiffre d'affaire tabac sur la même période a augmenté de 21,8 %.

Tableau n° 9 : Evolution du marché du tabac 2002 - 2011

hors Corse	chiffre d'affaires TTC tabac en M€	évolution	volume cigarettes & TAR (en t)	évolution
2002	14 572		86 253	
2003	14 471	-0,69 %	75 602	-12,35 %
2004	14 876	2,80 %	61 894	-18,13 %
2005	14 780	-0,65 %	61 810	-0,14 %
2006	15 044	1,79 %	62 879	1,73 %
2007	15 149	0,70 %	62 040	-1,33 %
2008	15 325	1,16 %	60 866	-1,89 %
2009	15 827	3,27 %	62 238	2,25 %
2010	16 738	5,76 %	62 394	0,25 %
2011	17 752	6,06 %	62 084	-0,50 %
2002-2011		**21,8 %**		**-28,0 %**

Source : direction générale des douanes et des droits indirects

Les soutiens financiers publics se sont ainsi ajoutés à une hausse de la rémunération moyenne des débitants, hors aides publiques, qui a

atteint 53,85 % entre 2002 et 2011. Aides comprises, cette croissance atteint près de 70 %.

Même s'il faut prendre en compte les effets de l'inflation sur la même période (de l'ordre de 20 %), ainsi que la diminution du nombre des débitants de tabac, les recettes des buralistes en termes réels ont augmenté de façon soutenue, Ces chiffres méritent d'être soulignés. La progression de la rémunération des buralistes de l'ordre de 4 % par an en volume constitue une singularité dans un contexte général de stabilité ou de baisse du pouvoir d'achat de la plupart des catégories professionnelles. Ils mettent en évidence l'effet d'aubaine qu'ont constitué ces aides de l'Etat pour un très grand nombre de débitants.

Tableau n° 10 : Evolution de la rémunération des buralistes (2002-2011)

(En euros par débitant)	2002	2007	2011	Evolution 2002-2011
Chiffre d'affaires moyen	447 238	516 753	644 610	+ 44,13 %
Rémunération moyenne hors aide[51]	29 070	33 523	44 725	+ 53,85 %
Rémunération moyenne avec les aides[52]	29 070	38 560	48 562	+ 67,06 %

Source : direction générale des douanes et des droits indirects

Ces évolutions expliquent que la « *remise compensatoire* » prévue en cas de perte de remise nette par rapport à 2002 ait finalement été peu utilisée en dehors des zones frontalières, et que le montant des aides versées à ce titre ait fortement diminué avec le deuxième contrat. En 2005 plus de 10 700 buralistes l'ont perçue ; ils n'étaient plus que 6 000 en 2011.

[51] Correspond à la remise nette moyenne d'un débitant de tabac.
[52] Correspond à la rémunération moyenne avec les aides, intègre également les remises compensatoire et additionnelle.

3 – Des aides toujours importantes, malgré un troisième contrat d'avenir moins coûteux pour les finances publiques

Un troisième contrat d'avenir, signé le 23 septembre 2011 pour la période 2012-2016[53], dans un contexte budgétaire de plus en plus contraint, entend opérer un recentrage sur les buralistes les plus touchés par les achats hors réseaux.

Il prévoit la disparition en cinq ans de la « *remise additionnelle* » aide universelle attribuée à l'ensemble des buralistes, et réserve la « *remise compensatoire* » aux départements frontaliers et en difficulté. Il accroît en outre l'indemnité de fin d'activité dans les zones rurales et les subventions pour les équipements de sécurité.

La principale mesure reste cependant la hausse du taux de « *remise nette* » hors cigares et cigarillos qui bénéficie à tous les débitants. Elle devrait passer en 5 ans à 6,9 %[54]. Cette hausse dans l'hypothèse où le chiffre d'affaire tabac reste de 17 Md€, représente un montant global de 17 M€ dès 2012, et de 330 M€ sur l'ensemble du contrat. Cette augmentation est entièrement assurée par un accroissement corrélatif du taux de prélèvement total sur le chiffre d'affaire des fabricants. La direction générale des douanes et des droits indirects note cependant que *« ce ne sont pas tant les fabricants qui ont financé la hausse de la remise nette que l'accroissement de la valeur du marché (+ 5 % par an), et en définitive le consommateur »* et indique que « *ce mode d'accroissement de la remise est susceptible d'être reconduit pour les années à venir* ».

Cette administration évalue le coût budgétaire du dernier contrat d'avenir à environ 400 M€, ce qui marque une sensible décroissance. Cependant les buralistes bénéficient en contrepartie de l'augmentation du taux de remise nette, qui concerne l'ensemble des débitants, ainsi d' aides « hors contrat », au travers du complément de remise[55] ou de la contribution de l'Etat à l'équilibre du RAVGDT. Au total, les aides qui seront attribuées aux buralistes s'élèveraient ainsi à 1,2 Md€ sur la période 2012-2016 en prenant en compte ce périmètre plus large.

4 – Une nécessité d'évolution de la rémunération des buralistes

Le principe de la rémunération *ad valorem* des buralistes a conduit à ce qu'ils bénéficient largement des hausses de prix de la

---

[53] Soit 5 ans au lieu de 4 pour les deux premiers contrats.
[54] La hausse prévue est de 0,1 % les trois premières années et 0,5 % la dernière.
[55] Le complément de remise correspond au remboursement par l'Etat d'une fraction du droit de licence des débitants.

dernière décennie. Il ne facilite pas l'exercice du rôle d' « *acteur de santé publique* » qui leur est par ailleurs assigné en matière d'interdiction de vente aux mineurs. Il explique leur extrême réactivité à toute mesure de hausse des prix susceptible d'entraîner une réduction de la consommation de tabac sinon de leur chiffre d'affaires.

Leur confédération professionnelle a cependant vigoureusement contesté la proposition du rapport Bur qui recommandait de « *revoir le statut des buralistes, pour ne plus lier leur rémunération au volume de vente du tabac* ». Une telle évolution entraînerait, selon ses propres termes, une « *fonctionnarisation* » niant le « *rôle de commerçant, responsable de [leur] entreprises sur [leurs] biens propres* » et s'opposant à l'objectif de « *travailler plus pour gagner plus* ».

Pour sa part, la direction générale des douanes et des droits indirects rappelle qu'en tant que « *préposés de l'administration* », les débitants restent des commerçants auxquels l'Etat a conféré le droit de vendre du tabac et qui, à la différence d'agents publics, en assument les risques comme les bénéfices.

Après l'effet d'aubaine issu pour la plupart d'entre eux de la mise en œuvre des contrats d'avenir dans une phase de forte croissance de leur rémunération moyenne, une forfaitisation de leur rémunération engagerait paradoxalement l'administration à assurer à ces préposés une garantie pérenne de leurs ressources issues de l'activité tabac ,alors même que l'intérêt général en matière de santé publique tend à une réduction continue de la consommation en volume.

En revanche, d'autres modes de rémunération ne se heurteraient pas à cette objection. Il serait en effet concevable que le taux de remise soit dégressif en fonction des niveaux de chiffres d'affaire. Une telle évolution déconnecterait partiellement rémunération et augmentation des prix et serait cohérente avec les objectifs recherchés par ailleurs en matière de santé publique par la hausse de ces derniers.

5 – Une reconversion du réseau encore incertaine

La croissance forte et persistante de la rémunération moyenne des débitants au cours de la dernière décennie ne doit pas masquer que le nombre de débits connaît une « *lente érosion* » : 5 300 ont disparu entre 2002 et 2011, dont plus de 4 600 depuis l'instauration des « contrats d'avenir ». L'année 2008 a marqué cependant une inflexion dans le rythme des fermetures.

Certaines fermetures se sont concentrées sur quelques zones frontalières (Nord, Nord-Est, Pyrénées), sans que toutes soient cependant touchées. Selon un modèle statistique élaboré par la direction générale de

la douane et des droits indirects[56], l'intensité du phénomène des achats transfrontaliers serait relativement constante, autour de 8 %. La perte de chiffre d'affaires en résultant, bien qu'en progression en 2011 et 2012 avec des valeurs estimées à 9 %, reste de l'ordre de 8 % depuis 2004.

D'autres sont par ailleurs liées à la désertification des zones rurales à démographie déclinante, touchent de petits débitants et sont indépendantes de l'effet frontalier : Creuse et Haute-Saône, Cantal, Haute-Marne, Yonne, Allier, Lozère notamment.

Sur les deux premiers contrats d'avenir, plus de 50 M€ ont été versés pour accompagner les cessations d'activité tant dans les départements frontaliers que dans les autres zones ayant perdu au moins 5 % de leur chiffre d'affaires par rapport à 2002. Ce chiffre représente moins de 5 % des aides délivrées entre 2002 et 2011. Dans le cadre du 2e contrat, l'aide au départ a été étendue aux débitants de communes de moins de 1 500 habitants, lesquels rencontrent souvent des difficultés à céder leur fonds.

D'après la direction générale de la douane et des droits indirects, une nette recomposition du réseau s'observe depuis 10 ans dans le sens d'une plus grande concentration et spécialisation[57]. De 46,87 % en 2002, les débits avec un chiffre d'affaires tabac inférieur à 300 000 € ne représentent plus que 33,53 % en 2011. Inversement, les débits avec un chiffre d'affaires supérieur à 1 M€ sont passés de 9,49 % à plus de 20 %.

En outre, l'évolution des autres composantes de l'activité des buralistes est contrastée : le chiffre d'affaires presse a chuté de 16 % entre 2006 et 2010 alors que celui lié à la Française des jeux augmentait de 32 % et celui le PMU de 40 %. Avançant que « *moins de volume, c'est moins d'activité* », les buralistes estiment que la baisse des ventes de tabac en volume a affecté la fréquentation des débits et, de ce fait, leurs autres activités commerciales, alors que les compensations des contrats d'avenir ne couvraient que l'activité tabac.

Ainsi que l'ont souligné les rapports Bur en 2004[58] et Mallié[59] en 2006, ces établissements pâtissent de la faible diversification de leur

---

[56] Réponse à la question écrite de M. Morel-A-L'Huissier, député, du 15 février 2011. Ce modèle repose notamment sur la mesure des écarts de chiffres d'affaires annuel moyen par habitant constatés entre les départements qui permet de reconstituer le chiffre d'affaires non réalisé du fait de la contrebande et des achats transfrontaliers licites.

[57] Entretien avec la *Revue des tabacs*, n° 598, janvier 2012.

[58] Rapport de MM. Yves Bur et Lionel Luca, députés, *Le contrat d'avenir des buralistes,* juillet 2004.

activité, les objectifs de redéploiement n'ayant été que très partiellement atteints. Par exemple, le projet « point de vente agréé », qui permet à un automobiliste en infraction de s'acquitter de son amende chez un débitant de tabac, connaît un lent démarrage, et les buralistes n'ont pas obtenu l'habilitation leur permettant d'effectuer des opérations d'immatriculation dans le cadre du système d'immatriculation des véhicules.

Les principales positions de la confédération des buralistes

S'agissant du bilan de la lutte contre le tabagisme, la confédération des buralistes souligne les limites d'une politique qui serait uniquement fondée sur les prix. A l'instar des fabricants, elle souligne que la forte hausse des prix en 2003-2004 a entraîné une baisse conséquente des achats en volume dans le réseau des buralistes en raison de l'augmentation des achats transfrontaliers, cette baisse étant ensuite, selon elle, légitimement amortie par les contrats d'avenir.

La confédération juge par ailleurs que l'interdiction totale de fumer dans les lieux à usage collectif n'aurait pas induit une baisse de la prévalence, sans pour autant amener une nouvelle clientèle de non-fumeurs dans les bars-tabac.

Elle souhaiterait être mieux associée, dans l'avenir, à la définition des politiques visant à relancer la lutte contre le tabagisme et milite pour une stratégie donnant une priorité à la prévention auprès des jeunes, avec notamment une campagne de communication sur l'interdiction pour les mineurs d'acheter du tabac. Elle recommande aussi de mettre en place une aide plus efficace pour permettre aux adultes qui le souhaitent d'arrêter de fumer.

Elle appelle enfin à un renforcement de la lutte contre les achats hors réseau.

La confédération se prononce contre la vente des paquets de tabac " sous le comptoir ", jugée déstabilisante notamment pour la transmission des points de vente, car elle contribuerait à transformer l'image caractéristique du débit de tabac. Elle s'oppose également à l'instauration du paquet générique, en rappelant que les buralistes sont déjà soumis à l'interdiction de vente aux moins de 18 ans. Elle a enfin réagi à la possibilité de déconnecter du chiffre d'affaires tabac la rémunération des buralistes, en dénonçant le risque d'une « fonctionnarisation de la profession » et d'une dénaturation de l'activité de commerçant des débitants de tabac.

[59] Rapport de M. Richard Mallié, député, *L'avenir des buralistes : proposition pour un nouveau partenariat*, décembre 2006.

L'objectif d'une réduction de la consommation du tabac impose en tout état de cause aux débitants de s'y préparer en mobilisant à cet effet le surcroît de ressources susceptibles de leur être transitoirement procuré par de nouvelles hausses de son prix. Les mesures de relance de la politique de lutte contre le tabagisme nécessiteront sans doute en effet, à l'exclusion de tous nouveaux crédits publics, des mesures de solidarité professionnelle ciblées sur ceux qui en ont le plus besoin.

II - Une contribution importante au financement des comptes sociaux

Les ressources fiscales liées au tabac ont fortement progressé au cours de la dernière décennie, les droits de consommation augmentant de près de 22 % entre 2001 et 2011 (de 8,78 Md€ à 10,7 Md€)[60] et la TVA brute collectée par les fournisseurs de tabac atteignant 3,4 Md€ en 2011 (3 Md€ en 2008). Compte-tenu de la licence versée par les débitants, la ressource publique globale issue du tabac atteint 15 Md€ en 2012.

Ces recettes représentent une grande part des ressources de la sécurité sociale liées à la fiscalité[61], et apportent une contribution non négligeable à son financement. Les droits de consommation sur les tabacs représentaient 20 % des impôts et taxes qui lui sont affectés en 2011, et 2,2 % des ressources totales des régimes de base.

La répartition entre les différents affectataires du produit de ces impositions a évolué au cours des dix dernières années, et se concentre de plus en plus sur le financement des soins.

Si, jusqu'en 2005, la TVA brute collectée sur les tabacs et le droit de licence sur la rémunération des débitants étaient exclusivement affectés à l'Etat, le produit de ces deux taxes a ensuite été progressivement affecté à la sécurité sociale, au fur et à mesure de l'évolution des « paniers de recettes fiscales » mis en place en 2006 et 2007 en vue de compenser les divers allègements ou exonérations de cotisations. Depuis 2011, il est intégralement reversé à la CNAMTS.

Les recettes issues des droits de consommation sur les tabacs ont tout d'abord été principalement destinées au Fonds pour la réduction des cotisations sociales. La part de l'assurance maladie est restée inférieure à 30 % jusqu'en 2004, la CNAMTS n'étant l'affectataire majoritaire des

---

[60] Source : L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS).
[61] *Cf.* « Le financement de la sécurité sociale par l'impôt », *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, septembre 2012.

droits de consommation du tabac que depuis 2011[62]. La Mutualité sociale agricole bénéficie depuis 2011 de 15,44 % du produit de ces droits. La branche accidents du travail - maladie professionnelle est bénéficiaire depuis la même date de 1,58 % du produit de cette taxe, et la caisse nationale d'allocation familiale (CNAF) en perçoit 11,17 % en 2012 (12,57 % en 2011).

[62] 53,52 % du total des droits de consommation en 2011 et 52,33 % en 2012.

Tableau n° 11 : Répartition des affectataires des recettes issues du tabac (2002-2012)

NATURE IMPOSITION	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
TVA brute collectée sur les tabacs (art. 298 quaterdecies CGI)	ETAT	ETAT	ETAT	ETAT	Organismes de sécurité sociale concernés par les allègements généraux de cotisations (art. L131-8 CSS)	Organismes de sécurité sociale concernés par les allègements généraux de cotisations (art. L131-8 CSS)	Organismes de sécurité sociale concernés par les allègements généraux de cotisations (art. L131-8 CSS)	Organismes de sécurité sociale concernés par les allègements généraux de cotisations (art. L131-8 CSS)	Organismes de sécurité sociale concernés par les allègements généraux de cotisations (art. L131-8 CSS)	CNAMTS	CNAMTS
Droit de licence sur la rémunération des débitants de tabacs (art. 568 CGI)	ETAT	ETAT	ETAT	ETAT	ETAT	ETAT	Organismes de sécurité sociale concernés par les allègements généraux de cotisations (art. L131-8 CSS)	Organismes de sécurité sociale concernés par les allègements généraux de cotisations (art. L131-8 CSS)	Organismes de sécurité sociale concernés par les allègements généraux de cotisations (art. L131-8 CSS)	CNAMTS	CNAMTS
Droit de consommation sur les tabacs (art. 575 CGI)	FOREC : 90,77 % CNAMTS : 8,84 % FCCATA : 0,39 % (hors DOM et Corse)*	FOREC : 84,45 % CNAMTS : 15,20 % FCAATA : 0,35 % (hors DOM et Corse)*	BAPSA : 52,08 % ETAT : 25,91 % CNAMTS : 21,42 % FCAATA : 0,31 % EPA BAPSA : 0,3 % (hors DOM et Corse)*	FFIPSA : 52,36 % CNAMTS : 32,50 % ETAT : 14,83 % FCAATA : 0,31 % (hors DOM et Corse)*	FFIPSA : 52,36 % CNAMTS : 32,46 % ETAT : 11,51 % Fds CMUC : 1,68 % FNAL : 1,48 % FCAATA : 0,31 % (hors DOM et Corse)*	FFIPSA : 52,36 % CNAMTS : 30,00 % Financement des allègements généraux (art. L131-8 CSS) : 8,61 % Fds CMUC : 4,34 % Financement des intérêts de la dette Etat vis-à-vis RG : 1,69 % FNAL : 1,48 % FUP : 1,21 % FCAATA : 0,31 % (hors DOM et Corse)*	FFIPSA : 52,36 % CNAMTS : 30,00 % Financement des allègements généraux (art. L131-8 CSS) : 10,26 % Fds CMUC : 4,34 % FNAL : 1,48 % FUP : 1,25 % FCAATA : 0,31 % (hors DOM et Corse)*	CCMSA non salariés - maladie : 18,88 % CCMSA non salariés - vieillesse RCO : 1,52 % CNAMTS : 38,81 % Financement des allègements généraux (art. L131-8 CSS) : 31,91 % Financement des heures supplémentaires (art. L241-17 et 18 CSS) : 3,99 % FNAL : 1,48 % Fonds de solidarité : 1,25% FCAATA : 0,31 % Apurement dette Etat envers la CNAMTS : 2,05% (hors DOM et Corse)*	CCMSA non salariés - maladie : 18,68 % CCMSA non salariés - vieillesse RCO : 1,89 % CNAMTS : 38,81 % Financement des allègements généraux (art. L131-8 CSS) : 33,36 % Financement des heures supplémentaires (art. L241-17 et 18 CSS) : 1,30 % FNAL : 1,48 % Fonds de solidarité : 1,25% FCAATA : 0,31 % Etat : 2,92% (hors DOM et Corse)*	CCMSA non salariés - maladie : 15,44 % CCMSA non salariés - vieillesse RCO : 1,89 % CCMSA salariés : 10,00 % CNAMTS - Maladie : 53,52 % CNAMTS - AT-MP : 1,58 % CNAF : 12,57 % Autres régimes : 0,66 % Financement des heures supplémentaires (art. L241-17 et 18 CSS) : 1,30 % FNAL : 1,48 % Fonds de solidarité : 1,25% FCAATA : 0,31 % (hors DOM et Corse)*	CCMSA non salariés - maladie : 15,44 % CCMSA non salariés - vieillesse RCO : 1,89 % CCMSA salariés : 10,00 % CNAMTS - Maladie : 52,33 % CNAMTS - AT-MP : 1,58 % CNAF : 11,17 % Autres régimes : 0,66 % Financement des heures supplémentaires (art. L241-17 et 18 CSS) : 1,30 % FNAL : 1,48 % Fonds de solidarité : 1,25% FCAATA : 0,31 % (hors DOM et Corse)*

Source : Direction du budget

Le ciblage de l'affectation des produits du tabac sur l'assurance maladie s'est poursuivi ces dernières années.

Depuis le 15 février 2011, la part des droits de consommation sur les tabacs qui était précédemment affectée au budget de l'Etat est désormais attribuée aux régimes sociaux, et l'ensemble de ces droits sont affectés entre les différents régimes concernés par les allègements généraux.

L'article 38 du projet de loi de finances pour 2013 renforce cette logique en procédant à une réaffectation des droits de consommation sur les tabacs au profit de l'assurance maladie. La CNAMTS bénéficiera ainsi en 2013 de la part des droits tabacs acquise jusqu'à maintenant au fonds national d'aide au logement ainsi que de la part mobilisée précédemment pour la compensation des exonérations sur les heures supplémentaires. Au total, plus aucun établissement de l'Etat ne sera financé par les droits du tabac, et plus de 80 % de ces droits seront affectés au financement des soins. Aux termes de l'exposé des motifs du projet de loi, ces ressources additionnelles devront contribuer *« à l'effort supplémentaire qui sera effectué par la CNAMTS en faveur des dépenses de prévention »*.

Ce ciblage sur l'assurance maladie mériterait toutefois à terme d'être complété par le redéploiement à son bénéfice de la part de fiscalité liée au tabac qui reste allouée à d'autres branches.

Tableau n° 12 : Répartition du produit des droits de consommation sur les tabacs

	LFSS 2012		PLF 2013
	2012	**2013**	**2013**
CNAMTS	52,33 %	58,10 %	68,14 %
Fonds CMU			3,15 %
CCMSA exploitants agricoles (maladie)	15,44 %	15.44 %	9,46 %
Total maladie	**57,77 %**	**73,54 %**	**80,75 %**
CCMSA (salaries agricoles - tous risques)	11,17 %	7,86 %	7.27 %
CNAF	10,00 %	9,18 %	9,18 %
CCMSA RCO	1,89 %	1,89 %	1,89 %
Autres	2,55 %	0,91 %	0,91 %
Total autres branches	**25,61 %**	**19,84 %**	**19,25 %**
Heures supplémentaires	3,89 %	3.89 %	0 %
Fonds de solidarité	1,25 %	1.25 %	0 %
FNAL	1,48 %	1,48 %	0 %
TOTAL	**100 %**	**100 %**	**100 %**

Source : direction du budget

Une telle affectation à la sécurité sociale comporte, cependant, des risques de fragilisation de la politique de lutte contre le tabagisme.

En effet, elle place l'équilibre des comptes sociaux dans la dépendance d'une ressource dont le niveau dépend du maintien de cette addiction et par la même rend délicat l'arbitrage entre des objectifs financiers de rendement et des impératifs de santé publique. La loi de finances rectificative de mars 2012 prévoyait le remplacement de la TVA sur le tabac notamment par un pourcentage de la TVA nette collectée, ce qui aurait pu contribuer à atténuer cette dépendance financière. Cette mesure pourrait être prise indépendamment du projet d'augmentation de la TVA à laquelle elle était initialement liée.

Par ailleurs, devant l'incertitude subsistant sur le montant exact du coût collectif du tabagisme, l'idée est parfois avancée que les fumeurs paieraient plus de taxes qu'ils ne coûtent à la protection sociale.

Outre qu'un tel raisonnement proprement monétaire repose sur une évaluation du coût du tabagisme à l'évidence très sous-estimée, il trouve deux limites. Tout d'abord, la politique publique de lutte contre le tabagisme devrait tendre à réduire la première cause de morbidité et de mortalité évitable en France, indépendamment même des coûts financiers

qu'elle induit. En outre, en raison de l'important décalage temporel qui peut exister entre la consommation de tabac et l'apparition des pathologies qui lui sont liées, une comparaison instantanée entre les ressources induites par cette consommation pour les comptes publics et les coûts liés à la consommation de tabac pour la même période ne rend pas compte des dépenses à venir nettement plus lourdes mises à la charge de la collectivité.

III - La nécessaire indépendance de la décision publique

La vigueur et la continuité de la politique de lutte contre le tabagisme ont pu être affaiblies tant par des objectifs de rendement fiscal de l'Etat que par l'expression des intérêts économiques liés à la production et au commerce des produits du tabac. En témoignent les multiples tentatives, parfois d'initiative parlementaire, d'émousser la législation anti-tabac. Ce constat doit conduire à s'interroger sur les conditions dans lesquelles a été assurée la fonction d'arbitrage au sein des pouvoirs publics.

L'OMS considère à cet égard que les tentatives de « décrédibilisation » par les fabricants de tabac des arguments de santé publique développées auprès des pouvoirs publics et des usagers persistent à l'échelle internationale et dans chaque pays. Elle a également pu avancer que des fabricants de tabac avaient parfois eux-mêmes contribué à la contrebande de tabac[63], ce qu'a récemment réaffirmé sa directrice lors du sommet des Nations-Unies sur les maladies non transmissibles[64] ; de même, l'un des considérants du protocole de l'OMS sur le commerce illicite rappelle « *la nécessité d'être informé des activités de l'industrie du tabac ayant des répercussions négatives* » en ce domaine.

L'association *Droit des non-fumeurs* déplore à cet égard que « *les objectifs en matière de prévention changent avec les gouvernements et sous le poids de l'industrie* ». Dans son rapport d'évaluation du premier plan cancer, le Haut conseil de santé publique indique, pour sa part, que la mesure portant sur l'augmentation des prix avait été en définitive écartée en raison de « *la tension entre des intérêts industriels et financiers et les priorités sanitaires* ». Le rapport Bur critique

[63] *Tobacco Industry Interference with tobacco control*, OMS, 2008.
[64] Margaret Chan, discours prononcé en septembre 2011 à New York.

l'implication de la société *Altria*[65] dans le financement de l'Institut du cerveau et de la moelle épinière à la Pitié-Salpétrière.

Quant aux buralistes, ils font valoir auprès des décideurs leur rôle de vecteur d'opinion à l'égard d'une clientèle qui ne se limite pas à la population des fumeurs et soulignent également l'importance de leur rôle de collecteur fiscal pour les comptes publics.

La prévalence élevée d'une addiction qui touche près d'un adulte sur trois peut par ailleurs expliquer l'existence dans l'opinion de réactions de scepticisme à l'égard des messages de prévention, d'hostilité parfois vive aux interdictions et aux hausses de tarifs, voire d'une sous-culture partagée de la fraude.

Une navigation de quelques minutes sur Internet où sont immédiatement accessibles de multiples sites d'information, d'échange d'expériences ou d'entraide relatifs à la recherche de produits hors commerce légal permet de le constater.

Enfin, la puissance publique elle-même reste partagée entre des responsabilités et intérêts contradictoires à l'égard du tabac qui constitue à la fois un risque majeur pour la santé publique et l'assiette d'une ressource publique non négligeable. Ainsi, le Conseil des prélèvements obligatoires observe : « *La taxation du tabac constitue un cas particulièrement remarquable de divergence entre les objectifs de la politique publique que sont le rendement fiscal, les objectifs de santé publique et la redistribution verticale. Ces contradictions ont, de fait, depuis 2005, conduit à privilégier l'objectif de rendement fiscal*[66] ».

L'OMS appelle à une vigilance renforcée contre toutes actions menées pour entretenir une image positive du tabac ou influer sur la décision publique en ce domaine. La France a admis dans chacun des bilans adressés par le gouvernement au secrétariat de la convention-cadre que d'importants progrès lui restaient à accomplir, indiquant ainsi en juillet 2010 qu'« *au vu des politiques et mesures déjà mises en œuvre, le domaine d'amélioration dans l'application de la convention en France relève notamment de la mise en œuvre effective des dispositions de l'article 5.3* », lequel invite à « *veiller à ce que les politiques ne soient pas influencées par les intérêts commerciaux ou autres de l'industrie du tabac* » ; en effet, selon ce même document, « *on assiste à une remobilisation de l'industrie du tabac, notamment en termes de*

---

[65] Conglomérat qui possède *Philip Morris.*

[66] *Prélèvements obligatoires sur les ménages, progressivité, effets redistributifs*, mai 2011.

communication, qui rend la mise en œuvre des politiques de lutte anti-tabac plus compliquée ».

A cet égard, les organismes antitabac mettent notamment en cause les protocoles d'accord passés par l'administration avec les fabricants en vue de lutter contre la contrefaçon et les achats hors réseaux. La direction générale des douanes et des droits indirects estime pour sa part que ces documents établissent « *un cadre strict en matière d'échanges d'informations relatives à la lutte contre le commerce illicite des produits du tabac* », et ne seraient que la « déclinaison régionale » des accords multilatéraux de coopération avec l'organisme de lutte anti-fraude européen (OLAF). Leur contenu porte essentiellement sur des échanges d'information ou des actions de sensibilisation, type de coopération qui existe dans d'autres pays européens, notamment au Royaume-Uni.

En toute hypothèse, l'organisation d'un « *Grenelle du tabac* », évoquée par certains fabricants[67] et qui réunirait l'ensemble des acteurs du secteur tabac, ne serait pas conforme à la préconisation par l'Organisation mondiale de la santé de la plus stricte indépendance de la prise de décision en cette matière de santé publique.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La Cour observe que les politiques de lutte contre le tabagisme ont des conséquences sur de nombreux acteurs hors du seul champ sanitaire. Les importants économiques en jeu, tant pour les agriculteurs, que les fabricants et les revendeurs de tabac, mettent en évidence la nécessité de renforcer l'indépendance de la prise de décision publique.

Elle formule en ce sens les recommandations suivantes :

4. analyser régulièrement, selon une méthodologie partagée, les modes d'approvisionnement, licites ou non, des consommateurs de tabac ;

5. mettre en place, après concertation avec la profession, un mécanisme dégressif appliqué à la remise nette en fonction des niveaux de chiffre d'affaires ;

6. rendre obligatoire dans la publication de toutes expertises, études ou contribution publique sur la lutte contre le tabagisme la mention explicite des éventuels liens de leurs auteurs soit avec l'industrie

[67] Contribution de *BAT* en référence à une proposition formulée dès janvier 2009.

du tabac, soit avec l'industrie pharmaceutique ou les fournisseurs de produits d'aide au sevrage ;

7. veiller à ce que le mode d'association des acteurs de la politique de lutte contre le tabagisme respecte strictement les dispositions de la convention-cadre de l'OMS visant à préserver l'indépendance de la décision publique.

Chapitre III

Un pilotage marqué par de nombreuses faiblesses

La lutte contre le tabagisme a pour objectif essentiel une profonde transformation des mentalités et des comportements. Elle suppose ainsi une continuité d'orientations et une persévérance des efforts dans la durée.

Malgré l' enjeu majeur de santé publique qu'elle représente, cette action a cependant souffert au cours de la dernière décennie à la fois d'un manque de constance de la volonté politique (I), d'une lisibilité insuffisante de ses objectifs et de leur suivi (II), du caractère tardif de sa déclinaison régionale (III), de la modicité des moyens budgétaires qui lui sont consacrés au regard de son coût pour la collectivité (IV) comme de la timidité des efforts de recherche engagés en ce domaine (V).

I - Un manque de clarté et de constance dans la volonté politique

La volonté publique en ce domaine est marquée par l'absence de plan d'action spécifique (A), de fréquentes ruptures temporelles (B) et un fléchissement récent de son intensité (C). Ces faiblesses soulignent l'insuffisance de la fonction d'arbitrage (D).

A – Une absence de plan d'action spécifique

A la différence de la « loi Veil », qui était spécialement dédiée à « *à la lutte contre le tabagisme* », la politique menée depuis lors en ce domaine est toujours passée par des plans de santé publique à l'objet plus large.

Justifiée en particulier par le fait que la morbidité et la mortalité attribuables au tabac sont sans commune mesure avec les effets sanitaires liés aux produits illicites et appellent des réponses à la mesure de ces enjeux, l'élaboration de « *plans et programmes nationaux multisectoriels globaux de lutte antitabac* » fait cependant partie des engagements de la convention-cadre de l'OMS (article 5-1), dont le secrétariat permanent souligne l'absence en France.

Contrairement aux préconisations de l'OMS, la lutte antitabac n' a jamais fait l'objet d'un plan de santé publique spécifique. Les dispositions la concernant sont dispersées dans plusieurs plans couvrant un champ plus vaste, et sont absentes de plusieurs d'entre eux où elles auraient dû trouver place.

Le « *plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008* » visait explicitement le tabac dans son intitulé, une lettre du Premier ministre au président de la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT)[68] ayant invité à « *de nouvelles initiatives pour améliorer le respect de l'interdiction de fumer dans les lieux collectifs* » et à en rechercher une meilleure acceptation et un meilleur contrôle. Entendant « *intégrer dans un programme cohérent et global la spécificité des produits dans un objectif d'efficacité* », ce plan quinquennal évoquait le tabac dans la plupart de ses objectifs transversaux.

La lutte contre le tabagisme ne fait en revanche pas l'objet d'une politique à part entière dans le « *plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011* » qui, s'il inclut la lutte contre le dopage ou le « *jeu pathologique* », se centre désormais sur « *la lutte contre le trafic et l'usage des drogues illicites, la prévention de l'alcoolisme et la prise en charge de la toxicomanie* ». Le tabac n'y est donc évoqué que comme élément d'une polyconsommation de produits addictifs, licites ou non, ou à titre d'exemple pour la lutte contre les autres addictions.

Les deux derniers plans gouvernementaux de lutte contre le cancer prennent en compte - avec une vigueur inégale - l'enjeu de la lutte contre le tabagisme qui est la première cause évitable de cette pathologie.

Le plan 2003-2007, affirmant avec force l'intention publique de « *mettre en place une stratégie complète de lutte contre le tabagisme* », a conduit à l'interdiction dès 2003 de la vente aux mineurs de 16 ans, au

[68] Lettre du 17 juillet 2003.

relèvement massif des taxes sur le tabac opéré en 2003-2004 et à l'extension de l'interdiction de fumer dans les lieux collectifs en 2006.

Le plan 2009-2013 comporte une « *mesure 10* » intitulée « *Poursuivre la lutte contre le tabac* ». Il reconduit l'objectif qu'avait formulé en 2004 la loi de santé publique en proposant de le « *réduire de 30 % à 25 % dans la population française* » et y adjoint celui de « *réduire les incitations multiples à la consommation de tabac, afin de limiter la demande de tabac, en prenant également en compte la nécessité de s'attaquer aux inégalités sociales et régionales face au tabac* ». A cette fin, il est proposé de « *renforcer* » le forfait de prise en charge des traitements de sevrage, mis en place début 2007, pour les femmes enceintes et les bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU). En vue de réduire l'attractivité du tabac sont évoqués « *les avertissements sanitaires graphiques* » et l'interdiction de « *la publicité sur les lieux de vente et lors des retransmissions des images de sport mécaniques* ». En revanche, ce plan n'a retenu ni de nouvelles hausses dissuasives de la fiscalité et des prix, ni les préconisations des directives de l'OMS en faveur de l'instauration d'un paquetage neutre ou l'obligation de la vente « sous le comptoir ».

Enfin, bien qu'il soit recensé dans le *Livre des plans de santé publique*[69], le « *plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2010* » a constitué moins un plan gouvernemental qu'un exercice propre au ministère de la santé visant à la réorganisation des modes de prise en charge des diverses addictions, du tabac aux « *addictions comportementales* », dans une approche transversale du traitement des diverses consommations de produits.

Dans le domaine hospitalier, ce plan a préconisé de « *regrouper les consultations de tabacologie, d'alcoologie, de toxicomanie et d'addictions sans substance psychotropes au sein d'un même lieu* », la mise en place de « *services d'addictologie* » et la création dans chaque CHU d'un « *pôle d'addictologie* »[70].

La création de « *centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)* » réunissant les centres spécialisés

---

[69] 2e édition, novembre 2009.

[70] La filière de soins en addictologie a été ainsi organisée en trois niveaux : les établissements de proximité (dotés d'une consultation d'addictologie, d'une équipe de liaison et de soins en addictologie et de lits dédiés), les établissements de recours (dotés en plus de lits d'hospitalisation d'addictologie pour soins complexes, d'un hôpital de jour et de soins de suite et de réadaptation), l'établissement de recours régional au sein d'un CHU assurant également les missions d'enseignement de formation et de recherche en addictologie.

en toxicomanie et en alcoologie concernait moins directement les fumeurs, si ce n'est dans les cas de polyconsommation. La publication du plan s'est accompagnée de la création, par arrêté du 26 octobre 2006, d'une « *commission addictions* » ayant pour mission « *l'évaluation et l'amélioration des réponses aux besoins de prise en charge et d'accompagnement des personnes dans le champ des pratiques addictives* ».

Le *Livre des plans de santé publique* mentionne par ailleurs au moins deux programmes qui ne déclinent pas, comme on aurait pu s'y attendre, les objectifs de la lutte anti-tabagique :

- annoncé début 2008, le « plan santé des jeunes 16-25 ans » mentionne au titre des « mesures visant à lutter efficacement contre les conduites à risque » exclusivement le cannabis, l'alcool et le comportement nutritionnel. Le ministère de la santé a justifié l'absence de référence au tabac par la volonté de « *mettre l'accent sur des sujets préoccupants ou des actions expérimentales [et que] l'objectif n'était pas de couvrir de façon exhaustive toutes les thématiques de santé, par ailleurs prises en compte par d'autres plans de santé publique* » ;
- le « plan périnatalité 2005-2007 » se concentre sur les aspects « humanité, proximité, sécurité, qualité » de la grossesse et de l'accouchement sans reprendre les objectifs de la lutte contre le tabagisme des femmes enceintes[71]. Le bilan de son application réalisé en mai 2010 par la direction générale de la santé recommande cependant que le plan 2010-2013 qui devait lui faire suite soit « *mis en cohérence avec les autres plans et politiques de santé publique et prévention, concernant notamment […] les addictions (consommation de tabac, alcool ou drogues) pendant la grossesse* ».

[71] *Cf.* Rapport public annuel 2012 de la Cour des comptes, « La politique de périnatalité : l'urgence d'une remobilisation », février 2012.

Les pays dont les résultats sont les meilleurs en matière de lutte contre le tabac se sont tous doté d'un plan national de lutte contre le tabagisme, et, le plus souvent, d'une loi-cadre regroupant l'ensemble des mesures législatives dans ce domaine[72].

B – Des discontinuités préjudiciables

Chacun des dispositifs évoqués ci-dessus a connu des interruptions :

- un intervalle d'un an sépare les périodes couvertes par le plan cancer 2003-2007 et le plan cancer 2009-2013 ;
- le champ couvert par le second des plans sur les addictions pilotés par la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (2009-2013) ne traite plus du tabac. A cet égard, le ministère de la santé rappelle qu'il avait adressé à la mission en février 2008 des propositions conformes aux engagements de la convention-cadre de l'OMS (suppression de la publicité pour le tabac sur les lieux de vente, mise en place de la vente sous le comptoir et des paquets neutres), mais que « *suite aux arbitrages rendus par le gouvernement, la lutte contre le tabagisme n'a pas été retenue comme une priorité* » ;
- le plan sur les addictions élaboré par le ministère de la santé couvrait encore un autre calendrier (2007-2011) et n'a pas été reconduit ;

La rupture la plus significative dans l'expression de la volonté publique tient cependant au fait que le projet de loi de santé publique qui aurait dû prendre le relais de la première loi de 2004 à l'issue de la période quinquennale qu'il couvrait n'a pas été présenté au Parlement. Une conséquence directe de cet abandon est que la suppression de la publicité pour le tabac sur les lieux de vente, « *sélectionnée prioritairement* » pour être introduite par cette loi, n'est toujours pas mise en œuvre.

Au total, le plan cancer 2009-2013 reste actuellement le seul dispositif gouvernemental de santé publique à traiter de la lutte contre le tabagisme. Il a été généralement considéré, notamment par le Haut conseil de santé publique dans son avis de septembre 2010 sur la relance

---

[72] Notamment le « Family Tobacco Act » aux Etats-Unis; le « plan québécois de lutte contre le tabagisme » et son volet « Plan de prévention du tabagisme chez les jeunes », le plan australien « Australia : the Healthiest Country by 2020 », le plan anglais « Healthy Lives, Healthy People : a Tobacco Control Plan for England ».

de la lutte contre le tabagisme (cf. annexe 6), comme moins volontariste que le premier en ce domaine.

C – Un fléchissement au cours des années récentes

Tout en saluant « *l'efficacité remarquable* » des initiatives de santé publique ayant marqué la première moitié de la décennie, le Haut conseil de santé publique souligne les facteurs de faiblesse qui, selon lui, se sont manifestés au cours de la période plus récente, notamment :

- l'absence de toute « initiative majeure contre le tabagisme passif depuis 2006 » ;
- « *la dilution des responsabilités entre le ministère de la santé, la MILDT et les agences sanitaires* » ;
- le problème essentiel que constitue « *le peu de contrôle des mesures prises en France* », notamment pour les interdictions de fumer dans les lieux publics et de vente aux mineurs ;
- l'insuffisance des mesures du plan cancer 2009-2013 concernant le tabac.

L'observation d'un fléchissement récent de la politique de lutte contre le tabagisme est partagée par différents rapports récents (annexe 6) qui relèvent notamment que :

1. le moratoire fiscal de 2004 a été prolongé de facto et les hausses de prix pratiquées par l'industrie, sans l'incitation d'un nouveau relèvement des barèmes ou d'une refonte de la structure de la fiscalité, sont restées trop modérées pour susciter une nouvelle baisse du volume de la consommation ;
2. les propositions d'une imposition additionnelle des fournisseurs de tabac ont été écartées par la volonté conjointe du gouvernement et du Parlement ;
3. les mesures nouvelles auxquelles invitait la convention cadre de l'OMS ou ses directives d'application, notamment le renforcement drastique des d'avertissements graphiques obligatoires et l'instauration d'un paquetage neutre, n'ont pas fait, à ce jour, l'objet de mise en œuvre, ni de déclarations d'intention précises de la part des pouvoirs publics.

Enfin, sous réserve d'une mesure objective des actions conduites et de leur résultat, on observe que l'opinion fréquente selon laquelle les interdictions nouvelles, à commencer par celle concernant les lieux publics et celle touchant les mineurs de 18 ans, font l'objet de contrôles

insuffisants ou insuffisamment efficaces est bien confirmée par l'enquête IFOP réalisée à la demande de la Cour. Seules 39 % des personnes interrogées estiment ainsi que l'interdiction de fumer dans les cafés, bars et restaurants est complètement respectée alors même que cette mesure est jugée nécessaire tant par la majorité des non-fumeurs que par 40 % des fumeurs[73].

D – Un exercice incertain du rôle de coordination

Le secrétariat permanent de la convention-cadre de l'OMS retient comme l'une des faiblesses de la politique française l'absence d'un organe spécifique de coordination de la lutte contre le tabagisme. Ceci explique qu'ait été prônée la création auprès du Premier ministre d'un organe interministériel spécifique, en des termes proches, tant dans l'avis du Haut conseil de santé publique que par le récent rapport Bur, *l'Office français de prévention du tabagisme* ou l' *Alliance contre le tabac*.

La direction du budget rappelle de son côté qu'elle n'est « *en général pas favorable à la création de nouvelles structures dans la mesure où elles induisent des coûts de gestion supplémentaires* », et souligne qu'en l'espèce, « *de nombreux outils existants peuvent contribuer à la coordination de la politique* », notamment la mission interministérielle de lutte contre la drogue et les toxicomanies et les divers plans gouvernementaux.

La carence du pilotage en ce domaine étant néanmoins largement reconnue, des propositions concurrentes en vue d'y remédier émanent des diverses administrations.

Ainsi, dans une première réponse à la Cour[74], la mission interministérielle de lutte contre la drogue et les toxicomanies , tout en admettant implicitement l'effacement de la lutte antitabac dans son action depuis 2008, réaffirmait qu'elle serait « *la structure la plus à même de répondre à l'objectif de clarification* » en ce domaine et soutenait que la création d'une structure spécifique marquerait « *un recul difficilement compréhensible au regard de l'approche désormais commune des*

---

[73] L'enquête *International Tobacco Control* (ITC), étude de cohorte réalisée actuellement dans 23 pays et visant à évaluer les politiques publiques de lutte anti-tabac indique toutefois fin 2008 que 95 % des fumeurs et 85 % des non-fumeurs français jugeaient l'interdiction de fumer dans les cafés et les bars qu'ils fréquentaient totalement respectée. Selon l'institut national de prévention et d'éducation à la santé, la différence de formulation pourrait expliquer en partie l'écart conséquent entre ces deux enquêtes.

[74] Lettre du 12 mars 2012.

phénomènes d'addiction ». Si cette mission a pu sembler, par son caractère d'organe placé sous l'autorité directe du Premier ministre, destinée à jouer le rôle de coordination des politiques de lutte contre le tabagisme, la Cour a relevé lors de son dernier contrôle de cet organisme en 2008 les faiblesses de son positionnement et de son action interministérielle. En outre, la mission elle-même avait, dans les dernières années, fortement diminué d'intensité son intervention sur le tabac.

Plus récemment[75], sa nouvelle présidente a fait valoir que sa lettre de mission[76], réaffirme la vocation interministérielle de cet organisme « *sur l'ensemble des conduites addictives* » et une politique volontariste « *intégrant le tabac* », bien que les textes instituant cette structure ne lui donnent pas explicitement compétence en ce domaine. En conséquence, elle entend « *inscrire des mesures fortes concernant la lutte contre le tabagisme dans le plan gouvernemental 2013-2015* ». Si selon elle, ce plan est déjà « *en cours d'élaboration* », les administrations sanitaires ont indiqué lors de leurs auditions début novembre 2012, n'en n'avoir pas été informées et n'être associées à ce stade à aucune concertation en ce sens.

Le retour à une coordination conjointe de la politique de lutte contre le tabagisme et de celle contre les autres addictions semble cependant s'écarter des préconisations de la convention-cadre de l'OMS requérant un pilotage et une programmation spécifiques des actions de lutte contre le tabac.

De son côté, la direction du budget avance que l'existence d'un ministère « *regroupant sous une même autorité la direction générale des douanes et des droits indirects etla direction de la sécurité sociale, doit permettre la mise en cohérence de différents aspects de l'action publique : fixation des prix du tabac, fiscalité du tabac, relations avec les buralistes, calibrage des recettes de la sécurité sociale, ou encore maîtrise des dépenses d'assurance maladie* » et veut croire qu'au-delà de cette coordination purement financière, des « *échanges avec le ministère de la santé, par exemple dans le cadre de l'élaboration de la loi de financement de la sécurité sociale* », suffiraient à « *assurer la cohérence de la politique* ».

Dans la phase d'élaboration du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, la direction de la sécurité sociale a demandé à être associée, au nom du ministère de la santé, à tous travaux et décisions touchant à la fiscalité et aux prix du tabac et à la coopération avec *Altadis*

[75] Lettre du 30 octobre 2012.
[76] Lettre du 17 octobre 2012.

en matière de recouvrement[77]. Elle justifie cette position par le fait que la totalité de la fiscalité sur le tabac est désormais affectée à la sécurité sociale. Toutefois, cette revendication ne s'étend pas aux relations avec les buralistes et ne saurait dissimuler que l'administration socio-sanitaire elle-même est le lieu d'un arbitrage délicat entre objectifs de ressources immédiates des comptes sociaux et économies de long terme susceptibles d'être attendues d'une réduction du tabagisme.

De fait, la décision de faire prévaloir l'impératif de santé publique relève de l'arbitrage le plus élevé au sein de l'exécutif et de la part du législateur. Les faiblesses observées dans la conduite de la politique de lutte contre le tabagisme attestent que ce rôle décisif ne s'est qu'insuffisamment exercé.

Le choix organisationnel à effectuer pour préparer les arbitrages et piloter, sur un plan administratif, une stratégie cohérente de lutte contre le tabagisme ne peut suppléer à une volonté politique qui aurait fléchi. A l'inverse, l'exemple de la sécurité routière suggère que, lorsqu'une politique est portée politiquement avec suffisamment de vigueur et de continuité, sa formulation et sa mise en œuvre par les diverses administrations peuvent être efficacement pilotées à partir du ministère qui en est le principal vecteur.

De la même manière et sans création d'aucun nouveau service administratif, pourrait être assurée l'animation par le ministère de la santé d'un conseil interministériel pour la lutte contre le tabagisme, réunissant des représentants de tous les services en rapport à un titre ou à un autre avec le domaine du tabac (direction du budget et direction générale des douanes, services concernés des ministères de l'Intérieur et de la Justice, MILDT) et qui serait notamment chargé :

- d'impulser la mise en œuvre des engagements de la convention-cadre de l'OMS et de la directive européenne, toutes nouvelles négociations multilatérales et toutes initiatives en matière de renforcement de l'harmonisation européenne ou bilatérale touchant au tabac ;
- d'élaborer les objectifs en ce domaine de la nouvelle loi de santé publique et d'un plan gouvernemental propre à la lutte antitabac ;
- d'approuver un plan interministériel de contrôle coordonnant, autour d'objectifs chiffrés, l'action des divers corps (administration des douanes comprises) concernés par le respect de la réglementation sanitaire

[77] Lettre aux ministres du 28 juin 2011.

- de mettre en place et d'examiner périodiquement un tableau de bord retraçant la mise en œuvre et les résultats de ces engagements publics ;
- de préparer toutes décisions annuelles en matière de fiscalité, de prix, de relations avec les buralistes, de lutte contre la fraude et la contrefaçon et de mise en œuvre du plan de contrôle.

Comme l'indique à juste titre la direction générale des douanes et des droits indirects, la politique de lutte contre la fraude devrait rester sous la coordination interministérielle de la mission interministérielle de lutte contre la drogue et les toxicomanies qui en est également chargée en matière de trafics de produits illicites.

II - Des objectifs peu lisibles et mal suivis

L'absence d'un dispositif de pilotage propre à la lutte contre le tabagisme se traduit par un foisonnement d'objectifs publics dont les lacunes du dispositif d'observation ne facilitent pas le suivi effectif.

A – Des objectifs fluctuants

La loi de santé publique de 2004 prévoyait des objectifs, pour partie quantifiés, et les indicateurs « *souhaitables pour suivre l'atteinte de l'objectif de santé publique* ».

L'objectif retenu était d'abaisser la prévalence du tabagisme quotidien de 33 à 25 % chez les hommes et de 26 à 20 % chez les femmes. La baisse escomptée chez les jeunes et les catégories sociales à forte prévalence n'était, en revanche, pas chiffrée, des indicateurs restant à établir pour suivre la « *prévalence des fumeurs quotidiens par sexe, classe d'âge et catégorie socioprofessionnelle* », ainsi que la « *prévalence du tabagisme au cours de la grossesse* ».

Sans être quantifié pour les lieux de loisirs et l'environnement professionnel, l'objectif de lutte contre le tabagisme passif visait sa « *disparition totale* » dans les établissements scolaires.

Recouvrant la période de cinq ans couverte par la loi de santé publique de 2004, le plan de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool a multiplié des objectifs populationnels ou comportementaux[78] sans reprendre les objectifs explicites de baisse de la prévalence par sexe qu'elle précisait. Il ignore le domaine des cures de sevrage et renvoie, pour plusieurs objectifs, à des indicateurs « *non publiés* », à « *redéfinir* » ou à « *adapter sensiblement* ». Les indicateurs retenus pour le respect des interdictions de fumer se sont révélés, en outre, peu adaptés au suivi du respect effectif des règles nouvelles posées par le décret de 2006.

Organisés plutôt en termes de moyens d'action, les deux plans cancer successifs n'assignaient pas explicitement d'objectifs intermédiaires à atteindre (par exemple, le respect effectif des interdictions ou le recours aux traitements de sevrage), mais visaient des résultats finaux en termes de baisse de la prévalence. Alors que le plan 2003-2007 escomptait une diminution de 30 % du tabagisme des jeunes et de 20 % du tabagisme des adultes, le plan 2009-2013 entend « *réduire la prévalence du tabagisme de 30 % à 20 % dans la population française* ».

B – Un dispositif d'observation partiel

La définition des objectifs et moyens de la lutte antitabac et le suivi de leur mise en œuvre souffrent des insuffisances d'un dispositif d'observation qui reste lacunaire, discontinu et dispersé.

Les chiffres de ventes des produits du tabac en millions d'unités établis par la direction générale des douanes et la société *Altadis* reprennent les sorties des grossistes en direction des buralistes et assurent, selon l'observatoire français des drogues et des toxicomanies, une

[78] Il vise à la fois une baisse de 25 % de la « *part des jeunes de moins de 14 ans qui ont expérimenté le tabac* » ; une diminution de 10 % de la « *prévalence du tabagisme quotidien chez les jeunes* » ; une division par deux de « *la part des femmes qui fument au cours de la grossesse* » ; une division par trois du « *pourcentage de fumeurs déclarant qu'il leur arrive de fumer à l'intérieur des trains* » ; une division par deux du « *pourcentage de personnel hospitalier qui fume durant les heures de travail* » ; une augmentation de 20 % de « *la part des personnes qui estiment que les zones non-fumeurs sont respectées* » ; une hausse de 20 % du « *personnel hospitalier constatant que la loi Evin est respectée durant les heures de travail* » ; une baisse de 5 % du « *pourcentage de médecins généralistes qui consomment du tabac (régulièrement ou occasionnellement)* ».

« *bonne estimation des ventes de tabac en France continentale car les buralistes font peu de stock* ». Le poids à retenir pour une cigarette manufacturée fait cependant l'objet de débats[79].

Les données relatives aux achats hors réseau ne peuvent faire l'objet que d'estimations ne permettant pas d'en mesurer finement les inflexions conjoncturelles. Susceptibles de s'écarter des évolutions des ventes dans le réseau, les variations de la consommation réelle ne sont donc pas connues directement. C'est là une des principales lacunes du dispositif d'information actuel.

La prévalence du tabagisme fait l'objet d'enquêtes dont l'intervalle reste cependant pluriannuel. Au niveau national, le *Baromètre santé* de l'institut nationale de prévention et d'éducation à la santé, réalisé depuis le début des années 1990 en liaison avec les acteurs de santé décrit les comportements et attitudes des Français à partir d'un sondage aléatoire par entretiens téléphoniques. Le volet concernant le tabac éclaire les évolutions de la prévalence par sexe et par âge mais sa périodicité quinquennale qui, selon la direction générale de la santé « *s'explique par le coût d'une telle enquête et la lourdeur des analyses qu'elle induit* », n'en fait pas un instrument d'observation conjoncturelle. Cependant, cette publication constitue un temps fort des débats sur l'efficacité des politiques anti-tabac.

Un *Eurobaromètre spécial* est par ailleurs produit pour l'Union européenne qui compare les résultats par pays d'entretiens sur échantillon « *visant à mesurer le comportement et les attitudes des citoyens européens à l'égard du tabac* ». Il a fait l'objet de plusieurs éditions en 2006, 2010 et 2012, et d'une enquête intermédiaire en 2008. Toutefois, ses indications ne se concilient pas toujours avec les observations recueillies par les enquêtes plus détaillées réalisées en France. En effet, le nombre d'individus par pays interrogés dans le cadre de l'Eurobaromètre est assez faible (de l'ordre de 1 000), et le degré de précision est moins important que dans la plupart des enquêtes nationales.

La « prévalence déclarée » est qualifiée « *d'indicateur fragile et partiel* » par *Imperial Tobacco*, qui, tout en admettant « *la capacité de l'outil à détecter de évolutions chronologiques ou des différences de taux*

---

[79] *Altadis* publie les ventes de cigarettes en nombre d'unités, et non en tonnes comme il le fait pour le tabac à rouler, en considérant qu'une cigarette manufacturée équivaut à un gramme de tabac alors que C. Hill retient plutôt 0,8 grammes. Selon l'INSEE, le poids des cigarettes serait passé de 1,2 gramme en 1960 à 0,8 grammes en 2005. L'observatoire français des drogues et des toxicomanies note qu' *« une réflexion avait été engagée pour définir le poids à retenir, mais le statut quo a été conservé pour présenter des résultats similaires au producteur de données* Altadis ».

entre sous-populations » et en souligne un certain nombre de biais, notamment la surestimation ou la sous-estimation par l'individu de sa consommation réelle. L'épidémiologiste Catherine Hill et l'institut national de prévention et d'éducation à la santé constatent plutôt l'existence d'une tendance à la sous-déclaration dans ce type d'enquête.

Le tabagisme chez la femme enceinte fait l'objet d'un suivi particulier dans le *Baromètre santé* et à travers une enquête nationale périnatale réalisée à intervalles irréguliers (1995, 1998, 2003, 2010) par l'INSERM pilotée par la DREES et la direction générale de la santé. Elle touche toutes les naissances d'enfants nés vivants et viables sur une période d'une semaine notamment à partir d'un entretien avec la mère portant notamment sur les comportements de prévention et l'usage du tabac au cours de la grossesse.

Plusieurs sources existent pour l'appréciation de la prévalence chez les jeunes :

- l'enquête internationale HBSC (*Health Behaviour in School aged Children*) qui est réalisée tous les 4 ans pour l'organisation mondiale de la santé (OMS) a été publiée pour la dernière fois en 2012;
- l'enquête européenne ESPAD (*European School Survey Project on Alcohol and other Drugs*), a donné lieu à un dernier rapport en mai 2012. Son champ porte sur les élèves européens de 15-16 ans et comporte une rubrique sur le tabagisme ;
- l'enquête française ESCAPAD, menée auprès des adolescents de 17 ans est réalisée périodiquement depuis une dizaine d'années par l'observatoire français des drogues et des toxicomanies en collaboration avec la direction du service national, lors de la journée d'appel à la préparation à la défense nationale. La dernière enquête a été réalisée en mars 2011.

Le « *plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008* » prévoyait la mise en place d'un tableau de bord des principales observations relatives au tabac confié à l'observatoire français des drogues et toxicomanies, groupement d'intérêt public, financé par la mission interministérielle de lutte contre la drogue et les toxicomanies. Ce tableau mensuel regroupe utilement les informations d'origine diverses disponibles sur le marché des cigarettes et du tabac à rouler, les saisies douanières, la vente des traitements d'aide à l'arrêt, la fréquentation des consultations d'addictologie et de la ligne « Tabac info service », le budget des campagnes de communication publiques. En revanche, le bilan annuel se limite à des graphiques sur les ventes et prix des cigarettes. En janvier 2012 ont été ajoutés le nombre de

forfaits de prise en charge des traitements de sevrage versés par la CNAMTS et le nombre moyen de patients suivis dans les consultations d'addictologie.

Afin d'approcher plus directement la mesure des évolutions de la consommation réelle de tabac, l'observatoire français des drogues et des toxicomanies souligne à juste titre la nécessité d'enquêtes sur les modes d'approvisionnement en tabac des fumeurs français, réalisées « *au moins tous les deux ans* » et indépendamment des fabricants de tabac. Ce dispositif permettrait d'apprécier plus finement les effets des politiques des hausses des prix du tabac sur les ventes.

D'autre part, le plan cancer 2009-2013 prévoit de « *rendre plus régulière la publication de données sur la consommation de tabac* » et évoque « *l'établissement d'un baromètre annue*l ». L'évaluation à mi-chemin du plan classe la réalisation de cet objectif comme « *respectant le planning* » à la suite de la parution du *Baromètre santé 2010* et de la seconde vague de l'enquête ITC, sans que ces deux enquêtes aient pourtant vu leur périodicité évoluer[80]. Pour sa part, la direction générale de la santé estime qu'une *« estimation intermédiaire, entre deux baromètres* » des niveaux de consommation de la population française adulte serait souhaitable.

Si les fabricants prennent volontiers argument des déficiences du dispositif actuel d'observation pour mettre en cause le bien-fondé des mesures de santé publique, l'intérêt des informations déjà disponibles fait regretter que leur production ne soit pas mieux coordonnée, et que les plus importantes ne soient pas établies plus fréquemment.

C – L'abandon de tout indicateur de performance

Les variations du rattachement budgétaire de la lutte contre le tabagisme aident d'autant moins à la visibilité de l'action conduite qu'elles se sont accompagnées de la disparition de tout indicateur de performance en ce domaine .

Le programme budgétaire n° 204 « Santé publique et prévention »[81] comportait, en 2006, un objectif n° 4 « *Réduire la*

---

[80] *Evaluation du plan cancer 2009-2013 au 4 avril 2012*.

[81] Les actions de sécurité proprement sanitaire, antérieurement rattachées, ainsi que la sécurité alimentaire, à une mission « Sécurité sanitaire », ont alors été inscrites dans la mission « Santé » et dans le programme n° 204. Ce même programme a été en outre élargi en 2011 à l'offre de soins qui faisait précédemment l'objet d'un programme n° 134 « *Offre de soins et qualité du système de soins* ».

prévalence des pratiques addictives », auquel a succédé l'année suivante un objectif n° 2 « *Réduire les consommations à risque* ».

En 2009, un nouveau programme n° 204 « Prévention et sécurité sanitaire » a introduit un objectif n° 4, désormais ciblé sur une pathologie, « *Réduire la mortalité évitable attribuée au cancer* ».

En 2011 et 2012, le programme n° 204, désormais élargi à tout le domaine « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins », rattache l'action antitabac à un objectif n° 2 consacré à « *améliorer l'état de santé de la population et réduire les inégalités territoriales* ». Dans le même temps un document de politique transversale a été établi, conformément à une recommandation de la Cour, pour rendre compte des diverses actions ministérielles relevant de la « *Lutte contre les drogues et les toxicomanies* » ; le tabac n'y est évoqué que sous l'angle des interventions visant à « *appliquer la loi et lutter contre le trafic* ».

La difficulté à définir un indicateur qui soit représentatif des résultats des actions conduites a par ailleurs conduit à y renoncer.

Indicateurs sur le tabagisme dans les programmes annuels de performances

En 2006 et 2007, un jeu d'indicateurs « pourcentage de la prévalence du tabagisme dans la population (par sexe ; pour les jeunes) », distinguait la population générale, les femmes et les jeunes de 15/25 ans. Après avoir tenté de les nourrir annuellement selon une enquête probabiliste réalisée sur un échantillon réduit, il était constaté que les données du baromètre institut national de prévention et d'éducation à la santé étaient disponibles « au mieux tous les trois ans » et qu'une réflexion était en cours « pour construire néanmoins un indicateur annuel dans le cadre de la préparation du contrat d'objectif et de moyens de l'INPES ».

Si l'année suivante, les résultats du baromètre 2008 conduisaient à ne pas observer « d'évolution significative de la prévalence tabagique depuis 2003 », dès 2009, il était à nouveau reconnu que seules des « estimations » pouvaient être tirées du baromètre de l'année précédente.

Ce premier jeu d'indicateurs de prévalence a donc été abandonné en 2010 au bénéfice d'un indicateur « Prévalence du tabagisme quotidien chez les jeunes » se fondant désormais sur l'enquête ESCAPAD (cf. infra), bien qu'« à ce jour, seules des prévisions » étaient disponibles pour 2009 et 2010 et que la prochaine enquête n'était prévue qu'en 2011.

Bien qu'il ait été réaffirmé à l'appui du projet de loi de finances pour 2011 que ce nouvel indicateur « se justifiait néanmoins par la taille de l'échantillon et l'étendue géographique couverte », il a été abandonné lors du projet de loi de finances pour 2012, un seul indicateur « Consommation annuelle d'alcool par habitant de plus de 15 ans » rendant désormais compte de la lutte contre les produits addictifs.

L'indicateur « Taux de reconnaissance des campagnes de prévention », éphémèrement introduit en 2007 et qui concernaient l'alcool comme le tabac, n'ayant pas davantage été reconduit, plus aucun indicateur ne témoigne de la lutte anti-tabagique dans le dispositif de mesure de la performance du budget de l'Etat.

L'institut national de prévention et d'éducation à la santé mène cependant depuis plusieurs mois une étude méthodologique pour mettre en place un suivi plus fréquent de la prévalence tabagique sur l'ensemble de la population 15-75 ans.

Le ministère de la santé estime que, malgré l'existence d'un marché parallèle, un indicateur annuel des ventes dans le réseau que la direction générale des douanes et des droits indirects suit mensuellement, aurait le mérite, s'il était combiné avec les indices périodiques de prévalence chez les adultes et chez les jeunes de 17 ans, « *de fournir des tendances évolutives fiables* » sur l'effet de la politique de prévention de la principale cause de morbidité évitable.

A la différence de la loi de finances, la loi de financement de la sécurité sociale comporte, à l'appui de son programme de qualité et d'efficience « Maladie », et parmi les indicateurs « prévalence des pratiques addictives », deux sous-indicateurs relatifs au tabac : la prévalence du tabagisme quotidien des 15-75 ans issu du *Baromètre santé* et le prix du paquet de 20 cigarettes le plus bas au 31 décembre.

III - Une déclinaison régionale tardive et limitée

La mise en place des agences régionales de santé (ARS) a visé une meilleure mise en œuvre régionale des politiques de prévention, en association avec l'ensemble des acteurs concernés. Le plan stratégique régional de santé ainsi que les différents schémas régionaux, dont le schéma régional de prévention, constituent désormais le projet régional de santé. Ce projet doit notamment tenir compte « *de la situation géographique, de l'état de santé de la population et des données sur les risques sanitaires, des inégalités sociales et territoriales de santé* » et

prendre en compte la santé en milieu scolaire, la santé au travail et la protection maternelle et infantile, ainsi que les acteurs locaux au premier rang desquels les collectivités locales.

L'attention aux « *déterminants de santé* »[82] recommandée dans les différentes instructions méthodologiques adressées aux ARS[83] comme les références faites aux divers plans nationaux de santé publique ne visent cependant pas précisément la lutte contre le tabagisme. Celle-ci n'est pas davantage mentionnée dans les cinq domaines qui doivent structurer les plans stratégiques de santé[84].

La première synthèse faite de ces plans en juillet 2011 met plutôt en évidence la présence, dans plusieurs d'entre eux, d'objectifs populationnels en lien avec la santé des personnes en situation précaire. C'est au regard de ce contexte qu'il est parfois fait état des risques addictifs (tabac, alcool, drogues, etc.) que, par exemple, celui de Basse-Normandie retient comme l'une de ses priorités.

Une première analyse de 14 schémas régionaux de prévention réalisée par la direction générale de la santé[85] au cours du premier semestre 2012 fait apparaître que seuls quatre d'entre eux visent la lutte contre le tabagisme :

- l'Aquitaine, qui mentionne la lutte contre le tabagisme des jeunes (la prévalence régionale de 32 % chez les jeunes de 17 ans, est supérieure à la moyenne nationale) ;
- la Franche-Comté, qui a retenu dans son objectif n° 1 « Optimiser la prise en charge des addictions » ;
- la région Provence-Alpes-Côte d'azur qui, dans un volet « Prévenir les maladies chroniques », se fixe pour objectif de « *réduire en 5 ans d'au moins 25 % la prévalence du tabagisme quotidien et en particulier réduire la prévalence du tabagisme chez les femmes entre 45 et 64 ans* » ;

---

[82] Les « *déterminants personnels* » incluent les « *habitudes de vie ayant un rapport avec la santé (alimentation, tabac, alcool, activité physique…)* ».

[83] *Eléments méthodologiques pour l'élaboration des* projets régionaux de santé septembre 2010, *Guide méthodologique pour l'élaboration des plans stratégiques régioaux de santé*, octobre 2010, *Guide méthodologique pour l'élaboration du schéma régional de prévention*, novembre 2010.

[84] Handicap et vieillissement ; risques sanitaires ; périnatalité et petite enfance ; maladies chroniques (hors vieillissement) ; santé mentale (incluant la souffrance psychique, la question des addictions et la santé des jeunes).

[85] Source : schémas régionaux de prévention des différentes régions.

– la Bourgogne qui se donne un sous-objectif « *Concourir à la diminution de la prévalence de l'usage nocif et de la dépendance à l'alcool, au tabac et aux substances illicites* ».

Si l'Ile-de-France mentionne le tabac dans le thème « *Développer la prévention des addictions* », son schéma régional de prévention ne détaille pas les actions spécifiquement envisagées.

Au-delà de ce démarrage encore hésitant, le rôle des ARS dans le domaine de la prévention devra se développer dans les prochaines années, qu'il s'agisse de mettre en œuvre les divers plans nationaux de santé publique ou d'assurer un appui méthodologique aux initiatives des différents acteurs (établissements de santé, médecine de ville, protection maternelle et infantile, services interentreprises de santé au travail, santé scolaire notamment).

Il serait en particulier souhaitable de prévoir la participation des services concernés de l'éducation nationale à l'élaboration du schéma régional d'éducation pour la santé et du plan régional de santé. De même, l'inscription d'actions de lutte contre le tabagisme devrait d'être prévue dans les plans régionaux de santé au travail.

En matière d'offre de soins, il conviendrait d'assurer une prise en charge coordonnée des actions de soutien au sevrage, sur la base de protocoles de coopération entre professionnels validés au plan national, et un suivi mieux identifié des actions et des crédits consacrés au tabac au sein des activités hospitalières d'addictologie.

Au-delà, l'efficacité de la politique publique de lutte contre le tabagisme sera largement tributaire de la mobilisation effective des ARS pour la mettre en œuvre au plan territorial, en particulier en matière de prise en charge coordonnée d'actions de soutien au sevrage, sur la base de protocoles de coopération entre professionnels validés au plan national,

Les ARS peuvent à cet égard s'appuyer notamment sur la commission de coordination de la prévention et celle chargée des prises en charge et accompagnements médico-sociaux et tirer parti des contrats locaux de santé, conclus avec les collectivités territoriales. Elles peuvent également avoir recours aux missions d'expertise de l'INPES.

IV - Des crédits de lutte contre le tabagisme modestes

La part des financements publics consacrés à la lutte contre le tabagisme est difficile à mesurer de manière précise. Cette difficulté qui existe pour l'ensemble des actions de prévention[86], est aggravée en matière de tabagisme par la multiplicité des acteurs : directions d'administration centrale (direction générale de la santé, direction générale des douanes et des droits indirects), agences sanitaires (institut national du cancer, institut national de prévention et d'éducation pour la santé, institut national de veille sanitaire), CNAMTS, ARS, associations subventionnées etc....

En outre, il n'est désormais plus possible d'individualiser les crédits de l'Etat consacrés au tabac parmi ceux consacrés aux « *pratiques addictives à risques (dont tabac et alcool)* » dans le programme n° 204 de la mission Santé[87]. Cette identification n'est pas davantage possible dans le financement des structures médico-sociales spécialisées en addictologie[88] qui représentait en 2011 un montant total de près de 318 M€[89].La mission interministérielle de lutte contre la drogue et les toxicomanies n'est pas non plus en mesure d'isoler les actions spécifiquement liées à la lutte contre le tabagisme dans son budget.

Lorsqu'elles sont financièrement identifiables, ces actions ont souvent subi une érosion financière au cours des années récentes.

L'institut national de prévention et d'éducation à la santé fournit l'essentiel des efforts financiers en matière de prévention en finançant des campagnes de communication ainsi que des appels à projets par région. En 2011 ses crédits consacrés à la lutte contre le tabagisme s'élevaient à 8,4 M€ (dont 5,8 M€ consacrés aux dépenses de communication), soit un budget inférieur de plus de 44 % à celui mis en œuvre en 2003 ; trois équivalent temps plein se consacrent spécifiquement au tabac. La direction générale de la santé rappelle que les seules actions de

---

[86] Cour des comptes, *La prévention sanitaire*, communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, octobre 2011.

[87] L'action n° 14 « *Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades* » représente 9,05 % des crédits de ce programme, soit 66,845 M€.

[88] Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD), communautés thérapeutiques.

[89] *L'ONDAM médico-social spécifique*, commission des affaires sociales, projet de loi de finances pour 2012.

communication de la sécurité routière bénéficient d'un budget estimé à 55 M€ par an.

L'institut national du cancer a consacré au tabac 0,7 M€ en 2011, soit 18 % de moins qu'en 2006. Sur la période 2006-2011 il a consacré un budget de 4,78 M€ à des actions directement liées au tabac, dont 57 % correspondaient à des projets en santé publique, 25 % à des projets de recherche et 18 % à des contributions au secrétariat de la convention cadre de l'OMS. Depuis fin 2007, un chargé de projet est spécifiquement dédié à la coordination des actions tabac-cancer (0,8 ETP).

L'institut national de veille sanitaire indique qu'une quantification rigoureuse de son activité dédiée aux conséquences sanitaires de la consommation du tabac est extrêmement difficile car l'institut n'a pas de programme spécifique sur ce thème précis mais assure dans le cadre de plusieurs programmes (cancer, respiratoire, cardio-vasculaire) le suivi des indicateurs de mortalité et de morbidité. Une première estimation – sous estimant probablement l'importance de son activité en ce domaine - fait état de 1,08 ETP annuel et d'un montant annuel moyen dédié à la surveillance des principales pathologies liées à la consommation de tabac de 100 265 euros entre 2010 et 2012.

La direction générale de la santé gère pour sa part le programme n° 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins », verse des subventions aux associations nationales[90], participe au financement de l'INPES, lance des appels à projets nationaux. Aucun agent du bureau des pratiques addictives ne travaille à temps plein sur la problématique du tabac. En 2011, le budget consacré à la lutte contre le tabagisme par la DGS, hors subvention à l'institut national de prévention et d'éducation à la santé, s'est élevé à 1,3 M€, soit une diminution de près de 28 % par rapport à 2007.

Les projets régionaux de santé mis en place par les ARS disposent d'une enveloppe d'un montant total de 182,4 M€ (action 18) sans qu'une individualisation des crédits consacrés au tabac soit possible[91]. La direction générale de la santé estime le montant consacré à la lutte contre le tabagisme à près de 20 M€, ce qui peut sembler optimiste au vu des références peu précises faites à cette action dans les différents dispositifs régionaux.

---

[90] Les principales associations luttant contre le tabagisme disposent quant à elles d'un budget annuel cumulé en 2011 d'environ 2 M€, hors charges de personnel.
[91] Programme annuel de performances 2012 de la mission « Santé ».

Les dépenses du Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS)[92] au titre du remboursement des substituts nicotiniques se sont élevées selon la CNAMTS à 13,8 M€ en 2011

Si les crédits liés au tabac dans le plan cancer 2003-2007 n'étaient pas individualisables[93], leur part prévisionnelle dans le plan 2009-2013 pour l'ensemble de la période (mesure 10) est de 221 M€, dont plus des trois quarts supportés par l'assurance maladie au travers du Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires[94]. Au 14 juin 2012, moins d'un tiers du budget de la période avait été exécuté.

La politique de lutte contre le tabagisme s'inscrit ainsi dans une équation financière pour le moins paradoxale :

- des dépenses de prévention du tabagisme relativement faibles et ne dépassant pas, au vu des indications ci-dessus, la centaine de millions par an[95], l'administration et les opérateurs concernés n'étant d'ailleurs pas en mesure, dans la plupart des cas, d'identifier précisément les moyens alloués à cette action de santé publique ;

- des aides publiques importantes consenties au bénéfice des professions touchées par la réduction recherchée du volume de la consommation de tabac, tabaculteurs (10 M€ pour la période 2011-2013) et surtout débitants (plus de 300 M€ en moyenne par an, toutes aides comprises, entre 2004 et 2011) ;

- un montant de recettes fiscales atteignant 15 Md€ qui contribue désormais fortement au financement de l'assurance maladie et plus généralement de la sécurité sociale ;

---

[92] Le FNPEIS est un fonds sans personnalité morale créé au sein de la CNAMTS en 1989 afin de «*financer toute action de prévention, d'éducation et d'information sanitaires propre à améliorer l'état de santé de la population ».*

[93] Cour des comptes, *La mise en œuvre du plan cancer*, rapport public thématique, juin 2008.

[94] 171,4 M€ (PLFSS) sur la période 2009-2013, dont seuls 26,9 % ont été consommés, en raison notamment du retard pris dans l'extension du forfait de prise en charge aux bénéficiaires de la couverture maladie universelle. Les modalités de cette extension sont étudiées par un groupe de travail de la haute autorité de santé sur l'« aide à l'arrêt de l'usage du tabac » qui devait rendre ses conclusions en décembre 2012.

[95] En faisant masse des dépenses proprement administratives (ministère de la santé - 1,3 M€ -, MILDT), des actions menées par les opérateurs (INPES - 8,4 M€ -, INCa - 4,8 M€), services téléphoniques et associations (environ 2 M€) et des coûts de prise en charge (consultations libérales ou hospitalières ; forfaits pour cures de sevrage - 13,8 M€).

- des économies potentielles considérables qui résulteraient à terme pour la solidarité et l'économie nationales de la réduction effective d'une des principales causes de morbidité et de mortalité évitables.

L'Etat combine donc dans ses décisions des intérêts en partie conflictuels où l'impératif sanitaire ne rejoint pas nécessairement la préoccupation d'optimisation fiscale et où le bénéfice budgétaire à court terme ne prend pas nécessairement en compte, même d'un point de vue purement financier, les intérêts de long terme.

V - Un effort de recherche dispersé et insuffisant

Les faiblesses constatées en termes de recherche sur le tabac en France portent aussi bien sur l'épidémiologie du tabagisme et ses conséquences sanitaires que sur les données médico-économiques, les stratégies de prévention, ou encore les aspects liés aux sciences sociales ou à l'économie du secteur. En témoigne une faible visibilité internationale, avec seulement 15 publications françaises apparaissant dans la base de données *Pub Med* pour la période 2009-2010 (sur un total de près de 8 800 articles pour la même période).

Les chercheurs français travaillant sur le sujet sont isolés et manquent d'un programme de référence définissant des priorités pluriannuelles en vue de mieux comprendre les spécificités du tabagisme en France, évaluer les actions entreprises et fournir des outils d'aide à la décision. Cette situation contraste avec ce qui a été mis en œuvre, par exemple, au Royaume-Uni, au Québec ou aux Etats-Unis.

Recherche sur le tabac : quelques exemples étrangers

Au Royaume-Uni, le UK Centre for Tobacco Control Studies, créé en juin 2008, regroupe sept équipes universitaires, coordonnées par l'université de Nottingham, qui ont toutes une expertise poussée dans la recherche sur le tabagisme, dans des disciplines variées et complémentaires, allant de l'épidémiologie à l'économie de la santé, en passant par l'évaluation des politiques de santé et les sciences sociales. Ce réseau a disposé à son origine d'un budget de 5 M£ pour 5 ans, alloué par le ministère de la santé, auxquels s'ajoutent d'autres fonds nationaux et internationaux. Une partie des projets de recherche répond à des demandes issues de l'unité chargée du tabac au département de la santé en vue d'éclairer les décideurs. Ainsi, le dernier projet financé vise-t-il à étudier l'impact potentiel de l'introduction du paquet neutre au Royaume Uni. La pérennité des financements et leur masse critique ont permis la montée en puissance

d'équipes stables, à même d'acquérir une expertise, et de s'entourer de doctorants et de post-doctorants.

De même, on peut citer la collaboration entre l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et les universités de Montréal ou de Québec, ou, aux Etats-Unis, le rôle d'équipes universitaires spécialisées96 travaillant en lien étroit avec l'unité dédiée au tabac au Centre for Diseases Control, au sein du centre national de lutte contre les maladies transmissibles97. Ces équipes ont en commun de mettre en œuvre des activités de recherche opérationnelle, de surveillance et d'évaluation, et des activités de formation, et de répondre à des appels à projets émanant des pouvoirs publics tout en développant leur propres axes d'expertise.

Le développement d'une politique de recherche sur le tabagisme en France souffre, plus généralement, du contexte qui caractérise la recherche en santé publique, avec des modes de financement qui ne sont guère propices à une sécurisation de projets à long terme et à la mobilisation de doctorants et post-doctorants. Ces obstacles ne peuvent être surmontés que par une volonté politique forte comme en témoignent les précédents en matière de VIH avec la création de l'ANRS[98] en 1992, ou dans le domaine de la maladie d'Alzheimer avec celle d'une Fondation nationale[99]. Dans ces deux cas, a été mis en place un organisme de coordination et de financement travaillant par appels à projets.

Certains thèmes sur le tabagisme ont certes pu s'inscrire dans la recherche sur le cancer qui a bénéficié d'un effort important avec le premier plan cancer et la création de l'Institut national du cancer. La Cour a cependant souligné la difficulté de coordination entre les différentes

[96] Tel que l'Institute for Global Tobacco Control, au sein de l'école de santé publique de Johns Hopkins, http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/institute-for-global-tobacco-control/.

[97] Center for Diseases Control, National Center for Chronic Diseases Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, http://www.cdc.gov/tobacco/ .

[98] Agence nationale de recherches sur le SIDA et les hépatites virales.

[99] Fondation nationale de recherche sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées. Cette fondation s'appuie sur un conseil scientifique international et lance des appels à projets selon les priorités identifiées, en interaction avec les autres sources de financement (ANR, PHRC, INSERM, CNRS, CNSA, universités, programmes européens notamment).

instances concernées (institut national du cancer, agence nationale de la recherche, CNRS, INSERM, etc.), malgré quelques progrès récents[100].

Les acteurs de la lutte contre le tabagisme s'accordent à déplorer la pauvreté de la recherche dans ce domaine en France, alors même qu'il s'agit du principal déterminant en matière de santé. Une mise en réseau plus efficace des initiatives devrait être conçue en cohérence avec l'effort récent de rationalisation de la recherche médicale engagé au sein de l'Alliance pour les sciences de la vie et de la santé (AVIESAN) autour d'instituts thématique multi-organismes (ITMO), dont l'un notamment concerne la santé publique[101].

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La Cour constate que, si la France s'est engagée dans la lutte contre le tabagisme depuis près de quatre décennies, cette politique souffre de discontinuités dans son expression, ainsi que de la dispersion de ses dispositifs, de programmation et d'observation. En outre, la modestie relative des moyens dédiés à la prévention et au sevrage limite les effets de ces politiques. Enfin, l'absence d'une instance de pilotage identifiée et d'un plan de santé publique propre à la lutte contre le tabagisme ne satisfait pas aux engagements pris au titre de la convention cadre de l'OMS.

A la lumière de ces constats, la Cour formule les recommandations suivantes :

8. confier au ministre chargé de la santé le rôle de coordination et de pilotage de l'ensemble des actions publiques en ce domaine et l'animation à cet effet d'un comité interministériel ad hoc ;

9. inscrire la politique de lutte contre le tabagisme dans une nouvelle loi de santé publique sous forme d'un volet spécifique ;

- *fixant de manière réaliste des objectifs quantifiés de réduction par étape de la prévalence en population générale et par groupes-cibles ;*

---

[100] Rapport public thématique *La mise en œuvre du plan cancer*, juin 2008 ; rapport public annuel 2012, T.II, *La lutte contre le cancer : une cohérence et un pilotage largement renforcés,* pp.25 à 38.

[101] Cet ITMO Santé publique couvre trois domaines de recherche, tous pertinents pour le domaine du tabac : le fonctionnement et la gestion du système de santé en matière de prévention, de diagnostic et de prise en charge des pathologies ; les politiques publiques et leur impact direct ou indirect sur la santé ; les politiques de prévention dans des domaines où les risques pour la santé sont étroitement liés à des comportements individuels et collectifs (notamment consommation et dépendance aux drogues et nutrition en lien avec l'obésité).

– *précisant les modalités de mise en œuvre des dispositions de la convention-cadre de l'OMS et de ses directives d'application, et de la future directive européenne en ce domaine ;*

10. décliner la loi sous forme d'un plan de santé publique dédié articulant et programmant les contributions respectives pour atteindre les objectifs fixés des actions en matière de fiscalité et de prix, de réglementation comme de prévention et d'aide à la sortie du tabagisme ;

11. charger la direction générale de la santé de publier annuellement un tableau de bord de référence, regroupant l'ensemble des données tant épidémiologiques qu'économiques ou budgétaires relatives au tabac et des indicateurs de mise en œuvre, de suivi financier et de résultats de la politique de lutte contre le tabagisme ;

12. élaborer un programme pluriannuel interdisciplinaire pour la recherche dans le domaine du tabac et en sécuriser le financement.

Chapitre IV

Des résultats récents décevants

Malgré les lacunes affectant le système d'observation, le rapprochement des diverses informations recueillies sur les ventes des buralistes (I), les achats hors réseau (II) et la prévalence (III) permettent de rendre compte avec une relative certitude des résultats de la politique de lutte contre le tabagisme sur les dix dernières années et confirment leur fléchissement après 2004.

I - Une interruption de la baisse des ventes depuis 2005

Sous réserve des fournitures hors réseau examinées ci-après, les données de vente de produits du tabac permettent de donner une première approche des grandes évolutions de la consommation en France. Selon l'INSEE[102] les achats de cigarettes représentaient 47 Md d'unités en 1960, 87 Md en 1980 et 97 Md en 1991. Ils représentent actuellement 54 Md d'unités, soit une baisse de longue période très significative. Les Français fument aujourd'hui presque exclusivement des cigarettes avec filtre (94 % en 2005, contre seulement 11 % en 1960). Depuis 1985, le nombre de cigarettes brunes est devenu inférieur à celui

[102] « Consommation de tabac, la baisse s'est accentuée depuis 2003 », *INSEE Première*, décembre 2006.

des blondes : aujourd'hui 9 cigarettes sur 10 sont blondes, soit 7 fois plus qu'il y a 25 ans.

Sur la période 2001-2011, on constate encore un fort recul des ventes annuelles de cigarettes, dépassant 35 % :

Tableau n° 13 : Ventes annuelles de tabac en France métropolitaine

	Cigarettes (millions d'unités)	Tabac à rouler (tonnes)	Autres tabacs[103] (tonnes)
2001	83 464	5 600*	-
2002	80 529	5 700*	-
2003	69 648	6 000*	-
2004	54 924	6 970	3 131
2005	54 801	7 009	2 961
2006	55 772	7 168	2 787
2007	54 495	7 095	2 642
2008	53 589	7 400	2 401
2009	54 980	7 257	2 427
2010	54 797	7 598	2 364
2011	54 108	7 976	2 233

Source : observatoire français des drogues et des toxicomanies– Altadis – direction générale des douanes et des droits indirects – Catherine Hill

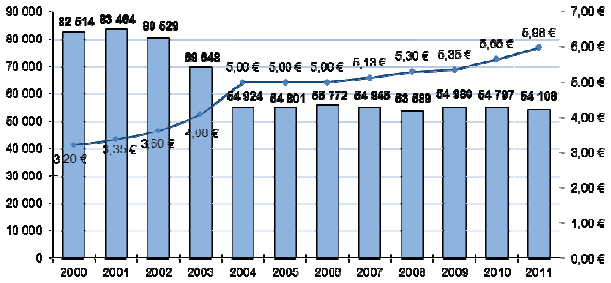
Ce recul global ne doit pas masquer le ralentissement récent de la baisse des ventes de cigarettes depuis 2005. Alors que ces dernières avaient chuté de 31,8 % entre 2002 et 2004, elles n'ont baissé que de 1,5 % entre 2004 et 2011. On observe même une légère augmentation en 2009, alors que les prix n'avaient pas augmenté en 2008. Selon les fabricants de tabac, cette évolution ne reflèterait qu'une baisse parallèle des achats transfrontaliers de l'ordre de 7 %, du fait de la hausse des prix en Espagne et en Belgique ou d'opérations ciblées des douanes françaises. Pour sa part, l'OFDT estime pour la période postérieure à 2004, que *« si les hausses [de prix] avaient été dissuasives, elles auraient entraîné, dans tous les cas, une baisse sensible des ventes de tabac chez les buralistes, soit en incitant les fumeurs à diminuer leur consommation, soit en provoquant une hausse des achats sur le marché parallèle »*.

[103] dont cigares et cigarillos.

Les modes de consommation du tabac continuent en outre à évoluer entre 2004 et 2011, les ventes annuelles de tabac à rouler ayant progressé de 14,43 %. L'OFDT note dans son dernier bilan annuel que « *pour la première fois en 2011 le tabac à rouler dépasse les 12 % de part de marché, grâce à un niveau de vente jamais atteint, proche de 8 000 tonnes* ». Bien que son prix ait beaucoup plus augmenté que celui des cigarettes (+ 62 centimes d'euros, contre + 33 centimes sur le prix moyen de la marque la plus vendue), ce produit est demeuré en effet meilleur marché, ce qui incite une partie des fumeurs à reporter sa consommation sur cette catégorie de tabac.

Tableau n° 14 : Evolution des achats de cigarettes 2000-2010

(en millions d'unités)



Source : Observatoire français des drogues et des toxicomanies

II - Des achats hors réseau des buralistes estimés à 20 % depuis 2004

Les achats de tabac hors du réseau des buralistes français recouvrent des situations différentes, certaines étant licites d'autres non :

– les achats licites concernent les quantités importées par les voyageurs dans la limite des franchises autorisées[104], ainsi que les achats

[104] Il est notable que depuis l'élimination des points de vente en *duty free* à l'intérieur de l'Union Européenne en juillet 1999, le volume de ces achats a fortement diminué.

transfrontaliers respectant les dispositions nationales restreignant la quantité de tabac pouvant être détenue par un particulier[105] ;

– les achats illicites concernent l'approvisionnement par internet, la contrebande transfrontalière et la contrefaçon.

A – Une estimation nécessaire

L'estimation du niveau des achats hors réseau permet tout d'abord de corriger l'évaluation de la consommation de tabac issue des seuls chiffres de vente dans le réseau légal et d'expliquer l'écart constaté entre celles-ci et la quantité de cigarettes que les fumeurs déclarent fumer dans les enquêtes INPES, ESPAD et ESCAPAD.

Ceci conduit le fabricant *Japan Tobacco International* a constater que « *les ventes du réseau des buralistes ne représentent plus la consommation de tabac en France* », et à conclure que « *leur évolution est davantage représentative de celle des prix comparés entre la France et les pays voisins que d'une mesure quelconque de la prévalence* ». Cette conclusion paraît hâtive car le prix n'est qu'un déterminant parmi d'autre des achats transfrontaliers qui dépendent également du pouvoir d'achat, du coût de l'essence, de la situation géographique, de l'efficacité des contrôles publics.

En revanche, il est indubitable que, comme le soulignent tant les fabricants et les débitants que la direction générale des douanes et des droits indirects, la mesure des achats hors réseau constitue un élément important de l'appréciation de l'efficacité des politiques d'augmentation des prix. Dans sa contribution, la *Confédération des buralistes* en souligne ainsi les limites « *tant que toutes les mesures n'ont pas été prises pour éradiquer le marché parallèle* ». De même, sans toutefois en apporter la démonstration quantitative, laquelle supposerait une croissance massive des achats hors réseau, *British American Tobacco* estime que « *demander des hausses de prix toujours plus fortes, sans se soucier des prix pratiqués dans les pays limitrophes, revient en fait à faire baisser le prix moyen des cigarettes consommées en France, et à rendre ce produit attractif pour les jeunes* ». Une mesure fiable des modes d'approvisionnement en tabac et de leur évolution conjoncturelle est de fait indispensable pour évaluer comment la baisse de la consommation constatée dans le réseau se partage entre recours à des achats hors réseau et diminution réelle de la prévalence.

---

[105] Le dispositif actuel résulte de la combinaison des articles 302 D, 575 G et 575 H du code général des impôts.

Enfin, l'estimation des fournitures hors réseau permet d'en évaluer le coût pour l'Etat. Selon l'OFDT[106], l'évasion fiscale s'élevait à 2,38 Md€ en 2005, 2,15 Md€ en 2006 et 2,14 Md€ en 2007 tandis que le rapport Binetruy-Dumont-Lazaro l'estime à 2,7 Md€ en 2011.

Ces chiffres sont à rapprocher de ceux de l'Organisation de lutte anti-fraude (OLAF) qui évaluent les pertes fiscales mondiales à 31 Md$ par an en 2009, dont près de 10 au niveau européen[107]. Les cigarettes manufacturées constituent le produit licite qui fait l'objet de la plus forte contrebande ou contrefaçon, son trafic étant très lucratif avec des risques pénaux bien inférieurs à ceux des drogues.

B – Des évaluations convergentes

Jusqu'en 2003–2004, les achats hors réseau attiraient moins l'attention, le trafic étant moins rentable et le différentiel de prix entre la France et ses voisins moins important. On considère qu'avant cette date, seuls quelques départements transfrontaliers, proches d'Andorre et du Luxembourg, étaient concernés[108]. *JTI* évoque des « *achats hors réseaux marginaux, aux alentours de 5 % des achats avant 2003* », et *BAT* note qu'avant 2003 « *on ne parlait ni de contrebande ni de contrefaçon du tabac* ».

Depuis 2004, l'ensemble des acteurs s'intéresse à quantifier ce phénomène et différentes estimations ont été réalisées par l'INSEE, ou l'observatoire français des drogues et des toxicomanies comme par des industriels du tabac. Les deux tiers du tabac saisi en France ayant pour destination un pays étranger, le marché britannique notamment, les saisies douanières ne peuvent en effet guère servir à estimer le volume de la contrebande. Le ministère du budget a récemment commandé un sondage à l'institut BVA sur les habitudes d'achat des fumeurs adultes et la mission interministérielle de lutte contre les drogues et les toxicomanies une étude à l'observatoire français des drogues et des toxicomanies et à l'Institut national des études de la sécurité et de la justice (INHESJ) sur la consommation issue de la contrebande[109].

---

[106] Ben Lakdhar C., Lermenier A., Nicolas G. et Vaillant N.G, « Estimation des achats transfrontaliers de cigarettes 2004-2007 », *Tendances,* observatoire français des drogues et des toxicomanies, mars 2011.
[107] OLAF, *Annual Report 2010.*
[108] Besson D. « Consommation de tabac, la baisse s'est accentuée depuis 2003 », *INSEE première*, 2006.
[109] Lalam N. et Weinberger D. (INHESJ et Lermenier A. et Martineau H. (OFDT), « L'observation du marché illicite de tabac en France » *Focus OFDT*, mai 2012.

Ces travaux utilisent des méthodologies parfois très différentes dont l'OFDT a comparé les avantages et inconvénients : rapprochement des évolutions de ventes entre départements frontaliers et non-frontaliers (INSEE), analyse de paquets de cigarettes et de tabac à rouler dans un centre de tri de déchets de la région parisienne (OFDT)[110], collecte de paquet vides sur la voie publique et analyse des ventes légales (*Philip Morris*), sondages dans les villes auprès des fumeurs (*Japan Tobacco International* et *British American Tobacco*) L'étude de la direction générale des douanes et des droits indirects combine une enquête téléphonique conduite par BVA, l'exploitation des études de prévalence, l'analyse des disparités de ventes départementales en valeur et en volume et de l'évolution du marché national au sein de l'Union européenne.

Il ressort de l'ensemble de ces travaux des ordres de grandeurs similaires[111], évoqués par le ministre du budget au congrès des buralistes, le 23 septembre 2011[112] :

Tableau n° 15 : Répartition des achats de tabac par mode d'approvisionnement en 2011 (%)

Réseau des buralistes	Achats légaux hors réseau	Achats illégaux hors réseau[113]
entre 77 % et 83 %	entre 12 et 17 %	entre 4,5 et 6 %

Source : direction générale des douanes et des droits indirects 2011

[110] Ben Lakdhar C., « *Achats transfrontaliers de cigarettes 1999-2005* », OFDT, *Tendances*, mai 2006.
[111] Seule la Confédération des buralistes fait état de chiffres plus importants, allant jusqu'à évoquer 50 % d'achats hors réseaux illégaux, mais sans que ces constats soient documentés.
[112] Discours du ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat lors du congrès de la Confédération des buralistes, 23 septembre 2011.
[113] Contrebande, produits contrefaits ou achats sur internet.

Tableau n° 16 : Répartition des modes d'approvisionnement en cigarettes

Données	*Cigarettes*	*Répartition en %*
Consommation totale estimée	69 354 tonnes	100 %
Ventes officielles	54 797 tonnes	79,01 %
Achat hors réseau des buralistes	14 557 tonnes	20,99 %
Dont achat transfrontaliers légaux	*10 710 tonnes*	*15,44 %*
Dont achats illégaux	*3 850 tonnes*	*5,55 %*

Source : direction générale des douanes et des droits indirects 2011 à partir des données INHESJ-OFDT

Ces indications et les études qu'elles résument appellent plusieurs observations :

- les achats dans le réseau des buralistes demeurent la principale source d'approvisionnement en France
- 75 % des achats hors réseau sont licites ;
- les achats illégaux de tabac, qu'il s'agisse de contrebande, de contrefaçon ou d'achats sur Internet représenteraient aujourd'hui 5 % des ventes de tabac, soit 2,7 Md d'unités et 3,8 Md de tonnes ;
- les plus fortes augmentations des prix du tabac se seraient accompagnées d'une croissance des achats transfrontaliers, réputés peu significatifs avant 2003, ce qui souligne l'importance d'une meilleure coordination européenne ou bilatérale des prix et tempère l'analyse en termes de consommation du repli en volume des achats dans le réseau. Selon l'étude économétrique de l'OFDT[114], sur les 25 000 tonnes de ventes en moins enregistrées entre 2002 et 2004, 44 % seraient ainsi dus aux achats transfrontaliers (soit 11 000 tonnes par an) et 56 % attribuables à la baisse de la consommation des fumeurs français ;

[114] Ben Lakdhar C, Lermenier A., Vaillant N.G., « Estimation des achats transfrontaliers de cigarettes 2004-2007 », *Tendances*, observatoire français des drogues et des toxicomanies, mars 2011.

- la hausse des achats transfrontaliers varie fortement selon les zones géographiques, la contrebande et les flux légaux transfrontières pouvant le porter à plus de 30 % de la consommation totale dans les zones limitrophes, notamment le Nord-Est de la France ou les départements proche d'Andorre. Cette disparité aurait pu justifier un ciblage beaucoup plus net des contrats d'avenir sur les seules situations où une baisse de rémunération en valeur était effectivement constatée ;
- le phénomène des achats transfrontaliers serait par ailleurs stable en intensité depuis 2005. Selon l'étude de la direction générale des douanes et des droits indirects, le ratio annuel entre la perte de chiffre d'affaires imputé aux achats transfrontaliers et le chiffre d'affaire global réalisé dans le réseau des buralistes varie peu, et demeure de l'ordre de 8 % ;

S'agissant du tabac à rouler, les achats hors réseau s'élèveraient, selon l'observatoire français des drogues et de la toxicomanie, à 7 376 tonnes en 2010, soit 49 % de la consommation estimée, parmi lesquels il est difficile de déterminer la proportion d'achats transfrontaliers. L'épidémiologiste Catherine Hill note cependant qu' « *il y a peu de données, et qu'elles sont contradictoires* », certaines indiquant que ces achats représenteraient une fraction plus importante que pour les cigarettes[115], d'autres avançant le contraire[116].

Enfin les modes d'approvisionnement illicites hors réseau évoluent : l'achat dans la rue ou par l'intermédiaire de proches est plus récent, et ne concerne que quelques quartiers en France ; celui sur Internet, encore marginal, serait en augmentation.

---

[115] Ben Lakdhar C, Lermenier A., Vaillant N.G., « Estimation des achats transfrontaliers de cigarettes 2004-2007 », *Tendances*, Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), mars 2011; *JTI* en 2009, cité par Hill, C, INCa, 2012.

[116] *British American Tobacco* en 2012, cité par Hill. C.

Tableau n° 17 : Estimation des achats de tabacs par mode d'achat (en 2011)

Type	Mode d'achat	Méthode 1	Méthode 2
Achats illégaux hors réseau	Internet		0,10 %
	Voie publique		1,00 %
	Entourage		0,80 %
	Revendeurs illicites	0,75 %	1,00 %
	Transfrontalier illicite	1,86 %	3.00 %
Sous total achats illégaux hors réseau			**5,90 %**
Achats légaux hors réseau	*Duty free*		1.40 %
	Achat dans des pays non-limitrophes et sous le seuil de franchise	0,75 %	0,70 %
	Revendeurs licites (réintégrés avec les ventes dans le réseau)	0,75%	0,50 %
	Transfrontalier licite	13,80 %	15 %
Sous-total achats légaux hors réseau		**15,90 %**	**17,10 %**
Sous-total achat hors réseau		**20,41 %**	**23 %**
Achats dans le réseau		**79,59 %**	**77 %**
Total		100 %	100 %

Source : direction générale des douanes et des droits indirects

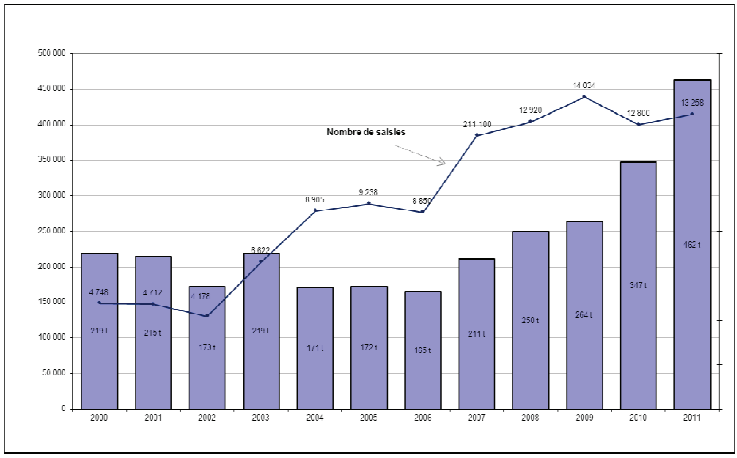
C – Une lutte contre les achats hors réseau à amplifier

1 – La lutte contre la fraude et la contrebande

Un plan de renforcement de la lutte contre la contrebande a été annoncé en septembre 2011 par le ministre du budget. Sa présentation mettait l'accent sur la progression constante des résultats des contrôles douaniers au cours des cinq dernières années et encore en 2011.

En 2011, les services douaniers ont procédé à la constatation de plus de 13 000 infractions en matière de cigarettes et de tabac. Elles ont abouti à la saisie de 462 tonnes de tabac ce qui représente une valeur de 109 M€ (en 2010, les saisies s'étaient élevées à 346,7 tonnes, pour une valeur de 81 M€). Parmi ces saisies, les produits du tabac contrefaits représentaient 0,32 tonne[117].

Tableau n° 18 : Nombre et tonnage des saisies de cigarettes



Source : direction générale des douanes et des droits indirects

L'action de la douane s'est par ailleurs fortement orientée vers la lutte contre les grandes organisations de fraude. Selon la direction générale des douanes et des droits indirects, une part croissante du trafic, pouvant désormais être supérieure à la moitié, est contrôlée par le grand banditisme. 66 affaires portent sur des saisies supérieures à 1 tonne et représentent plus de 366 tonnes (80 %). 104 enquêtes de contrebande ont

[117] La direction générale des douanes et des droits indirects souligne cependant qu'un rapport entre cigarettes contrefaites et cigarettes saisies ne rendrait qu'imparfaitement compte de l'ampleur du phénomène de contrefaçon, car la procédure relative aux contrefaçons est assez lente, le délit douanier de contrefaçon n'étant établi qu'après que le titulaire de droits se soit prononcé sur le caractère contrefaisant des marchandises.

été diligentées par le Service national de douane judiciaire. es résultats impliquent une intense coopération internationale[118], administrative et judiciaire, notamment à travers l'Organisation mondiale des douanes (OMD) et l'OLAF.

La lutte contre les achats par Internet repose sur un service créé en 2009 et dédié à la lutte contre la cyber délinquance. Composée de 15 agents, la cellule « Cyberdouane » identifie les sites de commerce et les services du contrôle du fret express ou postal pour l'interception des livraisons.

Des équipes communes douane-police ont été constituées pour lutter contre la vente à la sauvette de cigarettes, en particulier en région parisienne et à Marseille.

Outre la fixation en hausse d'objectifs de contrôle, le plan comporte des initiatives nouvelles :

- déploiement de lecteurs automatisés de plaque d'immatriculation ;
- optimisation de la traçabilité des paquets de cigarettes ;
- création d'un programme d'analyse de laboratoire des produits saisis.

Le rapport Binetruy-Dumont-Lazaro a formulé par ailleurs plusieurs recommandations visant à renforcer la lutte contre les flux illicites, qui n'ont pas été suivies d'effet, notamment :

- conduire une campagne nationale d'information sur les dangers de la contrefaçon à mener en liaison avec les fabricants et buralistes ;
- habiliter la justice à désactiver un site suspect le temps d'une enquête et à saisir les noms de domaines des sites illégaux ;
- encourager les buralistes ou leurs organismes professionnels à se porter partie civile contre les acteurs des trafics illicites.

En harmonie avec les dispositions du protocole international contre le commerce illicite adopté en novembre 2012 à la conférence des parties de la convention-cadre de l'OMS réunie à Séoul, le projet de loi de finances rectificative adopté au conseil des ministres du 14 novembre 2012 prévoit « *la mise en place d'une traçabilité des produits du tabac, permettant de mieux lutter contre les réseaux de contrefaçon et de contrebande* » et que « *les moyens des douanes seront renforcés sur Internet, en organisant la réalisation d'opérations sous identité cachée* ».

---

[118] 35 conventions bilatérales ont été signées avec les douanes étrangères afin de favoriser les échanges de renseignements.

2 – Un contrôle des acquisitions communautaires fragilisé juridiquement

Selon les articles 302 D. 575 G et 575 H du code général des impôts, nul ne peut détenir dans des entrepôts, des locaux commerciaux et à bord de moyens de transport plus de deux kilogrammes de tabacs manufacturés. En outre, ceux-ci ne peuvent circuler après leur vente au détail par quantité de plus d'un kilo sans un document d'accompagnement. Si ces deux règles sont censées s'appliquer sur tout le territoire, leur contrôle se concentre en pratique sur les passagers des véhicules passant les frontières.

Dès 2006, ce régime a été mis en cause par la Commission européenne puis a fait l'objet d'un avis motivé (2009) suivi d'une requête en date du 5 mai 2011 comme contraire aux règles de la directive 92/12/CEE et à la libre circulation au sein du marché unique[119].

Les autorités françaises avaient, le 15 juillet 2010, admis pour partie la validité de cette critique européenne et fait part des modifications envisagées de la réglementation. Les amendements introduits à cet effet dans le projet de loi de finances rectificatives pour 2010 ayant cependant été rejetés par le Sénat et l'Assemblée nationale les 17 et 21 décembre 2010, le mémoire en défense adressé à la Cour de justice européenne le 27 juillet 2011 soutient désormais « *que le dispositif actuel est tout à fait conforme* » au droit européen et se justifie par la poursuite de « *l'objectif de protection de la santé et de la vie des personnes* » sans s'écarter du principe de proportionnalité.

La Commission dans son mémoire en réplique du 12 octobre 2011 observe toutefois « *que la République française défend une position très différente de celle qu'elle a défendue au cours de la procédure administrative* » et que « *les débats parlementaires ont essentiellement porté sur la protection des intérêts économique des buralistes et non pas sur la protection de la santé* » ainsi invoquée.

Pour sa part, le rapport Binetruy-Dumont-Lazaro estime qu' « *outre l'intérêt fiscal pour l'Etat, et la préservation du rôle social et de régulation du réseau des buralistes, la suppression de ces limites aurait un effet psychologique désastreux, envoyant le signal d'une incitation publique à l'approvisionnement en tabac dans les circuits parallèle et un message en contradiction frontale avec toute la politique de lutte contre*

---

[119] Notamment « *en utilisant un critère purement quantitatif pour l'appréciation du caractère commercial de la détention par des particuliers de tabac manufacturés en provenance d'un autre Etat membre, en appliquant ce critère par véhicule individuel (et non par personne), et de manière globale pour l'ensemble des produits de tabac* ».

le tabagisme ». Aussi fait-il du maintien des dispositions existantes l'une de ses recommandations.

L'ensemble des administrations et des parties prenantes consultées lors de cette évaluation se prononce, de ce fait, pour une disposition communautaire spécifique qui, prenant en compte la dangerosité particulière du tabac en dépit de son caractère de produit légal, introduise une exception à la libre circulation pouvant justifier un strict encadrement quantitatif des importations privées légales. Ce consensus est d'autant plus remarquable que l'ensemble des fabricants s'y sont associés lors de leur audition. Une telle dérogation au droit européen de la libre circulation supposerait cependant un accord communautaire dont rien ne permet de penser qu'il soit aisé à obtenir.

3 – Des sanctions fiscales et pénales difficilement applicables

Les infractions applicables en matière de tabacs manufacturés peuvent être sanctionnées sur le fondement du code général des impôts ou du code des douanes. Ainsi, l'article 1791 du code général des impôts indique que toute manœuvre ayant pour but ou pour résultat de frauder ou de compromettre les droits et taxes peut faire l'objet d'une amende de 15 à 750 euros, d'une pénalité de une à cinq fois le montant des droits fraudés, outre l'amende et la confiscation des marchandises. Des sanctions sont aussi prévues dans le code des douanes. Le défaut de justification d'origine pour les marchandises soumises à justificatif[120] constitue un délit douanier de 1ère classe (article 414), passible d'un emprisonnement maximum de trois ans, de la confiscation de l'objet de la fraude, et de la confiscation des moyens de transports. Le blanchiment concernant des fonds provenant de contrebande de tabac constitue un délit douanier de 2ème classe, puni d'un emprisonnement de deux à dix ans.

Ces sanctions doivent être rapprochées du caractère très rémunérateur du trafic de cigarettes : un conteneur de 10 tonnes (soit 500 000 paquets de cigarettes transportées) de la marque de cigarette la plus vendue en France revendu à la moitié du prix légal permet un gain net d'environ 1,5 M€.

Selon la direction générale des douanes et des droits indirects, le régime de sanction en France est plus sévère et plus complet que celui qui

[120] Aux termes de l'article 215 du code des douanes il est nécessaire pour détenir et transporter du tabac de produire des justifications attestant que ces marchandises ont été régulièrement importées, sinon la marchandise est réputée importée en contrebande, selon l'article 419 du code des douanes.

existe dans de nombreux autres pays de l'Union européenne. Cependant l'application de ces sanctions se heurte à des difficultés. Tout d'abord, la France étant un pays de transit des cigarettes de contrebande, la loi française peut difficilement atteindre les organisateurs de trafic non domiciliés en France et relevant du droit de pays expéditeurs (Chine, Pakistan, Emirats Arabes Unis, Russie, Pologne, Lituanie, Ukraine) où les sanctions en la matière sont soit inexistantes, soit appliquées de manière variable.

Par ailleurs, en cas de saisie, la sanction infligée est proportionnée à la quantité de cigarettes saisies. Le trafic de cigarettes étant en France davantage organisé par la voie terrestre, par avion ou par fret postal que par conteneurs dédouanés, les saisies sont, sauf exception, peu importantes quantitativement et la sanction maximum prévue dans le code des douanes trouve donc rarement à s'appliquer.

Le maintien d'un réseau légal de distribution tel que celui des buralistes constitue une aide appréciable aux pouvoirs publics dans le cadre de la lutte contre la contrebande et la contrefaçon de tabac. A cet égard, une application plus stricte et plus cohérente du dispositif de sanction du trafic organisé de cigarettes devrait être recherchée notamment à travers un renforcement de des modalités de coopération bilatérale ou multilatérale des services concernés avec leurs homologues étrangers.

III - Une remontée récente de la prévalence tabagique quotidienne

Sur le long terme, le *Baromètre santé* note que parmi les hommes âgés de 18 à 75 ans, la prévalence du tabagisme a été presque divisée par deux en trente ans, passant de près de 60 % au milieu des années 70 à 38 % aujourd'hui. Pour les femmes, une légère hausse jusqu'au début des années 1990 paraît avoir été suivie par une baisse tendancielle après la loi Evin.

Alors que la loi de santé publique de 2004 comme le plan cancer 2003-2007 assignaient des objectifs ambitieux de baisse de la prévalence notamment chez les jeunes et dans les groupes les plus touchés, on observe des évolutions contrastées sur les dix dernières années et un regain inquiétant du tabagisme depuis 2005.

A – Des résultats contrastés en termes de prévalence au cours des dix dernières années

Les évolutions de la prévalence tabagique au cours des dix dernières années font apparaître deux phases avec des ruptures de tendances : une amélioration des résultats entre 2000 et 2005, puis une augmentation du tabagisme entre 2005 et 2010. Le taux de prévalence du tabagisme en 2010 n'était pas sensiblement inférieur à celui mesuré dix ans auparavant, ainsi que le montre le tableau ci-dessous.

Tableau n° 19 : ***Prévalence du tabagisme pour les fumeurs réguliers entre 2000 et 2010 parmi les 15-75 ans***

		2000	2005	2010
Fumeurs réguliers	Hommes	33,3 %	31,3 %	**32,4 %**
	Femmes	26,8 %	22,9 %	**26 %**
	Total	30 %	27 %	**29,1 %**
Fumeurs actuels		**34,7 %**	**31,4%**	**33,7 %**

Source : INPES, Baromètre santé 2010*, à paraître. Le* Baromètre santé *distingue les fumeurs réguliers (au moins une cigarette par jour) et les fumeurs actuels, qui fument du tabac même seulement occasionnellement.*

Entre 2000 et 2005, la diminution de 10 % (3 points) de la prévalence du tabagisme qui est observée s'explique notamment par des évolutions favorables chez les adolescents et les femmes :

- chez les 15-75 ans, la prévalence a reculé de 4 points entre 2000 et 2003, mais a repris un point en 2005 ;
- elle a notablement diminué pour les jeunes femmes de 12-15 ans (de 18,1 % à 10,9 %), et dans une moindre mesure pour les 16-25 ans (de 44,2 % à 38,0 %) et les 26-35 ans (de 42,3 % à 36,2 %), mais n'a pas fléchi notablement pour les femmes les plus âgées ;
- parmi les hommes, elle a fortement diminué pour les 12-15 ans (de 10,9 % à 6,5 %). Le tabagisme recule également entre 16 et 45 ans, mais avec une moindre amplitude que chez les femmes, puis stagne après 45 ans.

A l'inverse, on observe entre 2005 et 2010 une remontée de la prévalence tabagique dans de nombreuses catégories de la population. Le *Baromètre santé* constate qu'à l'opposé de l'objectif de la loi de santé

publique de 2004[121], la demi-décennie 2005-2010 enregistre « la première hausse véritablement significative du tabagisme depuis la loi Evin ».

Sur l'ensemble des 15-75 ans[122], le taux de prévalence des fumeurs quotidiens passe de 27,0 % à 29,1 %, et de 31,4 % à 33,7 % en prenant en compte les fumeurs occasionnels, c'est-à-dire ceux qui fument moins d'une cigarette par jour. En 2010, 37,4 % des hommes et 30,2 % des femmes fument.

Un mode d'usage du tabac relativement stable

Selon les données du *Baromètre santé*, 87,7 % des fumeurs en 2005[123] fumaient des cigarettes manufacturées (88,8 % parmi les fumeurs réguliers, 82,8 parmi les fumeurs occasionnels) et 22,7 % du tabac à rouler (24,3 % parmi les fumeurs réguliers et 14,7 % parmi les fumeurs occasionnels). En revanche, seul un fumeur sur deux consommait des cigarillos ou des cigares, l'usage de la pipe est encore plus rare (2,5 %) et la consommation de tabac à chiquer très marginale (0,2 %). Comparé à 2000, l'usage du tabac à rouler était en hausse (de 17,4 % à 22,7 % des fumeurs)[124], tandis que l'usage de la pipe restait stable. Quant à la proportion de fumeurs de cigarettes manufacturées, elle fléchit légèrement (de 90,6 % des fumeurs à 87,8 %). Au final, les cigarettes manufacturées restaient de loin le produit le plus consommé.

Sur la période 2005-2010, l'évolution de la prévalence tabagique se révèle assez différenciée selon l'âge. Elle est concentrée sur les hommes âgés de 26 à 34 ans, et elle est particulièrement forte pour les femmes âgées de 45 à 64 ans (augmentation de 7 points sur cette tranche d'âge). Selon le *Baromètre santé*, cette dernière hausse est liée à un « effet génération », car cette population de femmes, qui se distinguait déjà de la précédente par un tabagisme plus important n'est pas sortie du tabagisme. Il est en outre probable qu'un certain nombre de femmes de

[121] Dans son évaluation d'avril 2010, le Haut conseil de santé publique constate que la diminution de la prévalence observée en début de période est antérieure à la loi et que l'objectif n'est pas atteint pour les catégories sociales les plus à risque.

[122] Et non plus des 12-75 ans comme pour le précédent baromètre.

[123] Les données complètes du *Baromètre santé 2010* ne seront disponibles que début 2013. Les premières données disponibles indiquent qu'en 2010, 88,5 % des fumeurs fumaient des cigarettes manufacturées et 24,3 % du tabac à rouler, soit des proportions qui ne sont pas significativement différentes par rapport à 2005.

[124] Les ventes de tabac à rouler ont cependant régressé en 2008-2009 (-2 %), sans doute en lien avec les augmentations de janvier et de novembre 2009 qui ont renchéri son prix moyen de près de 60 centimes.

cette génération sont passées d'un tabagisme occasionnel à un tabagisme quotidien entre 2005 et 2010.

Le *Baromètre santé* fournit aussi des informations sur la quantité de cigarettes fumées par les fumeurs réguliers.

Tableau n° 20 : Nombre de cigarettes fumées quotidiennement par les fumeurs réguliers

		2000	2005	2010
Fumeurs réguliers	Hommes	-	16,3	**14,8**
	Femmes	-	13,5	**12,3**
	Total	**14**	**15,1**	**13,6**

Source : INPES Baromètre santé 2010*, à paraître.*

En 2010, les fumeurs réguliers consommaient 13,6 cigarettes par jour, soit approximativement le même nombre qu'en 2000 (14 cigarettes par jour), mais un peu moins qu'en 2005 (15 cigarettes par jour). Selon le *Baromètre santé* entre 2000 et 2005, « *ce sont les "petits" fumeurs qui ont le plus souvent arrêté de fumer, de sorte que, même si les autres fumeurs ont réduit leur consommation, la moyenne quotidienne a augmenté* ». Entre 2005 et 2010, la proportion de fumeurs de plus de 10 cigarettes est passée de 72,2 % à 68,1 %[125], ce qui s'est traduit par un retour de la consommation moyenne à son niveau de début de période, les hommes demeurant de plus gros fumeurs que les femmes.

Le regain de la prévalence dans les dernières années a pour conséquence que l'écart en 2010 par rapport aux objectifs de la loi de santé publique de 2004 s'élève à 6 points pour les femmes (26,0 % au lieu de 20 % de fumeuses régulières) et à plus de 7 pour les hommes (32,4 % au lieu de 25 % de fumeurs réguliers). L'objectif fixé dans le plan cancer 2009-2013 « *réduire la prévalence de 30 % à 20 % dans la population française* » ne pourra donc être atteint.

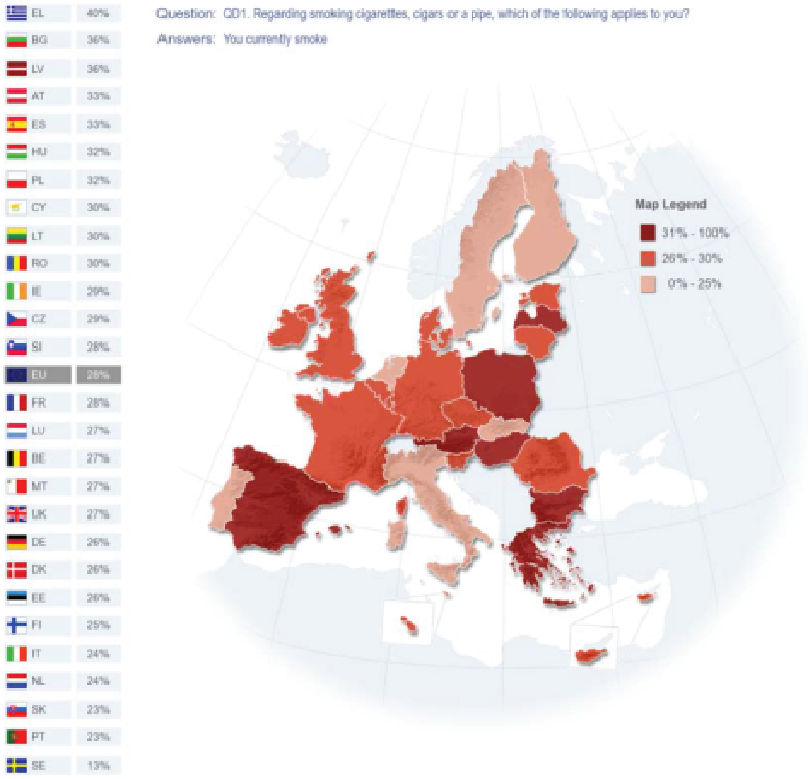
B – Une position internationale médiocre

Les données de comparaison internationales existantes montrent que la France occupe une position peu satisfaisante s'agissant de la prévalence tabagique.

[125] De 75,5 % à 71,9 % chez les hommes et de 67,8 % à 63,9 % chez les femmes.

Si, il est vrai, l'*Eurobaromètre spécial* publié en mai 2012[126] situe le nombre de cigarettes fumées par jour nettement en deçà de la moyenne européenne (11,9 au lieu de 14,2) et suggère une baisse de la prévalence depuis 2009 l'ayant ramenée au niveau de cette même moyenne (28 %), ces données provenant d'un échantillon de 1 000 personnes par pays sont à prendre « avec prudence » selon la direction générale de la santé.

Tableau n° 21 : Prévalence au sein de l'Union Européenne en 2012



Source : Eurobaromètre spécial *mai 2012*

[126] *Eurobaromètre spécial*, mai 2012

Selon l'enquête réalisée en 2009 par l'OCDE[127], 26,2 % des Français déclaraient fumer quotidiennement, alors que la moyenne dans les pays de l'OCDE était de 22,1 % et le taux de prévalence de nombreux voisins européens bien inférieur (21,5 % en Grande-Bretagne, 19 % au Luxembourg, 13,8 % en Suède). L'étude montre certes une diminution de la consommation quotidienne de tabac en France de 6,4 % entre 1999 et 2009, mais la réduction moyenne de la consommation au sein de l'OCDE est de 17,9 %, et certains pays comme le Danemark, l'Afrique du Sud, la Nouvelle-Zélande ou la Norvège ont réussi sur la même période à réduire de plus de 30 % la prévalence.

L'Allemagne est volontiers citée par les fabricants comme un exemple de politique de prévention réussie. La prévalence chez les jeunes de 12 à 17 ans a nettement diminué entre 2004 et 2008, passant de 23 % à 15 %[128]. Selon le dernier *Eurobaromètre*, la prévalence pour l'ensemble de la population reste voisine de celle de France (26 % contre 28 % en France). La proportion de gros fumeurs reste cependant particulièrement élevée[129]. D'autre part l'application des mesures de la convention-cadre de l'OMS, ratifiée par l'Allemagne en 2004, reste très partielle notamment en matière de lutte contre le tabagisme passif et d'interdiction de fumer dans les lieux publics[130].

En 2011, au niveau mondial[131], la France se situe dans le premier quart des pays pour ce qui concerne la consommation de tabac chez les adultes, l'Australie (21 %), le Canada (20 %) ou encore le Brésil (17 %) ayant une consommation bien inférieure.

---

[127] *Panorama de la santé 2011 : les indicateurs de l'OCDE*, OCDE, 2011, p.51.
[128] Tabakatlas 2009, Deutsches Krebsforschungszentrum.
[129] Selon le Tabakatlas 2009, elle était de 45 % parmi les fumeurs de plus de 40 ans.
[130] Parmi les pays européens, l'édition 2010 du *Tobacco Control Scale* de Joosens L. et Raw M. attribuait à l'Allemagne une note de 37, pour 55 à la France, 69 à l'Irlande et 77 au Royaume-Uni.
[131] Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme, 2011.

IV - Des populations plus touchées que d'autres

La hausse générale de la prévalence ces dernières années recouvre les situations plus préoccupantes encore de certaines catégories de la population : les femmes, les jeunes et les personnes en situation de précarité.

A – Les femmes

L'évolution récente générale est en partie liée à l'augmentation très sensible du tabagisme des femmes, et plus particulièrement de celles âgées de 45 à 64 ans dont 22,7 % sont touchées en 2010 pour 16,1 % en 2005. En 2010, 28 % des femmes âgées de 15 à 85 ans se déclarent fumeuses[132], avec une consommation moyenne de 12,3 cigarettes par jour.

Selon le *Baromètre santé*, un « *effet génération* » correspond au fait que pour un nombre important de femmes nées entre 1945 et 1965 l'émancipation féminine s'est accompagnée d'une entrée dans le tabagisme (plus de 60 % des femmes nées entre 1936 et 1945 n'ont jamais fumé contre 50 % de celles nées entre 1946 et 1955). Nombre d'entre elles ne sont pas sorties du tabagisme, l'hypothèse étant avancée selon laquelle « *la période 45-65 ans pourrait être une tranche d'âge plus fragilisante pour les femmes que pour les hommes* ».

Concernant les femmes enceintes, le *Baromètre santé* indique avec prudence, au vu de l'étroitesse de l'échantillon étudié, que leur taux de prévalence (24 %) serait nettement plus bas que celui de la population générale et serait resté stable depuis 2005.

Selon l'enquête périnatalité 2010 la consommation déclarée de tabac « *diminue aussi bien avant la grossesse (30,5 % contre 35,9 en 2003), qu'au cours de celle-ci (17,1 % ont fumé au troisième trimestre de leur grossesse contre 20,8 %* », 81 % des fumeuses ayant arrêté de fumer pendant la grossesse l'ayant fait dès le premier trimestre. Cette situation reste cependant peu satisfaisante compte tenu des conséquences sanitaires sur le nouveau-né[133] : le rapport de l'académie de médecine publié en 2009 estimait pour sa part que la France présentait des chiffres de prévalence chez les femmes enceintes parmi les plus élevés d'Europe, et soulignait la nécessité d'utiliser la mesure du monoxyde de carbone

---

[132] 24 % de manière quotidienne et 4 % à titre occasionnel

[133] Le tabagisme chez la femme enceinte est notamment à l'origine de risques accrus de prématurité, de retard de croissance intra-utérin, d'infections respiratoires à la naissance.

expiré au cours des consultations prénatales pour recueillir des données fiables.

B – Les jeunes

Dans une étude menée en 2002, chez les 12-19 ans fumeurs réguliers, 35,4 % des garçons présentaient des signes de dépendance, et 28,3 % des filles. Environ 12 % des 17-18 ans présentaient une dépendance forte, (plus de 20 cigarettes par jour et consommation de la première dans la demi-heure après le réveil)[134].

Le *Baromètre santé* note qu'en l'espace d'un demi-siècle, l'âge de la première cigarette a baissé de 7 ans pour les femmes et de 2 pour les hommes, tandis que l'âge de début du tabagisme régulier a chuté de 9 ans pour les femmes et de 7 pour les hommes. Les risques de devenir fumeur entre 12 et 25 ans augmentent considérablement à mesure que les jeunes prennent de l'âge, surtout pour les garçons, parmi lesquels la prévalence du tabagisme passe de 3,6 % avant 15 ans à 42,8 % pour les 20-25 ans en 2010.

Pour autant, l'enquête ESPAD 2007 faisait état d'une « *tendance à la baisse du tabagisme observée dans la majorité des pays européens* » et l'étude ESCAPAD pour 2008 estimait que *l'expérimentation de tabac était en baisse depuis 2000* » même si le faible pourcentage des adolescents (5 %) n'ayant expérimenté ni tabac, ni cannabis ni alcool, était « *en légère augmentation depuis 2005* ». Selon cette enquête cependant, « *70,7 % des jeunes de 17 ans ont déjà fumé une cigarette* », 28,9 % fumant quotidiennement et 7,7 % de manière intensive (plus de 10 cigarettes par jour). De même, si l'âge moyen de la première expérimentation a augmenté depuis 2005 (13,4 ans pour les garçons, 13,7 ans pour les filles), « *le passage au tabagisme quotidien se fait plus jeune* ».

Selon l'institut national de prévention et d'éducation à la santé, l'expérimentation du tabac aurait encore diminué entre 2008 et 2011. Le Haut conseil de santé publique notait de même dans son évaluation des objectifs de la loi santé publique réalisée en 2010 que l'objectif était atteint chez les jeunes, avec une tendance décroissante de -20 % entre 2000 et 2005, dans les deux sexes.

---

[134] Beck F. et Legleye S., « Drogues et adolescence : usages de drogues et contextes d'usage entre 17 et 19 ans, ESCAPAD 2002 », Observatoire français des drogues et des toxicomanies, *Tendances*, n°29, 2003.

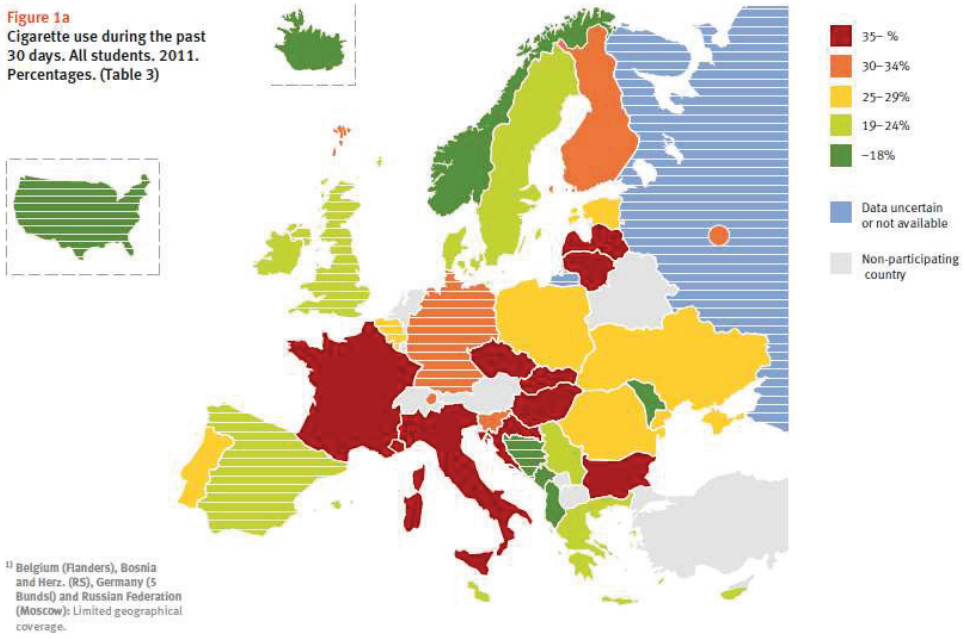
Cette évolution s'est cependant inversée récemment. D'après l'enquête ESCAPAD 2011, se constate une remontée du tabagisme quotidien chez les jeunes : ceux de 17 ans sont 31,5 % à fumer quotidiennement contre 28,9 % en 2008. Si l'expérimentation du tabac a légèrement baissé (68,4%), le tabagisme quotidien a augmenté (31,5 %). L'usage intensif n'a quant à lui pas évolué. L'âge moyen d'expérimentation est de 14,1 ans, et celui du passage au tabagisme quotidien de 15 ans. Ainsi que le souligne l'observatoire français des drogues et des toxicomanies, si les jeunes ont légèrement retardé leur entrée dans le tabagisme ils fument toujours autant.

D'après l'enquête ESPAD 2011[135], la France se situe au 6e rang des pays avec le plus fort taux de prévalence chez les jeunes (38 % d'entre eux déclarent avoir fumé dans les 30 jours avant l'enquête[136]), derrière la Lituanie, la République Tchèque, la Croatie, la Bulgarie et la Slovaquie. Cette mauvaise performance contraste avec la situation observée en Norvège (14 %) ou en Islande (10 %). Lors de l'enquête réalisée en 2007, la France n'était qu'au 17e rang (30 % des jeunes interrogés déclaraient avoir fumé dans les 30 jours précédant l'enquête).

[135] Rapport ESPAD 2011.

[136] Avec une différence significative entre filles et garçon : 43 % pour les filles et 34 % pour les garçons.

Tableau n° 22 : Prévalence du tabagisme chez les jeunes en Europe



Source : enquête ESPAD 2011

Au-delà de ces données quantitatives, seul le *Baromètre santé* comporte quelques informations sur les déterminants socio-démographiques du tabagisme entre 12 et 25 ans. On constate qu'à âge égal, les élèves et les étudiants ont moins de chances de fumer que les jeunes qui travaillent. En outre, les jeunes qui ne vivent plus chez leurs parents fument plus souvent que les autres. Enfin, les jeunes dont les parents sont séparés ont deux fois plus de risques de fumer que les autres.

Les travaux conduits sur les populations adolescentes montrent en tout état de cause que les mesures de lutte contre le tabagisme ont

surtout eu un effet dissuasif sur les jeunes n'ayant pas encore fumé[137], ce qui confirme pour les autres la rapidité et la force de l'installation de l'addiction.

Selon le sondage IFOP réalisé à la demande de la Cour (annexe 8), si le risque sanitaire est notoirement sous-estimé chez les 15-17 ans (moins d'un tiers l'évalue justement), cette même tranche d'âge valorise cependant le plus fortement l'efficacité antitabac de mesures comme des augmentations fortes et régulières des prix, l'amélioration de la prise en charge du sevrage et l'interdiction de fumer dans les bars et restaurants.

C – Les personnes en situation de précarité

Les données récentes font apparaître que la lutte contre le tabagisme a été beaucoup moins efficace parmi les populations précaires[138]. Selon le *Baromètre santé* 2010, si la prévalence reste stable pour les étudiants, les professions intermédiaires et les cadres, celle constatées chez les demandeurs d'emploi connaît la hausse la plus forte entre 2005 et 2010 (de 44 % à 51 % de fumeurs quotidiens). Ainsi que le souligne le Haut conseil de santé publique[139], « *les résultats obtenus dans le cadre de la lutte contre le tabagisme ont été plus significatifs dans les milieux aisés, parmi les cadres et les professions intellectuelles supérieures* ». L'objectif affiché dans la loi de santé publique n'est pas atteint pour les catégories sociales les plus « à risque », avec une prévalence du tabagisme plus élevée à la fois chez les demandeurs d'emploi (sans distinction de catégories socio-professionnelles) et les ouvriers que chez les cadres.

S'il n'isole pas les personnes en situation précaire, le sondage IFOP confirme une perception des dangers du inverse de la hiérarchie des revenus : moins de 30 % des employés et ouvriers l'évalue justement, pour 36 % des artisans ou commerçants, professions libérales, cadres supérieurs.

---

[137] Beck F, Legleye S., Peretti-Watel P, Spilka S, « Le tabagisme des adolescents : niveaux, tendances et représentations, quels enseignements pour la prévention ? », *Revue des maladies respiratoires*, vol. 23, n° 6, 2006.

[138] Peretti-Watel P. et Constance J., « La cigarette du pauvre, enquête auprès des fumeurs en situation précaire », *Ethnologie française*, n° 3, vol. 40, 2010.

[139] Haut conseil de santé publique, *Evaluation du plan cancer, rapport final*, janvier 2009, et *Objectifs de santé publique, Evaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004, proposition*, mars 2010.

Les études sociologiques lient la plus forte résistance du tabagisme chez les personnes en situation de précarité à un stress qui les inciterait à fumer, la cigarette devenant alors « *un produit de première nécessité* », et à un raccourcissement de l'horizon temporel où la « *préférence pour le présent* » dilue la perception du risque à long terme du tabagisme[140]. Ces catégories éprouvant plus de difficulté à arrêter de fumer, la hausse des prix du tabac peut contribuer à les paupériser davantage : en 2009, 15 % de couples de fumeurs dépensaient 20 % de leurs revenus pour le tabac[141].

Les différences sociales se marquent également dans les modes d'achat hors réseau : les fumeurs les plus pauvres recourent davantage aux achats hors réseau ; parmi eux, ceux ayant des revenus les plus élevés (entre 900 € et 1 500 €) étant les plus enclins à se fournir dans un pays frontalier à la France[142].

Ces particularismes sont à prendre en compte dans les mesures propres à prévenir le tabagisme et aider à sa sortie chez les personnes socialement les plus vulnérables.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La Cour constate que l'interruption de la baisse des ventes au sein du réseau des débitants depuis 2005 est d'autant plus préoccupante que les achats hors réseau sont non négligeables. Elle souligne que la prévalence tabagique a connu au cours des cinq dernières années une remontée qui contraste avec sa baisse tendancielle de long terme comme avec les résultats de la politique plus vigoureuse conduite en 2003-2004. Elle relève par ailleurs que certaines catégories de population, les femmes, les personnes en situation de précarité et les jeunes, chez qui se constate une remontée récente et tout particulièrement préoccupante de la prévalence du tabac, sont plus touchées que d'autres.

Elle formule à cet égard les recommandations suivantes :

13. mettre en œuvre sans délai les dispositifs de traçage des produits du tabac prévus par le récent protocole de l'OMS de lutte contre la contrebande et le projet de loi de finances rectificative présenté en conseil des ministres le 14 novembre 2012 ;

---

[140] Peretti-Watel P. et Constance J., « La cigarette du pauvre… », article précité.

[141] Peretti-Watel P., Constance J., Seror V., Beck F., "Cigarettes and Social Inequalities in France: Is Tobacco Use Increasingly Concentrated among the Poor ?" *Addiction*, 2009.

[142] *Tendances* n° 75, observatoire français des drogues et des toxicomanies, mars 2011.

14. renforcer les coopérations internationales en matière de trafic de tabac afin de de réprimer plus efficacement ce dernier ;

15. promouvoir au sein de l'Union européenne un régime de stricte limitation des importations privées de tabac, dérogeant pour des raisons majeures de santé publique au droit commun de la libre circulation ;

16. engager activement les actions sur un plan européen ou bilatéral propres à permettre une meilleure harmonisation des niveaux de taxation et de prix du tabac notamment avec les pays frontaliers ;

17. développer des actions spécifiques et ciblées de prévention et d'aide au sevrage à l'égard des jeunes, des femmes et des personnes en situation de précarité.

Chapitre V

La fiscalité du tabac : entre objectif de rendement et dissuasion sanitaire

Selon l'article 6 de la convention-cadre de l'OMS, la politique fiscale à l'égard du tabac fait partie intégrante de la politique de santé publique. Cet outil a été mobilisé en France de manière inégale au cours des dix dernières années, plus dans une stratégie d'optimisation financière tant pour les fabricants que pour les buralistes et l'Etat que dans une approche de santé publique, alors même que des hausses fortes du prix du tabac ont un effet immédiat et marqué de réduction de la consommation.

I - Une fiscalité prépondérante dans le prix à la consommation

A – Un système complexe et hétérogène

Les tabacs manufacturés sont soumis à un système fiscal complexe combinant des droits d'accises qui varient selon les types de tabac (article 575 et 575 A du code général des impôts) et la taxe sur la valeur ajoutée perçue au taux de 19,6 % sur le prix hors TVA (soit 16,39 % du prix de vente public). La TVA est recouvrée par la direction générale des finances publiques, le droit de consommation par la direction générale des douanes et des droits indirects.

Pour les cigarettes de la classe de prix de référence[143], le taux du droit de consommation est depuis le 1er janvier 2012 de 64,25 %. Pour les celles dont le prix de vente diffère du prix de référence, le droit de consommation comporte une « *part spécifique* » exprimée par unité de

[143] La classe de prix de référence correspond au prix de vente moyen pondéré de l'ensemble des cigarettes mises à la consommation dans l'année.

produit[144] et une « *part proportionnelle* » au prix de vente.

Pour l'ensemble des cigarettes, le droit de consommation ne peut en outre être inférieur à un « *minimum* » de perception fixé pour 1 000 unités, dont l'objet est de dissuader la mise sur le marché de produits trop bon marché[145].

Pour les produits autres que les cigarettes (cigares, tabac à rouler, à priser, à mâcher), le droit de consommation résulte de l'application d'un taux dit « *normal* » à leur prix de vente au détail, sous réserve des minima de perception applicables, qui sont rapportés soit à l'unité soit au poids du produit.

La part de la fiscalité sur les prix peut être très variable suivant les différentes catégories de tabac. Les cigares et cigarillos sont les moins taxés (43,96 % du prix TTC), les cigarettes le produit le plus taxé (80,64 % du prix TTC).

[144] La part spécifique est égale à un pourcentage déterminé (9 % en 2012) de la charge fiscale (TVA et droit de consommation) afférente aux cigarettes de la classe de référence.

[145] Ce minimum est d'ailleurs « *majoré de 10 % pour les cigarettes dont le prix de vente est inférieur à 94 % de la classe de prix de référence* » soit en 2012, en dessous de 5,36 € le paquet de 20 cigarettes. La fiscalité du tabac a, en outre, longtemps comporté une « *taxe sur les tabacs fabriqués* » perçue en addition de la TVA (article 1609 *unvicies* du CGI), dite « taxe BAPSA », qui a été supprimée en 2004.

Tableau n° 23 : Fiscalité des produits du tabac en France continentale

	Droit de consommation en % du prix TTC	TVA en % du prix TTC	Total en % du prix TTC
Cigarettes	64,25 %	16,39 %	**80,64 %**
Tabac à rouler	58,57 %		**74,96 %**
Cigares et cigarillos	27,57 %		**43,96 %**
Autres tabacs à fumer	52,42 %		**68,81 %**
Tabac à mâcher	32,17 %		**48,56 %**
Tabac à priser	45,57 %		**61,96 %**

Source : Circulaire de la direction générale des douanes et des droits indirects du 6 mars 2012.

Les modalités d'établissement du droit de consommation ont été rendues conformes par la loi de finances rectificative n° 2010-1658 (article 73) à la directive 2011/64/UE du 21 juin 2011 selon laquelle, « *l'exigence minimale* ad valorem *devrait être exprimée en fonction du prix moyen pondéré de vente au détail* [146]» et non pas, comme c'était jusque-là le cas pour la France, celui de la « *cigarette de la classe de prix la plus demandée* »[147].

Un arrêt de la Cour de justice européenne du 27 février 2002 avait par ailleurs jugé qu'un système de taxation différencié pour les cigarettes brunes et blondes et un prix de référence minimal pour l'ensemble des cigarettes vendues sous une même marque étaient de nature à favoriser la production nationale. Les modifications législatives nécessaires ont été prises par la loi du 31 juillet 2003 (article 10).

B – Une réglementation européenne peu contraignante

La directive 2011/64/UE du Conseil du 21 juin 2011 encadre la structure et les taux des accises applicables aux tabacs manufacturés au sein de l'Union européenne.

---

[146] Considérant 14, fondant les dispositions de l'article 10-2.

[147] En France, à la différence d'autres pays où il s'agit de produits plus économiques, la cigarette la plus consommée – la « Marlboro » – correspond à une classe de prix relativement élevé, 6 € 20 dans les tarifs en vigueur à partir d'octobre 2011. Le prix moyen pondéré doit être réajusté chaque année avant le 1er février en fonction de la consommation de l'année précédente.

La Commission a tenté de réduire les différences de droits d'accise et donc de prix entre les pays européens en augmentant progressivement les minimaux de taxation :

- l'accise globale (droit spécifique et droit *ad valorem* hors TVA) sur les cigarettes doit représenter au moins 57 % du prix moyen pondéré (60 % à compter du 1er janvier 2014), et être supérieure à 1,28 € par paquet de 20 cigarettes (1,80 € à compter du 1er janvier 2014) ;
- le taux de l'accise spécifique doit être compris entre 5 % (7,5 % au 1er janvier 2014) et 76,5 % du total des taxes perçues sur le prix moyen pondéré ;
- le minimum de perception reste facultatif.

S'agissant de la taxation des cigarettes, la France dispose des minima de perception les plus élevés de l'Union européenne, et d'un des taux d'accise spécifique les plus bas (12 % en 2012). Cependant le droit de consommation total est parmi les plus élevés, ce qui conduit à une pression fiscale supérieure à la moyenne (80,64 % du prix), devant l'Espagne (80,35 % du prix) et l'Allemagne (75,91 %), mais après le Royaume-Uni (82,12 %).

Tableau n° 24 : Fiscalité européenne sur les cigarettes (juillet 2012)

Cigarettes

Situation as at 1 July 2012

	Specific excise (per 1000 cigarettes)				Ad valorem excise in %	VAT in %	Ad valorem excise + VAT	Total tax (incl VAT)	Current MPPC per 1000 cigarettes *(only for the purpose of comparison – not applied for calculation)*		WAP per 1000 cigarettes pursuant to Art. 8(2) Dir. 2011/64/EU *)		Excise yield*	Minimum excise duty Article 8 (6) Directive 2011/64/EU	Overall minimum excise duty* *Specific +ad valorem (excl. VAT)*
	NatCurr	EUR	as % of WAP	As % of total tax (specific +ad valorem +VAT)	(as % of TIRSP)	(as % of TIRSP)	(as % of TIRSP)	(as % of WAP)	NatCurr	EUR	NatCurr	EUR	EUR per 1000 cigarettes of the WAP	EUR per 1000 cigarettes	as % of WAP
MS	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*	*13*	*14*	*15*
AT		35,00	17,73	23,21	42,00	16,67	58,67	76,40		n/a		197,40	117,91	115,55	59,73
BE		16,25	6,96	9,06	52,54	17,36	69,90	76,86		263,15		233,32	138,84	131,30	59,50
BG	101,00	51,64	46,98	54,22	23,00	16,67	39,67	86,65	215,00	109,93	215,00	109,93	76,93	75,67	69,98
CY		40,00	20,94	28,30	40,00	** 14.53	53,04	75.47		175		191,00	116,40	110,00	60,94
CZ	1120,00	45,02	33,02	42,50	28,00	16,67	44,67	77,69	3250,00	130,64	3392,00*	136,35	83,20	84,41	61,02
DE		92,60	38,08	50,16	21,87	15,97	37,84	75,91		263,16		243,20	145,79	*	60,00
DK	675,00	90,70	37,57	47,43	21,65	20,00	41,65	79,22	1578,90	212,15	1796,52	241,39	142,96	139,08	59,22
EE		42,18	34,72	41,14	33,00	16,67	49,67	84,38		121,50		121,50	82,28	80,00	67,72
EL		20,37	12,56	15,00	52,45	18,70	71,14	83,70		175,00		162,27	105,48	105,48	65,00
ES		19,00	10,10	12,75	55,00	15,25	70,25	80,35		n/a		188,03	122,42	116,90	65,10
FI		22,50	10,00	12,39	52,00	18,70	70,70	80,70		225,00		225,09	134,95	146,00	62,00
FR		27,58	9,68	12,00	54,57	16,39	70,96	80,64		n/a		285,00	183,11	183,00	64,25
HU	11900,00	40,41	33,13	38,80	31,00	21,26	52,26	85,39	35263,16	119,74	35924,00	121,98	78,22	75,72	64,13
IE		233.11	55.04	66.49	9.04	18.70	29.74	82.78		455.00		423.50	271.39	268.14	64.08
IT		8,90	4,16	5,50	54,26	17,36	71,62	75,78		210,00		214,00	125,02	141,28 (*)	58,42
LT	140,00	40,55	36,04	45,97	25,00	17,36	42,36	78,39	n/a	n/a	388,50	112,52	68,68	67,19	61,04
LU		17,25	8,99	12,82	48,09	15,00	61,11	70,12		220,00		191,92	109,54	103,00	57,08
LV	25,00	35,25	29,92	36,81	34,00	17,36	51,36	81,28			83,55	117,81	75,31	73,32	63,92
MT	77,00	77,00	37,23	48,05	25,00	15,25	40,25	77,49	220,00	220,00	206,80	206,80	128,70	127,50	62,23
NL		138,23	54,91	70,00	7,57	15,97	23,54	78,45		n/a		251,74	157,28	157,28	62,48
PL	170,97	39,02	34,17	40,54	31,41	18,70	50,11	84,28	n/a	n/a	500,35	114,20	74,89	74,89	65,58
PT		78,37	42,02	52,06	20,00	18,70	38,70	80,72		185,00		186,50	115,67	119,98	64,33
RO	228,68	53,18	40,89	50,96	20,00	19,35	39,35	80,24	610,00	141,86	559,32	130,07	79,19	76,50	60,88
SE	1400,00	152,85	59,83	74,02	1,00	20,00	21,00	80,83	2578,95	281,57	2340,00	255,48	155,41	n/a	60,83
SI		34,15	23,88	20,00	39,06	16,67	55,72	79,60		140,00		143,00	90,00	90,00	62,94
SK		58,00	42,71	51,76	23,00	16,81	39,81	82,52		131,58		135,80	89,23	88,50	65,71
UK	154,95	180,26	48,96	59,61	16,50	16,67	33,17	82,12	n/a	n/a	316,50	368,19	241,01	n/a	65,46

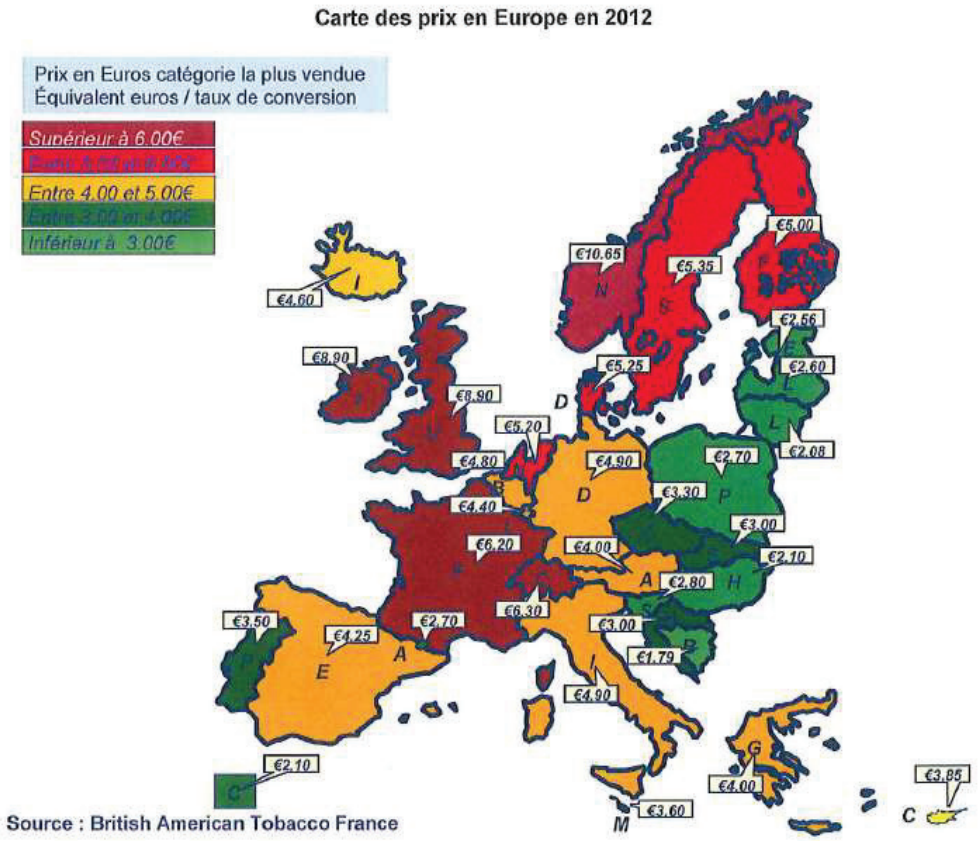
This table has been modified in order to take account of the amended and new provisions contained in Council Directive 2011/64/EU of 21 June 2011 (Codification).

TIRSP = Tax included retail selling price (Retail selling price, **all** taxes included)
MPPC = Most popular price category
WAP = Weighted average price

* Columns 13 and 15: if applicable, the tax rates indicated on page 7 are based for calculation due to the fact that the WAP is calculated on data relating to the releases for consumption made in the preceding calendar year.

Source : Commission européenne, Excise Duty, part III Tobacco, 2012

Tableau n° 25 : Carte des prix des cigarettes les plus consommées (janvier 2012)



C – L'incidence sur les prix

Selon l'article 572 du code général des impôts , « *le prix de détail de chaque produit […] est unique pour l'ensemble du territoire et librement déterminé par les fabricants et les fournisseurs agréés. Il est applicable après avoir été homologué dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat* ». L'homologation par arrêté de la direction générale des douanes et des droits indirects des prix de vente au détail ne résulte donc pas d'un régime de prix administrés ou contrôlés, mais a pour seul objet d'assurer l'unicité territoriale des prix. Les fournisseurs demeurent libres de leur politique de marge et de prix et d'ajuster ceux-ci en fonction du niveau du taux des prélèvements. Les fabricants, s'ils souhaitent opérer des modifications sur le prix des produits commercialisés en France, peuvent le faire à quatre dates précises par an.

Si la dynamique du produit de cet impôt est en partie déterminé par l'évolution des prix de vente de détail des tabacs manufacturés fixés par les fabricants, le niveau de taxation fixé par l'Etat joue, du fait de son poids relatif, un rôle fortement directeur pour la formation du prix de marché. Actuellement, la pression globale rapportée au prix du paquet de cigarette approche 90 % si on ajoute à la charge fiscale (64,25 % de droit de consommation et 16,39 % de TVA) la rémunération des buralistes (8,54 %).

Cette proportion suffit à expliquer à la fois que tout relèvement spontané de prix par les fabricants a une importante incidence fiscale et qu'à l'inverse, les hausses de barèmes ont un fort effet incitatif sur les stratégies de prix des fabricants. Une évolution moyenne à la hausse des prix de vente influe à peu près proportionnellement sur le montant du droit de consommation par unité de produit. Toute hausse de la fiscalité, qu'elle joue des taux du droit de consommation ou de la TVA, a un effet de levier très fort, : un surcroît de charge fiscale de 1 % oblige le fabricant, s'il souhaite maintenir le niveau de la marge commerciale, à augmenter le prix de quelque 10 %. Cet effet de levier explique les recommandations de l'OMS faisant de la fiscalité un outil efficace dans la lutte contre le tabagisme car pouvant contribuer à une augmentation des prix[148].

[148] La direction générale des douanes et des droits indirects précise en outre qu'à ce niveau de prélèvement proche de 90 %, la variation du prix nécessaire au rétablissement non de la marge mais du revenu du fabricant n'est pas linéaire mais hyperbolique. Ainsi une hausse des prélèvements de 2 points aurait pour effet une hausse du prix de vente de 25 %.

L'élasticité prix/volume de la consommation du tabac

L'INSEE a estimé en 1997 que la consommation de tabac en volume manifestait une élasticité prix de - 0,5 % à court terme (3 mois) et de - 0,3 % sur l'année qui suit l'augmentation de prix. Cela signifie qu'une augmentation du prix de 1% entraînerait une baisse du volume consommé de 0,3 %. Autrement dit, face à une variation des prix, les usagers de tabac, au lieu de baisser à due concurrence le volume des achats pour maintenir une dépense inchangée, combineraient une baisse du volume (de 30 % seulement de cette dépense) et l'acceptation d'une hausse de cette dépense (pour 70 %).

D'autre part, s'il est probable que les tentatives d'arrêt se synchronisent avec les hausses de prix qui constituent l'une des motivations, leur effet est souvent éphémère. L'incidence sur la prévalence s'estompe donc partiellement, cet effet de rebond pouvant être amplifié sur les achats par l'épuisement progressif de stocks constitués par des fumeurs à l'approche des hausses. Au total, de tels comportements révèlent qu'une action par les prix trouve pour limite la force de la dépendance au tabac pour les fumeurs mais qu'elle a bien un effet sur le niveau de consommation.

Il est par ailleurs vérifié au cours des années les plus récentes, que cette élasticité ne joue vraiment qu'en cas d'augmentation suffisamment forte des prix. Selon l'étude de la Banque mondiale *Maîtriser l'épidémie. L'Etat et les aspects économiques de la lutte contre le tabagisme* (2000), une augmentation de 10 % du prix de l'ensemble des produits du tabac induit en moyenne une baisse de 4 % de la consommation de tabac, alors que des hausses annuelles inférieures à 10 % restent trop peu dissuasives financièrement pour induire une telle baisse. La direction générale des douanes et des droits indirects quant à elle avançait qu'au moins dans le contexte des années 2008-2011, l'élasticité ne serait que de l'ordre de - 0,1 % si l'augmentation instantanée du prix restait inférieure à 10 %.

Par ailleurs, des liens assez complexes existent entre la structure de la fiscalité et la pression exercée sur les prix :

– la « *part spécifique* » ne variant pas en fonction du prix, son poids relatif est plus fort pour les produits dont le prix est inférieur à celui du prix moyen pondéré et moins fort pour les cigarettes plus coûteuses. Compte tenu de la prise en compte depuis 2011 du prix moyen pondéré comme prix de référence fiscale, l'augmentation de cette part a pour effet de réduire relativement le taux d'imposition des

cigarettes les plus chères, et encourage ainsi les fabricants à pratiquer des prix supérieurs à la référence puisque la marge qui leur reviendra sera supérieure**.**

– les hausses de prix, spontanées ou consécutives à une augmentation de la fiscalité, ont par ailleurs pour «effet retard» d'augmenter le prix moyen pondéré de l'année et, en conséquence, la part fixe (« spécifique ») de l'impôt pour l'exercice suivant. Ce dernier effet explique que les fabricants choisissent de pratiquer les relèvements de prix vers la fin de l'année afin de limiter leur incidence sur le calcul du prix moyen pondéré de l'année et donc sur la charge fiscale de l'année suivante.

– enfin, malgré l'incitation fiscale à la hausse des prix les plus bas, l'industrie est soucieuse de maintenir la différenciation entre le marché des produits *premium* type « Marlboro » et un segment inférieur moins cher, susceptible de bénéficier d'un report de consommation face aux hausses de prix. Aussi a-t-elle pratiqué dans la période récente des hausses identiques en montant pour la plupart des produits, maintenant ainsi un écart de 50 centimes entre les deux catégories extrêmes de produits. Des divergences tactiques peuvent néanmoins apparaître entre fournisseurs. Ainsi, courant 2011, l'un d'entre eux était réticent à une hausse qui porterait le prix de ses produits au-dessus de 6 € tandis que d'autres, fabricants de cigarettes meilleur marché, y étaient favorables, du fait de la pression exercée sur leurs marges par le relèvement du prix moyen pondéré et par le coût des nouvelles normes européennes de papier anti-incendie. C'est l'une des raisons pour lesquelles la direction de la sécurité sociale prônait alors de faire à nouveau usage d'un relèvement du barème fiscal.

II - Deux phases contrastées en matière de politique fiscale et de prix au cours de la dernière décennie

L'objectif de la lutte contre le tabagisme a inspiré à partir du début des années 1990 une politique fiscale visant à relever le prix relatif du tabac qui avait baissé sur une longue période puis était resté stable pendant plus d'une décennie.

Si, entre 2001 et 2011, la charge fiscale du paquet de cigarettes a augmenté de plus de 5 points, passant de 75,4 % à 80,64 %, deux phases contrastées se sont succédé jusqu'à 2004 et après cette date.

A – Les mesures volontaristes de 2003-2004

Le premier plan cancer[149] prévoyait notamment de « *rendre plus difficile l'accès au tabac* » (mesure n° 4). A ce titre, il préconisait d'« *augmenter significativement et régulièrement le prix de vente du tabac en réduisant l'écart entre la part des taxes spécifiques et des taxes proportionnelles de façon à ce que l'augmentation touche tous les produits, y compris les moins chers* ».

Plusieurs relèvements des barèmes fiscaux des droits d'accises propres au tabac sont intervenus, selon des modalités différenciées, en janvier 2003, en juillet de la même année et en janvier 2004, induisant des hausses de prix approchant au total quelque 40 %. En outre, une réforme significative de la structure de la fiscalité a été opérée par la loi de finances pour 2004[150].

Pour des raisons historiques tenant au souci de ne pas pénaliser une production nationale centrée sur les cigarettes les moins chères, la fiscalité française avait longtemps assuré une nette prépondérance à la part proportionnelle. Constitué le 20 mai 2003, un groupe de travail associant les ministères des finances et de la santé avait cependant rendu au Premier ministre un rapport recommandant :

- une augmentation du droit de consommation assorti d'un relèvement drastique de sa part spécifique, la plus directement contraignante à l'époque sur les prix des produits les moins chers ;
- d'exprimer la part spécifique directement en montant d'euros et de l'augmenter dans une proportion (7,409 € en 2003 à 111,59 € en 2007) correspondant au passage de 5 à 50 % de la charge fiscale globale[151] de la cigarette de référence, portée elle-même de 75,99 % à 82,66 % de 2003 à 2007.

Restant en deçà de ces propositions, la loi de finances pour 2004 avait porté la part fixe qui était jusqu'à fin 2003 de 5 % de la charge fiscale totale appliquée à la cigarette la plus demandée (soit 6,84 € pour 1000 unités en 2002), à 7,5 %, pour s'établir alors à 15,07 €. Désormais rapportée au prix moyen pondéré, elle était en 2011 de 9 % de la charge fiscale totale qui s'applique à cette référence et a été portée à 12 % au 1er janvier 2012, par la loi de finances rectificative pour 2011.

---

[149] *Cancer, une mobilisation nationale, tous ensembles*, mars 2003

[150] Avec notamment la suppression de la taxe sur les tabacs fabriqués, dite « taxe BAPSA »

[151] La charge fiscale inclut le droit à la consommation et la TVA.

Dans le même temps, le montant minimum qui était depuis début 2002 de 90 € pour les cigarettes blondes et de 87 € pour les brunes (pour 1000 unités) était porté à 128 € début 2004. Ayant enregistré l'effet *ad valorem* des hausses de prix pratiquées depuis, il est aujourd'hui de 173 € pour les cigarettes et a été porté à 183 € à partir du 1er janvier 2012.

B – Un « moratoire fiscal » prolongé de fait pendant plusieurs années

Ainsi que la Cour l'a noté dans son bilan du plan cancer, l'objectif d'augmenter « *régulièrement* » la fiscalité et les prix du tabac a été abandonné dès après les augmentations de 2003-2004[152], les professions du tabac obtenant alors un « moratoire » pendant quatre années.

Par ailleurs, aucune mesure relative au prix ne figure dans le plan cancer 2009-2013, l'objectif « *Réduire les incitations multiples à la consommation de tabac* », ne comportant dans son action 10.1 « *Réduire l'attractivité des produits du tabac* » que des mesures de mise en œuvre des avertissements sanitaires graphiques.

De fait, aucune nouvelle hausse du barème fiscal[153] n'est intervenue jusqu'en janvier 2011, année au cours de laquelle le taux normal appliqué aux cigarettes a été augmenté de 0,4% en passant de 64 % à 64,25 %.

En janvier 2012, le taux de la *« part spécifique* » applicable aux cigarettes est passé de 9 % à 12 % sans que le montant du droit ne soit modifié. Cette mesure d'accompagnement de la dernière hausse des prix a induit un effet de marge plus favorable aux cigarettes les plus chères.

Au cours des six dernières années, les fabricants ont donc pris l'initiative de hausses annuelles qu'à l'exception de l'année 2008, ils ont pratiquées à un rythme voisin de 6 % l'an.

La hausse intervenue le 3 octobre 2011 avait fait franchir à la cigarette la plus consommée, la « Marlboro », désormais vendue 6 € 20, le seuil symbolique de 6 €, le paquet, le moins cher atteignant 5 € 70. A l'issue de la nouvelle hausse de 6 % intervenue en octobre 2012, qui ne marque pas de rupture avec l'annonce faite par le gouvernement

---

[152] Cour des comptes, *La mise en œuvre du plan cancer*, juin 2008.

[153] A charge fiscale inchangée, le changement de définition du prix de référence intervenu fin 2010 par transposition de la directive européenne a conduit à une hausse faciale des taux s'y référant.

précédent, les marques les plus chères (« Malboro » et « Dunhill ») sont passées de 6,20 à 6,60 € le paquet[154]. Lors de la préparation du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, la direction de la sécurité sociale avait pourtant rappelé que seule une hausse des prix d'au moins 10 % pourrait infléchir durablement la consommation tout en dégageant un surcroît de recettes de l'ordre de 650 M€.

De 2007 à 2011, ces augmentations « spontanées » de prix ont eu pour seule incidence fiscale un relèvement corrélatif du minimum de perception, visant par un « effet de cliquet » à ce que les produits les moins chers ne décrochent pas du rythme moyen des hausses. Une diminution du droit de consommation pour l'ensemble des produits du tabac a toutefois été votée dans la loi de finances rectificatives du 8 février 2012 (article 1er) en vue d'atténuer l'effet de la mise en place de la « TVA compétitivité »[155]. Le porte-parole de *Japan Tobacco International* s'est alors félicité de ce que « *l'Etat calibrait l'impact de la hausse de TVA pour éviter une hausse trop forte des cigarettes* ». La loi de finances rectificatives du 16 août 2012 a annulé cette mesure qui, selon des associations, aurait apporté aux fabricants un surcroît annuel de recettes, sans dépenses supplémentaires, de 194 M€.

L'article 22 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 prévoit un alignement de la structure de la fiscalité de l'ensemble des produits sur celles des cigarettes et des relèvements des minima de perception. Le minimum de perception passe de 183 à 195 € pour 1 000 cigarettes). Il dispose aussi qu'un relèvement de l'ensemble des taux sera opéré à compter du 1er janvier 2013. Parallèlement, à partir du 1er juillet 2013, la part de la fiscalité augmentera dans le prix de la cigarette et du tabac à rouler. Compte tenu de la baisse attendue des volumes, le gain de ces mesures serait de 220 M€ en année pleine.

---

[154] Arrêté du 13 septembre 2012 modifiant l'arrêté du 15 décembre 2011 portant homologation des prix de ventes des tabacs.

[155] Une application stricte de la hausse prévue de 1,6 point du taux de TVA aurait dû conduire en octobre 2012 à une augmentation des prix de plus de 10 %. La loi de finances rectificatives du 8 février 2012 prévoyait de limiter les effets cette hausse à 7,6 % en diminuant le taux du droit de consommation. Ces mesures ont été supprimées par la loi de finances rectificatives du 16 août 2012.

Tableau n° 26 : Evolution des taux des droits sur les tabacs

(En pourcentage)

	1er octobre 2012		1er janvier 2013		1er juillet 2013	
Groupe de produits	**taux normal**	**taux spécifique**	**taux normal**	**taux spécifique**	**taux normal**	**taux spécifique**
Cigarettes	64,25	9,00	64,25	12,50	64,70	15,00
Cigares et cigarillos	27,57	0,00	28,00	5,00	28,00	5,00
Tabac à rouler	58,57	0,00	60,00	30,00	62,00	30,00
Autres tabacs à fumer	54,42	0,00	55,00	10,00	55,00	10,00
Tabacs à priser	45,57	0,00	50,00	0,00	50,00	0,00
Tabacs à mâcher	32,17	0,00	35,00	0,00	35,00	0,00

Source : projet de loi de financement pour la sécurité sociale pour 2013

III - Une stratégie d'optimisation financière pour les fabricants, les buralistes et l'Etat

Une décision de hausse des prix du tabac, si elle n'est pas d'un niveau tel qu'elle suscite une baisse des achats en volume, entraîne, à barème fiscal inchangé, une hausse comparable des prélèvements publics (droit de consommation et TVA collectée) comme des recettes des fabricants et des buralistes, les diverses remises étant, elles aussi, calculées *ad valorem*.

Des hausses de prix trop faibles pour avoir un effet perceptible sur le volume des ventes en volume optimisent donc conjointement la croissance du chiffre d'affaires des fournisseurs, la rémunération des buralistes aussi bien que la ressource fiscale de l'Etat.

Pour autant, la direction générale des douanes et des droits indirects défend la pratique récente laissant aux fabricants l'initiative d'augmenter eux-mêmes leurs prix pour éviter d'y être contraints par une hausse de la fiscalité qui les priverait d'un accroissement de revenus. Elle avance *a contrario* qu'une politique fiscale qui priverait les fabricants du bénéfice des hausses de prix, conduirait à leur renonciation de toute augmentation tarifaire, puis à l'instauration d'un prix unique en faveur de l'acteur dominant du marché, et enfin à l'obligation pour l'Etat de

compenser, voire de réparer, les effets de la déstabilisation du marché et de sa perte de valeur.

Le débat sur la taxation de l'industrie

Un amendement au projet de loi de financement de la sécurité sociale 2012 présenté M. Yves Bur tendait à instaurer une taxe sur l'industrie du tabac de 50 M€ au bénéfice de l'assurance maladie[156]. Cette proposition a été repoussée, le ministre du budget ayant fait valoir qu'elle risquait « *de faire payer la taxe par les fumeurs, alors que le prix du tabac a augmenté de 18 % en trois ans* » et insisté sur le fait que le gouvernement soumettait l'industrie du tabac à « *une hausse de tarifs constante et répétée chaque année* » et avait déjà demandé cette même année aux cigarettiers « *un effort important de 250 M€* ». L'allusion visait tant le rythme réputé spontané des hausses de prix récentes que la contribution des fabricants à la hausse de la rémunération des buralistes en 2012[157].

Des propositions voisines sont reprises par plusieurs associations, dont la Ligue contre le cancer[158]. A l'inverse de la direction de la sécurité sociale, selon laquelle une telle taxe ne soulèverait pas de difficultés techniques dirimantes, notamment au niveau communautaire, la direction générale des douanes et des droits indirects remarque que les principaux fabricants de cigarettes sont implantés hors du territoire national et échapperaient à cette mesure. De fait, le retour à un usage vigoureux de la fiscalité du tabac serait sans doute plus efficace et plus cohérent du point de vue d'une politique de santé publique, qu'une taxation additionnelle du chiffre d'affaires des fabricants restant d'une faisabilité incertaine.

Les organismes de lutte contre le tabagisme critiquent, pour leur part, le fait que l'Etat, en s'abstenant de toute initiative fiscale, ait, au cours de la dernière période, renoncé à induire des relèvements de prix

---

[156] En juillet 2012, M. Jean-Marie Le Guen, député, a indiqué qu'une telle taxe pourrait générer une recette de 203 M€ pour les exercices 2010 et 2011.

[157] Article 67 de la loi de finances rectificative n° 2011-1978 du 28 décembre 2011 qui prévoit le financement total par les fabricants et distributeurs de la hausse de 0,1 point de la rémunération nette pour 2012 (remise nette passant de 6,5 % à 6,6 % du montant des livraisons des tabacs manufacturés).

[158] Cette association a organisé le 2 novembre 2011 une manifestation et lancé une pétition dans le cadre d'une campagne intitulée « Tueurs-payeurs » et de son plan « Sortir la France du tabac avant 2030 ». Elle a repris à cette occasion le mot d'ordre d'une taxe sur les industries du tabac, prenant la forme d'une contribution de 10 centimes par paquet, propre à rapporter 90 à 100 M€ par an.

plus forts dans une logique plus conforme à l'objectif de santé publique. Ainsi, pour l'association *droits des non-fumeurs*, « *c'est l'Etat tout seul, sans passer d'accords avec les industriels du tabac, qui doit décider du calendrier et de la politique fiscale qui contraindra les fabricants à pratiquer des prix en adéquation avec la politique de santé publique* ». Cette association considère qu'« *aux quatre dernières augmentations de prix de 6 %, qui n'ont en rien réduit la consommation, il aurait fallu préférer deux augmentations de 10 %* ». La direction de la sécurité sociale relève pour sa part que les hausses de prix de 6 % ces dernières années « *n'ont pas conduit à une baisse sensible de la prévalence* » et « *ont permis d'éviter tout au plus la croissance tendancielle des volumes consommés qui était de l'ordre de 1 à 1,5 % par an en l'absence de hausses de prix* ».

De même, pour le Haut conseil de la santé publique, des augmentations de prix spontanées limitées à 6 % ne sont que « *la résultante de stratégies commerciales visant d'une part à ne pas désinciter les individus à consommer du tabac et d'autre part, […] à faire basculer le consommateur vers des marques moins chères de cigarettes* ». A cet égard, l'épidémiologiste Catherine Hill affirme ainsi que « *l'industrie du tabac a offert aux fumeurs la possibilité de compenser les augmentations de prix en changeant de marque et en s'orientant vers les moins chères* »[159].

Les consommateurs peuvent atténuer l'incidence économique des augmentations de taxes ou de prix sans diminuer leur usage de tabac, en se reportant, indépendamment de la problématique des achats hors réseaux sur des cigarettes d'une gamme moins chère ou en substituant à la cigarette, l'achat de produits moins coûteux ou épargnés par les hausses[160]. Ce dernier effet se traduit notamment par un recours accru au tabac à rouler ou à tuber[161].

---

[159] *Le Monde*, 7 septembre 2011. Cet article note qu' « *en 2007 par exemple, des paquets de 20 cigarettes n'ont augmenté que de 2 %, en 2010 des paquets de 30 cigarettes ont même diminué de 0,7 %* ».

[160] Le HCSP signale par ailleurs un autre mode de substitution qui consiste à consommer moins de tabac mais plus intensément, certains fumeurs tendant, à la suite d'une hausse de prix, à inhaler plus fortement leurs cigarettes. Cf. Ben Lakdhar C., Bastianic T., « Economic constraint and modes of consumption of addictive goods », *International Journal of Drug Policy*, septembre 2011.

[161] A la différence du « roulage » ordinaire, le « tubage » utilise un appareil permettant à l'usager de façonner du tabac en vrac sous une forme proche des cigarettes industrielles.

La sensibilité à la hausse des prix des jeunes et des personnes en situation de précarité

Le Haut conseil de la santé publique[162] note que toutes les catégories de la population n'ont pas la même sensibilité aux variations de prix et que « *ce sont les plus jeunes qui représentent la plus grande sensibilité aux variations de prix* ». Ceci paraît confirmé par le sondage IFOP réalisé dans le cadre de cette évaluation. A l'issue de plusieurs années pendant lesquelles le recours à des hausses dissuasives à des fins de santé publique a été abandonné, cette enquête reflète une opinion dubitative à l'égard d'un tel outil (seules 35 % des personnes interrogées jugent cette action efficace) ; en revanche, les jeunes de 15-17 ans sont la tranche d'âge selon laquelle des augmentations fortes et régulières des prix auraient le plus d'effet pour limiter la consommation (55 % pour les 15-17 ans et 47 % pour les 18-24 ans).

Une certaine inélasticité de la demande se constatant chez les personnes aux revenus les plus bas ou incertains, ce constat a parfois été mis en avant pour suggérer le caractère « régressif » des augmentations du prix du tabac[163]. Celles-ci pèseraient d'autant plus lourdement sur les personnes précaires que ces dernières sont plus nombreuses à fumer, qu'elles consacrent une part très importante de leur budget au tabac et qu'elles ont plus de mal que les autres à s'arrêter. Le sondage IFOP indique d'ailleurs que près de trois quarts des catégories du bas de l'échelle sont réservées sur l'efficacité de fortes augmentations des prix à faire baisser la consommation de tabac, contre 58 % pour les catégories supérieures. Le Haut conseil de la santé publique rappelle cependant qu'une augmentation des prix contribue aussi à décourager des personnes précaires d'entrer dans le tabagisme et que son efficacité pour les publics les plus fragiles impliquer en parallèle un renforcement de l'accompagnement médico-social et du soutien financier au sevrage.

L'ensemble de ces constats souligne la nécessité que la politique fiscale incite à des relèvements de prix cohérents pour tous les produits du tabac. De ce point de vue, les ajustements de fiscalité portés par la loi de financement pour la sécurité sociale pour 2013 traduisent un progrès.

---

[162] Avis du 25 janvier 2012.

[163] Godefroy R., *Les taxes sur le tabac sont-elles régressives ? La consommation de tabac en France face aux hausses de taxes 1978-2000*, mémoire de DEA, 3 septembre 2003. Dans le même sens, voir le rapport précité du conseil des prélèvements obligatoires.

Plus généralement cependant l'objectif de santé publique exige le retour à une dissuasion plus vigoureuse par les prix. La direction de la sécurité sociale affirme en ce sens que « *le levier fiscal doit être associé à des objectifs précis* » et que *« la perception d'une action résolue et lisible des pouvoirs publics sur le sujet du tabac conditionne la réussite de la politique sanitaire menée par l'Etat* ».

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La Cour constate que le moratoire fiscal instauré après les fortes hausses de 2003-2004 s'est prolongé et que les hausses de prix pratiquées depuis lors, si elles ont été fiscalement et commercialement rémunératrices, sont restées en deçà du rythme propre à modérer durablement le volume de consommation. Or, ainsi que le recommande la convention-cadre de l'OMS, l'augmentation des prix du tabac et le levier de l'impôt doivent être considérés comme un « moyen efficace et important *» des politiques de santé publique, et non pas comme un simple facteur d'optimisation financière.*

La Cour formule à cet égard les recommandations suivantes :

18. mettre en œuvre dans la durée, au-delà des mesures déjà annoncées pour 2013, une politique volontariste de relèvement soutenu des prix du tabac en usant de l'outil fiscal à un niveau suffisant pour provoquer une baisse effective et durable de consommation ;

19. poursuivre la réforme de la fiscalité du tabac afin de réduire rapidement l'écart de charge fiscale et de prix existant au bénéfice notamment du tabac à rouler, à tuber ou des cigares et cigarillos.

Chapitre VI

Des obligations ou interdictions inégalement respectées

La Cour de cassation a écarté en 2007 toute faute de la *SEITA* dans le décès par cancer d'une consommatrice de tabac, en relevant que celle-ci, suffisamment informée des risques encourus par sa santé, ne pouvait rejeter sur le fournisseur la responsabilité de son propre comportement[164].Dans les faits, l'information sanitaire délivrée sur les risques du tabagisme ne semble pas avoir nécessairement pour conséquence une juste perception de ceux-ci, notamment par les fumeurs. Quoi qu'il en soit, cette décision de justice exclut pour l'heure toute action individuelle mettant en cause la responsabilité civile des fabricants et, à supposer que des « class actions » à l'américaine soient autorisées en France, en ferme la voie en ce domaine. Un commentateur a néanmoins pu relever que l'Etat était pour le moins « *soumis à une obligation positive de prendre toutes les mesures appropriées pour protéger la vie des personnes et leur santé* »[165].

C'est bien au regard de cette obligation de santé publique que doivent être appréciées les mesures, notamment réglementaires, prises par la puissance publique pour retarder, limiter et réduire l'addiction tabagique. Cet exercice est d'autant plus nécessaire qu'il convient, selon *Japan Tobacco International*, que l'on « *apporte la preuve qu'une réglementation est à la fois nécessaire et appropriée pour atteindre un objectif légitime et clairement défini de politique publique*».

---

[164] Cass. Civ., 8 novembre 2007, n° 06-15.873.
[165] Sauvat C., *La Semaine Juridique*, 20 février 2008.

Or les contrôles publics restent à la fois dispersés et peu actifs et de nombreuses failles existent dans l'application de chacune des règles en vigueur.

I - De nombreuses obligations ou prohibitions, un pouvoir de contrôle dispersé

La réglementation du tabac comporte des obligations positives, telles que celles concernant des mentions ou avertissements sanitaires, mais aussi une gamme étendue de prohibitions, portant notamment sur la composition des produits, la publicité ou la propagande directe ou indirecte en leur faveur, leur vente aux mineurs et leur usage dans les lieux publics et de travail.

Le non-respect de ces différentes règles relève de dispositions pénales qu'organisent les articles L. 3512-1 à 4 et R. 3512-1 à 4 du code de la santé publique et qui se traduisent par des peines d'amendes. En outre, l'application par les buralistes des règles contractuelles qui les concernent est soumise à des sanctions professionnelles.

L'efficacité de ce double dispositif pénal et disciplinaire est étroitement tributaire des diligences effectivement conduites par les divers corps investis de pouvoirs de contrôle. Usant du pouvoir qui leur est légalement reconnu à cet effet, les associations anti-tabac déploient une activité soutenue de partie civile qui supplée pour partie aux insuffisances des contrôles publics.

A – Le contrôle des obligations des buralistes

Comme pour les débits de boisson, les lieux de vente du tabac ne peuvent plus, depuis 2009, s'établir en deçà d'une distance minimale, fixée par arrêté préfectoral, d'un certain nombre de lieux publics, accueillant notamment des jeunes, dont la liste est fixée par l'article L. 3335-1 du code de santé publique. Cette prohibition nouvelle s'entend « *sans préjudice des droits acquis* » (article L. 3511-2-2). Les décisions d'implantation relèvent des directeurs régionaux des douanes, qui doivent faire respecter l'interdiction visant ces « *zones protégées* » dont le périmètre est défini par les services préfectoraux.

Le contrat de gérance des débitants (arrêté du 8 juillet 2010) prévoit par ailleurs que le non-respect des obligations légales ou réglementaires peut entraîner des sanctions disciplinaires. Aucun rôle de santé publique n'y est cependant expressément visé au titre des « *missions de service public qui peuvent [leur] être confiées par l'Etat* ». Depuis

lors, le 3e contrat d'avenir a toutefois mentionné, pour la première fois, parmi « *les engagements des buralistes* », leur « *participation active à la politique de santé publique* », dont l'interdiction de vente aux mineurs est désigné comme « *un axe fort* ».

Les contrôles des débits, « *exercés sur pièces et sur place* » par les services douaniers, restent cependant « *globaux* », et « *ne concernent pas uniquement les infractions à la réglementation tabac et à la lutte contre le tabagisme* »[166].

Les amendes disciplinaires restent par ailleurs soumises à un plafond de 4 000 €, pouvant être porté à 8 000 € après avis de la commission disciplinaire[167].

La direction générale des douanes et des droits indirects indique que, de 1977 à 2011, 8 208 contrôles ont donné lieu à sanction y compris fiscale, dont 3 432 de 2000 à 2011 et que « *le non-respect des obligations réglementaires ou contractuelles peut également entraîner la résiliation ou le non-renouvellement du contrat de gérance* »[168]. Elle n'a cependant pas pu préciser le nombre de cas où ces deux dernières possibilités avaient été effectivement utilisées depuis 2000. Par ailleurs, une note aux directeurs régionaux du 18 octobre 2010 précise que les infractions à l'interdiction de vente de tabac aux mineurs « *ne pourront constituer un motif unique de résiliation du contrat de gérance* ».

Egalement interrogée sur la part et le montant moyen des sanctions qui était relative à des infractions à la réglementation sanitaire, la direction générale des douanes et des droits indirects a reconnu ne pas être en mesure de le faire, avançant l'hypothèse que « *les constats (incidents) d'infractions ont été suffisamment peu nombreux sur la période 2000-2011 pour ne pas en faire des "objets statistiques"* »[169]. Il est à craindre que ce soient davantage les contrôles effectués par l'administration que les infractions elles-mêmes qui sont trop « *peu nombreux* » pour atteindre un seuil statistique. De fait, en moyenne annuelle, le nombre de contrôles déclarés serait légèrement supérieur à 300, alors que le réseau des buralistes compte près de 27 000 débits. Ceci revient à dire qu'un buraliste ne risque d'être contrôlé sur place par la direction générale des douanes et des droits indirects qu'une fois par siècle.

---

[166] Réponse de la direction générale des douanes et des droits indirects, 29 février 2012.
[167] Articles 41 à 44 du décret n° 2010-720 du 28 juin 2010 relatif à l'exercice du monopole de la vente au détail des tabacs manufacturés.
[168] Cette possibilité est ouverte par l'article 2 du décret n° 2010-720.
[169] Réponse du 8 juin 2012.

Cette même direction souligne par ailleurs que ses services, lorsqu'ils constatent incidemment de telles infractions, sont tenus de les dénoncer au Parquet conformément à l'article 40 du code de procédure pénale. En conséquence, si elle « *envisage de conditionner expressément le versement de la prime de service public, dont le décret est en cours rédaction, au strict respect des règles de vente aux mineurs* », elle précise d'emblée que « *cette sanction ne pourra être valablement prise, en pratique, que sur la base de l'autorité de la chose jugée* »[170].

Enfin, les relevés partiels de tels signalements transmis à la Cour ne visent que des « *infractions à la publicité sur les lieux de vente* », ce qui laisse penser *a contrario* qu'aucun signalement n'a été opéré en matière d'interdiction de la vente aux mineurs, la direction générale des douanes et des droits indirects indiquant pour sa part que la direction générale de la santé n'a pas répondu à sa demande d'« *être tenue informée de toutes les infractions au code de santé publique relevées contre les buralistes*[171] ». La poursuite d'une telle situation rendrait sans effet la sanction envisagée en matière de prime de service public,

Il en serait, a fortiori, de même pour la sanction de retrait temporaire du contrat de préposé de l'administration dont le directeur général des douanes et des droits indirects a admis, lors de son audition, qu'elle pourrait être justifiée en cas de manquements graves et répétés aux interdictions légales.

B – Amendes pénales et corps de contrôle

Les montants maximaux d'amendes prévus par le code de la santé publique obéissent à une hiérarchie qui tend à différencier les infractions individuelles des fumeurs et celles des personnes responsables des lieux ou entreprises visés par la réglementation, un maximum de 100 000 €, peut être porté à 50 % du montant des dépenses consacrées à l'opération illégale, pour les règles relatives aux produits interdits à la vente, aux teneurs maximales et aux mentions obligatoires et à l'interdiction de la publicité et de la propagande, directe ou indirecte. Pour les infractions à l'interdiction de vente aux mineurs, le décret n° 2010-545 du 25 mai 2010 a substitué la 4e classe de contravention à la 2e classe (forfait de 11 €, taux majoré de 75 €, maximum de 150 €) antérieurement applicable.

---

[170] *Idem.*
[171] *Idem.*

L'article L. 3512-4 du code et la circulaire du ministre de la santé du 29 novembre 2006 prévoient par ailleurs que peuvent être assermentés pour procéder à la recherche et à la constatation des infractions les médecins inspecteurs de santé publique, les ingénieurs de génie sanitaire , les inspecteurs de l'action sanitaire et sociale et l'ensemble des agents visés par l'article L. 1312-1 du même code. Le sont également, dans leurs domaines, les inspecteurs et contrôleurs du travail, qu'ils soient rattachés au ministère du travail, de l'agriculture ou des transports ainsi que les agents d'exploitation assermentés dans les transports collectifs ou les agents du contrôle général des armées chargés de l'inspection du travail.

Tenant lieu de coordination, cette circulaire se limite à inviter « *les ministères disposant de corps de contrôle à mobiliser sans délai leurs services déconcentrés sur la nécessité de placer de façon prioritaire le contrôle des nouvelles prescriptions liées au tabac au nombre de leurs thèmes d'actions* » et s'en remet aux préfets pour veiller à ce que cette recommandation soit bien appliquée. Par ailleurs, une circulaire du 3 août 2011, co-signée par les ministres de la santé et de l'intérieur sur l'application de l'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif, invite à « *concilier pédagogie et sanctions* » et rappelle la compétence, en premier chef, des officiers et agents de police judiciaire.

Le ministère de l'intérieur, cosignataire de cette circulaire, n'assure pas davantage de pilotage central du déploiement des contrôles en matière de lutte contre le tabagisme. Il ne leur assigne aucun objectif quantifié et ne consigne pas leurs résultats. La direction des libertés publiques et des affaires juridiques justifie cette position en estimant qu'en la matière les préfets interviennent principalement par les directions départementales de la cohésion sociale selon les orientations qui leur sont données par la direction générale de la santé dont le bureau des pratiques addictives est d'ailleurs désigné par la circulaire du 3 août 2011 comme destinataire des bilans attendus d'eux.

Cependant, cette direction ne se reconnaît pas de compétence à l'égard des buralistes, *« en tant qu'ils vendent du tabac* » alors qu'il lui appartient de mettre en œuvre, le cas échéant, les dispositions du code de santé publique relatives aux fermetures de débits de boissons pour infraction. Ce n'est que si les débitants exercent également l'activité de débitants de boissons alcoolisées qu'ils peuvent connaître une mesure de fermeture de leur établissement, sans que celle-ci puisse être motivée par une éventuelle infraction à la réglementation du tabac.

De manière plus générale, le tabagisme, n'entraînant guère de trouble pour la sécurité ou l'ordre public, passe inévitablement au second rang par rapport à l'exercice d'autres « polices spéciales »[172]. Cette situation contraste avec la forte implication du ministère de l'intérieur dans la politique de sécurité routière animée par la direction de la sécurité et de la circulation routières, laquelle apporte activement « *son concours à l'action interministérielle en ce domaine* »[173].

Enfin, le conseil supérieur de l'audiovisuel (CSA), autorité administrative indépendante, est investi par la loi sur la liberté de la communication d'un pouvoir de contrôle et de sanction à l'égard des diffuseurs notamment quant au respect de l'interdiction de la publicité et de la propagande directe ou indirecte sur le tabac[174]. Il en a fait un usage modéré.

C – Le rôle des organismes antitabac

L'article L. 3512-1 du code de la santé publique ouvre aux associations anti-tabac régulièrement déclarées depuis au moins cinq ans et, depuis la loi de santé publique du 9 août 2004, aux associations familiales ou de consommateurs la possibilité d'exercer les droits reconnus à la partie civile pour les infractions à la législation contre le tabagisme.

De fait, la plupart des actions résultent de citations directes par les associations, au premier chef le *comité national contre le tabagisme (CNCT)* et l'association *droits des non-fumeurs » (DNF)*. Toutes deux dénoncent « *l'absence d'autorité spécifique pour veiller au respect*

[172] Comme celles relatives aux armes et explosifs, aux violences sportives, aux chiens dangereux, aux casinos et aux cercles de jeux, voire aux gens du voyage ou à « *l'éloignement du territoire français pour des motifs d'ordre public des ressortissants étrangers* » qui relèvent également de la Direction des libertés publiques et des affaires juridiques (DLPAJ).

[173] Article 9 du décret n° 2008-680 du 9 juillet 2008.

[174] Loi n° 86-1067 du 30 septembre 1986 sur la liberté de communication.

de l'application de la loi », notamment à l'égard des lieux collectifs, ainsi que « *la frilosité* » ou la « *neutralité bienveillante* », voire un comportement des juges du siège parfois « *bienveillant à l'égard des prévenus*[175] ».

Devant ce qu'ils décrivent comme le « *mur d'argent procédural* »[176] dressé notamment par les fabricants et la disparité des décisions en première instance ou en appel, ces plaignants conduisent chaque fois que considéré opportun les procédures jusqu'en cassation. Le corpus jurisprudentiel, « *exemplaire, pédagogique et dissuasif* » selon leur expression, ainsi constitué depuis une vingtaine d'années est révélateur de la variété des tentatives de contournement de la réglementation mais aussi les difficultés d'applications auxquelles restent exposées certaines de ses dispositions.

Dans sa contribution, *Japan Tobacco International* regrette « *l'absence d'évaluation des actions en justice des associations de lutte contre le tabagisme* », tandis que, selon *British American Tobacco*, « *les nombreux intervenants dans le domaine de l'anti-tabagisme semblent pouvoir poser problème* ». La direction générale de la santé estime pour sa part que la vigilance des associations a permis « *dans certains domaines, une réduction, voire une quasi disparition des pratiques illicites* », citant à cet égard la publicité dans les journaux à grand tirage ou les actions de promotion directe menées par les fabricants lors de salons et foires.

Le *comité national de lutte contre le tabagisme* avance en outre que son action a notamment mis en lumière les techniques de promotion développées par les fabricants notamment à l'égard du public le plus jeune et donne plusieurs exemples où l'enquête a permis l'accès à des documents internes témoignant, selon lui, de « *plans de fraude* ». Il souligne enfin que ses actions rapportent de l'argent à l'Etat, les seules procédures engagées par lui ayant abouti au prononcé de quelque 14 MF d'amendes entre 1978 et 2000, et de 1,5 M€ dans la décennie suivante, alors que les subventions à l'ensemble des associations ne dépasse guère 1 M€ par an.

---

[175] *Droits des non-fumeurs* en prend pour exemple l'acceptation d'une question prioritaire de constitutionnalité par le tribunal correctionnel de Paris « *alors que la question posée ne revêt pas un caractère sérieux dès lors que l'article L.3511-3 du code de la santé publique ne méconnaît pas à l'évidence le principe d'égalité et le droit à la liberté d'expression que la Constitution garantit* », Cass. Crim., 24 janvier 2012, n° 11-90.119.

[176] Selon Imperial Tobacco, ce comportement des fabricants ne relèverait que du « *droit de se défendre* » et de la « *présomption d'innocence* ».

En outre, compte tenu des importants intérêts économiques en jeu, les associations assortissent assez systématiquement ces actions de la demande de dommages et intérêts. La Cour de cassation a jugé que la fixation de ces deniers, en sus des amendes prononcées, relève du pouvoir d'appréciation souverain du juge, et que celui-ci avait pu, dans l'espèce concernée, prendre en compte à bon droit le nombre de paquets de cigarettes illicites vendus[177]. De même que la référence, dans d'autres affaires, aux recettes publicitaires indues, une telle fixation obéit à un principe de réparation économique, les plaignants regrettant cependant l'absence de dommages et intérêts punitifs.

Imperial Tobacco demande que les dommages et intérêts soient « *versés à l'Etat et non aux associations* » et que « *seuls les frais de procédure exposés par ces associations* » leur reviennent, ce qui confond abusivement les amendes, perçues par l'Etat, les dommages et intérêts par nature destinés aux parties civiles et d'éventuelles compensation de leurs frais de procédure. Le *comité national de lutte contre le tabagisme* avance pour sa part que les fabricants chercheraient à « *créer un climat d'intimidation* », notamment en présentant l'association « *comme un organe ayant soif de pouvoir et qui a fait de son action un enjeu de profit* ».

Si elles usent de la faculté de transiger par « *compensation amiable* » notamment avec des organes de presse prenant des engagements pour l'avenir[178], les associations anti-tabac se félicitent du retrait d'un projet de disposition législative[179] qui étendait aux infractions à l'interdiction de la publicité sur le tabac les procédures judiciaires allégées et simplifiées permettant à l'administration elle-même de passer une transaction mettant fin aux poursuites [180]. S'il avait été adopté, il aurait de leur point de vue donné « *un signal très négatif pour la santé publique* ».

---

[177] Cass. Crim., 26 septembre 2006, n° 05-87.681.

[178] *Le Comité national contre le tabagisme (CNCT)* précise que de tels accords, qui touchent quelque 15 % de ses actions, sont toujours négociés à la demande de l'adversaire et notifiés à la DGS.

[179] Article 22 *quater* du projet de loi n° 3373 relatif à la répartition des contentieux et à l'allègement de certaines procédures juridictionnelles, 2011.

[180] Communiqué de l' « Alliance contre le tabac », 13 juillet 2011.

Les positions des associations anti-tabac auditionnées par la Cour

Si chacune des associations auditionnées par la Cour a développé une expertise spécifique dans le domaine des politiques de lutte contre le tabagisme, elles partagent leurs principaux constats relatifs aux insuffisances de la lutte anti-tabac en France : absence de cohérence et de continuité, application partielle des principes de la convention-cadre de l'OMS et nécessité d'une relance vigoureuse de la politique anti-tabac.

Elles adhèrent au principe de « dénormalisation » du tabac mis en avant au plan international afin de modifier l'image sociale du tabac, ainsi qu'à la nécessité d'utiliser vigoureusement l'arme des prix et de la fiscalité. Elles sont également très attachées à promouvoir une application effective de la réglementation et, en priorité, de l'interdiction de la vente aux mineurs. Elles s'accordent également à déplorer la pauvreté de la recherche sur le tabagisme en France et appellent à un soutien public dans ce domaine.

Elles réclament enfin une mobilisation politique au plus haut niveau pour la mise en œuvre de la convention cadre de l'OMS, la définition d'une stratégie nationale ainsi qu'une meilleure coordination de l'action des pouvoirs publics, une plus grande professionnalisation de la lutte antitabac et un effort accru pour les actions de soutien à l'arrêt du tabac.

Droits des non-fumeurs si elle prend plus particulièrement position sur l'extension et l'application de la réglementation (interdictions de fumer dans les lieux publics et de vente aux mineurs) milite pour une application effective de la loi comme préalable à de nouvelles avancées législatives et réglementaires.

D'autres associations œuvrent également à la lutte contre le tabagisme, *l'Alliance contre le tabac*[181] réunissant aussi bien des associations spécialisées que des sociétés savantes ou des fondations de recherche.

II - Les produits interdits : une application défaillante

Etendues par la loi « hôpital, patients, santé et territoires » de juillet 2009, des interdictionsrégies par l'article L. 3511-2 du code de santé publique visent notamment les produits tabagiques « *destinés à l'usage oral, à l'exception de ceux qui sont destinés à être fumés ou*

[181] http://www.alliancecontreletabac.org/index.html

chiqués », le conditionnement « *de moins de vingt cigarettes* » ou ne représentant pas « *un nombre de cigarettes multiple de cinq* » et les cigarettes aromatisées dépassant une certaine teneur « *en ingrédients donnant une saveur sucrée ou acidulée* »[182].

Alors que l'interdiction des paquets de moins de 20 cigarettes veut empêcher des tactiques commerciales, esquissées en 2003-2004, tendant à rendre les hausses de prix moins perceptibles, une décision en référé a été récemment prise à l'encontre de *Seita-Imperial Tobacco,* pour le conditionnement « Un Y Dos » de la marque « Fortuna », réunissant deux paquets séparables de 10 cigarettes dans un même emboîtage[183].

Tendant à ne pas encourager l'accès des mineurs au tabac, l'interdiction des cigarettes aromatisées se heurte encore à une sérieuse difficulté d'application bien que *Philip Morris France SAS* se prévale de l'avoir « *largement soutenue* ». Dans un recours gracieux daté du 26 janvier 2012, *British American Tobacco* a pour sa part demandé l'abrogation sur ce point de la circulaire du 3 août 2011, en contestant que certains de ses produits, visés dans ce document, dépassent les seuils légaux[184]. De son côté, la direction générale des douanes et des droits indirects, estimant n'avoir pas obtenu de la direction générale de la santé « *une liste précise des références incriminées* » et les analyses de laboratoire afférentes[185] a indiqué à la Cour que, « *dans l'attente* », ses services « *sont tenus d'enregistrer les demandes d'homologation des prix de ces références émanant des fournisseurs de tabac* »[186].

Une étude récente de l'association « 60 millions de consommateurs » met par ailleurs en évidence que divers tabacs à rouler, à pipes ou à narguilé et cigarillos comportent une saveur sucrée contraire, sinon à la loi, du moins à l'objectif de l'interdiction de certaines molécules. Le ministère de la santé estime que la prohibition légale devrait être étendue à de tels produits.

---

[182] Article D. 3511-16 du code de la santé publique. En outre, l'obligation de déclarer les ingrédients des produits du tabac, mesure de transposition de l'article 6 de la directive 2001/37/CE, retenue dans l'avant-projet de seconde loi de santé publique a en définitive été adoptée dans le cadre de la loi n° 2011-302 du 22 mars 2011 et est désormais inscrite dans l'article L. 3511-1 du code et son arrêté d'application publié le 31 mars 2012.

[183] Cour d'appel de Paris, 1er février 2012.

[184] British American Tobacco invoque des tests effectués par l'Institut national de la consommation en liaison avec le comité national de lutte contre le tabagisme et publiés dans *60 millions de consommateurs* en novembre 2011.

[185] Note au directeur de cabinet du 6 septembre 2011.

[186] Réponse du 29 fèvrier 2012.

III - La réglementation du conditionnement et ses détournements

L'article L. 3511-6 du code de la santé publique prévoit que le conditionnement des produits du tabac mentionne leur teneur moyenne en goudron, en nicotine et en monoxyde de carbone, leur composition intégrale et comporte « *un message général et un message spécifique de caractère sanitaire* ». Il est en outre interdit d'utiliser tout message écrit ou graphique « *indiquant qu'un produit du tabac particulier est moins nocif que les autres* ».

Un arrêté du 25 mars 2003 avait déterminé les modalités d'inscription et mentions obligatoires sur les unités de conditionnement des produits du tabac et des messages de caractère sanitaire. L'arrêté du ministre de la santé du 15 avril 2010 est venu renforcer, en référence à l'article 11 de la convention-cadre de l'OMS, les règles antérieures en prévoyant désormais un message au recto du paquet d'une taille minimale de 30 % de la surface, et comportant l'un des deux messages sanitaires « *Fumer tue* » ou « *Fumer nuit gravement à la santé* » ainsi que des avertissements graphiques au verso, pouvant comporter des photographies en couleurs issue d'une liste et intégrant un message d'aide à l'arrêt, et d'une taille minimale fixée désormais à 40 % de la surface.

Un délai d'un an pour les cigarettes et de deux pour les autres produits a été accordé aux fournisseurs pour se mettre en conformité avec les nouvelles dispositions, les débitants pouvant en outre écouler jusqu'à épuisement les stocks de produits non conformes aux nouvelles dispositions. La direction générale des douanes et des droits indirects souligne que « *les manquements aux dispositions de cet arrêté ne constituent ni une infraction douanière, ni une infraction fiscale* » et échappent de ce fait à ses contrôles.

Sur le fond, le ministère de la santé rappelle que, selon des recherches menées à partir des années 1990 dans les pays anglo-saxons puis en France dans le cadre d'un programme financé par l'institut national du cancer, la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie et l'INSERM[187], les messages visuels auraient plus d'impact que les textes pour réduire l'attractivité du paquet, que les avertissements doivent être renouvelés régulièrement pour éviter leur usure, qu'ils paraissent renforcer les non-fumeurs dans leur choix et accroissent les appels vers la ligne d'aide à l'arrêt mentionné. A l'inverse, la *confédération des buralistes* avance, à propos des « *photos-chocs* » mises en œuvres en 2011, que ses adhérents seraient « *frappés par l'indifférence relative des fumeurs à l'arrivée de ces nouveaux paquets* » et auraient « *plutôt entendu des clients se plaignant d'être humiliés plutôt que d'être sensibilisés* ».

Le non-respect ou le détournement de ces différentes règles a fait l'objet de nombreuses actions judiciaires, la Cour de cassation ayant notamment censuré en 2000 la cour d'appel de Paris pour avoir admis que *BAT* ait pu assortir la mention légale « *Le tabac tue* », de l'ajout « *Selon la loi n° 91-32* » et estimé que cet ajout « *ne prenait pas une coloration dénigrante* »[188].

Le paquetage, « *tout simplement parce qu'il s'agit peut-être là du dernier moyen de communication avec le consommateur*[189]», est par ailleurs activement utilisé pour véhiculer une image attractive et incitant à fumer. En témoigne une ample jurisprudence condamnant une gamme très diverses de pratiques commerciales comme contraires à l'interdiction de la publicité ou de la propagande pour les produits du tabac, opérations de parrainage, octroi de licences de marque, distribution de produits dérivés et publicité sur internet notamment (cf. annexe 7). La Cour de cassation a de surcroît écarté le moyen selon lequel les limitations découlant de l'interdiction légale à la modification du conditionnement

---

[187] ITCFCS, Hammond D. et coll., *Effectiveness of Cigarette Warning Labels. Four Countries Survey*, 2006 ; pour la France, notamment Gallopel-Morvan K., « Les avertissements sanitaires apposés sur les paquets de cigarettes: quelle efficacité dans la lutte contre le tabagisme », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 27 mai 2008, et « Eléments sur l'efficacité potentielle de la mise en place en France des avertissements sanitaires visuels et des paquets standardisés pour les produits du tabac », observatoire français des drogues et des toxicomanies septembre 2011.

[188] Cass. Crim., 15 février 2000, n° 98-87.282. La même chambre a, par ailleurs, le 13 mai 2003, écarté l'application à ce cas de la cause d'irresponsabilité prévue par l'article 122-3 du code pénal.

[189] Selon l'un des moyens du pourvoi des fabricants en cassation d'un arrêt de la cour de Versailles du 11 septembre 2009. *Cf.* Cass. Crim., 3 novembre 2010, n° 09-88.599.

des produits seraient contraires à la liberté d'expression en jugeant qu'elles étaient proportionnées à l'objectif de protection de la santé[190].

L'introduction légale d'une norme de conditionnement identique pour tous les produits et marques du tabac et l'interdiction de leur exposition visible sur les lieux de vente constituent par ailleurs deux des principales mesures de réglementation auxquelles invitent la convention-cadre de l'OMS ou ses directives d'application et qui sont en débat pour l'éventuelle révision de la directive européenne de 2001 (*cf*. supra).

En effet, le conditionnement des produits du tabac et un jeu sur les éléments visuels distinctifs des marques les plus connues sont activement utilisés comme moyen d'attraction de l'usager potentiel, souvent en infraction ou aux limites de l'interdiction légale de la publicité. Il n'est d'ailleurs pas douteux que, pour les plus jeunes notamment, la mise en exergue des marques constitue, comme dans bien d'autres domaines de consommation, un élément puissant d'attrait du produit, propre à renforcer la dimension psycho-sociale de la dépendance.

Toutefois le scepticisme de l'opinion à l'égard d'une telle mesure s'exprime tant dans le sondage IFOP que dans l'*Eurobaromètre spécial 2012*. Ce sentiment paraît refléter pour l'essentiel l'impossibilité de rendre perceptible la portée concrète de cette novation dans le cadre d'une enquête rapide comportant de nombreuses autres questions. Mieux que tout sondage, l'ampleur des moyens de procédure et d'influence mobilisés par les fabricants à niveau international à l'encontre de cette disposition donne cependant une indication des effets potentiels importants qu'ils lui attachent quant à l'évolution des ventes.

Selon une étude récente plus spécifique[191], dans le contexte français, le conditionnement neutre « *est jugé négativement par une majorité des répondants, terne, ne donnant pas envie d'acheter* », mais également « *comme étant plus efficace que le paquet actuel pour informer sur la dangerosité des cigarettes, donner envie de ne pas commencer à fumer et diminuer sa consommation de tabac ou arrêter* ». Cette étude suggère donc que « *le paquet de cigarettes est un support publicitaire efficace* » et qu'il est « *essentiel de réfléchir à la mise en place du paquet de cigarettes standardisé en France* ».

La *confédération des buralistes* objecte qu'une telle hypothèse comme celle de la suppression des linéaires se heurterait à « *un véritable*

---

[190] *Idem*.

[191] Gallopel-Morvan K, Béguinot E, Eker F, Martinet Y, Hammond D, « Perception de l'efficacité des paquets de cigarettes standardisés. Une étude dans un contexte français », *BEH,* 30 mai 2011.

doute sur leur efficacité au regard de la politique antitabagique ». Dans le même temps cependant, elle affirme que de telles mesures « *s'avèrent déstabilisantes pour les buralistes, notamment pour une éventuelle transmission de leur point de vente* », ce qui implique bien qu'elles sont susceptibles d'un effet suffisamment sensible sur le volume des ventes. L'ampleur des moyens et procédures déployés par les fabricants à niveau international contre de telles mesures est d'ailleurs la preuve de l'efficacité que les fabricants leur prêtent par avance en termes de « désincitation » à la consommation.

Le principe du paquetage générique, s'il vise à empêcher toute forme de promotion indirecte de l'usage du tabac jouant d'éléments d'attrait visuel ou ludique de leur conditionnement, ne supprime toutefois ni la diversité existante des produits, ni les appellations commerciales sous lesquelles elles sont vendues. Prétendre qu'il abolirait la concurrence entre produits ou qu'il équivaudrait à un rétablissement du monopole, voire à l'instauration de la « cigarette unique », parait à cet égard très outré.

Pour sa part, la direction générale des douanes et des droits indirects souligne que sa mise en œuvre rendrait la lutte contre la contrefaçon plus difficile car *« la présentation avec des couleurs traditionnelles, un logo et l'emplacement précis des mentions permet aux services douaniers, en lien avec les fabricants de tabac, d'identifier les paquets contrefaits »*. L'objectif de la mesure se limitant à proscrire un usage ostensible des éléments distinctifs des marques, elle n'interdirait nullement que les paquetages comportent tous indices discrets autorisant un traçage informatique sûr des produits licites, conformément aux orientations du tout récent protocole de Séoul.

IV - L'interdiction de la publicité, du parrainage ou de la propagande : des frontières incertaines

L'article L. 3511-3 du code de la santé publique prohibe « *la propagande ou la publicité, directe ou indirecte* », en faveur du tabac, ainsi que « *toute distribution gratuite ou vente à un prix inférieur* » et « *toute opération de parrainage lorsqu'elle a pour objet ou pour effet* » la promotion du tabac, la propagande ou publicité indirecte étant définie par l'article L. 3511-4[192].

La Cour de cassation, qui avait déjà affirmé la compatibilité de ces dispositions avec la convention européenne des droits de l'homme[193], a récemment écarté comme dénuée de sérieux une question préjudicielle de constitutionnalité sur leur compatibilité avec le principe de la liberté d'expression[194]. Outre l'utilisation abusive des conditionnements, cette disposition fait l'objet de multiples stratégies commerciales visant à son contournement,que la jurisprudence déclare fréquemment illicites (*cf.* annexe 7). Le juge a eu également à connaître d'autres aspects spécifiques de l'application de l'interdiction ou des exceptions limitées que lui apporte la loi.

A – La promotion interne aux bureaux de tabac

Est légalement autorisée sous de strictes conditions la communication réservée aux professionnels du tabac ainsi qu'aux enseignes (la« carotte » rouge) et affichettes internes des débits de tabac. Ces dernières font l'objet d'un arrêté du 31 décembre 1992 modifié par celui du 14 octobre 2005[195].

Sur ce point, l'administration elle-même a pu faire preuve d'une interprétation singulièrement laxiste des facultés réglementaires comme en témoigne une lettre du directeur général des douanes au président de la *confédération des buralistes* du 31 juillet 1998 qui sollicitait les

---

[192] Il s'agit de celle faite « *en faveur d'un organisme, d'un service, d'une activité, d'un produit ou d'un article* » autre que le tabac ou l'un de ses ingrédients « *lorsque par son graphisme, sa présentation, l'utilisation d'une marque, d'un emblème publicitaire ou un autre signe distinctif, elle rappelle le tabac* » ou l'un de ses ingrédients, exception étant faite pour des produits mis sur le marché avant 1990 et dont le fournisseur reste indépendant des entreprises de tabac.

[193] Cass. Crim, 13 février 2007, n° 04-87.115.

[194] Cass. Crim, 24 janvier 2012, précité.

[195] Ces affichettes doivent comporter un message sanitaire et ne faire aucune référence au prix.

dispositions limitant la taille des affichettes à 60 cm x 80 cm jusqu'à rendre « *désormais possible* » que ces matériels arborent « *une épaisseur maximale de 30 centimètres et une superficie totale de 4 800 cm²* »[196] et autorisait les buralistes à « *mettre à la disposition du public, des brochures ou dépliants qui leurs sont proposés par les fournisseurs* », à la seule condition qu'ils ne « *fassent pas référence à un produit du tabac ou à une marque commerciale quelconque* ».

Les associations antitabac ont obtenu la condamnation d'une affichette de *British American Tobacco* se réclamant de la lutte contre la contrefaçon où le slogan « *Fausse cigarette, Vrai risque* » était suivi de la question « *Et vous, où achetez-vous vos cigarettes* », comme induisant *a contrario* que le tabac fourni par les buralistes ne présente pas, lui, de « *vrai risque* »[197]. De manière plus générale, l'association *Droit des non-fumeurs* estime que « *la publicité visible actuellement dans les lieux de vente est en complète infraction avec la loi […] Dans tous les points de vente, la présence de produits marketing, luminescent, en 3 D, avec appels aux consommateurs, est périodiquement constatée par les associations, sans que les organes de contrôle (notamment les douanes) ne mettent fin aux infractions* ».

Les abus auxquels peut donner lieu cette exception avaient conduit l'administration à retenir prioritairement dans un avant-projet pour une nouvelle loi de santé publique la suppression de toute publicité sur les lieux de vente. Cette réforme, inscrite également dans le plan cancer, reste cependant en suspens depuis l'abandon de ce texte.

B – Les œuvres culturelles et artistiques

L'interdit légal a pu également susciter des cas d'extrême précaution de la part d'organismes notamment à vocation culturelle[198]. Ceci a inspiré une proposition de loi « *visant à concilier la préservation*

---

[196] Si elle ne fait pas mention de cette tolérance volumétrique, assez surprenante pour une « *affichette* », la réponse de la direction générale des douanes et des droits indirects à la Cour fait toujours référence à cette superficie de 4 800 cm² alors que la lettre de l'arrêté ne vise que des dimensions orthogonales.

[197] Cette décision du tribunal de grande instance de Nanterre, fait l'objet d'un appel.

[198] *Cf.* le cas, en 2005, d'une affiche de la bibliothèque nationale de France pour une exposition sur Jean-Paul Sartre ou d'une affiche de la Cinémathèque française sur Jacques Tati ayant escamoté de leur photographie l'image soit d'un mégot de cigarettes, soit d'une pipe.

de l'intégrité des œuvres culturelles et artistiques avec les objectifs de la lutte contre le tabagisme »[199].

Interrogé par le ministre de la santé, le Haut conseil de la santé publique a produit à ce sujet un avis daté du 11 janvier 2011 qui souligne qu'aucun cas n'existait où la loi Evin aurait été utilisée en justice pour empêcher une activité artistique et qu'elle ne concernait d'ailleurs pas « *les œuvres artistiques et culturelles lorsqu'il n'y a ni propagande ni publicité* ». Le Haut Conseil a en revanche tenu à « *alerter le Gouvernement* » sur le risque involontaire que cette proposition « *constitue un cheval de Troie permettant de développer le marketing* » et « *ouvre la voie à un détournement de la loi Evin* ».

Il n'est pas certain que la difficulté ait été vraiment levée par la circulaire relative « *à la représentation d'œuvres artistiques et culturelles et d'images de fumeurs* » publiée par la direction générale de la santé le 28 mars 2012, malgré le souci d'équilibre qui inspire ce texte.

Il est, en effet, peu discutable que l'objectif sanitaire justifie qu'en matière de communication purement commerciale « *toute publicité ne concernant pas le tabac ou du tabac ne [doive] pas utiliser des images ou tout autre support renvoyant au tabac* ». Cette prohibition peut donc, à bon droit, n'être assouplie qu'au bénéfice « *d'annonceurs qui n'ont aucun lien avec l'industrie ou la distribution du tabac, et avoir une finalité exclusivement culturelle ou artistique* ».

On peut, en revanche, se demander, si s'agissant de telles campagnes à objet strictement artistique et culturel, il est raisonnable de subordonner la « *représentation de personnages illustres ou non consommant un produit du tabac* » à des critères tels que le fait que « *les personnes représentées [soient] des personnages historiques, ou dont la notoriété est reconnue* », ou que, pour les personnes vivantes, il ne s'agisse que « *de photographies anciennes* » ou enfin que les produits du tabac visibles soient « *inséparables de l'image ou de la personnalité de la personne qui y figure* ». Peut-on en effet interdire à bon droit à un photographe d'art ou d'actualité de publier toute image nouvelle prenant pour sujet un personnage anonyme consommant du tabac (ou de l'alcool, ou même une drogue illicite), ou lui imposer d'établir que cette même consommation est « *inséparable de la personnalité* » de ce personnage ?

La question tenant aux limitations que l'objectif de santé publique peut légitimement apporter à la liberté d'expression, sans doute

---

[199] Proposition n° 2972 du 18 novembre 2010 présentée par M.Didier Mathus et plusieurs autres parlementaires.

serait-il prudent d'en laisser la pleine appréciation au juge pénal, plutôt que de prétendre la résoudre par cette voie administrative. La Cour d'appel de Paris a ainsi su identifier le caractère promotionnel, et non pas culturel, de publications présentant des acteurs connus fumant le cigare et des commentaires les assortissant[200].

C – Le cas des diffuseurs audiovisuels

Le respect des prohibitions légales à la radio et à la télévision a fait l'objet d'une délibération du Conseil supérieur de l'audiovisuel (CSA) en date du 17 juin 2008 qui s'applique notamment aux journaux, émissions d'information, documentaires, émissions de téléréalité. S'il fait mention de ses interventions dans son rapport annuel, le CSA[201] indique qu'« *en raison du faible nombre* » de celles-ci, il n'a pas jugé utile de consacrer à ces manquements une publication spécifique. Il précise au demeurant que les faits relevés sont « *rarement examinés sous l'angle spécifique de la consommation de tabac* », mais souvent aussi « *à travers le prisme de la déontologie des programmes, la maîtrise de l'antenne ou la protection des mineurs* ».

Le récapitulatif transmis à la Cour fait état de 21 interventions sur des manquements relatifs au tabac entre 1991 et 2011, les faits reprochés concernant pour 9 d'entre elles des chaînes de service public et pour 5 cas, TF1, notamment au sujet d'émissions de téléréalité. La plupart des affaires ne donnent lieu qu'à de simples lettres au diffuseur concerné, des mises en demeure n'ayant été retenues que 4 fois en 20 ans[202] et aucune sanction financière n'ayant jamais été infligée, bien qu'il s'agisse, dans la plupart des cas, d'émissions à fort potentiel publicitaire.

Par ailleurs, issu d'un amendement sénatorial remontant à 1993, l'article L. 3511-5 du code de la santé publique admet que « *la retransmissions des compétitions de sport mécanique qui se déroulent*

---

[200] Le modèle en vantant les mérites ou se déclarant actionnaire de la société le produisant (2 décisions de la chambre correctionnelle 13, 14 novembre 2008) ou voyant le tabac donné comme la source de son exceptionnelle longévité (chambre correctionnelle 13, 23 mars 2009). *A contrario*, le tribunal administratif de Montpellier a estimé, le 6 avril 2012, qu'une photographie d'Albert Camus, cigarette aux lèvres, « *ne saurait constituer par elle-même un acte de publicité en faveur du tabac* ».

[201] Lettre du 19 avril 2012.

[202] Contre France 3, le 26 février 2002 ; France 2, le 21 février 2006 et le 9 février 2010 ; Canal +, le 11 octobre 2011. Il s'agit dans les trois derniers cas, de séquences où des personnalités connues ont été présentées en train de fumer à l'écran dans un contexte favorable à cette consommation.

dans des pays où la publicité pour le tabac est autorisée, peut être assurée par les chaînes de télévision ». Un revirement de la jurisprudence judiciaire[203] ayant limité sa portée aux retransmissions *en direct*[204] et exclu son extension aux journaux télévisés, bandes annonces, interviews ou génériques, le CSA, qui, antérieurement, n'avait pas fait droit à deux demandes en ce sens de l'association *droits des non-fumeurs*, a corrigé sa doctrine par décision du 15 janvier 2008. Une directive européenne de 2003 ayant prohibé cette publicité lors des compétitions, l'exception ne s'applique plus qu'à celles se déroulant hors de l'Union. Cette disparité avait conduit à ce que l'avant-projet élaboré sous le précédent gouvernement pour une seconde loi de santé publique ait proposé l'abrogation de l'article L. 3511-5 du code de santé publique.

Cette même exception ne saurait par ailleurs s'étendre à d'autres médias que la télévision. Ont ainsi été condamnées de nombreuses publications d'images de champions ou de véhicules de course où apparaissait des marques de tabac[205] comme la commercialisation de DVD de même type[206].

D – La distribution de cendriers

Droit des non-fumeurs a fait appel d'une décision de justice validant une opération conduite à l'été 2008 et qui consistait en la distribution sur les plages de cendriers jetables estampillés au nom de *British American Tobacco*[207], société qui tient d'ailleurs à rappeler que « *cette action a largement été soutenue et félicitée par les pouvoirs publics à l'époque* ». Alors que cette procédure courait toujours, une proposition de loi a été déposée l'année suivante, en référence à l'opération contestée[208]. La loi n° 2010-788 du 12 juillet 2010 a ainsi

---

[203] Cour d'appel de Paris, 24 septembre 2007, sur saisine du *CNCT*, à l'encontre de France Télévisions, France 2 et France 3, et, sur la même affaire, Cass. Crim. 14 mai 2008, n° 07-87.128.

[204] Un « floutage » des images pouvant en effet être opéré pour les émissions en différé.

[205] Notamment Cass. Crim, 11 janvier 2005, n° 04-80.907, à l'encontre d'un photomontage satirique ridiculisait les mentions sanitaires obligatoires en affirmant : « *attention, fumer… donne le cancer de l'anus* ». *Cf.*, pour d'autres exemples, l'annexe 6.

[206] Cour d'appel de Paris, chambre correctionnelle 30, 25 octobre 2007.

[207] 31e chambre du TGI de Paris, 3 septembre 2009. La cour d'appel de Paris a confirmé cette décision par un arrêt du 14 mars 2012 contre lequel *DNF* s'est pourvu en cassation, BAT soulignant cependant que le parquet n'ayant pas fait appel de la décision pénale de relaxe, l'affaire portera uniquement sur les intérêts civils.

[208] Assemblée nationale, proposition n° 2116, 27 novembre 2009.

introduit une nouvelle rédaction de l'article L. 121-35 du code de la consommation qui autorise la distribution de tels objets dès lors qu'elle vise à « *satisfaire à des exigences environnementales* » et renvoie à un décret les modalités d'apposition de la marque, sigle ou logo de l'initiateur de l'opération « *pour autant qu'elles respectent les dispositions restreignant ou encadrant la publicité concernant l'alcool, le tabac et les jeux ou paris en ligne* ».

Estimant que cette disposition n'était « *pas conforme au contexte jurisprudentiel et au droit international* », le ministère de la santé s'est jusqu'ici opposé à ce que soit pris ce décret d'application, suspendant de ce fait la mise en œuvre de cette exception à l'interdiction de publicité indirecte pour le tabac.

V - L'interdiction de fumer dans les lieux publics : une mutation encore incomplète

L'interdiction posée par l'article 16 de la « loi Evin » ne visait explicitement que les locaux scolaires et, si elle imposait dans les lieux affectés à l'usage du public une séparation entre zones fumeurs et non-fumeurs, ne tenait pas compte de la présence dans ces dernières de salariés exposés au tabagisme passif. La Cour de cassation a cependant considéré que les employeurs ont une obligation de sécurité de résultat quant à la protection des salariés contre ce risque sur leurs lieux de travail, y compris à l'égard de la présence de clients fumeurs[209].

Les dispositions réglementaires (articles R. 3511-1 à 8) du code de la santé publique telles qu'elles résultent du décret du 15 novembre 2006 étendent désormais cette prohibition à « *tous les lieux fermés et couverts qui accueillent du public ou qui constituent des lieux de travail* », à « *tous* » les moyens de transport collectifs et aux « *espaces non couverts* » de tous locaux scolaires ou d'accueil, de formation ou hébergement de mineurs.

[209] Cass. Soc., 29 juin 2005, n° 03-44.412.

La réglementation précise également les normes auxquelles doivent répondre « les emplacements expressément réservés aux fumeurs » (article R. 3511-3[210]), exclut la création de tels fumoirs dans des établissements d'enseignements et de santé (article R. 3511-2), en prohibe l'accès aux mineurs (article R. 3511-6), oblige à l'apposition d'un avertissement sanitaire à leur entrée (article R. 3511-6) et détermine les peines d'amendes applicables au non-respect de ces textes (articles R. 3512-1 et 2).

Le Conseil d'Etat a en outre admis, au vu de l'objectif de santé publique visé, la disposition écartant que ces locaux accueillent toute prestation de service (article R. 3511-3), même si de fait certains lieux, tels les salons de narguilés ont traditionnellement pour objet de délivrer des prestations à leur client fumeurs[211].

Alors que ces dispositions entraient en vigueur le 1er février 2007, le changement important des habitudes collectives qu'elles impliquaient a conduit à reporter au 1er janvier 2008 leur application dans les « *débits permanents de boissons à consommer sur place, casinos, cercles de jeu, débits de tabac, discothèques, hôtels et restaurants* ».

Un bilan, pour l'essentiel favorable, des premiers effets du décret de 2006 a été dressé, en 2009, par l'enquête ITC pour la France qui y a vu le signal d'une modification majeure de l'attitude collective vis-à-vis du tabac[212]. Le confirme le sondage IFOP réalisé pour la présente évaluation selon lequel 87 % et 88 % de la population approuve l'interdiction respectivement dans les cafés, bars et restaurants, et dans les lieux de travail, une nette majorité des sondés (57 % et 58 %) la jugeant même très bonne.

---

[210] *« 1° Etre équipés d'un dispositif d'extraction d'air par ventilation mécanique permettant un renouvellement d'air minimal de dix fois le volume de l'emplacement tabac »par heure. Ce dispositif est entièrement indépendant du système de ventilation ou de climatisation d'air du bâtiment. Le local est maintenu en dépression continue d'au moins cinq pascals par rapport aux pièces communicantes*
2° Etre dotés de fermetures automatiques sans possibilité d'ouverture non intentionnelle ;
3° Ne pas constituer un lieu de passage ;
4° Présenter une superficie au plus égale à 20 % de la superficie totale de l'établissement au sein duquel les emplacements sont aménagés sans que la superficie d'un emplacement puisse dépasser 35 mètres carrés. »

[211] Arrêt « Société L'Oasis du désert », 10 juin 2009, n° 318066.

[212] International Tobacco Control, rapport sur la France, Université de Warterloo, Ontario, fèvrier 2009.

Plusieurs circulaires précisent les conditions d'application et de contrôle de cette interdiction[213]. Il n'est pourtant pas assuré que, s'agissant d'une pratique entraînant moins de trouble public immédiat que l'alcoolisme ou les drogues illicites, son respect constitue une priorité de contrôle pour les forces de police. La circulaire des ministères de l'intérieur et de la santé (direction générale de la santé) du 3 août 2011 prévoyait certes l'élaboration dans chaque département d'un « *plan de contrôle* » départemental dont chaque préfet devait dresser au 30 septembre 2011 un bilan donnant lieu à une synthèse régionale. Malgré une lettre de relance du ministre de l'intérieur du 10 février 2012, trois bilans seulement avaient été produits à l'été 2012, concernant la Corse-du-Sud, la Haute-Normandie et la région Lorraine, sous une forme restant sommaire et d'une teneur parfois d'un grand optimisme[214].

S'agissant de l'Ile-de-France, une réunion a été tenue en février 2012 avec la préfecture de police à l'initiative de l'ARS sans que sa teneur ait donné lieu à procès-verbal.

L'application du décret de 2006 est par ailleurs le point de la réglementation relative à la lutte contre le tabagisme que la *confédération des buralistes* critique à mots les moins couverts : admettant que l'interdiction est « *parfaitement concevable dans un certain nombre de lieux* publics », elle la juge « *plus contestable dans les lieux de convivialité* », au rang desquels, il est vrai, se rangent les « bars-tabac » au sein desquels une moitié environ de ses adhérents exerce son activité.

---

[213] Outre la circulaire précitée du ministre de la santé datée du 29 novembre 2006, il s'agit de :
- quatre autres circulaires, publiées au même Journal officiel du 5 décembre 2006, concernent l'application de l'interdiction de fumer plus particulièrement dans les lieux et établissements relevant de l'éducation nationale, de l'enseignement et de la recherche, les services et établissements publics de l'Etat et les lieux de travail ;
- la circulaire direction générale de la santé/MC2/2007/370 du 9 octobre 2007 sur l'entrée en vigueur de la seconde phase de cette interdiction ;
- la circulaire direction générale de la santé/MC2/2008/292 du 17 septembre 2008 relative aux modalités d'application de cette même seconde phase.
S'y ajoute une circulaire de la Chancellerie direction des affaires criminelles et des grâces 2007-2/G4 du 26 janvier 2007 relative aux orientations de politique pénale en matière de lutte contre le tabagisme.

[214] Ainsi, selon le bilan Lorraine, « *les éléments transmis par les préfectures n'ont pas permis d'observer une difficulté particulière quant à l'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif situés en terrasse* » tandis que le rapport sur la Corse indique que les contrôles des bars et boîtes de nuit sont « *principalement destinés à lutter contre la détention d'armes et de drogues* » et qu'aucune infraction n'a été constatée en matière de tabac.

Sur le plan juridictionnel, plusieurs décisions de différents tribunaux sanctionnent l'absence de respect de la règlementation sur ce point. Ainsi, la Cour de cassation a considéré que la violation par un salarié de l'interdiction de fumer dans l'entreprise constituait une faute grave[215]. Dans le même sens qu'une décision de 2005[216], par ailleurs, dans un récent arrêt, la Cour d'appel de Paris a accordé des dommages-intérêts pour licenciement abusif d'un barman qui se plaignait de travailler dans une atmosphère enfumée[217]. De même[218], la Cour européenne des droits de l'homme a estimé, dans un cas concernant la Roumanie, qu'il était contraire à la Convention de maintenir un détenu en présence d'autres détenus fumeurs[219].

L'exposition au tabagisme dans les établissements de santé, les lycées, les lieux de travail et les lieux de convivialité a diminué, une étude de l'observatoire français des drogues et des toxicomanies montrant ainsi que 27 % des personnes interrogées déclaraient ne jamais être exposées à la fumée des autres au restaurant, contre 79 % avant le 1er janvier 2008[220]. En outre, selon l'enquête ITC déjà citée, le pourcentage de fumeurs et de non-fumeurs interdisant de fumer chez eux aurait augmenté après la mise en œuvre du décret de 2006 pour atteindre respectivement 26 et 50 %. L'institut national du cancer y voit une conséquence de ce que « *l'interdiction de fumer sur le lieu de travail et dans les lieux publics s'inscrit dans une stratégie de dénormalisation du tabagisme* ».

Pour autant, selon un sondage réalisé par l'institut Harris pour *droits des non-fumeurs* 64 % des Français indiqueraient « *avoir été en contact avec la fumée de cigarette* » au cours des six derniers mois dans un lieu soumis à l'interdiction, plus d'un tiers (36 %) déclarant l'avoir été sur leur lieu de travail alors que ce chiffre n'était que de 9 % juste après l'application du décret. De même, selon le sondage IFOP, si la population estime à 91 % et 83 % que l'interdiction est respectée dans les cafés, bars et restaurants, et sur les lieux de travail, la moitié des sondés (52 % et

---

[215] Cass. Soc, 1er juillet 2008, n° 06-46.421.

[216] Déjà confirmée par un arrêt de la chambre sociale du 6 octobre 2010, n° 09-65-103, censurant une décision de la cour d'appel de Paris exonérant le patron de d'un bar-restaurant de son « *obligation de sécurité de résultat* ».

[217] 6 mars 2012.

[218] En sens inverse de celle du 25 août 2005 du tribunal administratif de Nantes.

[219] Cour européenne des droits de l'homme, « Florea c/ Roumanie », 14 septembre 2010, alors qu'en sens contraire le Conseil d'Etat français (ordonnance du 8 septembre 2005) n'avait pas considéré que le maintien d'un prisonnier dans une cellule de fumeurs portait une atteinte grave et manifestement illégale à une liberté fondamentale.

[220] *L'état de santé de la population en France, suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique*, rapport 2011, p.140.

49 %) pense qu'elle ne l'est qu'« *en partie* » et s'y ajoutent ceux (9 % pour les lieux de convivialité et 17 % pour ceux de travail) pour qui elle ne l'est « *pas du tout* » ou « *pas tellement* »[221].

Des initiatives ont pourtant pu se manifester dans le sens d'un allègement des sanctions applicables, tel un amendement parlementaire de juillet 2011 qui prévoyait de baisser de 135 à 45 euros le montant de l'amende pour les fumeurs contrevenant à l'interdiction de fumer dans les lieux publics, proposition qui a été écartée en commission mixte paritaire sur l'opposition du ministre de la santé.

Du point de vue sanitaire, une étude[222] présentée lors du Printemps de la cardiologie 2010 indique que l'extension de l'interdiction de fumer dans les lieux publics n'a cependant pas provoqué la cassure espérée du nombre des infarctus, à la différence d'autres pays d'Europe, Italie notamment, du fait du « *terrain déjà favorable* » créé par les lois Veil et Evin, et, selon les auteurs de l'étude, d'« *une baisse historique, régulière, relativement importante et inattendue, depuis 2003, du nombre d'hospitalisations pour syndrome coronarien aigu*».

Droit des non-fumeurs estime que pour être d'une mise en œuvre plus effective, la réglementation « *gagnerait beaucoup à voir définies avec plus de précisions* » les différentes notions qu'elle met en jeu[223]. *Le Syndicat national des hôteliers, restaurateurs, cafetiers et traiteurs* (*SYNHORCAT*) a, au contraire, salué comme une victoire « *contre les Ayatollahs de l'interdiction de fumer* » une décision du tribunal correctionnel de Paris relaxant deux célèbres établissements qui avaient aménagé des espaces avec extracteurs d'air où l'on pouvait à la fois fumer et consommer dès lors qu'ils avaient fait valoir que les serveurs n'y pénétraient pas[224].

---

[221] Ces résultats sont à lire avec prudence car la méthodologie de ces enquêtes (enquête réalisée sur internet à partir d'un *access panel* pour DNF) ne permet pas d'atteindre les individus difficiles à joindre et qui présentent des comportements tabagiques nettement différents des autres.

[222] Thomas D., Cambou J.P., Empana J.-Ph, Escolano S., Jouven X., *« EVINCOR »* (*EValuation de l'impact de l'INterdiction de fumer sur les syndromes CORonaires aigus*), présentation au 4e congrès de la Société française de cardiologie, Paris, novembre 2010.

[223] *DNF* prend pour exemples ces incertitudes juridiques : « *Peut-on alternativement affecter un lieu aux fumeurs puis aux non-fumeurs ? L'habitacle du camion ou du véhicule de service est-il un lieu accessible au public, voire un lieu de travail ?* ».

[224] Cette décision de mars 2011 condamne en revanche ces mêmes établissements pour une publicité, faite sur leur site Internet, vantant la possibilité de « *s'adonner au plaisir de fumer* ».

Le *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* de mai 2011 a publié une étude[225] selon laquelle le nombre des terrasses fumeurs serait passé de 30 000 en 2007 à 45 000 en 2009, les établissements, y réalisant, selon le SYNHORCAT lui-même, une proportion de leur chiffre d'affaires croissante et avoisinant désormais « *un minimum de 30 %* ». *DNF* y voit un contournement majeur de l'interdiction et s'inquiète du « *manque cruel de sanctions et d'interventions* ».

En outre, malgré les précisions successives apportées par la direction générale de la santé[226], l'appréciation des situations existantes au regard des divers critères proposés paraît comporter une certaine difficulté. L'association *droits des non-fumeurs* indique avoir engagé une quinzaine d'actions en justice à l'encontre d'établissements autorisant le tabagisme dans des terrasses encloses de vitres ou de bâches, lieux décrits par elle comme « *des aquariums remplis de volutes de fumée* » et servant de « *fumoirs de substitution* ». Elle s'est récemment portée en cassation à l'encontre de cinq arrêts de la cour d'appel de Paris[227] ayant confirmé des décisions de première instance refusant de condamner cinq brasseries parisiennes en considérant que les constats d'huissier produits par l'association ne suffisaient pas pour affirmer précisément quand les terrasses étaient ouvertes ou fermées ou si les personnes présentes étaient des clients ou non, tout en notant qu'« *il ne peut être exclu que certains de ces établissements ne respectent pas les lois et règlements relatifs à l'interdiction de fumer* ». *Le SYNHORCAT*, comme l'avait fait l'industriel *BAT* lors de la décision de première instance, a pour sa part salué cette décision d'appel et accusé la partie civile de n'avoir « *en fait pour objectif que l'interdiction pure et simple du tabac sur nos terrasses… et à terme dans tous les lieux publics* ».

---

[225] « Pollution liée au tabac de l'air des terrasses et de l'intérieur de cafés et restaurants en France » ; l'auteur en est M. Emmanuel Brunner, secrétaire général de *droits des non fumeurs*.

[226] Selon la circulaire du 29 novembre 2006, si l'interdiction s'applique « *dans les lieux fermés et couverts, même si la façade est amovible* », en revanche « *il sera permis de fumer sur les terrasses, dès lors qu'elles ne sont pas couvertes et que la façade est ouverte* ». Une seconde circulaire datée du 17 septembre 2008 précise qu'il est possible de fumer sur une terrasse pourvu qu'elle soit totalement découverte, même si elle est close sur ses côtés, ou intégralement ouverte sur son côté principal ; En revanche, « *il est interdit de fumer sur une terrasse qui ne serait que le prolongement de l'établissement dont aucune cloison ne la séparerait* ». Enfin, selon une dernière précision donnée par courrier du 31 mars 2009 du ministère de la santé cette dernière prohibition ne vise que les terrasses appelées « *vérandas* » et les terrasses « *couvertes, généralement saisonnières, ne sont pas le prolongement de l'établissement* ».

[227] 11 mai 2012.

Cette question reste donc l'un des points les plus incertains et les plus controversés de l'application de l'interdiction. La *ligue contre le cancer* estime de ce fait que « *la tolérance sur les terrasses fermées a diminué l'impact de l'interdiction dans les bars et les restaurants rendant parfois celle-ci purement symbolique* ». Aussi sévèrement, un article récemment paru dans *la Presse médicale*[228] affirme : « *Laxisme et impunité prévalent, cafés et restaurants installent des terrasses chauffées et presque fermées. On observe un retour à la situation antérieure, choquant les étrangers.* »

Pour sa part, le *SYNHORCAT* rappelle qu'il avait milité dès juillet 2006 en faveur d'une interdiction de fumer dans les lieux de convivialité et demandé que cette réglementation soit dûment sanctionnée afin d'éviter des ruptures de concurrence. Il estime cependant que, si la réglementation sur les terrasses «*a induit une diminution de la consommation de tabac en France* », elle a eu aussi « *pour conséquence de bouleverser l'équilibre de [ses] entreprises* ». Il invoque à cette fin le « *déficit notoire de clients* » pour les autres établissements; qui résulte, selon les termes de sa contribution, du fait que « *l'utilisation de* bâches cristal *se multiplie et [qu'il] est fréquent que les clients y fument et ce même si la terrasse est, du fait des bâches, totalement fermée* ». C'est reconnaître un manquement massif à la règlementation. Si le risque de voir « *les restaurants clandestins se développer* » paraît exagéré, le rappel que les réceptions organisées par des traiteurs, même dans un lieu clos, n'y sont pas soumises, signale une lacune effective de la réglementation.

La proposition avancée par le *SYNHORCAT* serait cependant « *qu'il soit possible de fumer sur les terrasses ouvertes quand bien même celles-ci seraient protégées par un store et par un écran rigide sur leur plus grande façade, à condition toutefois que cet écran n'excède pas 1,80 mètre de haut* ». Bien qu'il soit demandé que cette réforme soit introduite

[228] Braillon A., Mereau A.-S., Dubois G., « Influence des politiques publiques de lutte contre le tabac », *La Presse médicale*, 12 avril 2012.

par simple circulaire, il resterait à établir qu'un espace ainsi décrit, manifestement contraire aux directives de l'OMS[229], ne s'assimile pas à un « *lieu fermé et couvert* » au sens du décret du 15 novembre 2006. En outre, l'affirmation selon laquelle, dans un tel lieu, « *l'air est renouvelé* » dans des conditions où « *cela permet de protéger les clients et les salariés contre le tabagisme passif* » ne se fonde sur aucune vérification expérimentale indépendante. Enfin la référence faite par le *SYNHORCAT* à une « Charte des terrasses » récemment signée avec la mairie de Lille et prévoyant la possibilité de « *paravents* » susceptibles d'atteindre 2,10 m de haut[230], paraît insuffisante à démontrer la régularité de sa proposition[231].

VI - L'interdiction de ventes aux mineurs : une application très incomplète

Etendue en 2009 jusqu'à l'âge de 18 ans, cette prohibition fait l'objet de l'article L. 3511-2-1 du code de santé publique. L'article R. 3512-3 dispose que le vendeur « *peut exiger que les intéressés établissent la preuve de leur majorité, par la production d'une pièce d'identité* » et qu'il peut s'exonérer de sa responsabilité contraventionnelle s'il « *prouve avoir été induit en erreur sur l'âge du mineur* ».

Cette interdiction n'est apparemment contestée par personne. La *Confédération des buralistes* la salue comme « *parfaitement légitime, aux*

---

[229] La directive pour l'application de l'article 8 de la Convention Cadre pour la Lutte Antitabac (CCLAT) s'oppose à « *toutes les solutions autres qu'un environnement à 100 % sans tabac, y compris la ventilation* » et juge souhaitable que « *la définition des lieux "intérieurs" (ou "clos") inclue tout espace couvert par un toit ou entouré par un ou plusieurs murs ou côtés* » en précisant en outre : « *quels que soient les types de matériaux utilisés pour le toit, les murs ou les côtés, et qu'il s'agisse d'une structure permanente ou temporaire* ».

[230] Dans leur version « *télescopique* » et sous cette réserve : *« pour des raisons de sécurité et de santé publique et afin d'assurer une ventilation naturelle, un intervalle ouvert de 20 cm minimum devra être impérativement maintenu entre le point haut du paravent et le point bas de la toile de parasol* ».

[231] Selon cette même Charte, le dispositif décrit s'entend dans le respect de la règle générale selon laquelle « *la façade de la terrasse ne doit en aucun cas être fermée pour tout ou partie* », règle qui suffit à ce que le dispositif envisagé se conforme à la circulaire du 19 novembre 2006. En cas de non-respect de cette dernière règle, il ne serait en revanche pas dans le pouvoir de l'autorité de voirie, même si la Charte fait référence aux « *raisons de santé* », de se prononcer sur la conformité à la réglementation sanitaire d'un dispositif combinant des « *paravents* » de 2 m 10 avec pour seule « *ventilation* » un intervalle de 20 cm entre ceux-ci et une couverture.

yeux de l'opinion publique comme des buralistes », *Philip Morris France SAS* indiquant pour sa part qu'il « *soutient activement la prévention contre le tabagisme des jeunes* », que « *l'application stricte de la loi en matière de vente aux mineurs constitue un des leviers le plus facilement actionnable* » en ce sens et que « *la vérification systématique de la pièce d'identité doit être la règle* ». De même, *Japan Tobacco International* affirme que « *les mineurs ne devraient pas fumer et ne devraient pas être en mesure d'accéder aux produits du tabac* » et souligne que c'est là « *un point central du code de déontologie de Japan Tobacco International, de ses pratiques en matière de marketing, de ses règles internes et de son comportement dans la vie des affaires* ».

L'*office français de lutte contre le tabagisme*, dans sa contribution, accuse cependant les fabricants de « *centrer, en France, leurs efforts chez les 14-17 ans, âge idéal d'entrée au tabagisme pour inoculer aux adolescents la dépendance tabagique, une maladie chronique récidivante qui les obligera toute leur vie d'adulte à fumer* », calcul économique « *qui apparaît de façon effroyablement glaçante dans les documents de l'industrie du tabac saisis par la justice américaine.* » Une telle affirmation est confirmée par maintes décisions de justice ayant condamné des paquetages sollicitant manifestement la clientèle la plus jeune.

Selon une enquête auprès de 430 bureaux de tabac réalisée pour le *comité national de lutte contre le tabagisme* en septembre 2011, « *moins d'un débitant sur deux apposait l'affichette conforme, de manière visible, 70 % n'effectuait aucun contrôle de l'âge de leurs jeunes clients, 62 % acceptaient la vente à des mineurs, 10 000 l'acceptant pour des enfants de 12 ans* ». D'un sondage effectué parallèlement auprès de 600 adolescents, il était conclu que *« les bureaux de tabac restent la première source d'approvisionnement pour les jeunes fumeurs* », que 60 % d'entre eux « *n'ont pas essuyé de refus de vente par les débitants* », qu'un sur deux *« doute de l'efficacité de cette loi du fait des contournements possibles ».*

Ces observations n'ont pas été démenties par les membres du service infirmier scolaire du rectorat d'Amiens selon lesquels les collégiens ne semblaient rencontrer aucun obstacle sérieux pour s'approvisionner auprès des débitants. Elles sont également confirmées par le récent sondage IFOP selon lequel, si cette interdiction est approuvée par 86 % de la population, nettement moins d'un tiers d'entre elle (28 %) estime qu'elle n'est pas du tout ou « *pas tellement* » respectée, ce scepticisme étant significativement le plus fort dans la tranche d'âge 15-17 ans où 13 % seulement des sondés pensent que la prohibition est « *complètement respectée* ».

Or la direction générale de la santé, au vu des expériences étrangères, considère que cette interdiction n'a un vrai impact dissuasif sur l'entrée dans l'addiction qu'à la condition d'être appliquée à au moins 90 %.

Pour sa part, l'*office français de lutte contre le tabagisme* estime qu'« *en l'absence de contrôles, la loi n'est pas appliquée. […] Selon des enquêtes 2010, la moitié des adolescents de 12 ans ne se voient pas refuser la vente de cigarettes. Dans l'enquête 2012 de* Paris sans tabac*, le buraliste est de loin le premier lieu d'approvisionnement des 12-17 ans* ». Dans le même sens, la *Ligue contre le cancer* affirme : « *l'absence de contrôle et donc de sanctions rend sans effet cette mesure bien qu'elle constitue un enjeu majeur de la lutte contre le tabagisme* ».

La *Confédération des buralistes* impute cependant aux pouvoirs publics la responsabilité de n'avoir pas lancé une « *grande campagne de communication à l'égard du grand public* » qui aurait facilité, selon eux, l'application des dispositions nouvelles. Cette observation n'est pas sans fondement et pourrait se réclamer de l'article 16 de la convention-cadre de l'OMS selon lequel « *l'efficacité des mesures visant à interdire la vente des produits du tabac aux mineurs* » appelle l'application « *conjointe* » des autres dispositions d'« *éducation* » et de « *sensibilisation du public* » faisant l'objet de l'article 12.

Les débitants invoquent aussi pour limite de l'application d'une prohibition jugée « *parfaitement légitime* » que « *sa mise en œuvre dans la vie quotidienne des buralistes s'avère difficile : confusion sur les âges, incidents avec certains groupes de jeunes* ». Au-delà de la période de première mise en œuvre de l'extension de la prohibition nouvelle, le contrôle de l'identité des clients les plus jeunes s'exerce pourtant dans des conditions voisines que pour d'autres professions en matière de vente d'alcool ou d'accès à des films interdits au-dessous d'un certain âge.

De tels arguments n'ont pas évité à un important buraliste d'être condamné par la Cour d'appel de Paris dans un arrêt du 9 septembre 2011 pour avoir régulièrement vendu des cigarettes à des mineurs de 16 ans, voire à des pré-adolescents de 11 à 15 ans[232]. Devant une situation d'ensemble qu'il qualifie de « *violations massives* » de l'interdiction, le *comité national contre le tabagisme* s'est récemment prononcé pour une politique de retrait provisoire ou définitif de la licence en cas de tels manquements répétés d'un buraliste à ses obligations contractuelles[233].

---

[232] L'intéressé ne s'est pas pourvu en cassation.
[233] Lettre au ministre de la santé, 8 mars 2012.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La Cour a constaté que les diverses réglementations à visée sanitaire faisaient l'objet d'une application souvent défaillante du fait de la persistance d'exceptions mal justifiées, de rédactions insuffisamment claires et surtout de contrôles déficients.

Outre l'insuffisance des contrôles publics, particulièrement manifeste en matière d'interdiction de la vente aux mineurs, ou de l'action des parquets, les graves lacunes ou détournements constatées dans l'application de la réglementation tiennent souvent aux incertitudes juridiques tenant à la rédaction de certaines règles. Les textes en vigueur méritent donc d'être à la fois précisés, simplifiés ou actualisés en vue de dissiper ces sources de confusion ou d'inégalité dans leur mise en œuvre, et de supprimer celles des exceptions qui ne seraient plus justifiées. La relance d'une politique active de lutte contre le tabagisme, si elle devait être décidée, supposerait que soit porté remède à ce constat préoccupant.

La Cour formule ainsi les recommandations suivantes :

20. veiller à l'application la plus stricte de l'interdiction de toute mention publique affirmant ou suggérant le caractère moins nocif d'un produit du tabac ;

21. prendre sans tarder les mesures nécessaires à une application incontestée de l'interdiction des cigarettes à goût sucré et étendre celle-ci aux autres produits du tabac de même type (tabac à rouler et à tuber notamment) ;

22. interdire la publicité sur les lieux de vente ;

23. faire rigoureusement respecter par les débits de tabac l'interdiction de vente aux mineurs, en étudiant l'instauration d'une sanction de fermeture temporaire en cas de manquements graves et répétés à la réglementation ;

24. établir un programme national de contrôle de l'application de la règlementation relative au tabac, décliné annuellement par corps de contrôle et selon des objectifs de vérification quantifiés dans chaque département,, et faisant l'objet d'un suivi précis de sa mise en œuvre et de ses résultats en termes de type d'infractions constatées, de procédures engagées et de sanctions prononcées ;

25. confirmer l'opposition de la France à toute légalisation européenne du « snus » ou du « tabac à chauffer » ;

26. soutenir l'inscription dans la directive européenne en cours de préparation du principe du paquetage générique des produits du tabac et, le moment venu, en transposer l'obligation en droit interne ;

27. instaurer dans une prochaine loi de santé publique la suppression de la vente des paquets de tabac sur linéaires ;

28. interdire de manière générale l'usage du tabac sur les terrasses qui ne sont pas totalement en plein air et séparées des espaces intérieurs.

Chapitre VII

Une attention insuffisante à la prévention et au sevrage

Le sondage commandé dans le cadre de cette évaluation par l'Assemblée nationale confirme que les Français interrogés privilégient comme axes d'effort attendu des pouvoirs publics une plus forte action de prévention et l'amélioration de la prise en charge par la sécurité sociale des dispositifs pouvant aider à cesser de fumer. Les auditions des différents acteurs ont également révélé un large consensus sur ces priorités.

Or l'attention portée par les pouvoirs publics à l'action d'éducation et de prévention a été beaucoup trop restreinte (I), l'organisation de l'aide à la sortie du tabac est à la fois dispersée et notoirement insuffisante (II) et l'expérience de soutien financier au sevrage est encore hésitante (III).

I - Une action éducative et de prévention trop restreinte

Toutes les parties prenantes, y compris l'industrie et les buralistes, affirment s'accorder sur la nécessité prioritaire d'une action visant à empêcher l'entrée dans le tabagisme.

A – Le rôle de l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (INPES)

Les actions d'éducation à la santé et de prévention contre le tabagisme sont, pour l'essentiel, mises en œuvre par l'INPES auquel

l'article 7 de la loi de santé publique de 2004 assigne comme l'une de ses missions « *d'assurer le développement de l'éducation pour la santé sur l'ensemble du territoire* ». Elles doivent s'exercer en complémentarité avec l'institut national de lutte contre le cancer, chargé de *« l'information des professionnels et du public sur l'ensemble des problèmes relatifs au cancer »*

Des campagnes périodiques d'information et de sensibilisation portent sur les risques du tabagisme actif et passif ainsi que sur l'aide à l'arrêt du tabac. Elles ciblent tant l'ensemble de la population que des groupes spécifiques, notamment les jeunes et les femmes enceintes. Elles font l'objet d'une évaluation a posteriori, sous forme de «post tests»[234], ainsi que d'une observation du nombre d'appels sur la ligne Tabac Info Service et du nombre de connexions et d'inscriptions sur le site tabac-info-service.fr dans les jours qui suivent. Comme le souligne l'INPES lui-même, leur impact à long terme reste néanmoins difficile à documenter. La littérature scientifique confirme la difficulté à isoler l'impact d'actions de communication dans une diminution de la prévalence, celle-ci résultant le plus souvent de facteurs multiples[235].

La campagne «Révélation», en 2002, a été toutefois suivie de près d'un million d'appels de téléspectateurs. 17 % des fumeurs ont eu envie d'arrêter de fumer à la suite dela diffusion de ce message[236]. La campagne «Brûlure» menée en juin 2004 et marquée par des images choc, a également obtenu de bons résultats dans les post test. Entre 2004 et 2009 la communication à destination du grand public a ensuite été axée sur la sensibilisation à la problématique du tabagisme passif avec des campagnes telles que « Tas de cigarettes » ou « Les années enfumées » visant à accompagner la mise en place de l'interdiction dans l'ensemble des lieux publics. En 2009, reprenant la stratégie de rappel des risques du tabagisme actif de la campagne « Brûlure », la campagne « 1 fumeur sur 2 meurt du tabac » a connu un impact moindre, en raison notamment, selon l'évaluation qui en a été faite, d'un plan média très insuffisant.

A l'instar de toutes les campagnes média de l'INPES mettant en avant le numéro du dispositif Tabac info service, la dernière campagne,

---

[234] Les indicateurs mesurés sont la mémorisation, la reconnaissance, la compréhension, l'agrément, l'incitation.

[235] Mac Donald G., Stuart G., Schooley M., Yee S.L., Klimowski K., Turner K. *Introduction to Program Evaluation for Comprehensive Tobacco Control Programs*, Center for Diseases Control (CDC), 2001.

[236] Gallopel-Morvan K., « Les avertissements sanitaires apposés sur les paquets de cigarettes : quelle efficacité dans la lutte contre le tabagisme », *BEH*, n° 21-22, mai 2008.

« Arrêtez avant qu'il ne soit trop tard », menée en 2010 dans le cadre de la Journée mondiale sans tabac, et dont un volet visait plus particulièrement les femmes, a eu un effet sensible sur la fréquentation de la ligne Tabac info service au cours des jours suivants.

Quant aux principales campagnes destinées aux jeunes[237], elles ont été conçues en vue d'agir sur les représentations du tabac. La littérature scientifique aussi bien que certaines expériences étrangères fournissent aujourd'hui des éléments contribuant à éclairer les facteurs de succès ou d'échec des stratégies de communication antitabac auprès des jeunes[238]. Les études existantes[239] mettent en effet en évidence une meilleure efficacité lorsque ces campagnes sont menées en complément de celles visant la population générale, évitent les messages « moralisateurs » et agissent sur des leviers tels que l'estime de soi et la prise de conscience des stratégies menées par l'industrie du tabac[240].

En complément de ses campagnes, l'INPES produit des documents d'information sur le tabac accessibles sur son site « INPES éditions » (affiches, dépliants, brochures, cassettes pédagogiques notamment) destinés au grand public ou aux professionnels de santé, notamment médecins généralistes.

Malgré une professionnalisation des actions de communication et de leur évaluation, le rôle de l'INPES pâtit d'un manque d'intégration dans une politique globale de lutte contre le tabagisme et d'une absence d'articulation avec le niveau local. Si ses campagnes à visée nationale font partie intégrante d'une stratégie de lutte contre le tabagisme incluant l'action fiscale et réglementaire, elles ne sont en effet que médiocrement relayées par des démarches de terrain plus proches des populations visées et des intervenants.

Une démarche plus efficace, car mieux intégrée, est illustrée par le programme de mobilisation de la jeunesse québécoise « La gang

---

[237] « Toxic corp », 2006, « Ne laissez pas le tabac décider pour vous », 2007, «Attraction », 2010 et 2011.

[238] La plupart des études disponibles font appel à la des revues de la littérature de type Cochrane et analysent des programmes mis en œuvre aux Etats-Unis ou dans quelques autres pays anglo-saxons.

[239] Schar E, Guittierez K, Murphy Hoefer R, Nelson DE. *Tobacco use prevention media campaigns: lessons learned for youth in nine countries*, CDC, Office on Smoking and Health, 2006.

[240] Lavack A.M., *Tobacco industry denormalization campaigns: a review and evaluation*, University of Winnipeg, 2001; Schar, E., Guittierez K., *Youth tobacco use prevention media campaigns from around the world.Recommendations from Lessons learned*, CDC, Office on Smoking and Health, 2004.

allumée », créé en 1995, subventionné par le ministère de la santé, qui s'adresse aux 11-17 ans, et qui comprend environ 150-160 projets régionaux réalisés par les jeunes eux-mêmes dans leur école et leur communauté[241]. Des programmes comparables mis en œuvre en Californie en milieu scolaire ou communautaire ont également fait l'objet d'évaluations favorables[242]. Si cette tradition des interventions communautaires pratiquées aux Etats-Unis ou au Québec (*cf.* annexe 11) n'est pas totalement transposable en France, ces exemples, comme le programme national décliné au niveau local mis en place au Royaume-Uni, soulignent la nécessité d'adapter les messages nationaux aux caractéristiques locales, de sécuriser les actions de terrain par des financements pluri annuels, et de mettre en place des outils de suivi, d'évaluation, et de partage d'expériences.

B – La médecine scolaire

Le « service de santé scolaire », au contact direct des enfants et des adolescents, pourrait jouer un rôle de premier plan dans la lutte contre le tabagisme. Tel n'est pas globalement le cas, les actions restant laissées le plus souvent à des initiatives individuelles, parfois de qualité mais déconnectées des actions menées sur l'ensemble de la population ainsi que des programmes scolaires.

Depuis 1991, la santé scolaire n'est plus gérée par le ministère chargé de la santé mais par celui de l'éducation nationale. Il comprend deux entités distinctes, médicale et infirmière, chargés des actions de prévention individuelles et collectives menées auprès de l'ensemble des enfants scolarisés dans les écoles (maternelles ou élémentaires), les collèges ou les lycées.

Une précédente évaluation de la Cour[243] soulignait que *« Les activités des professionnels de la médecine scolaire n'ont cessé de se multiplier au fil des ans. Il est, en effet, demandé aux médecins et aux infirmiers de l'éducation nationale d'assurer, à la fois, un suivi médical obligatoire de l'ensemble des élèves, de diffuser auprès d'eux une éducation à la santé, mais également d'aider ceux qui, au cours de leur*

---

[241] http://www.cqts.qc.ca/gang_allumee.html

[242] Gilpin E.A, and Al, *Tobacco Control Successes in California : a focus on Young Poeple, Results from the California Tobacco Surveys, 1990-2002,* University of California San Diego, 2004.

[243] Cour des comptes, *Contribution à l'évaluation de la médecine scolaire*, rapport demandé par le président de l'Assemblée nationale pour le comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques, septembre 2011.

parcours scolaire, sont confrontés à des problèmes de santé ou des situations de handicap. Cette multiplication des tâches s'est opérée sans que des priorités n'aient été réellement définies, ni au niveau national, ni à celui des services déconcentrés de l'éducation nationale. »

Ce constat général explique la difficulté pour les professionnels de la santé scolaire de mener des actions de lutte contre le tabagisme. Certes, l'éducation à la santé a fait son entrée dans le *«socle commun de connaissances et de compétences»* institué par la loi d'orientation et de programme pour l'avenir de l'école du 23 avril 2005[244]. La direction de l'évaluation, de la perspective et de la performance du ministère de l'éducation nationale reconnaît cependant qu'elle « *ne dispose pas d'indicateurs de suivi dans le champ de l'évaluation des politiques de lutte contre le tabagisme* »[245].

La mise en œuvre d'actions de lutte contre le tabagisme reste à la discrétion des responsables d'académie, des médecins scolaires et des infirmières. Comme la Cour a pu le constater dans ses entretiens et lors d'une visite dans l'académie d'Amiens, l'engagement individuel des infirmiers scolaires contraste avec l'absence de directives clairement définies par le ministère et la pénurie d'outils d'information et d'éducation à la santé validés[246]. L'identification de tels supports relève le plus souvent du professionnel lui-même, avec l'appui des pôles de compétences ou des instances régionales d'éducation et de promotion de la santé. L'INPES a développé cependant récemment, en collaboration avec le ministère de l'éducation nationale, un projet d'éducation pour la santé de la maternelle au lycée fondé sur des outils visant à renforcer les compétences psychosociales des enfants.

Le personnel infirmier attaché à un établissement est confronté à la difficulté de dégager du temps pour des actions collectives antitabac au côté tant des tâches de prise en charge individuelle des élèves que des autres thèmes de promotion de la santé (sexualité, drogues illicites, alcool notamment). La continuité des actions entre écoles et collèges ou lycées

---

[244] Qui institue des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) à l'échelon des établissements d'enseignement du second degré. Le programme d'éducation à la santé comporte quatre axes prioritaires : l'éducation à la sexualité, l'éducation nutritionnelle et la promotion des activités physiques, la prévention des usages de drogues et des conduites addictives, et la responsabilité face aux risques, dont la formation aux premiers secours.

[245] Réponse de la direction de l'évaluation de la prospective et de la performance (DEPP) à la Cour des comptes, 9 mars 2012.

[246] Le *Guide national des interventions pour la prévention des conduites addictives* (2010), proposé par la MILDT et diffusé avec la direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO) ne répond que partiellement à ce besoin.

n'est guère assurée, de même que les partages d'expérience au niveau d'une même académie. Enfin, si les projets de prévention font parfois partie du projet d'établissement, la plupart du temps, la participation des enseignants ou responsables d'établissement relève du volontariat individuel. Parmi les enseignants, il s'agit le plus souvent des professeurs de sciences de la vie et de la terre ou d'éducation physique et sportive. Les parents ne sont qu'exceptionnellement associés.

Le rôle que pourrait jouer la santé scolaire dans la lutte contre le tabagisme est, en définitive, fortement limité par l'absence d'une politique globale et le caractère isolé des initiatives. Par comparaison, les actions en milieu scolaire menées dans des pays étrangers qui ont fait l'objet d'évaluations favorables sont au contraire conçues en complément des actions menées en dehors de l'école, s'intègrent dans une démarche générale visant à promouvoir des habitudes de vie, et associent pleinement les professionnels autres que médicaux et paramédicaux (enseignants, travailleurs sociaux, travailleurs communautaires notamment) ainsi que les parents[247].

Les meilleures expériences suggèrent que les interventions auprès des jeunes sont d'autant plus efficaces qu'elles sont répétées dans le temps, coordonnées avec des campagnes nationales et les messages destinés à la population générale, complémentaires des autres mesures antitabac (interdiction de fumer dans les lieux publics, interdiction de vente aux mineurs) et qu'elles utilisent l'ensemble des moyens de communication existants (télévision, radio, internet, supports papier, événements culturels destinés aux jeunes etc.)[248].

La plupart des programmes de prévention de l'entrée dans le tabagisme s'appuient désormais largement sur des messages faisant appel à l'estime de soi et à la capacité de « prendre ses affaires en main » («*empowerment*») plutôt qu'à des risques sanitaires perçus comme moralisateurs ou lointains. Les adolescents sont également sensibles aux explications décrivant les stratégies industrielles tendant à minorer les méfaits du tabac, à promouvoir l'entrée dans le tabagisme ou à encourager son expansion de masse dans les pays émergents. Ces campagnes s'adressent non seulement à l'individu mais au groupe dans lequel il évolue, d'où l'importance que peuvent acquérir les « pairs ».

---

[247] Ainsi la démarche « Ecole en santé », mise en œuvre au Québec, associe l'ensemble des intervenants en milieu scolaire de façon coordonnée.

[248] Ainsi l'Australie utilise des indicateurs tels que les indices d'audience minimum pour une transmission efficace des messages (*Television Audience Rating Points* ou TARPs), en lien avec le coût investi par habitant dans la communication anti-tabac.

Au Royaume-Uni, par exemple, le National Institute for Clinical Excellence (NICE)[249] recommande, s'agissant des campagnes en milieu scolaire, une démarche d'établissement faisant largement appel à la participation des jeunes eux-mêmes, intégrée dans le cursus d'enseignement, en lien avec d'autres activités concernant la santé. Il est également suggéré que cette approche intègre les aspects sanitaires, légaux, économiques et sociaux du tabagisme dans les programmes de biologie, chimie, éducation à la citoyenneté, économie etc. La participation des parents et d'intervenants extérieurs jouant un rôle au niveau local est fortement encouragée. En Californie, les projets menés en milieu scolaire font largement appel aux pairs et à des techniques privilégiant la communication informelle[250].

C – Les services de santé au travail

L'organisation de la médecine du travail, régie jusque récemment par la loi de 1946, a fait l'objet d'une réforme par le décret du 30 janvier 2012, entré en application le 1er juillet de la même année[251]. Cette réforme introduit la notion de « *services de santé au travail interentreprises*» (SSTI), désormais constitués par une équipe pluridisciplinaire[252], sans apporter de changements majeurs concernant le rôle des médecins du travail[253].

Au plan collectif, ce rôle, exclusivement préventif, consiste à *« éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail, notamment en surveillant leurs conditions d'hygiène au travail, les risques de contagion et leur état de santé»*. Les médecins du travail sont souvent d'autant plus réticents à intervenir dans d'autres domaines que le temps leur manque, notamment dans le cas des services interentreprises, et qu'il leur est difficile de bien connaître le contexte de chaque entreprise.

---

[249] *School based interventions to prevent smoking*, NICE, février 2010.
[250] Campbell R., Starkey F., Holliday J. et al., "An Informal School-based Peer-led Intervention for Smoking Prevention in Adolescence (ASSIST): A Cluster Randomised Trial", *The Lancet*, mai 2008, n°371.
[251] Décret n° 2012-135 du 30 janvier 2012 relatif aux missions et moyens d'action des personnels des service de santé au travail et décret n° 2012-137 du 30 janvier 2012 relatif à l'organisation et au fonctionnement des services de santé au travail.
[252] Comprenant des médecins du travail, des intervenants en prévention des risques professionnels, des infirmiers, et éventuellement, des assistants de service de santé au travail.
[253] *Cf.* Cour des comptes, rapport publique thématique *Les services interentreprises de santé au travail : une réforme en devenir,* novembre 2012.

Pourtant les médecins du travail *«conduisent des actions de santé au travail dans le but de préserver la santé physique et mentale des travailleurs, tout au long de leur parcours professionnel »*. Selon une interprétation large de ce texte, ils ont la possibilité d'intervenir dans le domaine du tabac. Ils ont toute latitude pour au moins renseigner le facteur « tabagisme » lors des visites annuelles d'aptitude et proposer, si besoin, une orientation pour prise en charge. Ils peuvent également s'appuyer sur leur mission de conseil sur *«les dispositions et mesures nécessaires pour éviter ou diminuer les risques professionnels, améliorer les conditions de travail, prévenir la consommation d'alcool et drogue sur le lieu de travail…»*.

Il est à noter que ce texte ne cite pas explicitement le tabac. Cependant la Haute autorité de santé a formulé des recommandations professionnelles visant à ce *« qu'un certain nombre d'éléments soit consignés, notamment des données actualisées sur les habitus alcool, tabac et autres substances psychoactives »* dans le dossier médical en santé au travail.

En tout état de cause, le 2e « *Plan national de santé au travail* » (2010-2014) n'intègre pas la lutte contre les addictions parmi ses axes prioritaires. Les recommandations pour l'élaboration des plans régionaux de santé au travail[254], incitant à une coordination avec les ARS et les plans de santé publique, pourraient néanmoins conduire à faire toute sa place à cette action, notamment en matière d'alcool et de tabac.

En l'absence de données nationales sur les pratiques des médecins du travail en matière de conduites addictives, quelques indications sont fournies par un travail de recherche réalisé en Ile-de-France[255]. Selon cette étude, les médecins du travail « *s'investissent en général facilement dans des conseils de prévention auprès des usagers de tabac et citent parmi les obstacles à des actions de prévention la résistance des salariés, le manque de temps, et le manque de formation* ».

---

[254] Etablis par les directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) sous la coordination du médecin régional de l'inspection du travail (ce dernier n'a aucun lien hiérarchique avec les médecins du travail, mais peut avoir un rôle de conseil ou être destinataire d'alertes sur des questions précises).

[255] *Médecins du travail / médecins généralistes: regards croisés. Prise en compte des pratiques addictives par les médecins du travail*, étude réalisée par l'institut national de prévention et d'éducation à la santé, l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS), et la Société de médecine du travail de l'Ouest de l'Île-de-France (SMTOIF), 2011.

Enfin, en cas de violation flagrante de la réglementation en matière de tabagisme passif, le médecin du travail a toute latitude pour alerter l'inspection du travail, bien que cela soit fait le plus souvent par les membres des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

A l'instar de ce que l'on observe pour la santé scolaire, les initiatives en matière de tabagisme au sein des services de santé au travail sont avant tout individuelles et semblent rester très en deçà de ce que l'on pourrait attendre.

II - Une organisation de l'aide à l'arrêt du tabac à la fois mal identifiée et dispersée

L'arrêt du tabac est profitable quel que soit l'âge auquel il s'opère même si la diminution de risque de décès par cancer du poumon, est d'autant plus forte que l'arrêt intervient tôt[256]. L'arrêt du tabac est également très positif pour le risque d'infarctus du myocarde ou de mortalité coronaire[257] ainsi que pour l'incidence du diabète. La littérature scientifique internationale atteste du caractère « coût-efficace » de l'aide médicamenteuse au sevrage tabagique[258]. Une récente étude française de l'unité de recherche clinique en économie de la santé de l'AP-HP (URC-ECO) le confirme dans le domaine de la prévention cardio-vasculaire[259].

Aussi les pays présentant les meilleurs résultats en termes de réduction de la prévalence ont développé des actions permettant sa prise en charge complète, pour que le sevrage soit accessible à un grand nombre de fumeurs. A l'instar de la politique suivie au Royaume-Uni (*cf.* encadré ci-après et annexe 11), en Australie, les professionnels de première ligne, médecins généralistes et infirmières, sont incités à

---

[256] Doll R. et Peto R., "Smoking, Smoking Cessation, and Lung Cancer in the UK since 1950: Combination of National Statistics with Two Case-control Studies", *British Medical Journal*, 2000, n° 9.

[257] Unal B., Critchley J.A., Capewell S., "Modelling the decline in coronary heart disease deaths in England and Wales, 1981-2000: comparing contributions from primary prevention and secondary prevention", *British medical journal*, 2005, n°331.

[258] *Cf.* annexe 8.

[259] Estimant le rapport coût /efficacité de la couverture totale du sevrage tabagique à 606 € par année de vie gagnée, à mettre en rapport avec les 2 500 € que coûte la prévention primaire de maladies cardio-vasculaires par l'administration de statines (molécules utilisées comme médicaments pour faire baisser le taux de cholestérol et réduire ainsi le risque cardiovasculaire de personnes atteintes d'hypercholestérolémie), et 9 914 € en prévention secondaire.

adresser systématiquement leurs patients à une « *Quit line* ». Aux Etats-Unis, les dentistes sont également associés à ce type d'actions[260].

L'aide massive au sevrage, levier essentiel de la politique de lutte contre le tabagisme au Royaume-Uni

La publication en 1999 d'un « Livre blanc » désignant le tabac comme premier facteur de morbidité et de mortalité au Royaume-Uni et soulignant son caractère insoutenable financièrement pour le système de santé a conduit à la mise en place d'une unité spécifique, au sein du ministère de la santé, pour concevoir, mettre en œuvre et suivre la politique de lutte contre le tabac. Outre que les prix du tabac au Royaume-Uni sont parmi les plus élevés en Europe, cette politique est caractérisée par sa cohérence, sa continuité et son caractère intégré. Elle repose sur une synergie de mesures qui se renforcent mutuellement et ont permis de réduire la prévalence tabagique de presque dix points, en l'espace d'une dizaine d'années, pour la ramener à 20 %.

Dans cette action, le tabac n'a jamais été associé aux autres addictions. Cette politique est pilotée et coordonnée par le ministère de la santé, qui travaille en lien étroit avec les autres ministères concernés, le National Institute for Health and Clinical Excellence (qui élabore les guides de bonnes pratiques et mène les évaluations médico-économiques), l'association Action on Smoking and Health et le United Kingdom Centre for Tobacco Control Studies coordonné par l'université de Nottingham. Le suivi s'appuie sur un recueil de données agrégées au niveau local puis central, dont la périodicité est annuelle ou trimestrielle selon les indicateurs.

L'interdiction de fumer dans les lieux publics date de 2007 et concerne pratiquement tous les espaces fermés et les lieux de travail, y compris les pubs, les moyens de transport publics et les véhicules utilitaires utilisés par plus d'une personne. Les sanctions peuvent aller de 200 £ pour le contrevenant à 2500 £ pour le responsable du site sur lequel l'infraction a été commise. Le contrôle du respect de la législation dans les lieux publics repose sur un corps d'inspecteurs de l'environnement à vocation généraliste.

[260] Pour une évaluation des interventions menées par des dentistes aux Etats-Unis, A.B., Ebbert, J.O., « Interventions for Tobacco Cessation in the Dental Setting : A Systematic Review », *Community Dental Health*, 2007, n°24.

Les contrôles sont très nombreux : ainsi, dans les neuf mois suivant la mise en place de la législation, les autorités locales ont inspecté un total de 390 148 locaux et de 63 532 véhicules. Le Royaume-Uni a par ailleurs interdit la vente par distributeurs automatiques, et, depuis le 1er avril dernier, a instauré la vente « sous le comptoir ».

Une cellule de communication mène de manière régulière des compagnes nationales relayées par des actions locales. Celles incitant à l'arrêt du tabac sont effectuées à des moments considérés comme propices aux « bonnes résolutions » (juste avant l'été, à la rentrée) et s'accompagnent de la mise à disposition gratuite de « kits » d'arrêt du tabac par internet ou chez les professionnels de santé. Les campagnes évaluées comme efficaces sont répétées d'une année sur l'autre.

Seulement 1,8 % des prises en charge pour arrêt du tabac sont assurées dans le cadre hospitalier, l'aide à l'arrêt du tabac reposant pour l'essentiel sur un maillage serré de *Stop Smoking Centres*, joignables par téléphone, qui orientent le fumeur vers un professionnel. Il s'agit généralement d'une infirmière du niveau *primary care*, mais ce peut être également un pharmacien, un psychologue, ou même un travailleur social. Ces professionnels bénéficient d'une formation dispensée par le National Centre for Smoking Cessation and Training. Leurs interventions qui obéissent à un protocole sont prises en charge par le National Healh Service et évaluées selon des indicateurs simples : premier contact individuel, détermination d'une date pour arrêter de fumer par le fumeur, situation après 4 et 8 semaines.

Ce dispositif permet de prendre en charge près de 800 000 fumeurs par an avec un taux de succès de 49 % à 4 semaines. Le coût moyen d'un tel sevrage est estimé à 220 £.

En comparaison avec des pays ayant mis en œuvre une politique volontariste en matière de prise en charge des demandes d'arrêt du tabac (*cf.* annexe 11), l'offre en France reste peu développée en médecine de ville. Elle est aussi limitée par les difficultés d'accès aux services d'addictologie et contrariée par le remboursement très partiel des traitements par substituts nicotiniques (TSN).

En principe, un rôle essentiel revient dans le soutien aux démarches de sevrage aux médecins généralistes et aux pharmaciens. Selon le *Baromètre santé médecins généralistes 2009* publié par l'INPES en juin 2011, l'addiction tabagique est d'ailleurs plus souvent traitée lors des consultations médicales (cette pratique est déclarée par trois

praticiens sur cinq, tandis qu'un sur cinq la réserve aux patients à risque) que l'usage d'alcool ou de cannabis. Par rapport à d'autres situations à l'étranger, l'engagement des généralistes français dans une prise en charge active de l'arrêt du tabac chez leurs patients, qui nécessite du temps, reste cependant faible. Cette particularité s'explique pour partie par l'absence de valorisation des actes de prévention dans le système français, qui demeure fondé sur la rémunération à l'acte des praticiens[261].

De nombreux médecins spécialistes directement concernés par les principales pathologies attribuables au tabac (pneumologues, cardiologues, oncologues) intègrent la question du tabagisme dans leurs consultations. La fédération française de cardiologie a ainsi développé de nombreux outils d'information et de sensibilisation des patients.

Quant aux réseaux de santé qui sont chargés des addictions, ils contribuent à la prise en charge des patients les plus sévèrement atteints, nécessitant une articulation avec les acteurs hospitaliers[262].

Complémentaire de la prise en médecine de ville, mais en réalité souvent seule à permettre une prise en charge individualisée, l'offre de soins hospitalière pour le sevrage tabagique s'est développée en deux temps.

Au début des années 2000, il était prévu que tous les établissements de santé accueillent une consultation de tabacologie dans le cadre du premier plan cancer. Une enveloppe nationale initiale de près de 4 M€ a été déconcentrée au niveau régional[263] et chaque département a dû mettre en place au moins une consultation de tabacologie hospitalière. L'évaluation à cinq ans de la mise en œuvre de cette instruction a dénombré 498 consultations en France métropolitaine et dans les départements et territoires d'outre-mer. Le nombre d'établissements adhérents au réseau « hôpital sans tabac » dépassait alors les 600.

Avec l'approche transversale, et non plus par produit, instaurée par le plan de prévention et de prise en charge des addictions 2007-2011,

---

[261] A titre d'exemple, en Angleterre, le tabac est inclus dans 5 indicateurs faisant partie du « *Quality and Outcomes Framework* », le programme d'incitations à l'amélioration de la qualité des pratiques des médecins généralistes.

[262] Selon le rapport d'activité du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) relatif à l'année 2009, on dénombrait 45 réseaux ayant pour thème l'addictologie sur les 742 réseaux de santé bénéficiant d'un financement, sans que l'on puisse cependant identifier la part des financements revenant à la prise en charge du tabagisme.

[263] Sur la base d'un indicateur synthétique prenant en compte les données régionales sur le cancer du poumon et le nombre de séjours hospitaliers pour le Groupe homogène de malades (GHM) tumeurs respiratoires.

une filière hospitalière de soins en addictologie a été organisée en trois niveaux (de proximité, de recours et régional)[264] reposant sur des consultations hospitalières ou des équipes de liaison. La répartition régionale des crédits a été faite en fonction de données populationnelles et des résultats des enquêtes annuelles de suivi[265].

Depuis lors, il est très difficile d'individualiser des consultations de tabacologie[266] ainsi que la part des financements consacrés à la lutte antitabac[267]. Selon la direction générale de l'offre de soins, il n'est pas possible en routine d'isoler le nombre de consultations de tabacologie dans l'ensemble des consultations addictologie. Elle ajoute que l'utilisation du dossier de tabacologie mis en place dans le cadre de la circulaire du 3 avril 2000, outil mis à la disposition des professionnels pour les aider dans leur pratique, n'est pas obligatoire. En conséquence les données issues de ces questionnaires analysées par le laboratoire de statistiques d'information médicales de l'université de Jussieu ne sont pas exhaustives. Elles éclairent cependant les caractéristiques des consultants de près de 200 consultations hospitalières publiques et sont cohérentes avec les tendances épidémiologiques récentes (progression de la prévalence).

Les services de prévention et de conseil par téléphone ont connu une démultiplication au cours des années 1990, ce qui a justifié plusieurs audits tendant à leur rationalisation.

Par arrêté du 9 novembre 2009, le GIP DATIS (« Drogue, Alcool, Tabac Info Service »), est devenu ADALIS (« Addictions Drogue Alcool Info Service »). Il est, avec l'INPES l'un des deux opérateurs contribuant, dans le champ de la lutte contre les addictions, à la mise en

---

[264] Création dès 2007 dans tous les hôpitaux d'une consultation ou d'une équipe de liaison en addictologie ; création de 120 services d'addictologie, dont 20 dès 2007; création d'un pôle dans les 26 CHU, dont 5 dès 2007.

[265] Le suivi de la mise en œuvre des mesures hospitalières du plan de prévention et de prise en charge des addictions est assurée annuellement par une enquête auprès des établissements, dont les données sont validées par les ARS et transmises à la direction générale de l'offre de soins

[266] En 2008, l'office français de lutte contre le tabagisme en recensait pour sa part 662 en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer

[267] Le financement global de la prise en charge des addictions étant estimé essentiellement à partir des cinq séjours de la catégorie majeure de diagnostic (CMD) n° 20 : éthylisme avec dépendance, éthylisme aigu, toxicomanie non éthylique avec dépendance, abus de drogues non éthyliques sans dépendance, troubles mentaux organiques induits par l'alcool ou d'autres substances. Pour les soins de suite et de réadaptation et la psychiatrie, encore financés sous forme de dotation annuelle de financement, les estimations sont encore plus difficiles.

œuvre du programme n° 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins ». Son service d'information et de conseil à distance (ligne « Drogue Info Service ») s'est ouvert aux «addictions sans produits » (jeux d'argent, jeux vidéo) mais ne concerne plus spécifiquement le tabac. Il peut cependant orienter des fumeurs vers les structures générales d'addictologie.

« Tabac Info Service » dont le site porte pour slogan *«Quand on sait, c'est plus facile d'arrêter»* reste la principale plateforme dédiée à l'aide au sevrage tabagique. Son fonctionnement était confié jusqu'à cette année à l'Office français de prévention du tabagisme (OFT), association d'utilité publique créée en 1998 et subventionnée par la direction générale de la santé.. Elle propose un premier contact qui peut être suivi de consultations téléphoniques gratuites avec des tabacologues.

La ligne « Tabac Info Service »

Le fonctionnement de cette ligne, créée en 1998 par le Comité français d'éducation à la santé et reprise depuis par l'INPES qui lui a succédé, comporte deux niveaux de réponse. Le premier permet d'obtenir des réponses simples sur le tabac, de recevoir de la documentation, et d'être mis en relation avec des tabacologues, qui constituent le second niveau de la ligne.

A partir de 2004, afin d'améliorer l'offre de soins aux fumeurs, TIS est devenu un outil collaboratif pour les médecins et les autres professionnels de santé. Enfin, à partir de 2007, la communication sur TIS a accompagné les messages relatifs à l'interdiction de fumer dans les lieux publics. Le dispositif a été rénové en 2009 avec la mise en place d'un numéro à 4 chiffres, le 3989, lancement d'un « coaching personnalisé», et un renforcement de la communication vis-à-vis des professionnels.

L'évaluation du service offert par la ligne repose sur le suivi des indicateurs d'activité (proportion d'appels décrochés par rapport aux appels reçus), le suivi de la qualité de l'accueil et de l'écoute sur la ligne (réalisation de doubles écoutes, d'enquêtes de satisfaction auprès des usagers et mesure de l'efficacité de la ligne en termes d'aide à l'arrêt du tabac).

En 2011, le premier niveau a traité près de 50 000 appels, et le second plus de 30 000.

Le rôle de Tabac info service est cependant limité par l'absence de possibilité d'orientation systématique vers des consultations en « face à face », collectives ou individuelles, à l'instar de ce qui se fait en

Grande-Bretagne dans les « Smoking cessation centres » ou au Québec. Dans ces deux pays, la prise en charge repose essentiellement sur des personnels paramédicaux formés à cet effet, ce qui permet une démultiplication de l'offre sans commune mesure avec ce qui se passe en France. Ainsi, au Royaume-Uni, plus de 400 000 fumeurs sont pris en charge chaque année, avec des taux de réussite encourageants[268].

La CNAMTS assure par ailleurs des actions spécifiques d'information sur l'arrêt du tabac auprès de différentes populations d'assurés comme les femmes enceintes et les patients atteints de diabète ou de broncho-pneumopathie chronique obstructive.

Selon l'INPES, malgré un réel effort de communication, on constate en France une moindre utilisation des services d'aide au tabac par téléphone que dans d'autres pays. Plusieurs hypothèses sont avancées pour expliquer ce moindre recours : méconnaissance du service proposé, absence de confiance dans l'efficacité d'un service téléphonique, et faible orientation par les professionnels de santé.

Le recueil de données sur les prises en charge des fumeurs souhaitant s'arrêter souffre des mêmes problèmes de coordination que l'estimation de la prévalence ou de la morbi-mortalité en matière de tabac. L'INPES met à disposition des médecins un «dossier de tabacologie» visant à «un suivi personnalisé des patient» et à «un protocole commun d'évaluation des consultations» de soutien au sevrage. Les informations recueillies ne font cependant l'objet d'aucune remontée, contrairement à ce qui se fait au Royaume-Uni[269].

Enfin, outre l'INPES, différentes structures publiques, mutuelles, associations antitabac ou sites d'information médicale apportent aux fumeurs souhaitant se libérer de leur addiction informations et conseils. Des sites à visées commerciales se sont développés également, et sont souvent source de confusion avec ces initiatives.

S'agissant des adolescents, des incertitudes sur le coût-efficacité d'actions en faveur de l'arrêt du tabac sur cette tranche d'âge spécifique

---

[268] National Health Service (NHS), *Stop smoking services, service and monitoring guidance*, 2011.

[269] Les indicateurs suivants y sont disponibles, par région et par types de publics : le nombre de contacts avec les services dédiés, le nombre de personnes ayant décidé d'une date précise pour arrêter de fumer (« *quit date* »), le pourcentage de succès après période de prise en charge, le pourcentage de rechutes et le nombre de tentatives d'arrêt par fumeur sur une période donnée. Bould L., Chesterman J., Judge K., E Pound E et Colesman T, "On Behalf of the English Evaluation of Smoking Cessation Services : Impact of UK National Health Service Smoking Sessation Services : Variations in Outcomes in England", *Tobacco Control*, 2003, n°12.

ou son caractère réfractaire à des démarches suggérés par les adultes sont parfois invoqués pour différer une proposition d'aide au sevrage réputée mieux reçue par les jeunes adultes. Pourtant, l'installation extrêmement rapide de la dépendance dans cette tranche d'âge[270] et l'échec souvent rencontré dans une première tentative de sortie[271] inciteraient plutôt à offrir, sous une forme adaptée, une prise en charge aux très jeunes chaque fois que les actions d'éducation et de prévention en dégage la demande ou dans les situations où le tabac est lié à une situation de précarité ou de poly-consommation[272].

Une offre diversifiée de soins en matière d'arrêt du tabac existe donc. Le cloisonnement des acteurs, l'insuffisant encouragement au rôle de prévention des généralistes et des pharmaciens, l'identification incertaine de la tabacologie au sein des consultations d'addictologie suscitent cependant un manque de lisibilité du dispositif et une difficulté à l'évaluer.

La politique française a de fait tendu au cours des deux dernières décennies à traiter du tabagisme dans une approche commune à l'ensemble des addictions : substances psycho-actives, mais aussi dépendances purement comportementales, comme celle aux jeux. Ce choix se réclame des traits communs aux divers mécanismes d'addiction comme des cas fréquents de poly-consommation associant le tabac à l'alcool ou au cannabis. Il a conduit à rapprocher ou fusionner les modes de prise en charge de la dépendance aux divers des produits licites (tabac, alcool) et illicites (cannabis, héroïne), sans éviter que la MILDT donne la priorité à la lutte contre ces derniers. Cet infléchissement a été contemporain de la moindre vigueur de l'action antitabac inscrite dans le second plan cancer.

Une telle approche ne devrait cependant pas conduire à méconnaître la spécificité de l'addiction tabagique. Pour la très grande majorité des 15 millions de fumeurs que compte la France, elle n'est pas associée à la dépendance à un produit illicite. En effet, même

---

[270] Di Franza J.R., Savageau J. A., Rigotti N.A., Fletcher K., Ocken J.K., McNeill A.D., Coleman M. et C Wood C.., "Development of Symptoms of Tobacco Dependence in Youths : 30 Months Follow Up Data from the DANDY Study", *Tobacco Control,* 2002, 1.

[271] Bancej C., O'Loughlin J., Platt R.W., Paradis G. et Gervais A., « Smoking Cessation Attempts among Adolescent Smokers : A Systematic Review of Prevalence Studies", *Tobacco Control*, 2007, n° 16-18.

[272] Cengelli S., O'Loughlin J., Lauzon B. et Cornuz J., « A Systematic Review of Longitudinal Population-based Studies on the Predictors of Smoking Cessation in Adolescent and Young Adult Smokers", *Tobacco Control,* 2012, n°21.

l'association tabac/cannabis[273], plus fréquente chez les jeunes, n'atteint qu'un pourcentage faible des usagers de tabac de cette tranche d'âge. C'est pourquoi il n'est pas nécessairement souhaitable ou bien accepté que le soutien à la sortie du tabagisme soit systématiquement assimilé à la prise en charge des addictions aux produits illicites. La dépendance au tabac revêt des caractéristiques au moins aussi proches des habitudes de vie quotidienne à risque pour la santé que la dépendance alcoolique, la malnutrition ou la sédentarité excessive. A ce titre, elle mérite d'être prise en compte dans une action complémentaire sur ces déterminants de santé.

Ceci explique que l'OMS, comme de nombreux pays, associe largement la lutte contre le tabagisme à ces trois autres fléaux que sont l'alcoolisme, l'obésité, et la sédentarité. Ceux-ci, comme le tabac, jouent un rôle majeur dans le développement des pathologies chroniques non transmissibles : cancers, maladies cardio-vasculaires ou respiratoires chroniques (broncho pneumopathie chronique obstructive notamment), diabète, insuffisance rénale, etc. En conséquence, à l'OMS, le pilotage de la lutte contre le tabagisme relève du département des maladies non transmissibles. De même, la plupart des pays étrangers dotés d'une politique volontariste en matière de tabagisme en ont confié le pilotage à une instance dédiée et, lorsque ce n'est pas le cas, ne la rattachent pas aux produits illicites.

Malgré les taux de rechute, la grande majorité des fumeurs est susceptible d'adhérer à une démarche d'arrêt du tabac. Ainsi, en France, plus de la moitié des fumeurs souhaitent s'arrêter[274], dont près de 45 % estiment devoir recourir à une aide sous forme de traitements de substitution. La conjugaison de conseils personnalisés associés à ces traitements augmentant les probabilités de succès[275], une politique d'aide à la sortie d'arrêt du tabac implique, dans le cas de la France, un progrès important de l'engagement des professionnels de premier recours (généralistes, pharmaciens, dentistes, personnel infirmier notamment).

La Haute autorité de santé a récemment publié une note de cadrage en vue de l'actualisation prochaine des recommandations de

---

[273] Sur la population totale, on retrouve l'association tabac cannabis parmi 1,6 %, contre 4,4 % chez les jeunes de 17 ans (*Baromètre santé* 2005).
[274] 57,6 % des fumeurs de 17 à 75 ans selon le *Baromètre santé* 2010.
[275] *Treating Tobacco Use and Dependence:Update, Tobacco Use and Dependence Guideline Panel*, U.S. Public Health Service, U. S. Department of health and human Services, 2008.

bonnes pratiques en matière de repérage de prévention et de sevrage du tabagisme[276].

Les expériences étrangères suggèrent par ailleurs qu'un accès efficace à l'aide au sevrage repose sur une mobilisation des personnels paramédicaux, des pharmaciens, voire des psychologues ou travailleurs sociaux. Les agents paramédicaux et les pharmaciens sont ainsi habilités à prescrire des TSN au Royaume-Uni, au Québec (au moyen des ordonnances dites « collectives » établies par des infirmières), ou dans des états américains comme la Californie.

Dans le même esprit, la direction générale de la santé comme la CNAMTS se sont montrées favorables lors de leur audition à la mise en place d'un parcours d'aide au sevrage associant prescription de substituts et suivi par des généralistes et des pharmaciens. La loi reconnaît en effet à ces derniers vocation à « *proposer des conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes* »[277], ce que la récente convention pharmaceutique avec l'assurance maladie cherche à développer.

III - Une expérience hésitante de soutien financier au sevrage

Les stratégies thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique et plus particulièrement l'utilisation des substituts nicotiniques ont fait l'objet de nombreuses études internationales portant sur leur efficacité et leur efficience[278]. En France, les agences sanitaires concernées se sont appuyées sur ces travaux pour élaborer des recommandations : ainsi l'AFSSAPS a-t-elle publié en 2003 des recommandations de pratique clinique, en cours de réactualisation par la HAS. Pour sa part, la HAS a publié en janvier 2007 des recommandations sur la prise en charge financière des TSN[279].

Pour l'ensemble des produits examinée, le service médical rendu. est considéré comme important par la Commission de la transparence

---

[276] « Arrêt de la consommation de tabac : du repérage au maintien de l'abstinence », Actualisation des recommandations de bonne pratique de l'Afssaps de 2003, Note de cadrage, Haute autorité de santé, mars 2012.

[277] L'Ordre national des pharmaciens a édité en mai 2007 une fiche technique détaillée sur le thème « Pharmacien et tabac : prise en charge de l'arrêt du tabac »

[278] Certains pays, comme le Royaume-Uni, ont fait le choix de prendre totalement en charge les cures de substituts nicotiniques (*cf.* annexe 10).

[279] HAS, *Stratégies thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique. Efficacité, efficience et prise en charge financière*, janvier 2007.

relevant de la Haute autorité de santé ; elles bénéficient dès lors d'un avis favorable à l'inscription sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités et autres services publics.

Les différents traitements de substitution nicotinique ont le statut de médicaments et, à ce titre, font l'objet d'une autorisation de mise sur le marché résultant d'une évaluation bénéfices-risques de la part de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, devenue Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Comme dans de nombreux autres pays, les traitements par substituts nicotiniques ne sont plus soumis à prescription obligatoire en France depuis 1999. Produits dits « à prescription médicale facultative », ils échappent à la fixation de leurs prix par le Comité économique des produits de santé. Cette situation auxquels certains des fabricants sont attachés, conduit à des écarts de prix des cures non négligeables[280]. Ainsi, bien que ces produits fassent l'objet d'une évaluation du service médical rendu, leur statut particulier et l'important enjeu commercial qu'ils représentent créent parfois le doute sur leur efficacité.

Des pays dont les systèmes d'assurance maladie sont aussi différents que le Royaume-Uni, les Etats-Unis, le Canada ou l'Australie ont tous fait le choix d'une prise en charge des traitements par substituts nicotiniques [281] selon des modalités comparables[282]. Dans le cas des affections de longue durée, la Haute autorité de santé a même considéré que le sevrage tabagique faisait partie intégrante du traitement[283] pour 24 d'entre elles.

Partant de l'hypothèse qu'un abaissement du coût de ces produits pour les patients pourrait faciliter l'entrée dans une cure de sevrage, un dispositif a été mis en œuvre à partir de février 2007 dans le souci d'accompagner l'application de l'interdiction de fumer dans les lieux publics. Cette mesure prend la forme d'un versement forfaitaire de 50 € (soit environ un mois de traitement) pour toute cure de sevrage engagée

---

[280] Le coût moyen d'une cure est généralement estimé à 150 € http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1017.pdf.

[281] Le Faou A.L. et Scemama O., « Comparaison des systèmes de couverture assurantielle des traitements pharmacologiques d'aide au sevrage tabagique dans cinq pays de l'OCDE », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 2005, n°53.

[282] Généralement une prise en charge initiale de deux à quatre semaines, renouvelable deux fois dans l'année en fonction de l'évolution du statut tabagique, éventuellement plus.

[283] La Haute autorité de santé a publié à ce jour 80 listes d'actes et de prestations en rapport avec les affections de longue durée dont 24 signalent le servage tabagique comme un traitement *« à inclure dans les protocoles de soins des personnes fumeuses »* touchées par ces affections.

sur prescription médicale. Cette mesure de prise en charge forfaitaire a été retenue afin de ne pas s'engager dans une voie qui aurait amené à conférer à ces produits le statut de médicaments remboursables.

Le financement de cette mesure fait l'objet d'une ligne dédiée du Fonds national de prévention et d'information de l'assurance maladie qui était de 20 M€ en 2011 et de 23 M€ en 2012[284]. La convention d'objectifs et de gestion de la CNAMTS pour 2010-2013 prévoit que ce montant soit porté à 26 M€ à la fin de la période qu'elle couvre. Ce montant peut être rapproché de ce qu'aurait été le coût, estimé à 300 M€, d'un remboursement (prise en charge des substituts à prix inchangés à 65 % pour trois mois de traitement et 3 millions de patients).

La liste des produits pouvant ouvrir droit au bénéfice du forfait, publiée sur le site AMELI de la CNAMTS, comporte 170 références environ, se répartissant entre les laboratoires GSK, Pierre Fabre, Novartis, et Johnson and Johnson. Le *Champix* (Pfizer), susceptible d'effets secondaires, a été supprimé de cette liste en 2011[285] et reste réservé à des traitements de seconde intention.

Si les crédits budgétés en 2011 correspondent à 400 000 bénéficiaires potentiels, le chiffre exact des forfaits payés qui faisait l'objet d'une publication par l'*OFT*, n'est plus établi par la CNAMTS depuis 2009. Le tableau de bord mensuel de l'OFDT comporte en revanche un indicateur sur les ventes de médicaments d'aide à l'arrêt en nombre de mois de traitement. .

Pour sa part, la Mutualité sociale agricole (MSA) avait expérimenté entre 1996 et 2000, puis généralisé à l'ensemble des caisses départementales à partir de 2001, un protocole d'examens de santé renseignant le tabagisme pour la population des assurés âgés de 35 à 65 ans. La proportion de sujets fumant plus de 10 cigarettes par jour était de 10,3 %, avec 13,6 % chez les hommes versus 5,9 %, chez les femmes Une diminution de la proportion de fumeurs avec l'âge était observée aussi bien chez les hommes que chez les femmes, 59 % des fumeurs déclarant par ailleurs avoir envie d'arrêter de fumer. En 2007, dès l'instauration du dispositif de prise en charge financière des substituts nicotiniques, la MSA l'a intégré dans son action d'« accompagnement des personnes souhaitant arrêter de fumer ». Les substituts sont remboursés

---

[284] *Les chiffres clé de la Sécurité sociale 2011*, Direction de la sécurité sociale, 2012.

[285] Lettre du ministre à la CNAMTS, 29 juin 2011. Cette lettre rappelle que ce médicament « *ne présente pas le même rapport bénéfice-risque, ne répond pas aux mêmes conditions de dispensation et a été placé par la commission de transparence comme un traitement de seconde intention* ».

au titre de son Fonds de prévention sur prescription médicale. La somme forfaitaire s'élève à 50 €, comme pour le régime général, et à 150 € pour les femmes enceintes. Deux campagnes d'information et de communication ont été lancées pour faire la promotion du dispositif. Les résultats font l'objet d'une remontée mensuelle de données par les caisses de MSA[286].

Les résultats d'une étude expérimentale conduite pour la CNAMTS pendant deux ans, sur un échantillon de 1 000 bénéficiaires du forfait choisis parmi les patients en ALD ou titulaires de la couverture médicale universelle complémentaire (CMU-C), ont été publiés en juin 2010[287]: ils font apparaître un taux d'arrêt représentant le tiers de ces patients, résultat confirmé pour 27,2 % d'entre eux six mois après la fin du traitement. Ce résultat est peu différent du taux de succès observé dans les essais cliniques. Les auteurs de l'étude en concluent que *« l'efficacité du dispositif en termes d'arrêt du tabac apparaît bonne »* mais qu'il *« est difficile de faire la part de l'efficacité du dispositif de prise en charge par rapport à l'efficacité des substituts nicotiniques sans prise en charge »*.

Une indication partielle sur l'effet incitatif de l'aide financière accordée est cependant fournie par le fait que 107 personnes parmi les 272 ayant arrêté de fumer depuis plus de 6 mois ont déclaré qu'elles n'auraient pas engagé de traitement en l'absence de prise en charge. Rapporté à ces seuls cas, le coût moyen du dispositif est porté à 467 € montant faible du point de vue du calcul économique, au regard du bénéfice financier direct et pérenne pouvant être attendu d'une sortie de son addiction par un fumeur.

Il ne fait pas de doute qu'une prise en charge, même partielle, conditionnée par une prescription médicale, a au moins valeur d'encouragement à rechercher auprès des médecins traitants l'accompagnement d'une démarche de sevrage toujours difficile.

Le choix d'une formule forfaitaire reflète l'absence de cohérence dans la politique menée dans le domaine du sevrage tabagique. Il suscite de nombreuses critiques. Les tabacologues craignent que le doute soit

---

[286] 10 361 personnes ont ainsi fait une demande de prise en charge de substituts nicotiniques en 2011 contre 8 767 en 2010 soit une augmentation de 18 %. Chaque bénéficiaire a consommé la totalité du forfait de 50 euros. Les hommes sont plus nombreux à bénéficier de cette prise en charge que les femmes (65,9 %). La tranche d'âge des moins de 25 ans est la moins représentée avec 6,8 % de la population bénéficiaire tandis que la tranche d'âge qui bénéficie le plus de l'action est celle des 25-50 ans avec 60,6 % du total.

[287] Cemka Eval, *Evaluation du dispositif national de prise en charge des substituts nicotiniques*, 30 juin 2010.

créé chez les patients quant à l'efficacité d'un produit qui échappe au droit commun du remboursement et qui, vendu sans ordonnance, connaît d'amples variations de prix d'une pharmacie à l'autre. Ils relèvent également que l'importance du reste à charge peut décourager des fumeurs incertains de la durée de traitement nécessaire.

L'unité de recherche clinique en économie de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (URC-ECO) a conduit une étude tendant à comparer le rapport coût /efficacité entre un dispositif de prise en charge totale des cures de sevrage[288] et un forfait représentant la moitié de la dépense. Elle a également travaillé sur les aspects coût bénéfice des cures de sevrage par comparaison avec des interventions de prévention dans le domaine cardio-vasculaire. Les premiers résultats de ces deux études différentes sont à l'avantage de la prise en charge de l'arrêt du tabac[289].

Diverses propositions ont par ailleurs été faites soulignant qu'un ciblage de cette mesure sur des populations pour lesquelles l'addiction présente le plus de risques lui donnerait une meilleure efficience. Dans sa recommandation de janvier 2007, la Haute autorité de santé avait ainsi proposé une priorité en faveur « *des personnes atteintes de maladies causées ou aggravées par le tabac et des femmes enceintes* ». Sans remettre en cause le dispositif général, l'étude réalisée pour la CNAMTS recommande pour sa part d'améliorer l'information sur son existence en direction des femmes enceintes et des personnes en situation précaire. Quant au plan cancer 2009-2013, il comporte une action 10.2 *« Renforcer la politique d'aide au sevrage tabagique »* qui prévoit notamment de *« développer l'accès aux substituts nicotiniques pour les femmes enceintes et les personnes bénéficiaires de la CMU-C »*. C'est pourquoi le forfait a été porté à 150 € pour les femmes enceintes au 1er septembre 2011. La même mesure était envisagée à partir de 2012, au moins à titre temporaire, pour les titulaires de la CMU. Selon la direction de la sécurité sociale, le coût prévisionnel de telles mesures serait de 4 M€ pour les femmes enceintes et de 14 M€ pour les bénéficiaires de la CMU (à l'égard desquels elle n'a pas été mise en œuvre à ce jour).

La CNAMTS a par ailleurs exprimé son inquiétude sur *« le coût de gestion »* d'un régime à deux niveaux de forfait et son souhait *« de pouvoir disposer d'une visibilité sur les orientations futures »* en

---

[288] http://www.urc-eco.fr/sites/www.urc-eco.fr/IMG/pdf/POSTER_Ellis_VDef_1_.pdf

[289] Pour la première de ces études, le coût bénéfice de la prise en charge à 100 % s'avère très supérieur à la prise en charge forfaitaire (communication au 6e congrès de la société française de tabacologie, 8 novembre 2012). Pour la seconde, le coût par année de vie gagnée est de 600€ pour le sevrage contre 2500 à 15000€ pour les statines, selon qu'il s'agit de prévention primaire ou secondaire.

demandant notamment s'il était « *envisageable de s'orienter à court terme vers une seule prise en charge à 150 € pour des populations ciblées»*[290].

Cette restriction du champ de couverture ne répond pas aux préconisations de la Haute autorité de santé qui a pour sa part rappelé en février 2012 que «*les experts s'accordent pour dire que le coût des traitements est un frein à l'initiation d'un sevrage tabagique* » et que « *la première mesure susceptible d'avoir un impact réel et rapide serait le remboursement des traitements nicotiniques* »[291].

Lors de son audition, le directeur général de la CNAMTS s'est proposé d'étudier la possibilité d'un remboursement intégral des substituts pour des populations prioritaires dès lors que leur prescription s'inscrirait dans un accompagnement et un suivi systématisé.

La prise en charge du sevrage, et plus particulièrement des TSN, est souvent complétée par les organismes complémentaires d'assurance maladie. L'enquête annuelle de la DREES auprès des mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurance sur les contrats les plus souscrits a montré que 42,5 % des bénéficiaires de contrats individuels ou collectifs étaient susceptibles d'être pris en charge en 2009, contre 37,5 %, en 2007. La prise en charge des substituts nicotiniques se fait au travers de forfaits annuels, le plus souvent à hauteur de 50 € s'ajoutant au forfait de la sécurité sociale, mais peuvent aller de 20 € à 300 € selon les contrats. S'agissant plus spécifiquement des mutuelles, selon la DREES, 65% des bénéficiaires de contrats individuels pouvaient bénéficier d'une prise en charge en 2009, qu'il s'agisse des produits de substitution nicotinique ou d'accompagnement (orientation vers une consultation de tabacologie par exemple).

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La Cour souligne que l'effort d'éducation et de prévention comme les actions d'encouragement et de soutien à l'arrêt du tabac mériteraient d'être considérablement renforcés, à travers la mobilisation de tous les acteurs nationaux et locaux.

Les expériences étrangères l'attestent, le renforcement des actions de proximité conditionne plus particulièrement l'efficacité des mesures globales de la lutte antitabac auprès des groupes les plus à risque d'entrée dans le tabagisme, ou les plus en difficulté pour en sortir.

---

[290] Lettre au ministre de la santé, 22 août 2011.

[291] *Arrêt de la consommation de tabac : du repérage au maintien de l'abstinence. Recommandations de bonne pratique*, Haute autorité de santé, fèvrier 2012.

Les limites rencontrées en France dans l'action de réduction de la prévalence, conçue de manière trop centralisée, devraient donc inciter à renforcer significativement le développement d'actions de terrain, notamment auprès des jeunes, relayant les campagnes nationales et coordonnées avec elles. Elles appellent également la mise en place au niveau local des actions ciblées sur des groupes spécifiques (jeunes, femmes enceintes, précaires, migrants) associant de façon coordonnée prévention et aide à la sortie du tabagisme.

La Cour formule les recommandations suivantes :

29. faire de la prévention du tabagisme une priorité à part entière de la politique d'éducation à la santé du ministère de l'Education nationale dans le primaire comme dans le secondaire, explicitement intégrée à la formation des enseignants, et associant tous les professionnels concernés ainsi que les parents et partenaires extérieurs ;

30. organiser un parcours d'aide au sevrage prévoyant un accompagnement systématisé par un professionnel de santé de premier recours (médecin traitant, pharmacien, voire infirmière),en coordination avec la ligne Tabac info service et avec des centres d'arrêt du tabac pouvant assurer une prise en charge individualisée ;

31. renforcer à cet effet les consultations d'addictologie dans les structures hospitalières et médicosociales, en y identifiant des compétences spécialisées en tabacologie ;

32. faire prendre en charge le sevrage tabagique par l'assurance maladie dès lors qu'il s'inscrit dans un parcours d'accompagnement ou qu'il concerne des groupes cibles, notamment en remboursant les substituts nicotiniques comme des médicaments.

Conclusion générale

L'état des lieux auquel la Cour a procédé a cherché, conformément aux exigences d'une évaluation de politique publique, à permettre une appréciation partagée des multiples enjeux du tabagisme et à éclairer les freins, patents ou plus cachés, qui peuvent s'opposer à l'atteinte des objectifs fixés en matière de santé publique, voire se traduire, dans la période la plus récente, par certains reculs très préoccupants. Il constitue comme tel une contribution à la redéfinition d'une politique à même de s'attaquer en profondeur et dans la durée à la première cause de mortalité évitable.

A cet égard, les enseignements du sondage réalisé dans le cadre de l'évaluation confirment l'ampleur du travail qui reste à accomplir par l'Etat dans le cadre de ses responsabilités de santé publique pour rendre son action plus crédible. Sa posture actuelle révèle en effet des faiblesses qu'il faut avoir à l'esprit dans la perspective d'un nouveau plan de lutte contre le tabagisme.

Même si la société est, dans l'ensemble, acquise à l'idée que celle-ci est nécessaire, elle marque en effet parfois de l'irritation et parfois de l'hostilité à l'égard d'un Etat auquel on reproche de restreindre la liberté individuelle et de profiter du tabagisme pour prélever de plus en plus de taxes (80% du prix d'un paquet de cigarettes). De leur côté, les associations de lutte contre le tabagisme déplorent la timidité des pouvoirs publics dans la répression des transgressions de la loi, notamment pour la vente aux mineurs. La méconnaissance du coût sanitaire exact du tabagisme, qu'il soit actif ou passif, est également un handicap : comment agir efficacement sur une opinion qui mesure ce que le tabac rapporte à l'Etat mais ignore ce qu'il coûte à la collectivité ? Enfin, même s'il est fait masse, de manière discutable, des trafics « illégaux » (estimés à 5%) et des achats « légaux » hors frontières dans l'espace européen de libre circulation des produits (estimés à 15%), la part des achats résultant de la contrebande et des achats effectués en

dehors du réseau des buralistes est mise en avant pour illustrer les risques liés à de fortes hausses du prix du tabac. Comment justifier le maintien d'un monopole de distribution qui permet de contrôler les achats si ce dernier devait être de plus en plus contourné faute d'une action suffisamment ferme à l'échelle nationale et surtout européenne, en particulier dans une dimension répressive, contre les organisations mafieuses de trafic clandestin y compris via Internet ?

Ces faiblesses doivent d'autant plus être surmontées que les obligations souscrites par notre pays en ratifiant la convention-cadre de l'OMS lui imposent de mener désormais une politique globale et continue de lutte contre le tabagisme qui s'inscrirait dans un mouvement de long terme vers une société *libérée* du tabac. Aussi radicale qu'elle puisse paraître, une telle perspective reviendrait, si elle aboutissait, à *fermer un cycle historique*. De fait, si la première moitié du XX^{e} siècle fut celle de l'essor de la consommation du tabac à grande échelle, si la seconde moitié du même siècle fut celle de la prise de conscience et de la mesure tardive de sa nocivité, la première moitié du XXI^{e} siècle pourrait alors devenir celle de son abandon.

Une telle politique exige une volonté sans faille pour être menée à bien. Si l'objectif de réduction de la consommation de tabac apparaît simple, l'action à mener est en effet complexe. Elle cherche à modifier des comportements, collectivement jugés préjudiciables, mais souvent individuellement considérés comme un risque acceptable d'autant que la nicotine installe une addiction rapide et durable. Elle nécessite de jouer de manière cohérente et simultanée sur l'ensemble des outils de la prévention, de la fiscalité et de prix, de la règlementation, de l'aide à l'arrêt du tabac, de la répression du trafic illicite car privilégier un instrument n'aboutit qu'à des résultats peu durables.

La Cour croit ainsi utile de rappeler, au terme de ses travaux, les *constats* les plus préoccupants qui ressortent de son analyse et de suggérer *trois grandes orientations* justiciables de la délibération et de la décision politiques.

Des constats préoccupants

Sept principaux constats méritent d'être mis en lumière en conclusion de cette contribution à une évaluation des politiques publiques de lutte contre le tabagisme :

- le premier est la méconnaissance par l'opinion du large spectre des risques pour la santé qu'emporte la dépendance tabagique et qui fait du tabac la première cause de mortalité évitable ;

Le sondage commandé à l'occasion de cette évaluation la révèle en l'illustrant par la radicale sous-estimation du nombre annuel de morts, y compris par les gros fumeurs. Seul un effort vigoureux et continu de communication serait susceptible d'inverser cette situation. Tel n'a pas été le cas tant en raison de la discontinuité qui a marqué les politiques menées dans les dernières décennies que de la modestie des moyens financiers qui sont affectés aux campagnes d'information. Il faut rappeler que le nombre annuel de morts par le tabac est près de vingt fois plus élevé que celui des morts sur les routes ;

- le deuxième est l'insuffisance de l'action des services de l'Etat (douanes, santé, police notamment) pour que la loi et les règles d'interdiction soient respectées tant pour la vente aux mineurs de moins de 18 ans que sur les lieux publics. Pour être difficiles à mettre effectivement en œuvre (l'action de l'opinion y pourvoit souvent sur les lieux publics) et moins prioritaires pour la police que la lutte contre les trafiquants de drogue, des contrôles plus fréquents et inopinés seraient utiles surtout si, en cas d'infraction, des sanctions exemplaires allant jusqu'à la suspension provisoire d'activité étaient prises ;

- le troisième constat est l'absence de plans de prévention à l'école. Les informations recueillies au cours de l'évaluation ont montré qu'une implication des médecins et des infirmières scolaires sur toute la durée des cycles (primaire/collège/lycée) aurait des effets particulièrement positifs pour décourager l'entrée qui se fait de plus en plus jeune dans le tabagisme, rendant la dépendance malheureusement durable et difficile à soigner une fois installée ;

- un quatrième constat est la timidité des dispositifs actuellement déployés pour le sevrage et l'aide à la sortie du tabac qui limite grandement la possibilité pour les fumeurs qui le désirent (plus d'un fumeur sur deux) de sortir de la dépendance. Sans remettre en cause l'effort réalisé depuis plusieurs années pour organiser et structurer des consultations d'addictologie, il semble nécessaire de développer parallèlement des parcours structurés d'aide au sevrage sous le contrôle des médecins traitants et avec le recours aux pharmaciens voire à d'autres professions paramédicales. De tels parcours de soins structurés permettraient de toucher un nombre décuplé de fumeurs désireux d'être aidés ;

- le cinquième constat porte sur l'exigence de continuité dans la politique poursuivie en matière de prix et de fiscalité. S'il ne saurait constituer à lui seul l'instrument d'une politique publique, les expériences des pays les plus engagés dans la lutte contre le tabagisme attestent de l'efficacité de l'outil fiscal s'il est employé dans la durée. Encore faut-il

qu'il soit traité de manière coordonnée avec les autres volets de la politique de lutte contre le tabagisme ;

- un sixième constat est la très grande faiblesse des dispositifs de collecte des données et de suivi des effets des mesures prises. Les données sont souvent lacunaires, les enquêtes irrégulières, les chiffres contestés. La mise en place d'un dispositif d'observation incontestable tant par la notoriété des experts y participant que par la régularité dans la diffusion des données est une nécessité. Il ne fait pas de doute non plus que la France est en retard dans la recherche dans le domaine du tabagisme alors qu'elle concerne de nombreuses disciplines scientifiques. La publication de travaux de nature à mieux sensibiliser l'opinion aux ressorts de l'addiction comme à l'efficacité des mesures employées pour la réduire participerait efficacement sur le temps long à l'action publique ;

- le dernier constat, le plus préoccupant, est le regain de la prévalence tabagique en France depuis 2005. Alors que les ventes de cigarettes avaient connu un très fort recul depuis 1991, baissant de près de moitié de 97 Md d'unités en 1991 à 55 Md en 2005, elles se sont, depuis, stabilisées à ce niveau. La prévalence du tabagisme pour les fumeurs réguliers qui avait baissé de trois points entre 2000 et 2005 (de 30 à 27,1 %) est remontée en 2010 à 29,1% et frappe particulièrement les femmes, les jeunes et les populations précaires. Ces médiocres performances contrastent avec les résultats obtenus dans de nombreux autres pays où des politiques coordonnées ont été mises en œuvre dans la durée.

Les grandes orientations souhaitables

Trois grandes orientations se dégagent dans la perspective d'une relance en début de législature de l'action contre les méfaits du tabac :

- la première est de penser et mettre en œuvre une politique dans la durée, à rebours de ce que la présente évaluation a relevé, c'est-à-dire la coexistence de politiques parallèles à partir d'outils non coordonnés et utilisés de manière discontinue. Il s'agit de conduire à terme l'ample mutation des représentations culturelles, des mentalités et des comportements que la lutte contre le tabagisme a déjà vigoureusement engagée au cours des dernières décennies, au moins dans les pays développés.

- la deuxième est de mettre en place, comme l'exige la convention-cadre de l'OMS, un dispositif de pilotage, d'action et de suivi des résultats de la lutte contre le tabagisme, efficace et politiquement identifiable. La responsabilité politique de l'Etat réside dans l'exigence de protection, notamment des plus jeunes et des plus pauvres, qu'il lui revient de développer dans le respect des libertés. Sans création

administrative nouvelle, une coordination interministérielle forte et constante est absolument indispensable pour assurer la validation des mesures, la préparation des arbitrages politiques et le suivi des plans et actions engagés en y faisant prévaloir l'exigence de santé publique. Elle suppose

- la troisième et dernière grande orientation est que la lutte contre le tabagisme s'inscrit désormais dans un cadre international avec la ratification de la convention-cadre de l'OMS. La prise de conscience de cette nouvelle donne est encore faible alors qu'elle est lourde de conséquences pour la mise en œuvre de la politique de lutte contre le tabagisme. Ainsi, la transposition dans la réglementation européenne et nationale des directives de l'OMS visant à introduire le paquet générique et la vente sous le comptoir se posera à terme proche. Une initiative de la France s'impose également au plan communautaire pour obtenir un rapprochement des fiscalités du tabac ou une action concertée en matière de lutte contre les trafics clandestins voire, comme le souhaitent certains acteurs, un traitement dérogatoire du tabac en matière de circulation des produits.

Au fil de ce rapport, la Cour a formulé des recommandations dans tous les champs d'action de la puissance publique avec le souci de permettre au Parlement de disposer d'un éventail de propositions susceptibles de donner un nouvel élan à une politique qui a donné depuis les lois « Veil » et « Evin » d'indiscutables résultats, mais qui s'est essoufflée.

Leur équilibre et leur complémentarité ont cherché à faciliter le passage indispensable *des* politiques actuelles de lutte contre le tabagisme à *une* politique cohérente, continue et efficace.

Liste des annexes :

Annexe n° 1 – Echange de lettres entre le président du CEC et le Premier président de la Cour des Comptes

Annexe n° 2- Composition du groupe d'appui

Annexe n° 3 - Personnes rencontrées

Annexe n° 4 - Liste des organismes auditionnés

Annexe n° 5 -Travaux antérieurs d'évaluation sur les politiques de lutte contre le tabagisme

Annexe n° 6- Propositions récentes en matière de lutte contre le tabagisme

Annexe n° 7- Etude de la jurisprudence

Annexe n° 8 - Sondage d'opinion (IFOP)

Annexe n° 9 - Résumé de la revue de la littérature sur l'évaluation des politiques de santé dans le domaine du tabagisme (Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé)

Annexe n° 10 - Tableau de synthèse de l'enquête DGDDI sur les politiques anti-tabac dans différents pays

Annexe n° 11 - Politiques de lutte contre le tabac au Royaume-Uni, aux Etats-Unis, au Québec et en Australie

Annexe n° 12 - Principales sources documentaires

Annexes

Annexes :

Annexe n° 1 : Echange de lettres entre le Président du CEC et le Premier président de la Cour des comptes.....211
Annexe n° 2 : Composition du groupe d'appui 217
Annexe n° 3 : Personnes rencontrées 219
Annexe n° 4 : Liste des organismes auditionnés 225
Annexe n° 5 : Travaux antérieurs d'évaluation sur les politiques de lutte contre le tabagisme 227
Annexe n° 6 : Propositions récentes en matière de lutte contre le tabagisme 231
Annexe n° 7 : Etude de la jurisprudence 237
Annexe n° 8 : Sondage d'opinion (IFOP): Les Français, l'impact du tabac sur la santé et les mesures publiques s'y rapportant..277
Annexe n° 9 – Résumé de la revue de la littérature sur l'évaluation des politiques de santé dans le domaine du tabagisme (Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé) 293
Annexe n° 10 – Tableau de synthèse de l'enquête DGDDI sur les politiques anti-tabac dans différents pays 307
Annexe n° 11 : Politiques de lutte contre le tabac au Royaume-Uni, aux Etats-Unis, au Québec et en Australie 315
Annexe n° 12 : Principales sources documentaires 330

Annexe n° 1 : Echange de lettres entre le Président du CEC et le Premier président de la Cour des comptes

LE PRÉSIDENT

PARIS, LE 18 JUIL. 2011

Monsieur le Premier président,

J'ai bien reçu votre courrier du 23 juin 2011 et vous en remercie. J'ai informé les rapporteurs du Comité sur l'évaluation de la médecine scolaire (M. Gérard Gaudron et Mme Martine Pinville) qu'ils disposeraient du rapport de la Cour durant la seconde quinzaine du mois de septembre prochain, dans la perspective de votre audition fixée au jeudi 6 octobre à 11 heures, soit lors de la première réunion du Comité pour la session 2011-2012. Pour leur permettre de disposer du temps nécessaire à une utilisation aussi complète que possible des constats et conclusions que la Cour pourra émettre, la présentation au Comité de leur propre rapport, auquel celui de la Cour pourrait être annexé, pourrait être prévue dans un délai de deux mois au plus après votre audition.

Par ailleurs, sur ma proposition, le Comité a décidé lors de sa réunion du 30 juin dernier, de demander l'assistance de la Cour des comptes, au titre de l'article 47-2 de la Constitution et de l'article 3 de la loi du 3 février 2011, pour deux évaluations de politiques publiques concernant des sujets d'intérêt général :

– l'évaluation des politiques publiques de lutte contre le tabagisme,

– l'évaluation des dispositifs de l'État en faveur de la création d'entreprise.

Conformément aux dispositions précitées, il me serait agréable que vous puissiez m'indiquer dans quel délai la Cour des comptes serait susceptible de transmettre les rapports traduisant les résultats de ces deux évaluations, de façon à permettre au Comité, lorsqu'il se sera reconstitué après les élections du printemps prochain, de s'appuyer sur ces travaux.

Je vous prie de croire, Monsieur le Premier président, à l'assurance de ma haute considération.

Bernard ACCOYER

Monsieur Didier MIGAUD
Premier président
Cour des comptes
13 rue Cambon
75001 PARIS

HÔTEL DE LASSAY 128, RUE DE L'UNIVERSITÉ 75007 PARIS - TÉL. 01 40 63 50 00



COPIE

Le Premier Président

Paris, le 3 février 2012

Monsieur le Président,

Par lettre du 18 juillet 2011, vous avez bien voulu me faire part de la demande formulée par le Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques, conformément à l'article 47-2 de la Constitution et à l'article L.132-5 du code des juridictions financières, d'une assistance de la Cour des comptes en vue d'une évaluation des politiques publiques de lutte contre le tabagisme.

La 6e Chambre de la Cour, compétente sur les questions tenant à la santé publique, a conduit à l'automne de premières investigations sur ce sujet. A l'issue de ces travaux préliminaires, une réunion de travail qui s'est tenue le 11 janvier dernier à l'Assemblée nationale avec M. Jean Mallot, vice-président du Comité d'évaluation et de contrôle, a permis de fixer le champ de la mission d'évaluation confiée et de préciser les modalités d'intervention de la Cour

Il a été ainsi convenu que la contribution de la Cour s'attachera plus particulièrement à analyser les objectifs, les moyens, la mise en œuvre et les éventuelles insuffisances de certains outils de cette politique de santé publique :

- la fiscalité et les prix du tabac,
- la réglementation de la consommation (prohibition de la publicité, de la consommation dans les lieux publics et de la vente aux mineurs ; avertissements sanitaires obligatoires et modes de conditionnement…) ainsi que les contrôles dont elle fait l'objet;
- l'éducation à la santé, la prévention et le suivi sanitaire en matière de tabagisme

La Cour cherchera à apprécier l'efficience et l'efficacité des moyens engagés et à évaluer les résultats des actions conduites au cours de la dernière décennie, en les resituant chaque fois que nécessaire dans une période plus longue, en termes de réduction de la prévalence tabagique et, autant qu'il sera possible, d'incidence sur les données épidémiologiques relatives à certaines pathologies communément mises en relation avec la consommation de tabac. Elle en analysera l'incidence par types de population (âge, sexe, catégorie sociale…) et, plus généralement, examinera les dispositifs d'observation et de suivi mis en place à cet égard.

M. Bernard ACCOYER
Président de l'Assemblée nationale
126, rue de l'Université
75355 Paris cedex 07 SP

En fonction des informations dont il pourra être disposé, l'enquête de la Cour s'appuiera également sur une comparaison internationale des dispositifs de lutte contre le tabagisme et de leurs résultats en termes de santé publique.

Dans la logique d'un travail d'évaluation, la Cour veillera à recueillir, au-delà de la sphère administrative, le point de vue de toutes les parties prenantes, acteurs de la lutte contre le tabagisme comme professionnels de l'industrie et du commerce du tabac, et s'assurera le concours d'experts reconnus en ce domaine.

La Cour a pris bonne note de l'invitation des responsables du Comité à faire appel, en tant que de besoin, aux crédits d'études dont elle dispose pour 2012 pour financer des travaux propres à éclairer certains aspects de l'évaluation qui lui est confiée et fera prochainement part de ses propositions d'enquêtes spécifiques à cet égard.

Comme convenu lors de la réunion du 11 janvier dernier, la Cour fera un point régulier avec le secrétariat du Comité d'évaluation et de contrôle de l'avancement de ses travaux et vous remettra son rapport définitif le 15 décembre prochain.

Je vous prie d'agréer, monsieur le Président, l'assurance de ma haute considération.

Didier MIGAUD

XCC AI201880 CDC
23/02/2012

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
LIBERTÉ • ÉGALITÉ • FRATERNITÉ

ASSEMBLÉE NATIONALE

Secrétariat sixième chambre
Reçu le 24 FEV. 2012
N° : 000148

LE PRÉSIDENT

COUR DES COMPTES
GREFFE 6ème CHAMBRE
29 FEV. 2012
COURRIER ARRIVÉ

PARIS, LE 22 FEV. 2012

Monsieur le Premier président

J'ai bien reçu votre lettre du 3 février 2012 relative aux modalités de réalisation des deux études d'évaluation de politiques publiques que conduit la Cour des comptes à la demande du Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques de l'Assemblée nationale : l'évaluation des politiques publiques de lutte contre le tabagisme d'une part, et, en faveur de la création d'entreprise, d'autre part.

J'ai pris bonne note de ce que, pour le premier sujet, le rapport de la Cour pourrait être transmis au plus tard le 15 décembre 2012. J'ai également noté que, s'agissant de l'évaluation des politiques publiques en faveur de la création d'entreprise, vous avez proposé que l'étude soit élargie aux politiques menées en la matière par les collectivités territoriales, et que l'association d'un échantillon de chambres régionales des comptes à cette démarche conduisait à allonger le délai de transmission du rapport de la Cour jusqu'à un an à compter de votre précédent courrier, soit également en décembre 2012.

En application des dispositions du troisième alinéa de l'article L. 132-5 du code des juridictions financières issu de la loi du 3 février 2011 tendant à renforcer les moyens du Parlement en matière de contrôle de l'action du Gouvernement et d'évaluation des politiques publiques, je vous confirme mon accord sur ces propositions de délai, ainsi que sur les principales options mentionnées quant au contenu de ces évaluations, et vous remercie par avance de la contribution de la Cour des comptes aux travaux du prochain CEC.

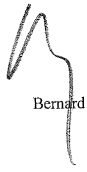
.../...

Monsieur Didier MIGAUD
Premier président
Cour des comptes

HÔTEL DE LASSAY 128, RUE DE L'UNIVERSITÉ 75007 PARIS - TÉL. 01 40 63 50 00

S'agissant plus spécifiquement de l'évaluation des politiques de lutte contre le tabagisme, vous évoquez la possibilité que la Cour puisse faire appel aux crédits d'études dont l'Assemblée nationale dispose pour 2012 pour financer des travaux susceptibles de compléter les analyses de la Cour. Si une telle contribution financière est en effet envisageable pour l'année 2012 où le calendrier électoral permettra difficilement au CEC d'engager lui-même de nombreuses études confiées à des prestataires externes, elle devra cependant s'inscrire dans le cadre des procédures de décision internes à l'Assemblée nationale, et notamment celles applicables en matière de marchés publics dans le cas où une telle étude serait financée dans le cadre d'un marché notifié par l'Assemblée nationale.

Je vous prie de croire, Monsieur le Premier président, à l'assurance de ma haute considération.



Bernard ACCOYER

Annexe n° 2 : Composition du groupe d'appui

Pr William Dab, Responsable de la chaire « Risques, radioprotection, santé, sécurité », Centre National des arts et métiers

Maître Francis Caballero, avocat à la Cour

Dr François Chieze, inspecteur général des affaires sociales

Dr Anne-Laurence Le Faou, addictologue, hôpital européen George Pompidou

Pr Philippe Jaury, médecin généraliste, addictologue, enseignant à l'université Paris Descartes

Dr Mireille Perdu, médecin scolaire, académie d'Amiens

Dr Olivier Phan, pédopsychiatre, centre Emergence, Paris

Claude Pondaven, économiste, université Paris Assas

Patrick Peretti Watel, sociologue, INSERM

Annexe n° 3 : Personnes rencontrées

Ministère des Affaires Sociales et de la Santé

Direction Générale de la santé
Dr Laurence Lavy, chef du bureau des pratiques addictives, sous-direction promotion de la santé et prévention des maladies chroniques
Dr Pierre Yves Bello, bureau des pratiques addictives
Mme Nathalie Joannard, bureau des pratiques addictives

Direction de la sécurité sociale
M. Brice Lepetit, chef du bureau 5D, recettes fiscales

Secrétariat Général
Dr Nicolas Prisse, chargé de mission « P.R.S. santé publique »

Ministères chargés de l'économie et du budget

Direction du budget
Mme Marie Samson, chef du bureau des comptes sociaux et de la santé

Direction Générale des douanes et droits indirects (DGDDI)
M. Henri Havard, sous-directeur
M. Galdéric Sabatier, chef du bureau F3, contributions indirectes
Mme Anne-Gaëlle Quénéhervé, bureau F3, contributions indirectes

Ministère de l'intérieur

Direction des libertés publiques et des affaires juridiques
Mme Nathalie Cuvellier, directrice de cabinet du directeur des libertés publiques et des affaires juridiques
M. Philippe Leblanc, chef du bureau des libertés publiques et des affaires juridiques
M. Philippe Bertrand, chef de la section des polices spéciales

Agences sanitaires

Institut national de veille sanitaire (InVS)
Dr Isabelle Grémy, directrice du département maladies chroniques et traumatismes
Dr Aude-Emmanuelle Develay, unité cancers, département maladies chroniques et traumatismes

INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé)
Dr Thanh Le Luong, directrice générale
Dr Pierre Arwindson, directeur des affaires scientifiques
M. François Beck, chef du département enquêtes et analyses statistiques
M. Olivier Smadja, chargé de mission au département de la téléphonie santé
Mme Julie-Mattea Fourès, chargée de communication tabac

INCa (Institut National du Cancer)
Dr Antoine Deutsch, chargé de projets, département prévention

Caisse nationale d'assurance maladie
Pr Hubert Allemand, médecin conseil national
Mme Marie Christine Keters, sous directrice département information et prévention
Mme Martine Guionet, chargée de prévention
Dr Dominique Cholley, médecin régional adjoint

MILDT (Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie)
Mme Françoise Toussaint, secrétaire générale
Dr Dominique Deugnier, médecin inspecteur de santé publique, chargée de mission santé
M. Sébastien Tiran, chargé de mission douanes

Personnel de santé scolaire
Mme Sylvie Chartrel, infirmière scolaire, collège Jules Vallès, Saint Leu d'Esserent
Mme Corinne Maincent, infirmière, conseillère technique du recteur
Mme Nathalie Verguldezoone, infirmière scolaire, collège Victor Hugo, Ham
Mme Maryline Resve, infirmière scolaire, collège Jean Marc Laurent, Amiens

M. Nicolas Zinck, infirmier scolaire, lycée de la Hoteoie, Amiens

Experts

Experts nationaux

M. Yves Bur, député, membre de la commission des affaires sociales et de la commission des affaires européennes (2007-2012). Auteur du rapport remis au Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé « Propositions pour une nouvelle politique de lutte contre le tabac » (février 2012)

M. Claude Evin, directeur général de l'ARS Ile-de-France, ancien ministre, à l'initiative de la loi n°91-32 du 10 janvier 1991, dite « loi Evin ».

Economistes
Pr Pierre Kopp, professeur des facultés de droit et de sciences économiques, chercheur au Centre d'économie de la Sorbonne
M. Raphaël Godefroy, post-doctorant, Paris School of Economics
Pr Christian Ben Lakdhar, Enseignant-chercheur / Maître de conférences en économie, Université Catholique de Lille

Professionnels de santé publique
Dr Catherine Hill, chef du Service de biostatistiques et d'épidémiologie de l'Institut Gustave Roussy
Pr Daniel Thomas, service de cardiologie, Institut du cœur, centre hospitalo-universitaire de la Pitié-Salpêtrière
Pr Alfred Spira, professeur de santé publique et d'épidémiologie, Université Paris-Sud, Académie de médecine

Marketing sanitaire
Mme Karine Gallopel Morvan, maître de conférences, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

Lutte contre l'insécurité routière
Pr Claude Got, professeur de santé publique, ancien chef de service d'anatomo-pathologie, hôpital Raymond Poincaré, Garches
Chantal Perrichon, Présidente de la ligue contre la Violence Routière

Experts internationaux

Représentation permanente de la France auprès de l'Union Européenne
M. Vincent Houdry, conseiller santé

Commission européenne, Direction Générale de la santé et de la protection des Consommateurs
M. Andrzej Rys, responsable de la sous direction des systèmes de santé et des produits, Direction générale de la santé et des consommateurs, Commission européenne
M. Antti Manuu, unité des substances d'origine humaine et du contrôle du tabac, Commission européenne

Représentation permanente de la France auprès des Nations-Unies à Genève
Mme Geneviève Chedeville Murray, conseillère santé

Organisation mondiale de la santé (OMS)

Tobacco Free Initiative
Dr Douglas Bettcher, directeur, Initiative pour un monde sans tabac
Mme Virginia Arnold, Bloomberg initiative
Dr Armando Peruga, gestionnaire de programme
Dr Ayda Yurekli, coordinatrice du l'unité « économie et contrôle du tabac »
Dr Vinayak Prasad, gestionnaire de projet
Dr Edouard Tursan d'Espaignet, coordinateur du système d'information global

Secrétariat général de la convention cadre de lutte contre le tabagisme (CCLAT)
M. Nikogossian, secrétaire général de la convention cadre de lutte contre le tabagisme
M. Tibor Szilagyi, expert technique
Mme Julie Bénichou, administrateur, relations extérieures et gouvernance

Etats-Unis (téléconférence)
Pr Johanna Cohen, directrice, Institute for Global Tobacco Control, université Johns Hopkins, Bloomberg School of Public Health

Québec (téléconférence)
Pr Annie Montreuil, conseillère scientifique, Institut national de santé publique du Québec, professeur associée, Département de psychologie, Université du Québec Montréal

Mme Hélène Fillion, responsable des relations internationales, Institut national de santé publique du Québec

Royaume-Uni

Dr Andrew Black, Tobacco Programme Manager, Department of Health (DH)
Mme Christine McGuire (Research & Development Directorate, DH)
M. Chris Gibbins (Lead Statistician, DH)
M. Lee McGill (Tobacco Policy Manager, DH)
Mme Christina Hart (HM Treasury)
M. Roy Taylor (HM Revenue & Customs)
M. Ian Gray (Chartered Institute of Environmental Health)
Mme Caroline Fox (Head of Tobacco Control Marketing, DH)
M. Dave Jones (Stop Smoking Delivery Advisor, DH)
Mme Fiona Andrews (Director, Smokefree South West)
Pr Robert West (Professor of Psychology, University College London)
M. Andy McEwen (Director, National Centre for Smoking Cessation and Training)
M. Jeremy Mean (Access and Information for Medicines and Standards Group Manager, Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency)
Mme Deborah Arnott (Chief Executive, Action on Smoking and Health)

Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires
Dr Sylvianne Ratte, consultante en santé publique, conseillère technique pour l'Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires (également co-rédactrice du rapport de M.Yves Bur).

Annexe n° 4 : Liste des organismes auditionnés

Représentants des buralistes et des restaurateurs :

Confédération des buralistes
Syndicat national des Hôteliers, Restaurateurs, Cafetiers et traiteurs

Industries du tabac

British American Tobacco France
Japan Tobacco France
Philip Morris France SAS
Imperial Tobacco

Associations

Office français de prévention du tabagisme
Ligue nationale contre le cancer
Droits des non fumeurs
Comité national de lutte contre le tabagisme

Sociétés savantes

Académie nationale de médecine
Société de pneumologie de langue française
Société française de tabacologie
Société française de santé publique

Annexe n° 5 : Travaux antérieurs d'évaluation sur les politiques de lutte contre le tabagisme

La lutte contre tabagisme a fait l'objet d'un grand nombre de rapports ou d'études : on évoquera ici ceux d'entre eux qui revêtent plus formellement le caractère d'une évaluation.

A. Le rapport d'évaluation de la loi Evin, dit « rapport Berger » (1999)

Cette évaluation portait sur l'ensemble des dispositions de la loi de 1991 et répondait à une demande du législateur laissée insatisfaite pendant plusieurs années[292].Confiée à une instance collégiale, sous l'autorité d'un président de chambre à la Cour des comptes, M. Guy Berger, ce travail était placé sous l'égide du commissariat général au plan et du conseil scientifique de l'évaluation (CSE), puis du conseil national de l'évaluation (CNE)[293].

Le rapport analyse l'origine, les conditions d'adoption et l'évolution de chacune des dispositions de la loi et de ses textes d'application, les modalités de leur mise en œuvre et du contrôle de leur respect, les effets économiques et comportementaux présumés et observables. Son résumé attribue «*la baisse de la consommation principalement à l'augmentation des prix facilitée par la sortie de l'indice* [général] *des prix* [à la consommation, servant de référence à la fixation des divers minimaux salariaux et sociaux], *sans exclure cependant un rôle d'appoint pour l'interdiction de la publicité* » et reconnaît «*l'importance de la loi Evin pour la protection des non-fumeurs, par le renversement de la norme collective qu'elle a entraîné* ».

[292] L'article 13 de la loi Evin ayant prévu qu'un rapport d'évaluation soit présenté au gouvernement et au parlement le 1er janvier 1993 et le 1er janvier 1995.

[293] Le CNE était né en 1998 de la fusion du comité interministériel de l'évaluation (CIME) et du conseil scientifique de l'évaluation (CSE) créés en 1990 suite au rapport Viveret (1998) avec l'ambition de développer au sommet de l'état une culture de l'évaluation. Le CNE a été supprimé de fait avec la réforme du commissariat général au plan.

B. Les travaux du Haut Conseil de la santé publique

Le bilan du premier plan cancer

Etabli à la demande du ministre de la santé, ce bilan a été publié en janvier 2009. De l'examen des 70 mesures du plan 2003-2007, le Haut Conseil tire le constat général de « *résultats positifs mais contrastés* », soulignant notamment comment « *le plan cancer a constitué un levier très important dans l'application des mesures prises pour limiter la consommation [de tabac]* ». Tout en rappelant que « *la plupart des actions notamment en matière de prévention n'ont des effets mesurables qu'après plusieurs années* », il affirme que « *l'évolution de la prévalence du tabagisme est favorable et celle de l'exposition à la fumée du tabac très favorable* ».

Le bilan de la loi de santé publique de 2004

Dans le rapport intitulé « *Principales recommandations et propositions en vue de la prochaine loi pour une politique de santé publique* », le HCSP souligne les difficultés tenant tant « *à la mesure du résultat* » qu'à « *l'interprétation des données* ». Ces difficultés, expliquent sans doute particulièrement optimiste au regard de l'information fournie ultérieurement par le Baromètre Santé 2010 sur les évolutions de prévalence.

Selon le HCSP, en effet, « *les objectifs en rapport avec le tabac sont quasiment atteints, ave une baisse de la consommation notable chez les femmes et les jeunes et la réduction du tabagisme passif, mais une persistance des disparités professionnelles de consommation* ». Cette appréciation a pris en compte l'information plus récente à l'occasion de l'avis rendu par le HCSP à l'automne 2010 (cf. *ci-après*).

C. L'enquête ITC pour la France (2009)

Piloté par l'université canadienne de Waterloo, le projet *International Tobacco Control Policy Evaluation Project* est la première étude internationale sur la consommation de tabac et vise « *à mesurer l'impact psychosocial et comportemental des politiques de la Convention-cadre de l'OMS* ». Il entend « *fournir des arguments basés sur des preuves* » en faveur de ces mesures et permettre des « *comparaisons valides entre pays* » dans les domaines suivants : les avertissements sanitaires et les descriptifs sur les emballages ; la législation antitabac ; les prix et la taxation des produits du tabac ; l'éducation et la

sensibilisation du public ; les aides au sevrage ; la publicité et la promotion du tabac.

Le rapport sur la France publié en 2009 s'est appuyé sur une collaboration avec l'INPES, l'INCa et l'OFDT. L'enquête effectuée entre février 2007 et novembre 2008 s'est plus particulièrement centrée sur les modifications de comportement observé dans la période de première application du décret de 2006 sur les lieux accueillant du public, et en tire un bilan nettement favorable.

D. Le bilan d'évaluation des objectifs du Plan de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011

Comme ce plan lui-même, ce bilan produit par l'OFDT en mai 2011 ne traite pas spécifiquement du tabac. Il comporte cependant un bilan assez détaillé des mesures concernant les objectifs de mise en place de structures hospitalières d'addictologie, et le rôle imparti aux médecins et pharmaciens en ce domaine.

Annexe n° 6 : Propositions récentes en matière de lutte contre le tabagisme

A. Le rapport de l'Académie de médecine, dit « rapport Tubiana » (2009)

Saisie par la DGS, l'Académie a réuni un groupe de travail présidé par le professeur Maurice Tubiana qui a rendu ses conclusions en mai 2009 sous la forme d'un *Rapport sur le tabagisme*.

Sur la base de données épidémiologiques et de prévalence restant inquiétantes, ce rapport affirme que « *la politique des prix est l'élément crucial de la stratégie antitabagique de l'Etat* » et qu'il ne faut donc pas *« la laisser entre les mains des fabricants qui savent procéder à des augmentations, modulées selon les marques, sans faire baisser les ventes, comme cela s'est passé depuis 2006* ». En conséquence, il prône une augmentation de prix en soulignant qu'une *« stratégie globale peut, tout en faisant baisser la consommation, rapporter de l'argent à l'Etat et permettre le développement de recherches* ».

Passant en revue divers vecteurs de promotion, il souligne que « *l'ensemble des outils publicitaires entretient l'image positive du tabac et limite l'impact et la portée des politiques antitabac* ». Il appelle à un resserrement de l'application de la loi Evin et de l'article 13 de la Convention-cadre de l'OMS et à la mise en œuvre en urgence d'une « *stratégie contre la publicité du tabac sur internet* ». D'importants développements sont en outre consacrés à la lutte contre le tabagisme durant la grossesse et sur l'efficacité des divers canaux d'éducation contre le tabagisme, y compris l'école.

B. Les propositions du Haut conseil de la santé publique (2009-2010)

Les recommandations en vue de la prochaine loi de santé publique

Le HCSP proposait dès 2009, en vue d'une nouvelle loi de santé publique, une reformulation ambitieuse de l'objectif anti-tabagique « *en ciblant plus particulièrement les populations les plus démunies* ». L'objectif général vise à « *Poursuivre la réduction du tabagisme en population générale en ciblant tout particulièrement les adolescents, les femmes enceintes et les milieux défavorisés* ». Il se décline en quatre

objectifs spécifiques concernant la réduction de la prévalence, en cinq ans, en population adulte (de 25%), chez les adolescents (de 20%), chez les femmes enceintes (de 50%), et enfin de retarder l'expérimentation chez les adolescents avant 15 ans (de 20%).

L'avis pour la relance de la lutte contre le tabagisme (2010)

A la suite notamment du baromètre 2010, le Haut Conseil a ensuite rendu en septembre 2010 un avis *« relatif aux moyens nécessaires pour relancer la lutte contre le tabagisme », appelant* à :

« réduire et retarder l'initiation du tabagisme des jeunes ;

« réduire la place du tabac dans la société en combattant la norme tabagique installée par l'industrie pour offrir à tous les citoyens le droit de vivre sans être pollué par la fumée de tabac ;

« aider les fumeurs à l'arrêt, à commencer par les femmes enceintes et allaitantes. »

Recommandant « *l'annonce d'une nouvelle étape dans la politique publique de lutte contre le tabagisme »*, le Haut Conseil propose en priorité pour les cinq prochaines années de :

- « poursuivre l'augmentation du prix du tabac en sachant que, selon la Banque mondiale, une augmentation de 10 % du prix du tabac entraîne en moyenne une baisse globale de la consommation de 4 %. La France devrait plaider pour une harmonisation des prix européens afin de lutter contre les échanges transfrontaliers ;

- « conduire d'importantes campagnes de dénormalisation du tabac destinées aux jeunes en particulier ceux appartenant aux milieux socio-économiques les moins favorisés ;

- « porter une attention particulière aux femmes enceintes en inscrivant le « zéro tabac » et « zéro alcool » dans tous les documents liés à la grossesse ;

- « mobiliser les corps de contrôle pour faire appliquer l'interdiction de vente du tabac aux moins de 18 ans, y compris dans les restaurants. Les débits de tabac devront être visités régulièrement pour rappeler la loi. »

Une série de moyens propres à concourir à ces actions est détaillée[294] le Haut Conseil soulignant à propos des prix que « *les augmentations plus faibles et régulières n'ont pas le même impact* » que des relèvements supérieurs à 10 %.

Le HCSP est revenu sur cette dernière proposition dans un avis du 25 janvier 2012 « *relatif à l'augmentation des taxes sur le tabac en vue de réduire la prévalence du tabagisme en France* ». Il vise à « *montrer l'intérêt de l'utilisation de l'outil fiscal* » tout en répondant « *aux potentiels obstacles de mise en œuvre et à l'inquiétude des autorités publiques relatives çà l'évasion et à l'évitement fiscaux qui s'opèrent sur les produits du tabac* » ainsi qu'en examinant l'impact de la politique fiscale « *sur les inégalités sociales de santé et les mesures pour les prévenir* ».

Sur le premier point, le Haut Conseil se limite à recommander que les taxes sur le tabac soient « *harmonisées et augmentées en Europe* ». Sur le second, il souligne qu'une « *stratégie soucieuse d'équité doit impérativement s'accompagner d'autres mesures* » en direction des fumeurs pauvres et des plus dépendants, et se prononce notamment en faveur d'un « *remboursement intégral de la prise en charge pour sevrage tabagique* ». Sous ces conditions, il préconise de « *faire croître les taxes sur le tabac en vue d'augmenter le prix* », en veillant à « *taxer à la même hauteur tous les produits du tabac* ».

C. Le rapport de M. Yves Bur, député du Bas-Rhin (2012)

A l'issue de la journée mondiale sans tabac du 30 mai 2011, le ministre de la santé a confié en septembre 2011 à ce parlementaire une mission visant à lui faire des propositions sur l'application de la convention-cadre de l'OMS et une relance de la politique anti-tabac « *jusqu'à l'horizon 2020* ».

Publiée en février 2012 sous le titre *Propositions pour une nouvelle politique de lutte contre le tabac*, cette contribution contraste par le primat donné à l'objectif de santé publique avec les préconisations du rapport parlementaire d'information de MM. Binetruy, Dumont et Lazaro en faveur d'une orientation de la politique fiscale restant compatible avec des hausses « *modérées et régulières* » et à l'encontre l'instauration de l'obligation du paquetage générique et de la vente « sous

---

[294] Le HCSP prônant « *le financement de ces mesures par une augmentation de l'accise* » et plus précisément « *une augmentation de l'accise fixe (taxe spécifique)* ».

le comptoir ». Entendant marquer « *un premier pas vers la sortie du tabac* », il s'articule autour de dix recommandations:

« 1. La nécessité d'un pilotage spécifique de la lutte contre le tabagisme ;

« 2. Financer le contrôle du tabac et la prévention des maladies non transmissibles liées au tabac ;

« 3. Une fiscalité tabac de santé publique pour protéger les jeunes ;

« 4. Stopper l'ingérence de l'industrie du tabac et des buralistes dans les politiques de santé publique ;

« 5. Rendre au tabac sa véritable image ;

« 6. Faire appliquer et renforcer le cadre réglementaire ;

« 7. Aider tous les fumeurs qui le souhaitent à s'arrêter le plus rapidement possible ;

« 8. Lancer un programme de recherche et d'évaluation ;

« 9. Ré-engager la France au plan européen et international,

« 10. Préparer les acteurs économiques concernés à la sortie du tabac. »

D. Le *Livre Blanc* de l'Alliance contre le tabac (2012)

Cette coalition d'une trentaine d'organismes de lutte contre le tabagisme a rendu publics fin mars 2012, sous la forme d'un livre blanc, « *10 engagements forts* » sur lesquels elle a souhaité interpeller chacun des candidats à l'élection présidentielle.

Se réclamant d'une pleine application de la convention-cadre de l'OMS avec pour objectif d' « *éradiquer le tabac d'ici 2030 pour sauver des vies humaines et alléger le déficit de l'Etat* », ce document appelle à :

« 1. Une mission parlementaire permanente de l'application de la CCLAT et plus particulièrement de l'article 5.3 ;

« 2. Une mobilisation efficace des corps de contrôle ;

« 3. Une utilisation de la fiscalité comme outil de santé publique ;

« 4. Un financement pérenne du contrôle du tabac ;

« 5 ; Un financement pérenne des traitements de la dépendance au tabac ;

« 6. L'instauration de mesures nouvelles et peu coûteses : paquet neutre standardisé, vente sous le comptoir ; et la mobilisation de la société pour cassr l'image du tabac ;

« 7. Des campagnes de prévention ciblées vers les plus jeunes, les femmes enceintes, les plus précaires ;

« 8. Le développement des capacités de recherche ;

« 9. Le renforcement des partenariats au niveau européen et mondial ;

« 10. Une structure interministérielle exclusivement dédiée au contrôle du tabac. ».

L'Alliance a regretté que seuls quatre[295] des dix candidats aient répondu à son interpellation, dont M. François Hollande qui, à cette occasion, s'était engagé à consacrer une partie des emplois créés dans l'Education nationale à renforcer les actions de santé scolaire, à mettre à contribution les industriels du tabac « *qui ont réalisé des bénéfices record* », à une révision de la fiscalité du tabac devant « *toutefois à être menée à l'échelle européenne* » et à « *étudier la faisabilité en France* » d'un paquetage neutre si les résultats de l'expérience australienne « *s'avèrent concluants* ».

E. Les travaux en cours de la HAS

Si la Haute Autorité estime que ses missions légales ne lui assignent ni de procéder à l'évaluation des politiques de santé publique, ni d'exercer directement des alertes sanitaires, elle a inscrit à son programme de travail, sur saisine de la DGS, l'élaboration de bonnes pratiques sur le thème « *Arrêt de la consommation du tabac, du repérage au maintien de l'abstinence* », document qui devrait être finalisé début 2013. Une note de cadrage soumise au collège en mars 2012 propose une première liste des questions à aborder : repérage de l'usage et de la dépendance tabagiques, d'une part, avec les cas particuliers à distinguer (femmes enceintes ou allaitantes, situations péri-opératoires ou d'hospitalisation) ; conduite thérapeutique du sevrage tabagique, de l'autre, en prenant en compte les populations spécifiques visées.

Le projet devrait, dans la suite du rapport produit par la HAS en 2007, comporter une évaluation médico-économique de l'intérêt et des

[295] François Hollande, Eva Joly, Nicolas Dupont-Aignan et Nathalie Artaud.

cibles prioritaires d'une prise en charge financière des cures de sevrage. Les recommandations devraient s'adresser en priorité aux médecins de premier recours, généralistes, gynécologues et dentistes, spécialistes en contact avec les divers destinataires de l'aide au sevrage.

Annexe n° 7 : Etude de la jurisprudence[296]

Sommaire :
I-- Aperçu général du contentieux
II-- Analyse des décisions
III-- Eléments de droit comparé

I- Aperçu général du contentieux

1. Un contentieux principalement initié par les associations anti-tabac

D'après les associations de lutte contre le tabagisme auditionnées, le **Ministère public ne semble manifester qu'un faible intérêt face aux violations des dispositions anti-tabac**. Les associations dénoncent notamment son absence de réquisition lors des audiences.[297]

Partant, le rôle de ces organismes s'avère prépondérant dans le déclenchement des actions en justice et dans la construction de la jurisprudence relative à la lutte contre le tabagisme. Aux termes de l'article L.3512-1 du Code de la santé publique, les associations anti-tabac, les associations de consommateurs et les associations familiales ont en effet la possibilité d'exercer les droits reconnues à la partie civile pour les infractions à la législation contre le tabagisme.[298]

Plus précisément, **ce sont principalement le Comité National de Lutte contre le Tabagisme (CNCT) et l'association Les Droits des Non Fumeurs (DNF)** qui usent de cette faculté depuis la fin des années 1970.

---

[296]Auteur : maître Elodie Arnaud, docteur en droit comparé et titulaire du certificat d'aptitude à la profession d'avocat

[297] Audition DNF et CNCT du 12 juin 2012.

[298] « *Les associations dont l'objet statutaire comporte la lutte contre le tabagisme, régulièrement déclarées depuis au moins cinq ans à la date des faits, peuvent exercer les droits reconnus à la partie civile pour les infractions aux dispositions du présent titre. Peuvent exercer les mêmes droits les associations de consommateurs mentionnées à l'article L.421-1 du code de la consommation ainsi que les associations familiales mentionnées aux articles L.211-1 et L. 211-2 du code de l'action sociale et des familles pour les infractions aux dispositions prévues à l'article L. 3512-2 et pour celles prises en application de l'article L. 3511-7.* »

Tandis que le CNCT se consacre principalement aux infractions aux dispositions relatives à la publicité, à la vente aux mineurs ou encore au conditionnement, DNF agit pour l'essentiel contre les infractions aux dispositions relatives à l'interdiction de fumer dans les lieux publics et à la publicité. Ces deux associations sont donc en mesure de fournir un bilan relativement exhaustif des actions judiciaires et des condamnations.

424 procédures ont ainsi été initiées par le CNCT depuis 1978, dont plus de 300 depuis l'entrée en vigueur de la loi « Evin ». Environ 80 d'entre elles ont donné lieu à un arrêt de la chambre criminelle de la Cour de cassation. Sur la période 1997-2012, DNF a enregistré 139 affaires. Il ressort de l'analyse des décisions que **l'ensemble des dispositions du Code de la santé publique ont fait l'objet de violations, notamment par l'industrie du tabac**.

Le droit d'ester en justice reconnu aux associations concerne l'action pénale, mais aussi l'action civile. La Cour de cassation a admis qu'elles pouvaient obtenir des dommages-intérêts.[299] La Cour avait d'ailleurs déjà jugé cette action recevable avant l'entrée en vigueur de la loi Evin, et ce, en considération de leurs efforts constants pour la sauvegarde de la santé publique -campagnes d'informations et édition d'une publication périodique notamment.[300] En pratique, les associations assortissent systématiquement leurs actions devant les juridictions pénales d'une demande de dommages-intérêts.[301]

2. Une stratégie ciblée de prévention judiciaire

Auditionnés le 12 juin 2012, les organismes de lutte contre le tabagisme ont souligné leur volonté, à travers leurs actions contentieuses, de contribuer à « *la construction d'une jurisprudence protectrice conforme à*

---

[299] Cass. Crim., 30 octobre 1995, n° 94-83.386 : « *en raison de la spécificité de son but et de l'objet de sa mission, cette association* [en l'espèce, le CNTC]*, qui tient de l'article 18 de la loi du 9 juillet 1976 modifiée, devenu l'article L. 355-32 du Code de la santé publique, le pouvoir d'exercer les droits reconnus à la partie civile pour les infractions aux dispositions de cette loi, subit nécessairement un préjudice direct et personnel du fait de la publicité illicite en faveur du tabac* ». V. Infra.

[300] Cass. Crim., 29 avril 1986, n° 84-93.719 : « *l'arrêt attaqué, pour accueillir la demande du Comité national français contre le tabagisme qui s'était constitué partie civile, énonce que ledit comité, association reconnue d'utilité publique, déploie pour la sauvegarde de la santé, notamment par de nombreuses campagnes d'information et par l'édition d'une publication périodique, des efforts constants de lutte contre le tabagisme ; que les juges en déduisent que dans ces conditions le Comité a éprouvé un dommage lui ouvrant droit à réparation* ».

[301] V. Infra.

l'esprit de la loi ».[302] Leurs actions en justice portent ainsi sur la plupart des catégories d'infractions prévues par les dispositions du Code de la santé publique.

Les juridictions ont été régulièrement amenées à se prononcer dans les domaines suivants :

- L'interdiction de fumer dans les lieux publics (article L.3511-9 et articles R.3511-1 à 8) ;
- La publicité pour le tabac (articles L.3511-3, L.3511-4 et L.3511-5 du Code de la santé publique) ;
- Les mentions figurant sur les paquets (article L.3511-6) et les produits interdits à la vente (article L.3511-2 et article D.3511-16) ;
- L'interdiction de la vente aux mineurs (article L.3511-2-1).

Fondées sur la violation des différentes dispositions législatives et réglementaires contre le tabagisme, ces actions pénales sont principalement dirigées contre :

- l'industrie du tabac (infractions aux dispositions relatives à l'interdiction de la publicité, aux mentions figurant sur les paquets et aux produits interdits à la vente) ;
- les médias/sites Internet (infractions aux dispositions relatives à l'interdiction de la publicité) ;
- les buralistes (infractions aux dispositions relatives à l'interdiction de vente aux mineurs et à la publicité sur les lieux de vente) ;
- les cafetiers et restaurateurs (infractions aux dispositions relatives à l'interdiction de fumer dans les lieux publics) ;
- les employeurs des secteurs privé et public (infractions aux dispositions relatives à l'interdiction de fumer dans les lieux publics).

Le cas des **actions engagées au civil et tendant à mettre en cause la responsabilité de l'industrie du tabac** doit être réservé. En effet, ces actions ne trouvent pas leur fondement dans les dispositions des différentes lois contre le tabagisme inscrites dans le Code de la santé publique, mais dans le droit de la responsabilité civile (articles 1382 et 1384 du Code civil). A ce jour, la mise en cause des fabricants, en raison

[302] CNCT, audition à la Cour des comptes le 12 juin 2012.

des méfaits sur la santé des produits qu'ils commercialisent, n'a jamais été retenue par les juges français.

Dans un arrêt rendu en 2003, la Cour de cassation se penche pour la première fois sur la responsabilité d'un fabricant au titre d'une obligation d'information des fumeurs sur les dangers de la consommation du tabac.[303] Il s'agissait en l'espèce d'une personne ayant commencé à fumer avant l'entrée en vigueur de la loi Veil, aucun message de prévention n'étant imposé à l'époque. L'action, intentée par le fumeur et poursuivie par ses héritiers, était dirigée contre la Seita (devenue par la suite la société Altadis). La Cour de cassation relève qu'il ne pouvait être reproché à la Seita d'avoir manqué à une obligation d'information des consommateurs jusqu'en 1976 (date d'entrée en vigueur de la loi Veil). De même, la Cour estime que même si la Seita a par la suite cherché à minimiser l'impact des messages sanitaires, il est pratiquement certain que, même rigoureusement informé conformément à la loi, le demandeur aurait continué à fumer. Enfin, la Cour de Cassation écarte l'application de la responsabilité du fait des choses de l'article 1384 du Code civil, retenant que le dommage causé par les produits nocifs contenus dans la cigarette était lié « *de manière indissociable* » au comportement du fumeur qui consommait le tabac en excès.

Dans une autre affaire concernant une fumeuse -consommatrice depuis l'âge de 13 ans- décédée à 35 ans d'un œdème pulmonaire, la Cour de cassation a également rejeté la demande de la famille qui invoquait l'obligation de sécurité du fabricant.[304] La Cour estime que la défunte « *ne pouvait légitimement s'attendre à la sécurité d'un tel produit* », en relevant notamment les messages de prévention de ses parents, de son médecin ou des médias. Ainsi, les parents de la défunte n'établissant ni le défaut d'information, ni le caractère défectueux du produit, la Cour considère que le lien de causalité n'est pas établi et que le fabricant de tabac n'est pas responsable du décès causé par la consommation excessive de cigarettes.

Par ailleurs, un procès intenté par la caisse primaire d'assurance maladie de Saint-Nazaire contre plusieurs fabricants de tabac, en réparation du préjudice causé du fait du tabagisme de ses assurés, a été déclaré irrecevable par le tribunal de grande instance de Saint Nazaire,[305] une

[303] Cass. Civ. 2, 20 novembre 2003, n° 01-17.977.
[304] Cass. Civ. 1., 8 novembre 2007, n° 06-15.873.
[305] TGI de Saint Nazaire, 8 décembre 2000.

irrecevabilité confirmée par la Cour d'appel de Rennes,[306] au motif qu'en tant que tiers-payeur, une caisse d'assurance maladie ne bénéficie d'aucune action directe en réparation d'un préjudice personnel propre. Un tel organisme ne peut exercer, à titre subrogatoire, qu'une action en recouvrement des prestations versées à ses assurés lorsque la responsabilité de l'auteur du dommage est établie. Le gouvernement du Québec a initié, au mois de juin dernier, une requête en recouvrement du coût des soins de santé liés au tabac.[307] Cette action, prévue par la loi, est dirigée contre tous les fabricants de produits du tabac qui ont été membres, à un moment ou à un autre, de l'un de ces quatre grands groupes internationaux : British American Tobacco, Rothmans, Philip Morris et R.J. Reynolds.

3. Des sanctions inégalement dissuasives

3.1. Les sanctions pénales

Les sanctions encourues figurent dans les articles L.3512-1-1, L.3512-2 et R.3512-1 à R.3512-3 du Code de la santé publique. Certaines d'entre elles semblent toutefois peu dissuasives au regard des intérêts protégés ou des bénéfices réalisés par les contrevenants.

La vente ou l'offre gratuite de tabac aux mineurs de moins de dix-huit ans est ainsi sanctionnée d'une peine d'amende prévue pour les contraventions de 4e classe.[308] Ce montant s'élève au maximum à 750€. A titre de comparaison, la vente ou l'offre gratuite de boissons alcoolisées aux mineurs de moins de dix-huit ans est punie d'une amende maximale de 7'500€, pouvant être assortie de la peine complémentaire d'interdiction à titre temporaire d'exercer les droits attachés à une licence de débit de boissons pour une durée d'un an au plus.[309] Une peine maximale d'un an d'emprisonnement et de 15'000 € d'amende est encourue en cas de récidive dans un délai de cinq ans.[310] De même, aux termes de l'article 2 du décret 92-445 du 15 mai 1992 concernant l'accès des mineurs aux salles de cinéma, est punie des amendes prévues pour les contraventions de la 5e classe (1'500€ au maximum) toute personne dirigeant ou

---

[306] CA Rennes, 14 décembre 2006.
[307] V. Infra.
[308] Article R.3512-3 du code de la santé publique. Le décret n° 2010-535 du 25 mai 2010, pris en application de la loi HPST a substitué la contravention de 4e classe à la celle de la 2e classe initialement prévue (maximum 150€).
[309] Article L.3353-3 du code de la santé publique.
[310] Ibid.

contrôlant l'accès à une salle de cinéma projetant une œuvre cinématographique interdite aux mineurs de dix-huit, seize ou douze ans, qui laisse pénétrer un de ces mineurs dans l'établissement. Bien que relevée de la 2e à la 4e classe par les dispositions du décret du 25 mai 2010, la peine d'amende encourue en cas de vente de tabac aux mineurs demeure en pratique peu dissuasive au regard de l'objectif de protection de la jeunesse poursuivi et de la difficulté de prouver l'infraction sans l'intervention d'une personne assermentée, notamment un huissier.

Il en va de même des infractions aux dispositions relatives aux **mentions figurant sur les paquets**, à la **publicité**, aux **avertissements sanitaires obligatoires** et aux **produits interdits à la vente.** Ces infractions sont punies de 100'000€ d'amende au maximum, cette somme pouvant être porté à 50% du montant des dépenses consacrées à l'éventuelle opération de propagande ou de publicité interdite.[311] L'amende encourue est par ailleurs multipliée par cinq quand le contrevenant est une personne morale. En cas de récidive, le tribunal peut en outre interdire, pour une durée de un à cinq ans, la vente les produits qui ont fait l'objet de l'opération illégale.[312] Il ressort toutefois des différentes décisions que le montant maximal de l'amende n'est pas prononcé par les juges, et que la possibilité de porter la sanction à 50% du montant des dépenses consacrées aux opérations de publicité interdite, ainsi que la possibilité d'interdire la vente en cas de récidive, ne sont pas utilisées.

3.2. Les dommages-intérêts

La Cour de cassation a également reconnu aux associations anti-tabac le droit d'obtenir des dommages-intérêts.[313] Le préjudice subi consiste en l'atteinte de l'intérêt collectif de lutte contre le tabagisme qu'elles ont pour mission de défendre, conformément à leurs statuts et aux dispositions de l'article L.3512-1 du Code de la santé publique.

Si l'évaluation du montant du dommage relève de l'appréciation souveraine des juges du fond, le CNCT réclame devant les tribunaux une réparation symbolique égale à la plus petite unité monétaire en circulation au moment de l'infraction et proportionnelle au nombre d'infractions commises pendant la période considérée.[314] Dans la plupart de cas, DNF déclare calculer le montant de son préjudice au regard du sacrifice que

[311] Article L.3512-2 du Code de la santé publique.
[312] Ibid.
[313] Cass. Crim., 30 octobre 1995, préc.
[314] CNCT, audition du 12 juin 2012.

l'association opère dans la poursuite de ses objectifs premiers d'assistance et de prévention quand elle se consacre à « *la prolongation anormale de ses actions en justice* ».[315] Elle prend ainsi en compte le coût de ses propres campagnes, de ses actions de mise en demeure amiables ou encore de son service d'aide personnalisé, ces budgets étant largement amputés pour permettre de financer ses actions en justice.

Le montant des dommages-intérêts accordés par les juges varie significativement d'une affaire à l'autre ; dans certains cas, les associations ne reçoivent qu'un euro symbolique. Les juges sanctionnent toutefois régulièrement les fabricants de tabac et ont ainsi pu accorder aux associations des dommages-intérêts d'un montant de 150'000€ pour le non-respect des dispositions relatives aux avertissements sanitaires,[316] ou encore 224'700€ pour l'utilisation d'emballages de cigarettes comme support de publicité.[317] La publicité indirecte en faveur du tabac à la télévision a pu donner lieu au versement de dommages-intérêts d'un montant de 75'000€[318] et un buraliste ayant vendu des cigarettes à des mineurs a quant à lui été condamné à verser au CNCT 7'500€ de dommages-intérêts.[319]

Les bénéfices réalisés par les contrevenants ne correspondent cependant pas directement au préjudice découlant de la violation de la loi. L'analyse de la jurisprudence, notamment en matière de publicité, montre en outre **un nombre élevé de récidives de la part des industriels du tabac**.[320] Le versement de dommages-intérêts symboliques ou d'un montant modeste ne suffit pas, en effet, à les dissuader de prendre le risque, en violant la loi, de se voir éventuellement condamnés à verser une indemnité compensatrice d'un montant sans commune mesure avec les bénéfices générés par les pratiques de publicité interdite.

L'association DNF souligne en outre que lorsqu'il s'agit de litiges relatifs à l'interdiction de fumer sur les lieux de travail, son action en tant que partie civile est parfois purement et simplement rejetée par les tribunaux administratifs et les conseils de prud'hommes.[321]

---

[315] Communication DNF du 12 juillet 2012.
[316] Cass. Crim, 24 février 2004, n° 03-83.929 (Philip Morris). La société condamnée se trouvait en état de récidive légale.
[317] Cass. Crim., 13 février 2007, n° 04-87155 (Japan International Tobaco).
[318] Cass. Crim., 14 mai 2008, n° 07-87.128. (France Télévisions).
[319] CA Paris, Pôle 4, chambre 10, 9 septembre 2011.
[320] V. les différentes décisions étudiées Infra.
[321] Communication DNF, 12 juillet 2012.

II- Analyse des décisions

1. Décisions relatives à l'interdiction de fumer dans les lieux couverts et clos

Depuis l'entrée en vigueur du décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006, l'article R.3511-1 du Code de la santé publique prescrit une interdiction générale de fumer « *dans tous les lieux fermés et couverts qui accueillent du public ou qui constituent des lieux de travail* », ainsi que « *dans les moyens de transports collectifs* » et « *dans les espaces non couverts des écoles, collèges et lycées publics et privés, ainsi que des établissements destinés à l'accueil, à la formation ou à l'hébergement des mineurs* ». Les articles R.3511-2 à 8 précisent les conditions de mise en œuvre de cette interdiction et de la possible installation d'emplacements à la disposition des fumeurs (fumoirs). Ces emplacements ne peuvent toutefois pas être créés dans les lieux d'enseignement, les centres de formation ou d'accueil de mineurs, ni dans les établissements de santé (article R.3511-2). L'accès aux fumoirs est en outre interdit aux mineurs (article R.3511-8).

La plupart des actions en justice recensées ont pour objectif de faire reconnaitre et de sanctionner les infractions aux dispositions des articles R.3511-1 et suivants (lieux publics – 1.1.) et de faire valoir les droits de la victime de tabagisme passif (lieux de travail – 1.2.).

1.1. Les lieux publics

La loi Evin prescrivait déjà une interdiction de fumer de principe dans les lieux publics, « *sauf dans les emplacements expressément réservés aux fumeurs* ». Les tribunaux ont ainsi plusieurs fois sanctionné les responsables de cafés ou restaurants ne respectant pas cette interdiction, par exemple en « *inversant le principe de l'interdiction* » en ne prévoyant que 7 places non-fumeurs contre 80 places fumeurs.[322] Mais les juges ont pu aussi, à l'inverse, faire preuve d'indulgence en considérant que le fait que des personnes ne respectent pas l'interdiction de fumer ne peut être considéré comme la « *mise en place d'un espace totalement fumeur* », les organisateurs d'un salon, à défaut de disposer d'un pouvoir de police, ne pouvant assurer plus qu'une obligation de moyens.[323]

---

[322] TGI Paris, 1er mars 2006 (référé).
[323] CA Paris, 30 mai 2006.

Plusieurs décisions ont été rendues depuis l'entrée en vigueur de l'interdiction totale de fumer dans les lieux publics. Elles témoignent des difficultés de mise en œuvre des dispositions prévoyant des exceptions à l'interdiction (terrasses et fumoirs) et de la résistance de certains secteurs d'activités pourtant voués à disparaitre (bars à chicha).

1.1.1. Le cas des terrasses

L'interdiction de fumer dans les lieux publics ne s'applique pas aux espaces « extérieurs » (sauf pour les établissements visés au point 3 de l'article R.3511-1). Le cas particulier des terrasses de cafés ou restaurants fait l'objet d'une circulaire du Ministère de la santé du 17 septembre 2008. Cette circulaire rappelle qu'une terrasse est :

- un espace totalement découvert et totalement ou partiellement clos ;
- OU un espace couvert mais ouvert au moins sur son côté principal (en général, la façade la frontale).

La circulaire précise en outre que la terrasse doit être physiquement séparée du reste de l'établissement.

Plusieurs établissements parisiens ont été poursuivis en justice, par une association de lutte contre le tabagisme, afin de faire respecter l'interdiction de fumer sur des terrasses bâchées. La Cour d'appel de Paris a confirmé le rejet des demandes de l'association et la relaxe des responsables de ces établissements.[324] Selon les juges de première instance, les terrasses dotées de bâches plastiques ne constituent pas des lieux où il est interdit de fumer, dans la mesure où ces bâches ne sont pas hermétiques et laissent en conséquence passer un courant d'air permettant son renouvellement. En outre, les bâches étant amovibles, ils ont également pu estimer ne pas être en mesure d'affirmer précisément quand les terrasses des établissements mis en cause étaient ouvertes ou fermées. De même, l'existence dans certains cas d'un espace vide entre le haut des cloisons métalliques et vitrées et le store recouvrant la terrasse ne leur a pas permis de dire que la façade est fermée, même si elle n'est pas complètement ouverte. Un pourvoi est en cours devant la Cour de cassation.

L'absence de définition précise de la notion de terrasse demeure toutefois problématique, la circulaire d'interprétation du 17 septembre 2008 n'ayant en outre aucune valeur normative. De nombreux litiges sont en

[324] CA Paris, 11 mai 2012, 5 arrêts.

effet susceptibles d'être portés en justice, notamment au regard de l'interdiction de fumer sur les lieux de travail, en raison de la présence sur ces terrasses de salariés (serveurs de cafés et restaurants pour l'essentiel) pouvant estimer être victimes de tabagisme passif.[325]

1.1.2. Le cas des fumoirs

L'article R.3511-3 du Code de la santé publique dispose que les emplacements réservés aux fumeurs, visés à l'article R.3511-2, sont des salles closes « *affectées à la consommation du tabac et dans lesquelles, aucune prestation de service n'est délivrée* ». Il définit également les normes techniques qu'ils doivent respecter et précise qu'aucun salarié ne doit venir procéder à leur entretien ou maintenance sans que l'air ait été renouvelé, en l'absence d'occupant, pendant au moins une heure.

Deux établissements du groupe Bernard Loiseau ont été poursuivis en justice. Le demandeur, une association de lutte contre le tabagisme, faisait notamment valoir que leurs emplacements réservés aux fumeurs n'étaient pas affectés « *à la seule consommation du tabac* » dès lors que les clients pouvaient s'y faire servir à boire. L'association reprenait ainsi les termes d'une circulaire du 29 novembre 2006 précisant les dispositions du Code de la santé publique relative à l'interdiction de fumer dans les lieux publics. Dans une décision rendue le 10 mars 2011, le Tribunal de grande instance de Paris estime que la partie civile ne rapporte pas la preuve que les prescriptions réglementaires relatives à l'interdiction de délivrance de toute prestation de service n'ont pas été respectées. Il relève également qu'en définissant les emplacements réservés aux fumeurs comme « *affectés à la seule consommation du tabac* », alors que l'article R.3511-3 du Code de la santé public les qualifie de salles « *affectées à la consommation du tabac et dans lesquelles aucune prestation de service n'est effectuée* », la circulaire ajoute aux exigences du texte réglementaire une affectation exclusive que celui-ci n'impose pas et qu'il convient en conséquence d'écarter son application sur ce point.

Cependant, peut-on considérer que la formule de la circulaire (« *affectés à la seule consommation du tabac* ») va réellement au-delà de celle du Code de la santé publique (« *dans lesquelles aucune prestation de service n'est effectuée* ») ? A quelles prestations de service autres que celles qui sont délivrées par un restaurant (servir à boire et à manger), l'article R.3511.3 pourrait-il faire référence lorsque le fumoir est précisément situé dans un tel établissement ? DNF a fait appel du jugement et nul ne

[325] V. Infra pour l'interdiction de fumer sur les lieux de travail.

doute que les juges d'appel devront se prononcer plus clairement sur ce point.

1.1.3. Le cas des bars à chicha

Les établissements dont l'activité principale est de servir des narguilés ne sont pas exclus du champ d'application de l'interdiction. A défaut de fumoir conforme aux dispositions réglementaires, ils encourent ainsi les sanctions prévues par le Code de la santé publique.

L'exploitant d'un bar à chicha parisien a toutefois saisi le Conseil d'Etat contre le refus opposé -par une décision du Ministère de la Santé- à sa demande d'abrogation du décret du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif. A l'appui de sa demande, le requérant a évoqué les textes et principes suivants : liberté du commerce et de l'industrie, liberté d'entreprendre, charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, droit au respect de la vie privée et liberté de réunion.

Dans une décision rendue le 10 juin 2009,[326] le Conseil d'Etat a rejeté cette requête. Il souligne en effet que le régime de l'interdiction de fumer dans des lieux affectés à un usage collectif a été mis en place dans un objectif de protection de la santé publique et que le législateur prévoit uniquement la possibilité de fumer dans des emplacements expressément réservés aux fumeurs. Partant, les dispositions du décret ne méconnaissent pas la portée de l'interdiction en précisant que « *ces emplacements ne peuvent correspondre à des locaux dans lesquels sont délivrées des prestations de service* », en vue de protéger les tiers, en particulier des salariés, contre le risque de tabagisme passif. Le Conseil d'Etat ajoute que compte tenu des impératifs de santé publique et de la portée des contraintes posées par le règlement, celui-ci n'a méconnu ni le principe de la liberté du commerce et de l'industrie, ni le principe constitutionnel de la liberté d'entreprendre. Le Conseil d'Etat relève en outre l'absence de violation de ces principes « *alors même que certaines entreprises, tels que les salons à narguilé, ont traditionnellement pour objet même de délivrer des prestations à leurs clients fumeurs et que de nombreux salons pourraient cesser leur activité* ». Il souligne enfin que « *le décret du 15 novembre 2006 ne prive pas les associations ayant un*

---

[326] CE, 10 juin 2009, *Société L'Oasis du désert, Syndicat union des professionnels du narguilé c/ Ministère de la santé et des sports – secrétariat général du gouvernement* n° 318066.

objet en lien avec le tabac du droit de réunir leurs membres » et qu'ainsi, il ne méconnait pas le droit au respect vie privée ni la liberté de réunion.

La poursuite de leur activité par plusieurs bars à chicha, en dépit de l'interdiction de principe affirmée par le Conseil d'Etat, a donné lieu à des dépôts de plaintes pour infraction aux dispositions relatives à l'interdiction de fumer dans les lieux publics. En effet, certains exploitants utilisent désormais la dénomination « club privé », se fondant sur l'argument du Conseil d'Etat aux termes duquel « *le décret du 15 novembre 2006 ne prive pas les associations ayant un objet en lien avec le tabac du droit de réunir leurs membres* ».

Dans un jugement rendu le 6 juin 2011 par la juridiction de proximité de Dijon, le juge s'est ainsi prononcé sur le cas d'un salon de thé mettant tous les soirs ses locaux à disposition d'une association loi 1901 créée dans un but de promotion de la culture orientale et permettant à ses membres de fumer le narguilé. Le président de l'association est également le gérant de l'établissement. Le juge relève qu'il n'est pas établi que seuls les adhérents de l'association sont autorisés à pénétrer dans les lieux et que les personnes qui s'y présentent sont en contact avec les fumeurs « *avant de régulariser une éventuelle adhésion à l'association [étant admis] qu'il n'existe aucun sas d'entrée* ». Afin de déclarer le gérant coupable d'infractions aux dispositions relatives à l'interdiction de fumer dans les lieux publics, le juge retient que « *le statut de l'association utilisatrice permanente ou occasionnelle des lieux n'a pas d'incidence sur l'application des dispositions de l'article R.3511-1 du Code de la santé publique* ». Le juge précise en outre que l'interdiction de fumer dans les lieux publics « *est déterminée par le lieu et le fait qu'il accueille du public, la modification de l'entité juridique utilisatrice n'entraînant aucune modification ni de la notion d'usage collectif, ni celle d'accueil du public* »,[327] optant ainsi pour une interprétation stricte de l'étendue de l'interdiction.

1.2. Les lieux de travail

La jurisprudence relative à l'interdiction de fumer sur les lieux de travail est antérieure au décret de 2006 puisque cette interdiction figurait déjà dans le décret du 29 mai 1992 en ces termes : « *Il est interdit de fumer dans les locaux clos et couverts, affectés à l'ensemble des salariés* […] ».

---

[327] V. aussi en ce sens : Juridiction de proximité de Dijon, 5 septembre 2011, 2 décisions.

Imposée tant aux employeurs qu'aux salariés, la violation de cette interdiction fait l'objet de nombreux recours.

Les employeurs, auxquels il appartient de protéger leurs salariés contre le tabagisme passif, peuvent ainsi être sanctionnés en cas de défaut de signalisation spécifique, de non conformité de l'espace réservé aux fumeurs ou dès lors qu'ils favorisent sciemment le non respect de l'interdiction de fumer sur les lieux de travail. Le décret du 15 novembre 2006 a mis en place un système d'amendes forfaitaires pouvant être prononcées directement par les autorités de contrôle compétentes, au moyen de procès-verbaux.[328] A défaut, des sanctions peuvent être prononcées par les juridictions pénales.

Mais c'est surtout au regard des conséquences de la violation de l'interdiction au regard du droit du travail qu'une jurisprudence protectrice des salariés victimes de tabagisme passif s'est construite depuis le milieu des années 2000.

S'estimant victime de tabagisme passif et invoquant son droit de retrait,[329] un salarié licencié pour abandon de poste s'est ainsi vu confirmé par la Cour d'appel de Rennes[330] son utilisation à bon escient du droit de retrait, utilisation justifiée par le tabagisme passif résultant de l'ambiance enfumée sur son lieu de travail. Et c'est par un arrêt du 29 juin 2005 que la Cour de cassation[331] a pris une position de principe sur la question suivante : le manquement de l'employeur aux dispositions relatives à l'interdiction de fumer dans lieux de travail affectés à un usage collectif permet-il à un salarié de prendre acte de la rupture de son contrat de travail ? Dans la ligne des arrêts rendus en 2002 en matière d'amiante, la Cour de cassation a décidé qu'en vertu du contrat de travail, l'employeur est tenu d'une obligation de sécurité de résultat envers ses salariés en ce

---

[328] Ces autorités sont, en premier lieu, les inspecteurs et contrôleurs du travail, mais aussi les officiers et agents de police judiciaire, les médecins inspecteurs de santé publique, les ingénieurs du génie sanitaire et les inspecteurs de l'action sanitaire et sociale (Article L.3512-4 du code de la santé publique).

[329] Article L4131-1 du code du travail : « *Le travailleur alerte immédiatement l'employeur de toute situation de travail dont il a un motif raisonnable de penser qu'elle présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé […]. Il peut se retirer d'une telle situation. L'employeur ne peut demander au travailleur qui a fait usage de son droit de retrait de reprendre son activité dans une situation de travail où persiste un danger grave et imminent […]*. »

[330] V. CA Rennes, 16 mars 2004. En l'espèce, le salarié travaillait dans un café dont il se plaignait de l'ambiance enfumée.

[331] Cass. Soc., 29 juin 2005, n° 03-44.412

qui concerne leur protection contre le tabagisme dans l'entreprise. A défaut, le salarié peut prendre acte de la rupture de son contrat de travail. Par ailleurs, en présence d'une situation présentant un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé, le salarié peut faire usage des droits d'alerte et de retrait.

Dans un arrêt rendu en 2010, la Cour de cassation considère en outre qu'il suffit que l'employeur n'ait pas respecté les dispositions relatives à l'interdiction de fumer sur les lieux de travail pour que le salarié puisse prendre acte de la rupture de son contrat, « *sans avoir à démontrer que cette carence a eu des conséquences effectives sur son état de santé* ».[332]

Quant au non respect de l'interdiction de fumer par un salarié, la Cour de cassation considère qu'il est constitutif d'une faute grave pouvant entrainer un licenciement.[333] L'employeur, tenu de respecter et de faire respecter l'interdiction, est ainsi investi, en contrepartie, du pouvoir de sanctionner la violation, par ses salariés, des dispositions relatives à la lutte contre le tabagisme.

Pour la fonction publique, le Conseil d'Etat a également adopté une position ferme.[334] Rappelant qu'il appartient aux autorités administratives de prendre les mesures nécessaires pour protéger la santé physique et morale de leurs agents, il précise qu'il leur incombe notamment de veiller au respect des dispositions relatives aux conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif. En l'espèce, l'agent avait développé un cancer, non considéré comme une maladie professionnelle. L'origine professionnelle de sa pathologie ne pouvait en outre être retenue dans la mesure où il n'était pas établi qu'elle avait été causée par le travail habituel de l'agent. La collectivité a toutefois été reconnue responsable pour ne pas avoir fait respecter la loi Evin.

2. Décisions relatives à la publicité en faveur tabac

Dès l'adoption de la loi Evin en 1991, la France a mis en place une interdiction générale de toutes les formes de publicité en faveur du tabac. L'article L.3511-3 du Code de la santé publique interdit ainsi « *la propagande ou la publicité, directe ou indirecte* », ainsi que « *toute distribution gratuite ou vente d'un produit du tabac* » à un prix inférieur

[332] Cass. Soc., 6 octobre 2010, n° 09-65.103.
[333] Cass. Soc., 1er juillet 2008, n° 06-46.421.
[334] CE, 30 décembre 2011, n° 330959.

au prix réglementé et « *toute opération de parrainage* » ayant « *pour objet ou pour effet la propagande ou la publicité directe ou indirecte* » en faveur du tabac. L'article L.3511-4 précise ce qui doit être considéré comme propagande ou publicité indirecte. Il s'agit de celle qui « *par son graphisme, sa présentation, l'utilisation d'une marque, d'un emblème publicitaire ou un autre signe distinctif* » rappelle le tabac.

Saisie de nombreux pourvois, la Cour de cassation a eu l'occasion de préciser la définition de la publicité ou propagande illicite en faveur du tabac. Tombe ainsi sous le coup de l'interdiction « *toute diffusion d'écrit, d'image ou de photographie participant à la promotion du tabac ou des produits du tabac pour inciter à l'achat, quel qu'en soit l'auteur* »,[335] et « *quel qu'en soit le support* ».[336] De même, est prohibée « *toute diffusion d'objets ayant pour but ou pour effet de promouvoir le tabac ou un produit du tabac* ».[337]

Il ressort des différentes décisions examinées que l'interdiction de principe est très largement contournée par les industriels qui usent de nombreuses stratégies de marketing pour promouvoir la consommation de tabac. Ceux-ci sont régulièrement condamnés pour leurs pratiques illicites (opérations de parrainage et utilisation du paquet de cigarettes à des fins publicitaires notamment), à la demande des associations de lutte contre le tabagisme qui font preuve en la matière d'une extrême vigilance. Les tribunaux semblent, pour l'essentiel, faire une interprétation stricte de la notion de publicité indirecte (2.1.).

Des dérogations à l'interdiction de principe de la publicité pour le tabac figurent aux alinéas 2 et suivants de l'article L.3511-3 et permettent notamment, et sous certaines conditions, la publicité sur les lieux de vente et les publications des organisations professionnelles de l'industrie du tabac ou celles de la presse professionnelle spécialisée. L'article L.3511-5 réserve en outre le cas de la transmission télévisée des compétitions de sport mécanique se déroulant dans un pays où la publicité pour le tabac est autorisée ; l'article L.3511-4 réserve le cas de certains produits rappelant le tabac mis sur le marché avant le 1er janvier 1990. La portée de ces dérogations fait elle aussi l'objet de nombreuses décisions (2.2.).

---

[335] Cass. Crim., 21 février 1996, n° 95-81.605.
[336] Cass. Crim., 3 mai 2006, n° 05-85.089.
[337] Cass. Crim., 9 mars 2010, n° 08-88.501.

2.1. Sanctions des contournements de l'interdiction de principe

La jurisprudence joue un rôle essentiel dans l'appréciation de la portée de l'interdiction de la publicité en faveur du tabac.[338] De façon générale, tout procédé -notamment commercial- rappelant un produit du tabac tombe dans le champ d'application de l'article L.3511-3 du Code de la santé publique et toute forme de publicité en faveur du tabac, quel qu'en soit le support, est interdite. L'analyse des décisions démontre par ailleurs les multiples façons dont les fabricants tentent de contourner cette interdiction.

En ce qui concerne plus particulièrement la **publicité pour le tabac dans les médias**, la loi Veil ne l'autorisait, à certaines conditions, que par voie de presse, l'excluant notamment des publications pour la jeunesse. Depuis la loi Evin, toute publicité dans les journaux est elle aussi interdite, et a quasiment disparu après le début des années 1990.[339] La notion de publicité indirecte est quant à elle entendue de manière stricte par la jurisprudence : une campagne de presse orchestrée par le voyagiste Peter Stuyvesant Travel a été ainsi assimilée à une publicité indirecte pour la marque de cigarettes éponyme.[340]

Le petit nombre de délibérations du Conseil supérieur de l'audiovisuel (CSA) témoigne quant lui de la vigilance toute relative de la part de l'instance de surveillance face à la publicité pour le tabac à la télévision.[341] La chaine publique France 2 a ainsi reçu une mise en

---

[338] V. avant même l'entrée en vigueur de la loi Evin, Cass. Crim., 16 juillet 1985, n° 84-11.980 : la publicité en faveur d'un objet autre que le tabac ne doit pas, par sa présentation, constituer une publicité indirecte en faveur du tabac ou des produits du tabac. La campagne d'affichage pour un briquet offrant l'exacte apparence du paquetage de la marque « Camel » a ainsi été jugée contraire aux dispositions de loi du 9 juillet 1976. Plus récemment, la Cour d'appel de Paris a condamné la vente de posters représentant un champion de moto sur un engin portant une marque de cigarettes, celle-ci étant constitutive du délit de publicité indirecte (CA Paris, 10 juin 2008).

[339] V. toutefois Cass. Crim., 13 mai 1996, n° 94-86.045. Il s'agissait en l'espèce d'une publicité pour la marque Craven light, avec photo du paquet, insérée dans le Figaro Magazine. V. aussi Cass. Crim., 21 février 1996, n° 95-81.605 (information-produit sur de nouvelles cigarettes dans le magazine VSD).

[340] Cass. Crim., 18 octobre 1995, n° 95- 82.137.

[341] La loi du 30 septembre 1986 relative à la liberté de communication investit le CSA de la mission de veiller à ce que les services de télévision et de radiodiffusion n'incitent pas à des pratiques ou à des comportements dangereux pour la santé des téléspectateurs et auditeurs. C'est sur ce fondement que le CSA a édicté la

demeure pour la diffusion d'un reportage sur Jacques Dutronc dans lequel chanteur étant souvent vu fumant le cigare dans un lieu fermé et couvert.[342] La chaine Canal + a été mise en demeure suite à la diffusion d'une émission dans laquelle Catherine Deneuve avait fumé une cigarette sur invitation du présentateur.[343] Le CSA est intervenu auprès de TF1 à la suite de la diffusion, au cours du journal de 13 heures, d'un reportage sur des cigares dont la marque avait été citée à plusieurs reprises.[344] A l'inverse, en mai 2009, alors qu'un chanteur avait fumé une cigarette pendant qu'il interprétait une chanson, la chaine M6 avait simplement été semoncée par le CSA, les présentateurs de l'émission ayant précisé à l'antenne que fumer est dangereux pour la santé. Par ailleurs, prenant acte d'une évolution de la jurisprudence judiciaire en matière de courses automobiles,[345] le CSA a adopté le 15 janvier 2008 une position plus ferme sur la publicité pour des marques de produits de tabac au cours des retransmissions sportives.[346]

Malgré les difficultés rencontrées pour en identifier les responsables, des procédures ont également été engagées afin de faire condamner des **sites Internet** faisant illégalement de la publicité pour le tabac. C'est ainsi qu'en 2008, trois sites -« lamateurdecigares.com », « lacapedepicure.net » et « boutique22.fr »- entièrement dédiés au cigare et valorisant sa consommation, ont été condamnés pour publicité interdite par la Cour d'appel de Paris.[347] Dans un arrêt rendu en 2010, cette juridiction relève également le caractère illicite de la reproduction sur un site d'une affiche du magazine « Cigares et sensations, le magazine des plaisirs du goût » mentionnant la première fête du cigare et agrémentée d'un dessin illustrant de nombreuses personnes, cigares à la bouche, et évoquant des marques de cigare.[348] Par ailleurs, des condamnations pour publicité interdite ont été prononcées à l'encontre du groupe Bernard Loiseau dont certains sites Internet mentionnaient la possibilité de

délibération du 17 juin 2008 relative à l'exposition des produits du tabac, des boissons alcooliques et des drogues illicites à l'antenne des services de radiodiffusion et de télévision.

[342] CSA, Ass. Plén., 9 février 2010.

[343] CSA, Ass. Plén., 11 octobre 2011.

[344] CSA, Ass. Plén., 17 mai 2011.

[345] V. Infra.

[346] Assemblée plénière du 15 janvier 2008, Publicité pour des marques de produits de tabac au cours des retransmissions sportives : nouvelle jurisprudence.

[347] CA Paris, 13e chambre, 27 mai 2008. Les pourvois formés par les responsables de l'un de ces sites ont été rejetés (Cass. Crim., 10 mars 2009, n° 08-84.490)

[348] CA Paris, 24 février 2010.

s'adonner au plaisir de fumer dans les fumoirs de ses établissements.[349] Un site de petites annonces gratuites où des personnes proposaient la vente de produits du tabac à des prix attractifs a, en revanche, été relaxé pour avoir promptement retiré les annonces litigieuses après que leur caractère illicite leur ait été signalé.[350]

En matière de **publicité indirecte**, le CNCT a par ailleurs, et après une lutte de longue haleine, fait supprimer l'enseigne à l'effigie de Marlboro Classics. Son action ne visait pas à interdire le commerce des vêtements par cette marque, mais seulement à empêcher que ce commerce soit utilisé pour faire de la publicité indirecte en faveur du tabac. Il s'agissait de démontrer que pour la loi Evin, une enseigne de magasin est assimilable à une affiche ou à une affichette, ne serait-ce que par sa taille, et la surface de l'espace public qu'elle occupe. Trois arrêts de Cours d'appel se sont prononcés en ce sens :[351] « *La fourniture à des distributeurs, en vue de leur vente au public, de produits commercialisés sous la marque Marlboro Classics, est en elle-même constitutive d'une publicité indirecte en faveur d'un produit du tabac* ».

Interprétés de façon large, les termes de l'article L. 3511-3 du Code de la santé publique ont également conduit les juges, dès les années 1990, à déclarer le caractère illicite de toute forme de **prime liée à l'achat de tabac**. Tombent ainsi sous le coup de l'interdiction, les concours organisés autour du tabac[352], les cadeaux offerts lors de l'achat

---

[349] CA Paris, 11 mai 2012, 5 arrêts.
[350] CA Paris, 24 février 2010.
[351] CA Paris, 13e chambre, 8 août 2008 ; CA Paris, 20e chambre, 25 octobre 2007 ; CA Nancy, 10 juin 2008.
[352] CA Paris, 12 avril 1995. Il s'agissait en l'espèce d'un concours gratuit dont les participants devaient, au moyen d'un bulletin distribué dans les bureaux de tabac, répondre à des questions relatives à des routes américaines figurant, en croquis, sur les paquets d'une marque de cigarettes. La Cour d'appel observe que s'il était effectivement possible aux consommateurs intéressés de répondre aux questions posées sans avoir à examiner les paquets de cigarettes Winston, il était toutefois manifeste que les prospectus litigieux incitaient fortement, par leur libellé, tous les lecteurs voulant gagner un « fabuleux voyage » à rechercher les paquets de cigarettes comportant une illustration des routes américaines concernées, c'est-à-dire ceux de la marque Winston et, par là même, à les acheter pour pouvoir utilement consulter les croquis figurant exclusivement au verso. Le pourvoi en cassation, formé par la société organisatrice du concours, a été rejeté (Cass. Crim., 17 janvier 1996, préc.). V. aussi Cass. Crim., 23 février 1999 n° 97-86.508 : l'existence d'un numéro de loterie figurant sur le bulletin de participation au jeu, dénommé ticket magique, inséré dans le paquet de cigarettes et susceptible de donner droit à l'attribution d'un lot constitue est constitutif du délit de publicité interdite.

d'un paquet de cigarettes[353] ou l'insertion, dans les paquets, de vignettes permettant de recevoir des cadeaux.[354] Le recours à des « hôtesses tabac » a également été sanctionné.[355]

De même, **le parrainage d'évènements** sportifs ou culturels tombe sous le coup des dispositions de l'article L.3511-3 du Code de la santé publique et est, aux termes d'une jurisprudence constante, constitutif du délit de publicité interdite. Les premières actions en justice à l'encontre de la promotion faite par l'industrie du tabac dans des foires et salons ont eu lieu sous l'empire de la loi Veil.[356] Depuis, ont notamment été déclarées illicites, la tenue d'un stand par Philip Morris lors internationaux de tennis de Roland Garros,[357] celle d'un stand Gauloises aux Francofolies de la Rochelle,[358] ou des animations organisées sous le label « Les Ailes Bleues » emblématique d'une marque française de cigarettes.[359] Il en va de même du mécénat, la société Philip Morris ayant été condamnée pour son financement d'un club de cinéma,[360] ainsi que pour l'organisation d'un prix scientifique.[361]

Plus récemment, la société British American Tobacco France a fait distribuer sur plusieurs plages des cendriers de poche jetables comportant

---

[353] TGI Paris, 1er juillet 1996, (album photos) ; TGI Paris, 23 octobre 1997 (cassette vidéo).

[354] TGI Paris, 4 juillet 1996. Des vignettes insérées dans les paquets de Winston permettaient de recevoir des CD et des sacs contre des preuves d'achats ; TGI Paris, 8 août 1999 (points Rothmans F1 à collectionner). V. aussi CA Paris 22 novembre 1999 où la Cour reconnait le caractère illicite d'une opération de promotion de la marque Fortuna consistant à proposer des voyages à New-York contre l'achat de 2 paquets de cigarettes.

[355] TGI Paris, 7 janvier 1997 (opération publicitaire dans un débit de tabac pour le lancement sur le marché français des cigarettes espagnoles Monte Cristo).

[356] CA Paris, 17 juin 1997. En l'espèce, Philip Morris parrainait un salon de la moto et y distribuait, via des hôtesses habillées aux couleurs de Marlboro, des tee-shirts, sacs et autocollants de la marque.

[357] CA Paris, 13e chambre, 8 novembre 2005.

[358] CA Poitiers, 29 septembre 2006.

[359] Cass. Crim., 30 octobre 2007, n° 06-88.481.

[360] TGI Paris 16 janvier 1998 ; V. aussi Cass. Crim., 30 octobre 1995, n° 94-83386 condamnant le club de cinéma.

[361] Cass. Crim., 29 juin 1999, n° 98-83.106 : « *toute utilisation publique d'une marque de cigarettes, quelle qu'en soit la finalité, constitue une publicité en faveur du tabac* ». La Cour d'appel avait, à l'inverse, estimé que la loi n'interdisait pas à une société, dont l'objet social n'est pas exclusivement la production des produits du tabac, de faire mention de sa dénomination, quand bien même elle rappellerait une marque de cigarettes, dès lors que l'opération de mécénat ne tend pas à promouvoir cette marque, mais présente un réel intérêt scientifique.

la mention « Agissons ensemble », ainsi que l'adresse du site internet de BAT. L'association DNF a saisi la justice pour dénoncer une violation des dispositions relatives à l'interdiction de la publicité, cette opération ayant, selon l'association, pour objet réel de donner une image positive du tabac. L'association a été déboutée en première instance et en appel au motif que « *le site internet de la société BAT France ne [constitue] ni une publicité, ni une propagande indirecte ou clandestine en faveur du tabac* ».[362] La Cour d'appel relève que la campagne de distribution de ces cendriers est intervenue dans un contexte précis de protection de l'environnement, qu'elle a reçu le soutien des pouvoirs publics et qu' « *aucune mention valorisante ou incitative en faveur de l'une des marques commercialisées par BAT ne figure sur les cendriers* ». DNF a formé un pourvoi en cassation contre l'arrêt d'appel. Si, stricto sensu, aucune publicité pour un quelconque produit du tabac ne figurait en effet sur ces cendriers, la Cour de cassation devra toutefois examiner dans quelle mesure le renvoi au site d'un fabricant pourrait être considéré comme une publicité indirecte pour les produits du tabac.[363]

Dans un contexte d'interdiction de toute opération de promotion ou de publicité, l'**emballage contenant un produit du tabac** est devenu un outil de communication essentiel pour les fabricants. Ultime support pouvant véhiculer une image attractive du tabac, il assure en effet un impact visuel fort sur le fumeur et son entourage chaque fois que celui-ci en sort une cigarette. Cet aspect a notamment été relevé par la Cour d'appel de Rennes : « […] *le paquet de cigarettes est effectivement le dernier moyen de communication avec le consommateur* ».[364]

Paquets à collectionner ou ludiques, mentions flatteuses d'arômes, suremballage ou mentions expressément publicitaires, plusieurs générations d'emballages se sont succédées au fur et à mesure du renforcement de la jurisprudence. Le CNCT recense 13 arrêts de la chambre criminelle de la Cour de cassation relatifs aux emballages

---

[362] CA Paris, 14 mars 2012.

[363] Sur ce point, V. aussi la loi n° 2010-788 du 12 juillet 2010 (dite loi Grenelle 2) qui introduit une nouvelle rédaction de l'article L. 121-35 du Code de la consommation autorisant la distribution de « *menus objets* » dans le but de « *satisfaire à des exigences environnementales* ». Un décret doit préciser les modalités d'apposition de tout signe distinctif de la personne intéressée à l'opération de publicité « *pour autant qu'elles respectent les dispositions restreignant ou encadrant la publicité concernant [notamment] le tabac* ». Toutefois, aucun décret n'ayant toutefois été pris à ce jour, cette nouvelle rédaction n'est pas en vigueur.

[364] CA Rennes, 3e chambre, 23 juin 2005

publicitaires depuis 2006.[365] Plusieurs fabricants ont été condamnés, la Cour de cassation ayant considéré que ces pratiques sont constitutives des formes de publicité interdites.

Tombent ainsi sous le coup de l'interdiction de la publicité « *les décorations de paquets de cigarettes, qui associent le tabac à la jeunesse, aux voyages et aux loisirs, et qui suscitent le désir d'acquérir des cigarettes d'une marque déterminée afin de compléter des séries d'images différentes* ».[366] Il s'agissait en l'espèce d'une série « limitée et aléatoire » de paquets de cigarettes de la marque Winfield (British American Tobacco), décorés par un artiste sur le thème de l'Australie et représentant de jeunes adultes dans des situations de loisirs.[367] De même, des paquets de cigarettes Camel (Japan Tobacco) mettaient en scène le chameau emblématique de la marque dans diverses situations de la vie courante, les dessins étant accompagnés de messages faits pour amuser les acheteurs, notamment les jeunes : « qui est aussi l'idole des filles ? », « qui adore partager vos vacances ? », « qui a toujours sa place dans votre valise ? ». Dans cette espèce, la Cour de cassation confirme la condamnation prononcée en appel, au motif suivant : « *il était constant que les emballages de paquets de cigarettes, qui étaient attrayants, amusants et invitaient, par leur diversité, à la collection, constituaient un mode de publicité incitant directement à la consommation du tabac, non seulement pour des acheteurs mais pour tous ceux qui les voyaient* ».[368] La mise en vente d'une série de 15 paquets de « Gauloises blondes » différemment illustrés d'une mascotte ailée a également été sanctionnée.[369]

Il convient de noter que dans certaines affaires, les juges de première instance ont considéré que l'emballage d'un produit du tabac ne peut, par

---

[365] CNCT, audition du 12 juin 2012.
[366] Cass. Crim., 3 mai 2006, n° 05-85089.
[367] Dans le même sens, V. également Cass. Crim., 5 décembre 2006, n° 06-84.050. Il s'agissait en l'espèce d'une série de 8 paquets de Fortuna emballés dans des films illustrés par des artistes.
[368] Cass. Crim., 13 février 2007, n° 04-87.155. V. aussi Cass. Civ. 2, 19 octobre 2006, n° 11-90119 : le Comité national contre les maladies respiratoires et la tuberculose (CNMRT) avait conçu, une série d'affiches et de timbres inspirés du décor des paquets de cigarettes de marque Camel et dispensant des messages de prévention. Poursuivie en justice par Japan Tobacco pour violation de ses droits de propriété intellectuelle, la décision de sanction prononcée par les juges du fond a été cassée par la Cour de cassation. Celle-ci a relevé le « *mode humoristique […] à l'occasion d'une campagne générale de prévention à destination des adolescents, dénonçant les dangers de la consommation du tabac, produit nocif pour la santé* ».
[369] Cass. Crim., 26 septembre 2006, n° 05-87.681.

définition, rentrer dans le cadre d'un procédé publicitaire et donc être condamné pour infraction à la loi. La spécificité du système français de vente exclusive de cigarettes au sein des débits de tabac confortait leur point de vue, dans la mesure où le consommateur n'est effectivement pas en contact direct avec le produit avant de l'acheter. La Cour de cassation procède, à l'inverse, à une interprétation stricte de l'interdiction de principe de la publicité, en rejetant non seulement les arguments des fabricants tirés de l'absence d'assimilation par la loi du conditionnement du tabac à un support publicitaire,[370] mais aussi ceux tirés de l'expression de la liberté de création.[371]

Sont également de nature publicitaire les mentions flatteuses d'arômes figurant sur les paquets de cigarettes. Dans un arrêt de 2008, la Cour d'appel de Versailles constate ainsi que les termes « goût unique de Camel » ou « pour un goût subtil » sont « *incontestablement de nature publicitaire au sens de la loi puisqu'ils ont pour objectif de vanter des qualités spécifiques des produits du tabac et de développer chez le consommateur l'envie de poursuivre la consommation des cigarettes Camel* ».[372] De même, une mention vantant les qualités gustatives du produit et l'absence d'agents de saveur apposée sur un cartonnage rustique suggérant par ailleurs le caractère naturel du produit constitue un délit de publicité interdite.[373] Dans une autre affaire opposant le CNCT à la société Altadis, la Cour de cassation relève que les indications qui font référence à la qualité et au caractère gustatif du produit vantent ses

---

[370] V. argumentaire du fabricant dans Cass. Crim., 13 février 2007, préc. : « *aucune disposition légale n'assimile le conditionnement du tabac lui-même à un support publicitaire ni n'interdit ou réglemente les décors que les fabricants pourraient apposer sur les conditionnements du tabac* ».

[371] V. argumentaire du fabricant dans Cass. Crim., 3 mai 2006, préc. : « *la décoration de paquets de cigarettes constitue une expression de la liberté de création artistique et graphique et est un élément constitutif du droit de propriété commerciale et intellectuelle des fabricants de produits du tabac ; [...] en affirmant que des paquets de cigarettes d'une même marque ne pouvaient être décorés de manière différente, cette différence constituant une publicité en faveur du tabac, la cour d'appel a porté une atteinte excessive et injustifiée aux droits de propriété commerciale et intellectuelle* ».

[372] CA Versailles, 9e chambre des appels correctionnels, 16 janvier 2008. V. également CA Paris, 1er décembre 2008 jugeant illicites comme sollicitant abusivement le consommateur, l'inscription sur le conditionnement de cigarettes d'un message invitant à « *découvrir une sensation nouvelle* » et à « *savourer ce produit* », combinée avec l'insertion d'une vignette relative à son « *nouveau design* » et le cadeau d'un stylo (le pourvoi de la Seita contre cette décision a été rejeté : Cass. Crim., 9 mars 2010, n° 08-88501).

[373] Cass. Crim., 21 septembre 2010, n° 09-87.957.

qualités intrinsèques et informent les consommateurs sur l'existence d'autres saveurs. Elles ont ainsi pour effet d'assurer la promotion du produit et tombent sous le coup de l'interdiction de la publicité.[374] Si l'interdiction est une nouvelle fois strictement interprétée, la Cour de cassation opère toutefois une distinction entre les mentions publicitaires prohibées et les simples recommandations et précisions sur l'utilisation du produit. Ainsi, s'agissant en l'espèce de tabac à rouler, les mentions « sachet refermable », « enlever la paille et la feuille de plastique avant usage » et « facile à rouler » n'entrent pas, de ce fait, dans la catégorie des mentions prohibées par la loi.[375]

La Cour de cassation a également condamné les pratiques de suremballage faisant office de porte-cigarette publicitaire. Des suremballages de Lucky Strike phosphorescents ou incitant à une utilisation ludique, ou facilitant l'identification du produit, notamment par une clientèle jeune tombent ainsi sous le coup de l'interdiction.[376]

Quant aux mentions expressément publicitaires, la Cour d'appel de Paris a estimé qu'il appartient aux juges du fond d'apprécier « *si les mentions qui figurent en petites lettres au verso des paquets de cigarettes ou sur l'emballage cellophane de certains paquets incitent à l'achat et constituent des mesures de publicité illicite, alors que ces produits, proposés à la vente, ne sont pas à la portée du client* ».[377] Cette décision a été cassée par un arrêt de principe de la Cour de cassation au motif que toutes formes de communication commerciale, quel qu'en soit le support, ayant pour but ou pour effet de promouvoir, directement ou indirectement, le tabac ou un produit du tabac sont prohibées.[378] Dans une décision rendue en 2010, la Cour de cassation précise qu'il importe peu que les inscriptions publicitaires figurent à l'intérieur du paquet, « *la publicité ne visant pas seulement l'incitation au premier achat, mais aussi l'incitation à consommer toujours plus une fois le paquet acheté et*

---

[374] Cass. Crim., 15 juin 2011, n° 10-86.995 : « *les indications «Blunt Rass aromatisé fabriqué à partir des meilleurs tabacs spécialement sélectionnés» «Arôme intense», «autres arômes disponibles» font référence à la qualité et au caractère gustatif du produit et ont un rôle incitatif auprès des consommateurs ou du public en vantant les qualités intrinsèques du produit ou en appelant à une consommation diversifiée du produit ; qu'excédant par le caractère simplement informatif sur l'utilisation du produit, ces mentions entrent bien dans le champ d'application de la loi prohibant toute publicité* ».
[375] Ibid.
[376] Cass. Crim., 3 novembre 2010, n° 09-88.599.
[377] CA Paris, 22 décembre 2006.
[378] Cass. Crim., 10 janvier 2008, n° 07-13.116.

ouvert, notamment en rappelant les caractéristiques essentielles du produit ou en favorisant la consommation par des procédés ludiques et particulièrement attrayants ».[379]

2.2. Portée des dérogations à l'interdiction de principe

Si la législation française pose un principe général d'interdiction de la publicité pour le tabac, elle prévoit toutefois plusieurs exceptions strictement encadrées. Ces exceptions concernent les lieux de vente, certaines publications professionnelles, la diffusion de certaines compétitions sportives à la télévision et certaines licences de marques conclues avant 1990. Un projet de loi, prévoyant également une exception pour les œuvres culturelles, a été retiré.[380] La portée de ces différentes exceptions fait généralement l'objet d'une interprétation jurisprudentielle stricte.

L'arrêté ministériel du 31 décembre 1992 fixe les conditions de la **publicité sur les lieux de vente**. Les affichettes doivent ainsi être « *disposées à l'intérieur du point de vente ou de l'espace réservé à la vente du tabac et qu'elles ne soient pas visibles de l'extérieur de l'établissement* ». « *Le format maximum des affichettes est fixé à 60 x 80 centimètres* » et celles-ci « *ne peuvent comporter d'autres mentions que la dénomination du produit, sa composition, ses caractéristiques et conditions de vente, à l'exception du prix, le nom et l'adresse du fabricant et, le cas échéant, du distributeur, ni d'autre représentation graphique ou photographique que celle du produit, de son emballage et de l'emblème de la marque* ». Elles doivent en outre comporter le message sanitaire prescrit à l'article 5 de l'arrêté.

La jurisprudence relative à la publicité sur les lieux de vente est quasiment inexistante en dépit des nombreuses violations constatées par les associations anti-tabac chez les buralistes.[381] Dans un arrêt rendu en 2011, le tribunal de grande instance relève cependant plusieurs infractions.[382] Le buraliste est ainsi condamné pour avoir collé sur son

---

[379] Cass. Crim., 3 novembre 2010, préc.
[380] V. infra.
[381] Le Ministère de la Santé a confié au CNCT la mise en place d'un observatoire des pratiques des débitants de tabac. Une enquête a été menée entre juin 2009 et septembre 2010, auprès d'un échantillon de 400 débits de tabac représentatifs, sur la base de « visites mystères », afin de rendre compte de la situation réelle. Il ressort de cette enquête que plus de 80% des bureaux de tabac violaient les dispositions relatives à la publicité et que 88% des publicités étaient illicites sur la forme ou sur le fond.
[382] TGI Paris, 31e chambre, 12 septembre 2011.

comptoir deux affichettes d'une largeur de plus de 60 centimètres comportant un message publicitaire, pour avoir exposé un présentoir en plastique contenant deux paquets de cigarettes, pour avoir posé un gros paquet factice de cigarettes sur son comptoir et pour avoir exposé une grande affiche représentant une cartouche de cigarettes et un paquet ouvert avec la mention « nouveau ». Est également constitutive du délit de publicité interdite le fait d'avoir collé une affichette fournie par BAT comportant un texte dénonçant les cigarettes de contrefaçon (« Fausse cigarette, vrai risque »).

Toutefois, face à l'ampleur des violations constatées en pratique, il convient d'admettre que les tribunaux ne peuvent jouer qu'un rôle mineur et symbolique dans l'application des dispositions de l'article L.3511-3 du Code de la santé publique. L'exception autorisant la publicité sur les lieux de vente, fondée sur le principe d'une nécessaire information des consommateurs, est en effet massivement détournée de son objectif, les publicités allant au-delà du seul caractère informatif et poursuivant un but de développement des ventes.

En ce qui concerne la dérogation pour la **publicité dans les revues professionnelles spécialisées**, la liste de celles-ci a été fixée par l'arrêté du 22 mars 1993, modifié par l'arrêté du 30 juin 2004. En dehors de ces revues, toute publicité par voie de presse est interdite, la jurisprudence étant très ferme sur ce point, y compris en cas de publicité indirecte.[383]

La jurisprudence s'est en outre révélée essentielle dans la précision de la portée de l'exception relative à la **retransmission de compétitions de sport mécanique** par les chaines de télévision. L'article L. 3511-5 du Code de la santé publique autorise en effet la retransmission de telles compétitions se déroulant dans des pays où la publicité pour le tabac est autorisée.[384]

Il ressort ainsi des décisions que cette exception est limitée à la seule retransmission télévisée (excluant notamment la presse)[385] en direct ou en

[383] V. supra.
[384] Cette exception ne devrait concerner en pratique que les pays situés en dehors de l'Union européenne puisque la Directive 2003/33/CE du 26 mai 2003 concernant le rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres en matière de publicité et de parrainage en faveur des produits du tabac interdit toute forme de parrainage de manifestations par l'industrie du tabac.
[385] Cass. Crim., 19 juin 2007, n° 06-88.014.

léger différé.[386] La retransmission est elle-même limitée à la compétition sportive, toute édition spéciale, interviews hors compétition, bande annonce des émissions sportives, ou émission sur la carrière des pilotes devant en être exclues.[387]

Les juges du fond ont parfois fait une interprétation large de cette exception. La Cour d'appel de Paris a par exemple admis que « *l'illustration par des photographies de reportages ayant pour objet l'information des lecteurs d'un magazine automobile sur des événements sportifs […] et non de faire connaître ou de promouvoir des marques de tabac dans une perspective commerciale d'incitation à l'achat, n'est pas constitutive de propagande ou de publicité indirecte en faveur du tabac ou des produits du tabac* ».[388]

Toutefois, la Cour de cassation a constamment opté pour une interprétation stricte. Elle considère ainsi comme une publicité illicite « *la publication, dans une revue, de photographies d'un pilote de course automobile et de sa voiture laissant apparaître le nom d'une marque de cigarettes ainsi qu'un photomontage satirique rappelant le paquet de cigarettes de la même marque et tournant en dérision les mentions légales d'information obligatoires devant y figurer* ».[389] Elle a également rejeté le pourvoi de la société éditrice du Monde formé contre l'arrêt d'appel la reconnaissant coupable de publicité ou propagande en faveur du tabac. Le journal comportait une photo montrant le vainqueur d'un grand prix de formule 1 entouré de mécaniciens portant des chemises sur lesquelles figurait le logo d'une marque de cigarette et en arrière plan une plaque avec l'inscription Mild Seven.[390] La Cour de cassation considère ainsi que « *la différence de traitement introduite entre la presse écrite et les chaînes de télévision par l'article L. 3511-5 du code de la santé publique, qui autorise ces dernières à retransmettre les compétitions de sports mécaniques se déroulant dans les pays où la publicité en faveur du tabac est licite, procède d'une distinction objective et proportionnée aux buts légitimes poursuivis par la loi* ».[391]

---

[386] Cass. Crim., 14 mai 2008, n° 07-87.128.
[387] Ibid. : les entrevues de participants à la course, les génériques et bandes-annonces au cours desquels sont apparues des références à une marque de cigarettes sont constitutives du délit de publicité interdite.
[388] CA Paris, 13e chambre, 3 mai 2002.
[389] Cass. Crim., 11 janvier 2005, n°04-80.907 (magazine Entrevue).
[390] Cass. Crim. 20 décembre 2006, n° 06-88.019. Dans le même sens : Cass. Crim., 19 juin 2007, préc. (Le Point). V. aussi CA Paris, 4 juillet 2007 (Les Echos).
[391] Cass. Crim., 19 juin 2007, préc.

Cette position a d'ailleurs trouvé un écho favorable auprès de la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH). Dans deux arrêts rendus le 5 mars 2009, celle-ci a en effet rejeté les requêtes des propriétaires et directeurs de publication des magazines Action Auto Moto et Entrevue, condamnés en France pour le délit de publicité indirecte en faveur du tabac.[392] Ces derniers avaient publié des photos d'un pilote automobile sur la combinaison duquel figuraient les logos de marques de tabac. Selon la CEDH, les condamnations sont justifiées et n'emportaent pas violation de l'article 10 de la Convention, relatif à la liberté d'expression. Elle motive sa décision par « *l'importance de la protection de la santé publique, de la nécessité de lutter contre le fléau social que constitue, dans nos sociétés, le tabagisme, du besoin social impérieux d'agir dans ce domaine, et de l'existence d'un consensus européen sur la question de l'interdiction de la publicité en faveur du tabac* ».

Dans un arrêt rendu en 2007, la Cour d'appel de Dijon considère quant à elle que le fait d'illustrer les pages d'un site Internet appartenant à la Fédération Française du sport automobile et présentant un grand prix automobile avec des photographies sur lesquelles apparaissent des marques de cigarettes sur les véhicules ou combinaisons des pilotes est constitutif du délit de publicité interdite, excluant ainsi les sites Internet du champ d'application de l'exception.[393]

Quant aux chaines de télévision, la Cour de cassation a précisé que l'exception accordée par l'article L. 3511-5 est strictement limitée aux aléas du direct, toute transmission en différée devant donner lieu à un floutage des logos et autres signes distinctifs d'une marque de tabac.[394] Par ailleurs, l'exception ne concerne que les compétitions de sport

---

[392] CEDH, 5 mars 2009, *Hachette Filipacchi Presse Automobile et Dupuy c. France* (n°13353/05) *et Société de Conception de Presse et d'Edition et Ponson c. France* (n°26935/05).

[393] CA Dijon, 26 janvier 2007. L'action était dirigée contre les responsables du site Internet de la Fédération française de sport automobile.

[394] Cass. Crim., 14 mai 2008, n° 07-87.128. Confirme l'arrêt de la Cour d'appel de Paris, 13e chambre, du 24 septembre 2007 : « *Considérant que, compte tenu du caractère hautement litigieux au regard de la législation sur la publicité pour le tabac, de la diffusion d'images relatives aux compétitions de sport mécanique largement sponsorisées par les fabricants de produits du tabac, il appartenait aux chaînes de télévision concernées de prendre toutes précautions utiles, pour respecter et faire respecter la législation applicable ; Que (...) la désinvolture affichée par certains journalistes n'a pas donné lieu à des correctifs ; Que même en l'absence de tout lien commercial avec les marchands de tabac, la violation en connaissance de cause d'une prescription légale suffit à caractériser l'élément intentionnel de l'infraction à l'encontre des sociétés qui ont diffusé le rallye Dakar* ».

automobile. Le tribunal de grande instance d'Evry a, en effet, récemment condamné la chaine de télévision Sport + diffusant le tournoi de tennis de Bâle, parrainé en 2009 par la marque Davidoff (Imperial Tobacco), cette marque apparaissant à plusieurs endroits autour du court de tennis.[395] La chaine n'a pas fait appel de cette décision qui confirme, *a contrario* des dispositions de l'article L. 3511-5, l'interdiction de diffuser à la télévision un évènement sportif, sponsorisé à l'étranger par un fabricant de tabac, autre que les compétitions de sport mécanique.

Par dérogation aux dispositions de l'article L. 3511-3 du Code de la santé publique, les **produits rappelant une marque de tabac mis sur le marché avant 1990** mais dont le fournisseur est indépendant des entreprises du tabac ne sont pas considérés comme de la propagande ou publicité indirecte.[396] Cette dérogation est ainsi écartée en cas d'existence d'un « lien juridique ou financier » caractérisant la dépendance vis-à-vis d'une entreprise du tabac.[397] La Cour de cassation a fait une interprétation stricte de cette dérogation. Les litiges portaient notamment sur un contrat de licence de marque passé entre un fabricant de montres commercialisées sous la marque « Camel Trophy » et la filiale d'une société holding d'un groupe fabricant et commercialisant des cigarettes sous cette même marque. La Cour de cassation considère que, quelle que soit sa date, ce contrat caractérise le lien juridique ou financier qui ne permet pas d'invoquer la dérogation à l'interdiction de la publicité indirecte en faveur du tabac.

Enfin, une proposition de loi de janvier 2011 prévoyait une « *exception à l'interdiction de publicité ou propagande en faveur du tabac pour* ***les œuvres artistiques ou culturelles*** *mises à disposition du public au sein desquelles figure une image ou une référence liée au tabac, dès lors qu'elles ne sont pas financées directement ou indirectement par l'industrie du tabac et n'ont pas pour objet d'en faire la publicité ou la propagande* ». Cette proposition a provoqué une levée de boucliers de la

---

[395] TGI Evry, 17 juin 2011.

[396] Article L. 3511-4 du Code de la santé publique : « *ces dispositions ne sont pas applicables à la propagande ou à la publicité en faveur d'un produit autre que le tabac, un produit du tabac ou un ingrédient défini au deuxième alinéa de l'article L. 3511-1 qui a été mis sur le marché avant le 1er janvier 1990 par une entreprise juridiquement et financièrement distincte de toute entreprise qui fabrique, importe ou commercialise du tabac un produit du tabac ou un ingrédient défini au deuxième alinéa de l'article L. 3511-1. La création d'un lien juridique ou financier entre ces entreprises rend caduque cette dérogation.* »

[397] V. Cass. Crim., 22 janvier 1997, n° 95-82.674 Cass. Crim., 10 avril 1997, n° 96-83.152 et Cass. Crim., 29 juin 1999, n° 98-81.962.

part des anti-tabac, estimant qu'elle mettait en danger la loi Évin. Se fondant sur divers documents internes des fabricants, déclassifiés à la suite de procès intentés aux Etats-Unis, les associations soulignaient la stratégie de ces derniers, consistant à affaiblir la légitimité des anti-tabac en caricaturant leurs propos afin de les faire passer pour des extrémistes. Les associations ont en outre relevé que, depuis l'entrée en vigueur de loi Evin, elles n'avaient porté aucune action en justice à propos d'œuvres culturelles faisant référence à la consommation de tabac. La proposition de loi a été retirée et une simple circulaire d'interprétation opère une distinction entre le caractère culturel ou promotionnel de la représentation de personnes évoquant la consommation de tabac.[398]

Saisi par un conseiller municipal d'une commune de l'Hérault, le tribunal administratif de Montpellier a suivi ce raisonnement.[399] L'élu demandait l'annulation du refus implicite du président de la communauté d'agglomération de Montpellier de procéder au remplacement d'une photographie de 4 mètres sur 3 d'Albert Camus, cigarette à la bouche, apposée sur le mur de la médiathèque. Les juges administratifs ont considéré qu'il ne résultait pas de l'instruction que « *la vocation de cette affiche est d'encourager délibérément ou de suggérer la consommation tabagique aux jeunes usagers de la médiathèque ou aux tiers passant à proximité ; qu'elle vise seulement à mettre un visage sur le nom de l'écrivain philosophe, sans faire toutefois mention d'une marque de tabac* ». Le tribunal relève ainsi que cette photographie « *ne saurait constituer par elle-même un acte de propagande ou de publicité, directe ou indirecte, en faveur du tabac ou des produits du tabac […]. La cigarette d'Albert Camus est associée à son image, celle-ci peut être exposée au public de façon durable, son objet n'étant pas de promouvoir le tabac* ».

---

[398] Circulaire du ministère du travail, de l'emploi et de la santé du 28 mars 2012 relative à la représentation d'œuvres artistiques et culturelles et d'images de fumeurs : « *Il ne ressort ni de l'esprit de la loi dite « Evin »[…], ni de l'application qui a pu en être faite dans la jurisprudence, ni des engagements internationaux de la France, qu'est interdite la représentation de personnages, historiques ou non, consommant un produit du tabac, surtout quand cela correspond à un trait de sa personnalité, dès lors que le but ou l'effet de cette communication n'est pas de nature publicitaire. La représentation d'éléments liés au tabac, ou de fumeurs, dans des œuvres artistiques et/ou des images historiques ou d'actualité n'est interdite qu'en cas de propagande, parrainage, publicité, directe ou indirecte, en faveur du tabac, c'est-à-dire dans le cadre d'une action utilisant des mots et images en vue de donner une représentation positive du tabac ou une image valorisante du fait de fumer.* »

[399] TA Montpellier, 6 avril 2012, n° 1002975.

3. Décisions relatives aux avertissements sanitaires et aux produits interdits

Jusqu'à la loi Veil du 9 juillet 1976, aucune disposition n'imposait l'inscription d'avertissements sanitaires sur les paquets de cigarettes. Introduite en 1976, cette obligation d'informer les consommateurs sur les dangers du tabac, par l'apposition d'un tel message, a été renforcée par la loi Evin en 1991. C'est l'article L. 3511-6 du Code de la santé publique qui énumère les mentions devant obligatoirement figurer sur « *toutes les unités de conditionnement du tabac et des produits du tabac ainsi que du papier à rouler les cigarettes* ». Les fabricants doivent notamment apposer « *un message général et un message spécifique de caractère sanitaire* ».

Le non-respect et le détournement de l'obligation de faire mention de ces avertissements sanitaires ont fait l'objet de plusieurs actions en justice dès les années 1990. Après plusieurs décisions contradictoires rendues par les juges du fond, la Cour de cassation a rendu un arrêt de principe aux termes duquel « *l'infraction* […] *est caractérisée par toute modification du texte de l'avertissement sanitaire* ».[400]

Une dizaine d'arrêts de la chambre criminelle de la Cour de cassation ont été rendus au cours de la période 2000-2006. Tous les fabricants de cigarettes ont ainsi été poursuivis et condamnés,[401] certains ayant parfois même récidivé après une première condamnation.[402] Les types de violations relevés sont notamment la mauvaise visibilité du message en raison de l'absence de fond contrastant, le caractère illisible du message en raison de l'utilisation de caractères non gras ou déformés, mais surtout l'atteinte à la légitimité du message en raison de l'ajout de la mention « selon la loi n° 91-32 ».

L'article L. 3511-2 du Code de la santé publique interdit quant à lui « *la fabrication, la vente, la distribution ou l'offre à titre gratuit* [de produits du tabac] *destinés à un usage oral, à l'exception de ceux qui sont*

---

[400] Cass. Crim., 15 février 2000, n° 98-87.282.

[401] V. notamment Cass. Crim., 15 février 2000, préc. (Rothmans) ; Cass. Crim., 15 février 2000, n° 98-86.820 (Seita) ; Cass. Crim, 15 février 2000, n° 99-81.168 (Philip Morris) ; 14 novembre 2000, n° 99-85.248 (Reynold's) ; 13 mai 2005, n° 02-84.028 (BAT).

[402] V. la reconnaissance de l'état de récidive légale de la société Philip Morris, caractérisée par le maintien de l'adjonction « selon la loi » et l'absence de fond contrastant sur certains paquets : Cass. Crim., 24 février 2004, préc. et 7 mars 2006, n° 05-82.482.

destinés à être fumés ou chiqués ». La vente, la distribution ou l'offre à titre gratuit de « *paquets de moins de vingt cigarettes et de paquets de plus de vingt qui ne sont pas composés d'un nombre de cigarettes multiple de cinq* » sont également prohibées.

La Cour d'appel de Paris, statuant en référé, a ainsi très récemment condamné la commercialisation d'emballages de cigarettes contenant chacun deux paquets de 10 cigarettes parfaitement distincts.[403] La Cour a relevé que « *par* [l'alinéa 2 de l'article L. 3511-2 du Code de la santé publique], *le législateur a entendu protéger la jeunesse de la consommation du tabac, à prix réduit, en interdisant la vente de paquets de moins de 20 cigarettes* […] *il est évident que le procédé […] d'un emballage unique de deux paquets de 10 cigarettes, permet* […] *de partager l'acquisition d'un seul paquet* […] *et de disposer chacun d'un paquet personnel fermé* […]. » La Cour a prononcé, sous astreinte, une injonction de cesser la distribution de ce produit.

L'article L. 3511-2 interdit également la vente, la distribution ou l'offre à titre gratuit de « *cigarettes aromatisées dont la teneur en ingrédients donnant une saveur sucrée ou acidulée dépasse les seuils fixés par décret* ».[404] En dépit du respect des seuils, la jurisprudence a également pu sanctionner la vente de tabac aromatisé en se plaçant sur le terrain de la publicité interdite. Dans une affaire concernant la vente de feuilles de papier-tabac à rouler aromatisé à la fraise, à la vanille ou encore au brandy, pina colada ou margarita, la Cour de cassation assimile ainsi les mentions « aromatisé fabriqué à partir des meilleurs tabacs spécialement sélectionnés », « arôme intense », « autres arômes disponibles » à la publicité interdite par l'article L. 3511-3 du Code de la santé publique.[405] Selon elle, « *ces indications, qui font référence à la qualité et au caractère gustatif du produit, vantent ses qualités intrinsèques et informent les consommateurs sur l'existence d'autres saveurs, ont pour effet d'assurer la promotion du produit* ». Il ne suffit donc pas que les fabricants respectent les seuils des ingrédients aromatisant le tabac, il faut en outre qu'ils ne fassent pas mention de ces arômes dans des termes qui vantent, directement ou indirectement, leurs qualités.

---

[403] CA Paris, Pôle 1, chambre 2, 1er février 2012.
[404] Le décret du 30 décembre 2009 fixe ainsi cette teneur : Vanilline : 0,05% de la masse de tabacs ; Ethylvanilline : 0,05% de la masse de tabacs ; Edulcorant appliqué sur la manchette de la cigarette : seuil de détection analytique.
[405] Cass. Crim., 15 juin 2011, préc.

4. Décisions relatives à l'interdiction de la vente aux mineurs

L'interdiction relative aux mineurs figurant à l'article L. 3511-2-1 du Code de la santé publique a été étendue de 16 à 18 ans par la loi portant réforme de l'hôpital adoptée le 21 juillet 2009.

Sont ainsi prohibées la vente ou l'offre gratuite des produits du tabac ou des ingrédients, dans tous les débits de tabac et tous commerces ou lieux publics. L'article D. 3511-15 impose en outre une obligation d'apposer à la vue du public une affichette rappelant cette interdiction, dans les lieux où ces produits sont vendus. L'article R. 3512-3 prévoit enfin la possibilité pour la personne chargée de la vente d'exiger une pièce d'identité ou tout autre document officiel en cas de doute sur l'âge de l'acheteur. Toute vente à un mineur peut être sanctionnée par une amende prévue pour les contraventions de 4e classe, la personne chargée de la vente ne pouvant s'exonérer de sa responsabilité qu'en rapportant la preuve qu'elle a été « *induite en erreur sur l'âge du mineur* ».[406]

En septembre 2011, le CNCT a publié une étude sur l'évaluation de cette interdiction, fondée sur une enquête auprès de 430 bureaux de tabac et un sondage auprès d'un échantillon de 600 adolescents. Elle révèle notamment que 60% des mineurs de l'échantillon déclaraient ne pas avoir essuyé de refus de vente.

L'association a également saisi la justice afin de faire condamner un buraliste parisien, par ailleurs président de la Fédération des buralistes d'Ile de France, pour vente de produits du tabac aux mineurs. Reconnu coupable, en première instance, de cinq ventes illégales à des mineurs, réalisées sous contrôle d'huissier, [407] celui-ci a fait appel du jugement. La Cour d'appel de Paris a quant à elle identifié six infractions concernant des mineurs âgés de 11 à 15 ans, confirmant ainsi la culpabilité du buraliste[408] qui a, par la suite, décidé de ne pas se pourvoir en cassation.

Sur la possibilité de s'exonérer de sa responsabilité en rapportant la preuve d'avoir été induit en erreur sur l'âge du mineur, le buraliste affirmait que « *les plus grandes réserves doivent être admises sur l'apparence des adolescents qui pouvait induire […] en erreur sur leur âge* » et relevait que l'huissier faisait état dans ses constations « *de la présence d'une personne adulte qui accompagnait le mineur […], ce qui*

---

[406] Article R.3512-3 du Code de la santé publique.
[407] Juridiction de proximité de Paris, 23 juin 2010.
[408] CA Paris, Pôle 4, chambre 10, 9 septembre 2011.

ne peut donc exclure une confusion puisque, si les mineurs étaient accompagnés d'un adulte […], l'achat a pu être fait pour la consommation de celui-ci ». La Cour d'appel souligne à l'inverse que « *dans cette hypothèse même, au regard de la rédaction du texte applicable (L. 3512-3), l'infraction serait également constituée* ».

Dans une décision rendue à Limoges en octobre 2011,[409] le juge de proximité a reconnu la culpabilité d'un buraliste ayant vendu des cigarettes à une mineure. Aucune peine n'a toutefois été prononcée à son encontre. La juridiction relève une « *erreur par l'aspect physique* », même si « *certes, il aurait pu en cas de doute […] lui demander une pièce d'identité* ». Le CNCT a fait appel de cette curieuse décision.

CONCLUSION :

La jurisprudence joue un rôle majeur dans l'application des dispositions relatives à la lutte contre le tabagisme. Les points suivants ressortent de l'analyse des décisions :

1. Le contentieux est, pour l'essentiel, initié par les associations anti-tabac qui pallient ainsi la faible implication du Ministère public dans les procès relatifs au tabac ;

2. Les sanctions prononcées, en particulier les dommages-intérêts, semblent peu dissuasives au regard des bénéfices engendrés par la violation de la loi, notamment en matière de publicité ;

3. Les décisions des différentes juridictions, au premier rang desquels la Cour de cassation, permettent de préciser la portée de nombreuses dispositions, dévoilant et sanctionnant de ce fait les stratégies de contournement de l'industrie du tabac, essentiellement en matière de publicité et d'avertissements sanitaires ;

4. Des décisions récentes font apparaitre les difficultés d'application des exceptions à l'interdiction de fumer dans les lieux couverts et clos (terrasses extérieures et fumoirs), difficultés pouvant en outre donner

---

[409] Juridiction de proximité de Limoges, 7 octobre 2011.

lieu à de nouveaux litiges, notamment au regard de l'interdiction de fumer sur les lieux de travail ;

5. Les tribunaux ne peuvent jouer qu'un rôle de second plan -après les autorités de contrôle compétentes- pour sanctionner les nombreuses violations constatées en pratique par les associations dans les domaines de l'interdiction de la vente aux mineurs et de la publicité sur les lieux de vente.

III- Eléments de droit comparé

1. La législation australienne sur les paquets neutres (Plain packaging)

Le Parlement australien a adopté à la fin de l'année 2011 une loi imposant, dès le mois de décembre 2012, des paquets de tabac uniformes et neutres. L'objectif du Tobacco Plain Packaging Bill 2011[410] figure clairement en sous-titre: « *A Bill for an Act to discourage the use of tobacco products* ». L'Australie est ainsi le premier pays au monde à donner suite à une directive d'application de la Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la santé pour la lutte antitabac (CCLAT) prescrivant des emballages uniformes et neutres pour tous les produits du tabac.

En application de la loi australienne, les avertissements sanitaires illustrés seront considérablement agrandis et les logotypes et images de marque des fabricants ne pourront plus figurer sur les emballages. Seuls le nom du produit et de la marque seront indiqués sur un fond vert olive, dans des caractères de dimension, de style et de couleur uniformes.

Différentes actions ont été intentées suite à la promulgation de la loi.

Au mois d'avril dernier, British American Tobacco, Philip Morris, Imperial and Japan Tobacco International ont contesté, devant la Cour suprême australienne, la constitutionnalité de la loi au motif que celle-ci les priverait sans contrepartie de leurs droits de propriété intellectuelle. Les fabricants invoquent ainsi les dispositions de la section 51(31) de la Constitution australienne, aux termes desquelles une expropriation par

[410] http://www.comlaw.gov.au/Details/C2011B00128

l'Etat doit donner lieu à une compensation.[411] L'Etat estime à l'inverse que la loi sur les paquets neutres ne prive pas les fabricants de leurs droits de propriété intellectuelle mais apporte simplement une limite supplémentaire à leur usage. Dans une décision rendue le 15 août 2012, la Haute Cour de Sydney a rejeté la requête des fabricants, estimant que la nouvelle loi n'est pas contraire à la Constitution.[412] Cet arrêt n'est susceptible d'aucun recours.

Une procédure d'arbitrage est également en cours dans le cadre d'un accord bilatéral pour la promotion et la protection des investissements, conclu entre l'Australie et Hong-Kong en 1993.[413] Cet accord prévoit une compensation financière pour les investisseurs en cas d'expropriation par le pays d'accueil. Philip Morris Asia Ltd (PMA) a fait valoir cet accord contre le gouvernement australien au mois de juillet 2011.[414] PMA est en effet l'actionnaire unique de Philip Morris Australie et estime que la législation sur les paquets neutres constitue une expropriation indirecte de ses investissements en Australie, en raison notamment de son impact négatif sur la valeur de ses marques. Par le passé, des tribunaux arbitraux ont déjà eu à examiner des situations dans lesquelles des mesures affectant des investisseurs étrangers avait été adoptées en vue de la protection d'un intérêt légitime, notamment de santé publique. Dès lors que ces mesures ne sont pas discriminatoires, ils ont pu considérer qu'il n'y avait pas expropriation et partant, qu'aucune prétention relative à une compensation ne pouvait être ordonnée.[415]

Enfin, initiée par l'Ukraine (mars 2012), le Honduras (avril 2012) et la République Dominicaine (juillet 2012), une procédure est pendante devant l'Organisation mondiale du commerce. Ces pays exportateurs de tabac affirment que la législation sur les paquets neutres est incompatible

---

[411] "*the acquisition of property on just terms from any State or person for any purpose in respect of which the Parliament has power to make laws*".
[412] www.hcourt.gov.au
[413] www.legislation.gov.hk/IPPAAustraliae.PDF
[414] www.dfat.gov.au/foi/downloads/dfat-foi-11-20550.pdf
[415] V. notamment Methanex Corporation v United States, Final Award on Jurisdiction and Merits, Ad hoc - UNCITRAL Arbitration Rules, 2005, IV, D, n° 7: "*as a matter of general international law, a non-discriminatory regulation for a public purpose, which is enacted in accordance with due process and, which affects, inter alios, a foreign investor or investment is not deemed expropriatory and compensable unless specific commitments had been given by the regulating government to the then putative foreign investor contemplating investment that the government would refrain from such regulation*."

notamment avec l'accord de l'OMC sur la propriété intellectuelle[416] et qu'elle porte atteinte à l'usage des marques. L'article 20 de l'accord prévoit en effet que l'usage d'une marque au cours d'opérations commerciales ne doit pas être entravé de manière injustifiable par des prescriptions spéciales, telles que l'usage simultané d'une autre marque, l'usage sous une forme spéciale, ou l'usage d'une manière qui nuise à sa capacité de distinguer les produits ou les services d'une entreprise de ceux d'autres entreprises. Cette disposition devra toutefois être mise en balance avec l'article 20, paragraphe b, du GATT, relatif aux exceptions générales, qui prévoit que les états membres peuvent justifier des mesures incompatibles avec les règles de l'OMC si ces mesures sont nécessaires à la protection de la santé et de la vie des personnes.

2. Les nouveaux avertissements sanitaires aux USA

La loi de contrôle du tabac du 22 juin 2009[417] comporte une série de dispositions relatives aux avertissements sanitaires (*health labels*) dont l'application a été suspendue.

Les sections 201 et suivantes de la loi introduisent en effet de nouveaux modèles d'avertissements, auxquels doivent être ajoutées des photos (avertissements graphiques) illustrant les méfaits du tabac -poumons malades ou dents abimées notamment- et couvrant 50 % de la surface total des paquets de cigarettes ou 20 % de la surface totale des publicités pour ces produits. La législation sur les avertissements sanitaires n'avait pas été modifiée depuis 25 ans et ces mesures devaient entrer en vigueur au mois de septembre 2012.

Invoquant une violation de la liberté d'expression garantie par le premier amendement de la Constitution américaine, quatre fabricants de tabac ont saisi la justice en référé pour obtenir la suspension de la mesure relative aux avertissements graphiques. La suspension a été ordonnée le 7 novembre 2011 par un juge de la Cour de district de Columbia, au motif que les cigarettiers avaient de bonnes chances de prouver que cette obligation était inconstitutionnelle, ces photos choquantes pouvant notamment être perçues comme des publicités pour la campagne anti-tabac organisée par le gouvernement.

---

[416] ADPIC (Accord relatif aux aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce).
[417] Family smocking prevention and Tobacco control Act, 2009.

La décision sur le fond a été rendue le 29 février 2012.[418] Le juge de la Cour de district de Columbia a estimé que la nouvelle obligation constituait une violation de la liberté d'expression, le gouvernement américain n'ayant pas rapporté la preuve de l'existence d'un intérêt public suffisamment important pour justifier une telle entrave à cette liberté. Il n'a pas non plus rapporté la preuve que la disposition prévoyant l'ajout de nouveaux avertissements graphiques sur les paquets de cigarettes a été rédigée de façon suffisamment précise pour que l'obligation des industriels du tabac de publier un tel message soit conforme à la Constitution. Le juge a en effet relevé que si l'on peut admettre que le public soit averti des dangers du tabac, on ne peut pas admettre qu'un message lui recommande indirectement de ne pas acheter un produit légal.

Le 24 août 2012, la Cour fédérale d'appel de Washington s'est prononcée sur appel du gouvernement américain. A deux voix contre une, les juges ont estimé que les photos litigieuses allaient au-delà des informations à donner aux consommateurs, celles-ci tentant de faite naître des émotions de nature à les intimider et à les inciter à arrêter de fumer. La Cour souligne en outre que si le gouvernement peut décider d'informer les consommateurs sur les dangers du tabac, la question de la possibilité d'obliger les industriels à aller au-delà d'une simple information factuelle au détriment de leurs propres intérêts économiques se pose en l'espèce. La Cour relève également que la FDA n'a pas rapporté la preuve que l'apposition de telles photos sur les paquets de cigarettes conduirait à une baisse du nombre de fumeurs.

Dans une décision du 19 mars 2012, la Cour fédérale d'appel de Cincinnati avait, à l'inverse, reconnu la constitutionnalité des nouveaux avertissements graphiques.

La Cour Suprême des Etats-Unis devra très certainement se prononcer sur ce point, en raison notamment de ces deux décisions contradictoires.

3. L'action du gouvernement québécois contre les fabricants de tabac

Le 18 juin 2009, l'Assemblée nationale de la Province canadienne du Québec a adopté à l'unanimité la Loi sur le recouvrement du coût des

[418] J. Reynolds Tobacco Co et al v. FDA, U.S. District Court for the District of Columbia, No. 11-1482.

soins de santé et des dommages-intérêts liés au tabac. Aux termes de son article premier, cette loi vise « *vise à établir des règles particulières adaptées au recouvrement du coût des soins de santé liés au tabac attribuable à la faute d'un ou de plusieurs fabricants de produits du tabac […]. Elle vise également à rendre certaines de ces règles applicables au recouvrement de dommages-intérêts pour la réparation d'un préjudice attribuable à la faute d'un ou de plusieurs de ces fabricants* ». Ce droit au recouvrement n'appartient qu'au gouvernement de la province.

Cette loi fait l'objet d'une contestation constitutionnelle de la part des fabricants canadiens de tabac ; le litige est pendant devant la Cour Suprême du Canada. La loi québécoise s'inspire toutefois de celle qui est en vigueur dans la Province de la Colombie-Britannique depuis 2000. Contestée à l'époque par l'industrie du tabac, elle a donné lieu à une décision de la Cour Suprême du Canada le 29 septembre 2005.[419] Concluant à sa constitutionnalité, les juges ont souligné que la loi ne pouvait être invalidée pour cause d'extraterritorialité, qu'elle ne violait pas l'indépendance des tribunaux et que les fabricants poursuivis auraient droit à un procès équitable au civil, rejetant ainsi les principaux arguments de l'industrie du tabac.

Aux termes de la loi québécoise, seul le gouvernement dispose du droit de recouvrer le coût des soins de santé liés au tabac auprès des fabricants de produits du tabac. En outre, ce droit existe « *même s'il y a eu recouvrement, par des bénéficiaires de soins de santé ou d'autres personnes, de dommages-intérêts pour la réparation d'un préjudice causé ou occasionné par la faute d'un fabricant de produits du tabac* ». Le gouvernement peut agir sur une base collective, c'est-à-dire pour recouvrer le coût afférent à l'ensemble des bénéficiaires de soins de santé résultant de l'exposition à une ou plusieurs catégories de produits du tabac. Il peut aussi agir sur une base individuelle, c'est-à-dire pour recouvrer la partie de ce coût afférente à certains bénéficiaires déterminés de ces soins de santé.

Quant à la preuve du dommage, la loi exonère le gouvernement de l'obligation de produire des dossiers et documents médicaux concernant des bénéficiaires de soins de santé en particulier, protégeant ainsi l'anonymat des victimes de maladies dues au tabagisme. Elle dispose aussi que lorsque le gouvernement agit sur une base collective, des renseignements statistiques ou tirés d'études épidémiologiques,

---

[419] Colombie-Britannique c. Imperial Tobacco Canada Ltée, [2005] 2 R.C.S. 473, 2005 CSC 49.

sociologiques ou autres peuvent servir à établir la preuve du lien de causalité entre la faute ou le manquement d'un fabricant de tabac et le coût des soins de santé à recouvrer, ou du lien de causalité entre l'exposition à un produit du tabac et la maladie ou la détérioration de l'état de santé des bénéficiaires de soins.

Prenant appui sur cette loi, le gouvernement du Québec a initié une requête en recouvrement le 8 juin 2012.[420] Cette action est dirigée contre tous les fabricants de produits du tabac qui ont été membres, à un moment ou à un autre, de l'un de ces quatre grands groupes internationaux : British American Tobacco, Rothmans, Philip Morris et R.J. Reynolds.

Le gouvernement leur demande 60 milliards de dollars, un montant représentant les dépenses assumées depuis l'instauration du régime québécois d'assurance maladie en 1970, ainsi que les dépenses prévues jusqu'en 2030. Ce montant comprend le coût des soins de santé prodigués aux fumeurs, d'une part, et le coût des programmes associés à la lutte contre le tabagisme du ministère de la santé et des services sociaux, d'autre part.

Il est reproché aux fabricants de produits du tabac de ne pas avoir informé les consommateurs de la dangerosité de leurs produits et de les avoir induits en erreur en commettant les fautes suivantes :

- « *Malgré leurs propres recherches qui démontraient la nocivité des produits de tabac et la dépendance qu'ils créent, les fabricants de tabac n'ont pas averti les consommateurs que le tabac cause ou contribue à causer des maladies graves, tels le cancer du poumon, l'emphysème et les maladies cardiaques ;* »
- « *Contrairement à ce qu'ils ont toujours soutenu, les fabricants ont conçu leur publicité pour cibler les enfants et les adolescents, faisant en sorte de rendre la consommation de tabac plus attrayante, et ainsi assurer le renouvellement de leur clientèle ; »*
- « *Les fabricants ont également laissé croire aux fumeurs que les cigarettes avec filtre et les cigarettes « légères » étaient moins nocives pour la santé, alors qu'ils savaient que ce n'était pas le cas ;* »
- « *De plus, les fabricants ont conspiré ou agi de manière concertée pour nier ou minimiser les effets nocifs du tabac et*

[420] V. le texte intégral de la requête sur :
www.justice.gouv.qc.ca/francais/ministere/dossiers/tabac/tabac.htm

> *entretenir une fausse controverse scientifique, induisant ainsi les consommateurs en erreur, dans le but d'assurer la survie de leur industrie au Québec.* »

La Colombie-Britannique, le Nouveau-Brunswick, l'Ontario, Terre-Neuve-et-Labrador, l'Alberta et la Saskatchewan ont également entamé des poursuites pour le recouvrement des soins de santé, et toutes les provinces ont adopté une loi pour encadrer de telles requêtes.

Annexe n°8 : Sondage d'opinion (IFOP): Les Français, l'impact du tabac sur la santé et les mesures publiques s'y rapportant

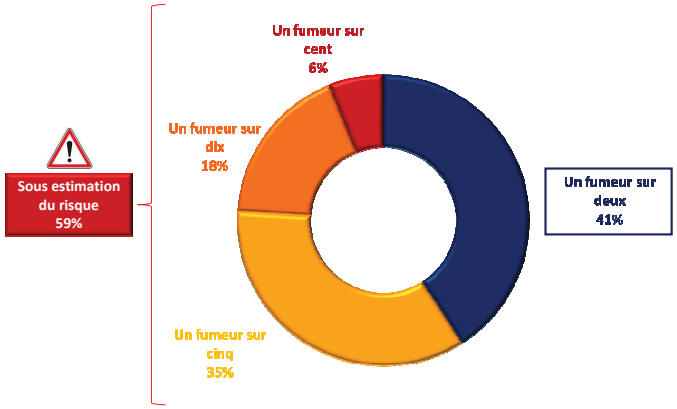
Note méthodologique

Etude réalisée pour :	**Assemblée Nationale**
Echantillons :	Echantillon de **1004** personnes, représentatif de la population française âgée de 15 à 60 ans. La représentativité de l'échantillon a été assurée par la méthode des quotas (sexe, âge, profession de l'interviewé) après stratification par région et catégorie d'agglomération.
Mode de recueil :	Les interviews ont eu lieu par téléphone.
Dates de terrain :	Du 25 au 27 juin 2012

La perception et la connaissance des risques liés au tabagisme

La proportion de décès de fumeurs directement causés par le tabac

Question : Selon vous, en France, le risque pour un fumeur de mourir d'une maladie (cancer, maladie cardio-vasculaire,) directement causée par le tabac concerne... ?



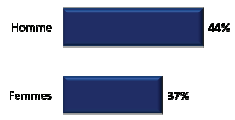
6

La proportion de décès de fumeurs directement causés par le tabac

- Détail par sous-catégories -

Question : *Selon vous, en France, le risque pour un fumeur de mourir d'une maladie (cancer, maladie cardio-vasculaire,) directement causée par le tabac concerne... ?*

Selon le sexe (score : « un fumeur sur deux »)



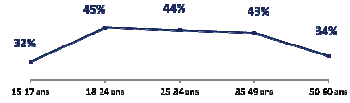
Selon le rapport au tabac

	Un fumeur sur deux	Un fumeur sur cinq	Un fumeur sur dix	Un fumeur sur cent
ENSEMBLE	41	35	18	6
Fumeur	38	31	21	10
+ 20 cigarettes	*30*	*29*	*14*	*27*
Entre 10 et 20 cigarettes	*39*	*27*	*25*	*9*
- de 10 cigarettes	*39*	*37*	*18*	*6*
Ancien fumeur	36	40	20	4
Non-fumeur	45	35	16	4

Selon la CSP (score : « un fumeur sur deux »)



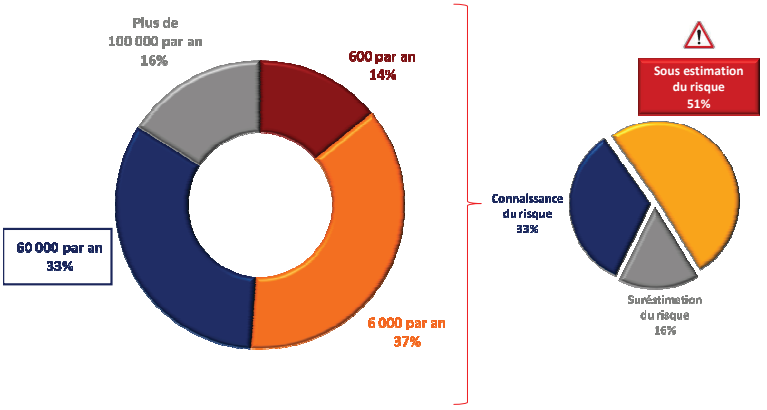
Selon l'âge (score : « un fumeur sur deux »)



7

Le nombre annuel de décès imputable à une consommation régulière de tabac

Question : Selon vous, le nombre annuel de décès directement imputables au fait de fumer régulièrement est, en France, de l'ordre de ... ?

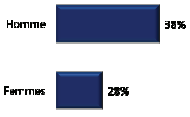


8

Le nombre annuel de décès imputable à une consommation régulière de tabac - *Détail par sous-catégories* -

Question : Selon vous, le nombre annuel de décès directement imputables au fait de fumer régulièrement est, en France, de l'ordre de ... ?

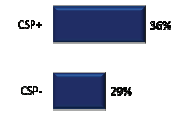
Selon le sexe (score: « 60 000 par an »)



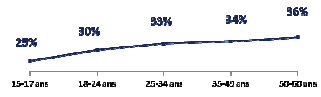
Selon le rapport au tabac

	600 par an	6 000 par an	60 000 par an	Plus de 100 000 par an	Nsp
ENSEMBLE	14	37	33	16	-
Fumeur	15	37	32	16	-
+ 20 cigarettes	*18*	*26*	*37*	*15*	*4*
Entre 10 et 20 cigarettes	*15*	*35*	*34*	*16*	-
- de 10 cigarettes	*15*	*42*	*29*	*14*	-
Ancien fumeur	14	38	33	15	-
Non-fumeur	12	37	34	17	-

Selon la CSP (score: « 60 000 par an »)



Selon l'âge (score: « 60 000 par an »)

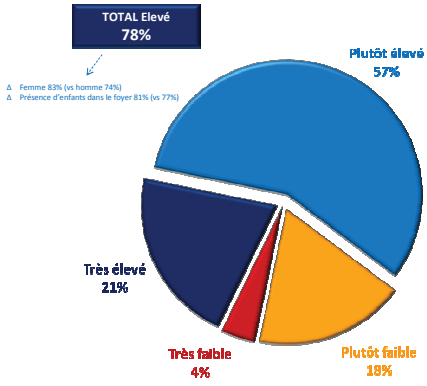


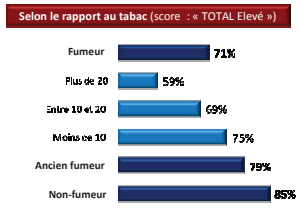
9

La perception du risque lié au tabagisme passif

ASSEMBLÉE NATIONALE

Question : *Diriez-vous que, pour un non-fumeur exposé régulièrement à la fumée de tabac dans son environnement familial, son lieu de travail, ou des lieux publics, le risque de contracter à terme une maladie grave est ... ?*

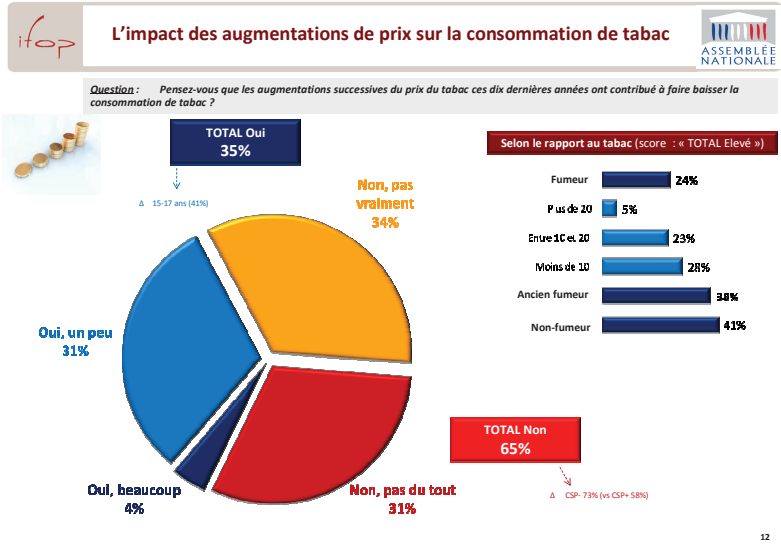


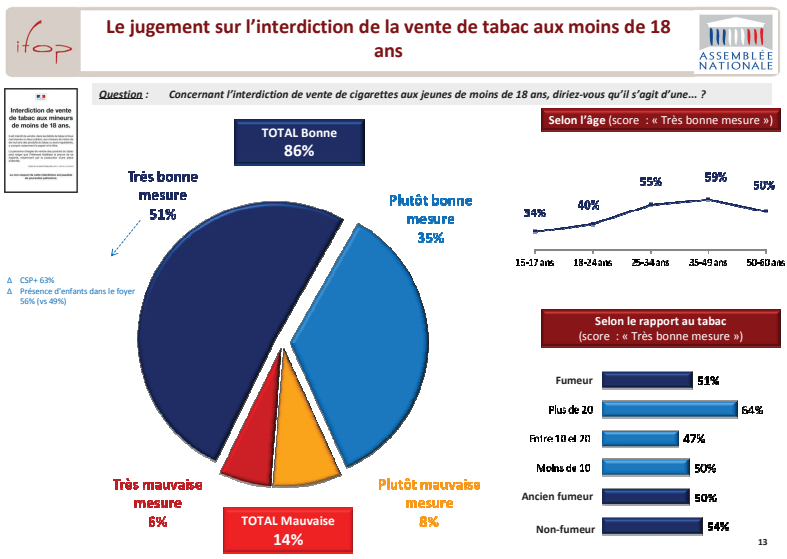


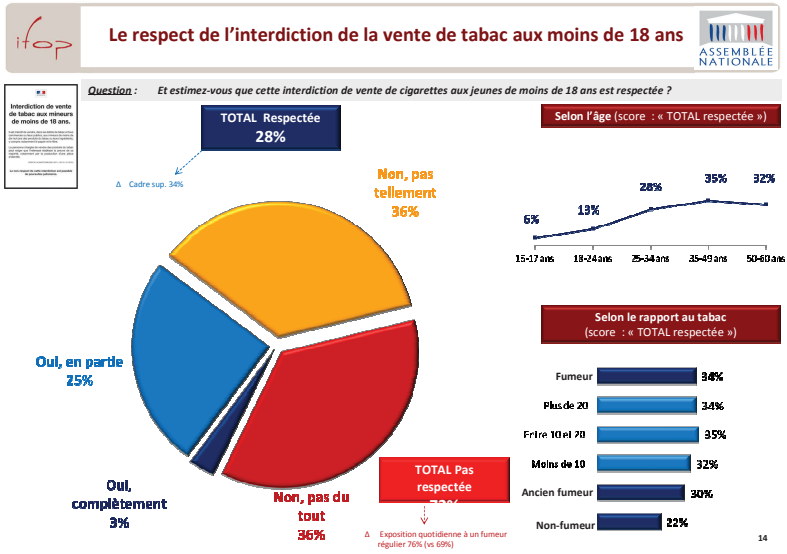
Δ Exposition quotidienne à un fumeur régulier 25% (vs 19%)

TOTAL Faible
22%

10


L'impact des augmentations de prix sur la consommation de tabac
ASSEMBLÉE NATIONALE
Question : Pensez-vous que les augmentations successives du prix du tabac ces dix dernières années ont contribué à faire baisser la consommation de tabac ?
TOTAL Oui 35%
Δ 15-17 ans (41%)
Non, pas vraiment 34%
Oui, un peu 31%
Oui, beaucoup 4%
Non, pas du tout 31%
TOTAL Non 65%
Δ CSP- 73% (vs CSP+ 58%)
Selon le rapport au tabac (score : « TOTAL Elevé »)
Fumeur 24%
Plus de 20 5%
Entre 10 et 20 23%
Moins de 10 28%
Ancien fumeur 38%
Non-fumeur 41%
12


Le jugement sur l'interdiction de la vente de tabac aux moins de 18 ans
ASSEMBLÉE NATIONALE
Interdiction de vente de tabac aux mineurs de moins de 18 ans.
Question : Concernant l'interdiction de vente de cigarettes aux jeunes de moins de 18 ans, diriez-vous qu'il s'agit d'une... ?
TOTAL Bonne 86%
Très bonne mesure 51%
Plutôt bonne mesure 35%
Δ CSP+ 63%
Δ Présence d'enfants dans le foyer 56% (vs 49%)
Très mauvaise mesure 6%
Plutôt mauvaise mesure 8%
TOTAL Mauvaise 14%
Selon l'âge (score : « Très bonne mesure »)
34%
40%
55%
59%
50%
15-17 ans
18-24 ans
25-34 ans
35-49 ans
50-60 ans
Selon le rapport au tabac (score : « Très bonne mesure »)
Fumeur 51%
Plus de 20 64%
Entre 10 et 20 47%
Moins de 10 50%
Ancien fumeur 50%
Non-fumeur 54%
13


Le respect de l'interdiction de la vente de tabac aux moins de 18 ans
ASSEMBLÉE NATIONALE
Interdiction de vente de tabac aux mineurs de moins de 18 ans.
Question : Et estimez-vous que cette interdiction de vente de cigarettes aux jeunes de moins de 18 ans est respectée ?
TOTAL Respectée 28%
Δ Cadre sup. 34%
Non, pas tellement 36%
Oui, en partie 25%
Oui, complètement 3%
Non, pas du tout 36%
TOTAL Pas respectée
Δ Exposition quotidienne à un fumeur régulier 76% (vs 69%)
Selon l'âge (score : « TOTAL respectée »)
6%
13%
28%
35%
32%
15-17 ans
18-24 ans
25-34 ans
35-49 ans
50-60 ans
Selon le rapport au tabac (score : « TOTAL respectée »)
Fumeur 34%
Plus de 20 34%
Entre 10 et 20 35%
Moins de 10 32%
Ancien fumeur 30%
Non-fumeur 22%
14

Le jugement sur l'interdiction de fumer sur le lieu de travail

ASSEMBLÉE NATIONALE

Question : *Concernant l'interdiction de fumer sur le lieu de travail, diriez-vous qu'il s'agit d'une... ?*



TOTAL Bonne 88%

Très bonne mesure 58%

Plutôt bonne mesure 30%

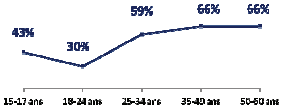
Très mauvaise mesure 5%

Plutôt mauvaise mesure 7%

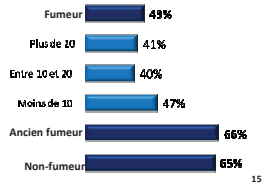
TOTAL Mauvaise 12%

- Femme 63% (vs homme 54%)
- Cadre sup. 85% (vs ouvrier 45%)
- Présence d'enfants dans le foyer 62% (vs 56%)
- Pas d'exposition quotidienne à un fumeur régulier 68% (vs 48%)

Selon l'âge (score : « Très bonne mesure »)



Selon le rapport au tabac (score : « Très bonne mesure »)



15

Le respect de l'interdiction de fumer sur le lieu de travail

ASSEMBLÉE NATIONALE

Question : *Et estimez-vous que cette interdiction de fumer sur le lieu de travail est respectée ?*



TOTAL Respectée 83%

Oui, en partie 49%

Oui, complètement 34%

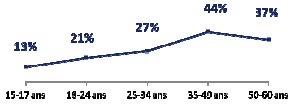
Non, pas du tout 5%

Non, pas tellement 12%

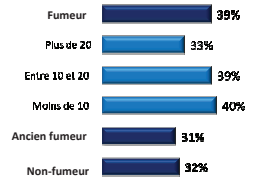
TOTAL Pas respectée

- Femme 37% (vs homme 31%)
- Cadre sup. 47% (vs artisan commerçant 19%, ouvrier 32%)
- Pas d'exposition quotidienne à un fumeur régulier 38% (vs 28%)

Selon l'âge (score : « Complètement respectée »)



Selon le rapport au tabac (score : « Complètement respectée »)



16

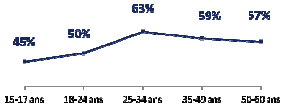
Le jugement sur l'interdiction de fumer dans les cafés, bars et restaurants

Question : *Concernant l'interdiction de fumer dans les cafés, bars et restaurants, diriez-vous qu'il s'agit d'une... ?*

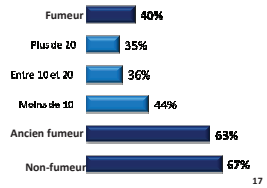


Δ Femme 61% (vs homme 53%)
Δ Cadre sup. 74% (vs CSP- 56%)
Δ Pas d'exposition quotidienne à un fumeur régulier 63% (vs 51%)

Selon l'âge (score : « Très bonne mesure »)



Selon le rapport au tabac (score : « Très bonne mesure »)



17

Le respect de l'interdiction de fumer dans les cafés, bars et restaurants

Question : Et estimez-vous que cette interdiction de fumer dans les cafés, bars et restaurants est respectée ?



TOTAL Respectée 91%

Oui, complètement 39%

Δ Ouvrier 47%

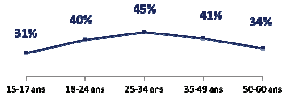
Oui, en partie 52%

Non, pas du tout 2%

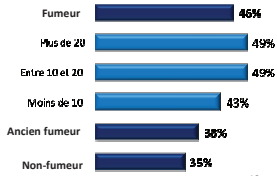
Non, pas tellement 7%

TOTAL Pas respectée 9%

Selon l'âge
(score : « Complètement respectée »)



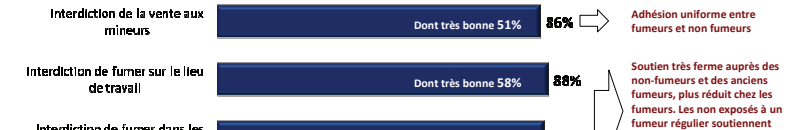
Selon le rapport au tabac
(score : « Complètement respectée »)



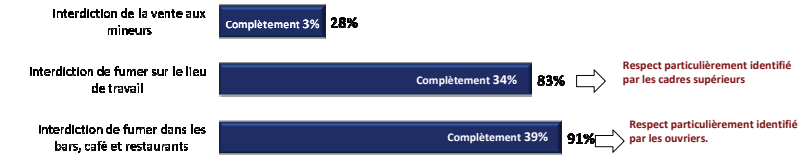
18

Le comparatif des différentes mesures

Jugement sur l'interdiction
(Total bonne mesure)



Jugement sur le respect de l'interdiction
(Total respecté)

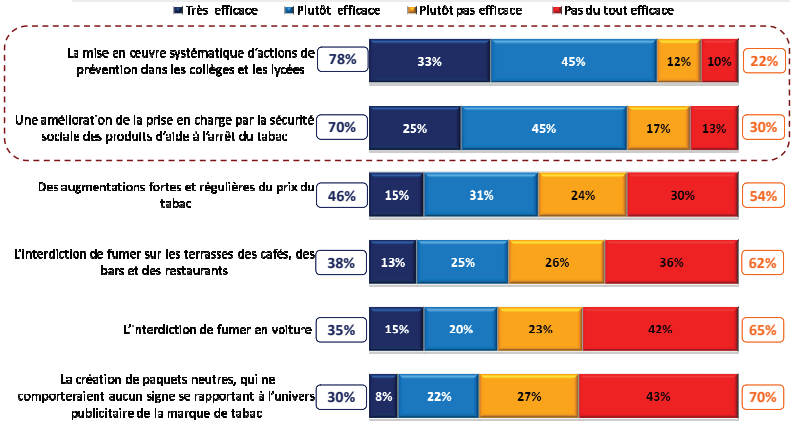


Points communs entre les trois mesures :
Adhésion élevée, accrue chez les CSP+ et minorée auprès des moins de 25 ans
Respect considéré comme moindre par les moins de 25 ans (en particulier les 15-17 ans) et les non fumeurs

19

L'efficacité perçue de différentes mesures pour limiter la consommation de tabac

Question : A l'avenir, pour limiter la consommation de tabac, diriez-vous de chacune des mesures suivantes qu'elle serait très efficace, plutôt efficace, plutôt pas efficace ou pas efficace du tout ?

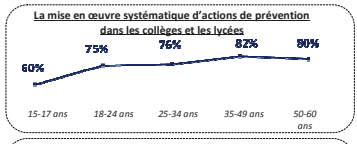


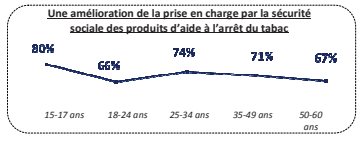
20

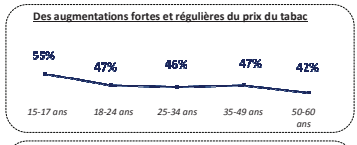
L'efficacité perçue de différentes mesures pour limiter la consommation de tabac – *Détail par sous-catégories -*

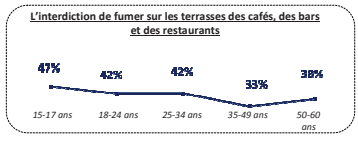
Question : A l'avenir, pour limiter la consommation de tabac, diriez-vous de chacune des mesures suivantes qu'elle serait très efficace, plutôt efficace, plutôt pas efficace ou pas efficace du tout ?

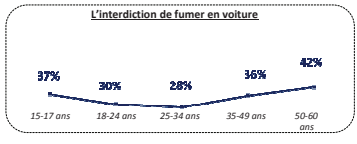
Selon l'âge (score : TOTAL « Efficace »)

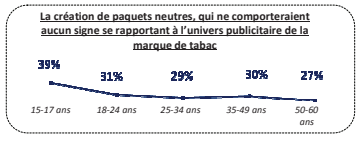










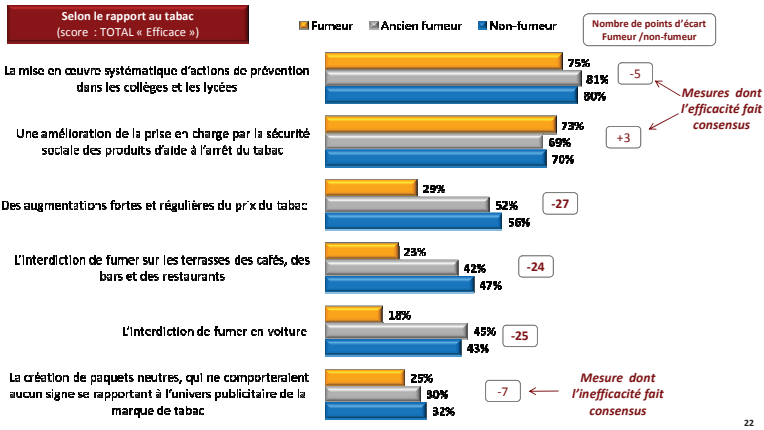


21

L'efficacité perçue de différentes mesures pour limiter la consommation de tabac – *Détail par sous-catégories -*

ASSEMBLÉE NATIONALE

Question : *A l'avenir, pour limiter la consommation de tabac, diriez-vous de chacune des mesures suivantes qu'elle serait très efficace, plutôt efficace, plutôt pas efficace ou pas efficace du tout ?*

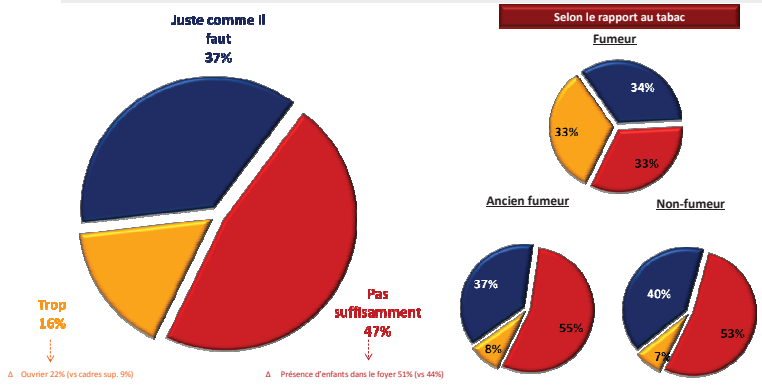


22

L'implication des pouvoirs publics dans la lutte contre la tabagisme

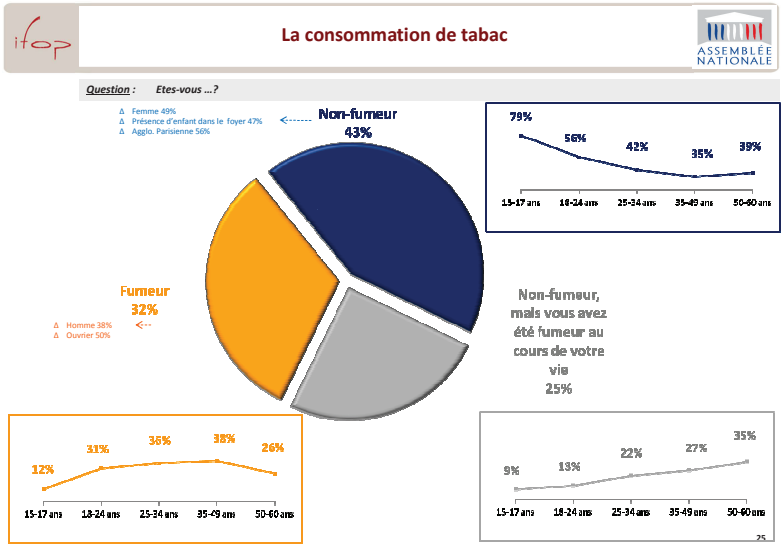
ASSEMBLÉE NATIONALE

Question : *En ce qui concerne la lutte contre le tabagisme, diriez-vous que les pouvoirs publics en font trop, pas suffisamment ou juste comme il faut ?*



23

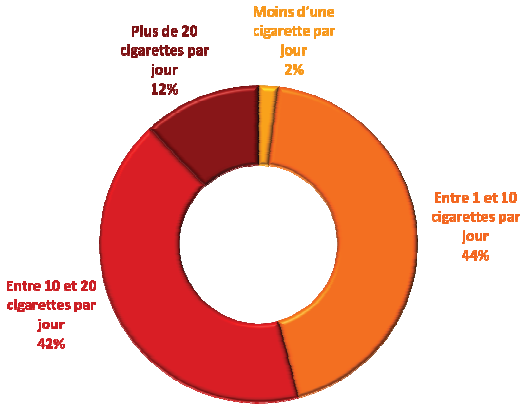
La consommation de tabac et l'exposition au tabagisme



Le nombre de cigarettes fumées quotidiennement

Question : *En moyenne, combien de cigarettes fumez-vous quotidiennement ?*

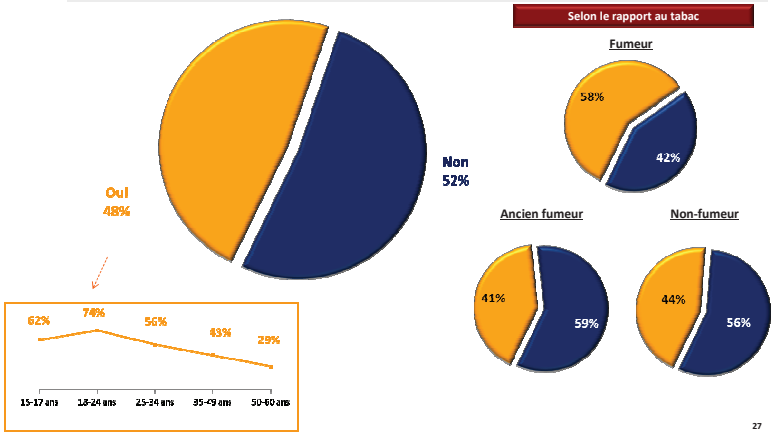
Base : posée uniquement aux fumeurs soit 32% de l'échantillon



26

L'exposition quotidienne à un fumeur régulier

Question : *Et dans votre environnement quotidien, c'est-à-dire chez vous ou sur votre lieu de travail, êtes-vous exposé à la fumée de cigarette d'au moins un fumeur consommant plus d'une cigarette par jour ?*



27

Les principaux enseignements

Les principaux enseignements

UNE PERCEPTION DES RISQUES ALEATOIRE ET INVERSEMMENT PROPORTIONNELLE A SON PROPRE DEGRE DE CONSOMMATION OU D'EXPOSITION

Le niveau de connaissance des risques précis et quantifiés liés à la consommation de tabac présente une marge de progression très importante auprès des Français âgés de 15-60 ans. Cette méconnaissance se traduit par un phénomène de sous-estimation du risque de maladie mortelle et du nombre de décès qui en découlent :

✓Seuls 41% des 15-60 ans évaluent à juste titre qu'un fumeur sur deux mourra d'une maladie directement liée à son addiction. En creux, près de 6 Français sur 10 âgés de 15 à 60 ans sous estiment donc ce risque.

✓En toute logique, lorsqu'il s'agit de quantifier le nombre annuel de décès causés par une consommation régulière de tabac, seul un tiers des personnes interrogées cite la bonne réponse (60 000 par an) tandis que 51% sous-évaluent ce nombre (600 par an : 14% et 6000 par an : 37%) et que 16% le surestiment (100 000 par an).

Cependant, ce constat d'ensemble recouvre des réalités variées, ce qui laisse entrevoir la nécessité d'une communication ciblée :

–**La méconnaissance s'avère d'autant plus importante que l'on est fumeur** (et a fortiori gros fumeur) comme si la consommation de tabac conduisait à une négation du risque : seules 30% des personnes consommant un paquet par jour et plus savent qu'ils ont une « chance » sur deux de mourir d'une maladie causée par le tabagisme (contre 45% chez les non-fumeurs).

–Les CSP-, qui présentent un taux de fumeurs élevé (1 ouvrier sur 2 fume) constituent logiquement une catégorie auprès de laquelle la sensibilisation par les chiffres a moins fonctionné jusqu'ici. Toutefois, quel que soit le sujet d'étude, les CSP- se caractérisent traditionnellement par un niveau d'information plus faible que la moyenne.

–**Auprès des femmes**, pourtant moins fumeuses que les hommes, **la connaissance des risques est elle aussi plus faible de même qu'auprès des 15-17 ans**. Ceci étant, pour ce qui de la proportion de décès de fumeurs directement causés par le tabac, la faiblesse du niveau de connaissance des 50-60 ans est elle aussi patente.

En ce qui concerne le tabagisme passif en tant que facteur de développement de maladies graves, le risque est davantage perçu : **78% des Français le qualifie d'élevé** (dont 21% comme « très élevé »). Toutefois, cette meilleure identification des risques liés au tabagisme passif tient sans doute pour partie dans le fait que la question ne contenait pas de données chiffrées objectives.

29

Les principaux enseignements

Comme observé précédemment, **les fumeurs tendent à minorer ce risque** (71% contre 85% chez les non-fumeurs). En revanche, alors même qu'elles peinaient à quantifier l'ampleur des décès de fumeurs, les femmes (83%) se montrent mieux informées que les hommes (74%) en matière de dangerosité du tabagisme passif, de même que les personnes dont le foyer compte des enfants de moins de 15 ans (81%). Une nouvelle fois, les plus exposés ignorent (ou occultent) plus fréquemment les risques qu'ils encourent puisque **les personnes évoluant quotidiennement au côté d'un ou plusieurs fumeurs réguliers (75%) identifient plus faiblement que les autres les conséquences de cette exposition sur leur santé.**

LES AUGMENTATIONS DE PRIX : UNE STRATEGIE JUGEE PEU EFFICACE

Plus de six Français sur 10 (65%) considèrent que les augmentations de prix n'ont pas contribué à faire baisser la consommation de tabac et près d'un tiers dénonce même la complète inefficacité de cette stratégie. Au regard des jugements plus critiques des fumeurs (76% et 96% chez ceux fumant quotidiennement un paquet ou plus), il est permis de postuler que **l'évaluation de l'efficacité se fait en partie à l'aune de l'adhésion personnelle**. En dépit d'un clivage persistant selon la consommation de tabac, **la pertinence de la mesure ne demeure reconnue que par une minorité des non-fumeurs**, pourtant plus favorables aux différentes mesures testées ultérieurement : ils ne sont que 41% à juger que cela a eu un impact (contre 24% chez les fumeurs et 35% en moyenne).

Chez les 15-17 ans (41%), l'efficacité de la mesure apparaît davantage reconnue, mesure qui revêt sans doute effectivement un caractère plus dissuasif auprès de cette cible en raison de leur absence de revenus. A contrario, 73% des CSP- s'accordent pour considérer que les augmentations de prix n'ont pas eu d'impact sur la consommation, et ce alors même que leur pouvoir d'achat moindre devraient renforcer la portée effective de cette auprès de cette catégorie. Cela peut s'expliquer par l'imbrication entre efficacité perçue et adhésion évoquée précédemment : d'une part, les CSP- sont davantage fumeurs que la moyenne et, d'autre part, les augmentations de prix les pénalisent plus que les catégories supérieures, dont le pouvoir d'achat est plus élevé. Implicitement, le caractère inéquitable de la mesure, voire les soupçons d'instrumentalisation d'un enjeu de santé publique au profit d'une augmentation des recettes fiscales, sont sans doute présents à l'esprit d'une partie des Français, en particulier des fumeurs.

Nouveau témoin du faible niveau de consensus dont fait l'objet le levier prix, l'hypothèse d'augmentations fortes et régulières dans l'avenir n'est jugée efficace que par 46% des Français.

30

Les principaux enseignements

UN SOUTIEN FERME EN FAVEUR D'INTERDICTIONS CIBLEES

A l'inverse des augmentations de prix dont l'efficacité (voire le principe) sont largement discutés, la logique de l'interdiction ciblée trouve un soutien large et ferme dans l'opinion, qu'il s'agisse de l'interdiction de la vente aux mineurs, de la consommation sur le lieu de travail ou dans les cafés, bars et restaurants : systématiquement plus de 8 Français sur 10 les considèrent comme étant de bonnes mesures (et plus d'un sur deux comme de « très bonnes mesures ») :

✓**L'interdiction de la vente aux mineurs suscite une adhésion massive** (86% dont 51% de « très bonne mesure »), et notamment chez les parents d'enfants de moins de 15 ans. Cette loi se distingue des interdictions ciblées de consommation par sa **capacité à dépasser le clivage fumeurs/non-fumeurs** : fumeur ou non, plus d'un interviewé sur deux considèrent qu'il s'agit d'une très bonne mesure. En revanche, les mineurs de 15 à 17 ans se montrent plus réservés (34% de « très bonne mesure ») ainsi que, dans une proportion moindre, les 18-24 ans (40%). Notons qu'en dépit de ces variations, l'adhésion demeure majoritaire quelle que soit la catégorie considérée, signe de l'acceptation généralisée de cette loi.

✓**Les interdictions de fumer sur le lieu de travail et dans les lieux de convivialité provoquent également un consensus fort pour ce qui est du jugement qualitatif dont elles font l'objet : 88% et 87% des Français estiment qu'il s'agit là de bonnes mesures.** Ces jugements se caractérisent en outre par leur fermeté, eu égard à la part majoritaire des interviewés allant jusqu'à les considérer comme de « très bonnes mesures » (58% et 57%). Ces deux axes de renforcement de la loi Evin s'avèrent particulièrement bien accueillis par les femmes, les cadres supérieurs (soit les catégories les plus sensibilisées aux risques) ainsi que par les personnes n'étant pas exposées quotidiennement à un fumeur régulier. Deux autres clivages sont à souligner : en premier lieu celui lié à la variable d'âge, qui conduit les moins de 25 ans à faire preuve d'une adhésion moindre, et celui inhérent à la consommation de tabac : de fait, contrairement à l'interdiction de la vente aux mineurs, les fumeurs se distinguent des non-fumeurs par un soutien nettement plus faible à l'égard de ces deux mesures, plus coercitives pour eux.

En ce qui concerne l'adhésion à ces différentes mesures, notons au passage que les anciens fumeurs tendent à se comporter comme les non-fumeurs.

31

Les principaux enseignements

DES MESURES CONSENSUELLES MAIS DONT L'APPLICATION N'EST QUE PARTIELLEMENT PERCUE

En parallèle de ce soutien large et uniforme quelle que soit la mesure considérée, des efforts semblent attendus en matière d'application effective, en particulier auprès des non-fumeurs et des moins de 25 ans, qui se montrent systématiquement plus enclins à les considérer comme peu ou pas appliquées:

✓**Pour ce qui est de l'interdiction de la vente aux mineurs, un large constat d'échec se fait jour**, 72% des interviewés estiment que cette mesure n'est pas tellement ou pas du tout appliquée, ce que confirme d'ailleurs à la quasi-unanimité les 15-17 ans (94%).

✓En ce qui concerne les interdictions de fumer sur le lieu de travail et dans les cafés, bars et restaurants, la perception de leur respect est nettement plus répandue (respectivement 83% et 91% des Français considèrent qu'elles sont complètement ou en partie respectées). Toutefois, **la systématicité de leur application fait fréquemment défaut** puisque seuls 34% et 39% des personnes interrogées les perçoivent comme complètement respectées.

Cette application plus ou moins aléatoire de la loi est d'autant plus dommageable que **les attentes des Français sont importantes en matière de lutte contre le tabagisme : 47% d'entre eux déplorent une action insuffisante des pouvoirs publics en la matière** (53% pour les non-fumeurs et tout de même 33% des fumeurs). Une application plus stricte de l'arsenal législatif existant, et en particulier l'interdiction de la vente aux mineurs, serait ainsi certainement accueillie très favorablement par l'opinion.

LA PREVENTION ET L'ACCOMPAGNEMENT LARGEMENT PRIVILEGIES PAR RAPPORT AUX MESURES COERCITIVES

Dans la hiérarchie des mesures de lutte contre le tabagisme jugées les plus efficaces, **s'imposent nettement la mise en œuvre systématique d'actions de prévention dans les collèges et les lycées** (78% mais « seulement » 60% auprès des 15-17 ans, premiers concernés) **ainsi que l'amélioration de la prise en charge par la sécurité sociale des produits d'aide à l'arrêt du tabac** (70% et jusqu'à 80% chez les 15-17 ans, les plus sensibles au levier prix). En outre, quel que soit le rapport au tabac, l'efficacité de ces mesures fait consensus. Prévention et accompagnement devancent ainsi, du point de vue de l'efficacité perçue, les augmentations de prix (46% en moyenne et 55% chez les 15-17 ans), l'interdiction de fumer en terrasse (38%) ou en voiture (35%). Ces différentes interdictions suscitent des réserves encore plus franches chez les fumeurs, sans doute de par l'imbrication efficacité perçue / adhésion. Enfin, la faible efficacité attribuée à la création de paquets neutres, (30% de jugements favorables) confère à la législation sur les packagings un caractère tout à fait secondaire en termes d'attentes publiques, et ce, tant auprès des fumeurs que des non-fumeurs.

32

Annexe n° 9 – Résumé de la revue de la littérature sur l'évaluation des politiques de santé dans le domaine du tabagisme (Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé)[421]

1 Introduction

Les interventions auprès des collégiens et lycéens visant à les prévenir des méfaits et du caractère addictif du tabac parviennent-elles à dissuader un nombre important de futurs fumeurs potentiels de commencer une carrière de fumeur ?

Les hausses de prix dues aux taxes sur les cigarettes dissuadent-elles les consommateurs potentiels de commencer à fumer, poussent-elles les fumeurs à cesser, ou bien à réduire leur consommation journalière ?

Les traitements et interventions pour aider les fumeurs à arrêter de fumer sont-ils efficaces et, si oui, à quel horizon temporel (les fumeurs sevrés rechutent-ils après quelque temps) ?

En vue de contribuer à répondre à ces questions, ce document analyse des revues systématiques portant sur les effets de politiques ou d'interventions visant à prévenir l'initiation tabagique, à aider les fumeurs à arrêter ou à réduire leur consommation.

Une revue systématique de la littérature vise à décrire une population à partir d'études publiées précédemment sur un thème donné; certaines revues sont « narratives » (elles décrivent les études publiées et la distribution de leurs résultats, suggérant des corrélations entre ces résultats et certaines caractéristiques des études, comme leur méthode ou leurs date et lieu de réalisation), d'autres sont « quantitatives » (on parle alors de méta-analyses). Ces dernières, auxquelles priorité est donnée ici, permettent de résumer toute l'information fournie par une série d'études au moyen de grandeurs statistiques comme la moyenne (que dit l'étude moyenne de l'effet de telle intervention), la variance (avec quelle

[421] Ce document constitue un résumé de la revue des revues de la littérature réalisée pour l'IRDES par le Professeur Michel Grignon (Centre for Health Economics and Policy Analysis, McMaster University et IRDES), et Jennifer Reddock (McMaster University).

précision l'étude moyenne conclue-t-elle) et les corrélations statistiques entre résultat et caractéristiques des études (quels sont les facteurs déterminants l'observation d'un résultat par une étude).

Toutes les revues systématiques ont pour objet de recueillir le plus d'études possibles et leur qualité se mesure à la minimisation des biais de sélection des études. Notons également qu'une revue permet de se faire une idée de l'effet d'une intervention en moyenne, mais pas de conclure à l'efficacité de l'intervention quel que soit son contexte. Comme il convient à la prudence scientifique, une intervention ne parvenant pas à établir son efficacité dans une revue systématique est sans doute une intervention peu efficace. En revanche, une intervention efficace en moyenne ne le sera pas dans tous les contextes et il convient alors d'étudier plus précisément les éléments de contexte permettant d'expliquer le succès de l'intervention, ce qui est le seul résultat d'intérêt pour le décideur en dernier ressort. Pour résumer, une revue systématique est un outil de sélection, permettant de se concentrer sur les interventions ou politiques les plus prometteuses et de ne pas « gaspiller » des ressources pour tenter de mettre en place des interventions ou des politiques n'ayant pu faire leur preuve.

Un total de 64 revues a été identifié dans la base « Health System Evidence » (HSE)[422], comportant les mots "smoking", "tobacco" ou « cigarette » dans leur titre ou résumé (abstract). Six analyses économiques (coût efficacité, coût utilité, ou coûts évités) ont été ajoutées, elles aussi tirées de la base HSE, et une méta-analyse de la littérature économique (publiée il y a plus de dix ans, mais toujours utile). Enfin, une littérature importante pour le sujet (bien que modeste en nombre de publications), mais n'ayant pas encore fait l'objet d'une analyse systématique, portant sur les effets des taxes et des prix sur l'initiation et l'arrêt du tabagisme, a également été analysée.

Il convient de signaler tout d'abord que très peu d'études repérées dans les revues systématiques d'interventions ou de politiques portent sur la France. Toutes les revues ne donnent pas explicitement la distribution des pays dans lesquels les études sont menées, mais celles qui fournissent

[422] Health Systems Evidence est un répertoire mis à jour continuellement qui recense des synthèses de connaissances issues de la recherche sur les aspects de gouvernance, financiers et relatifs à la prestation de services, ainsi que la mise en œuvre de stratégies qui peuvent soutenir le changement dans les systèmes de santé. Au fil du temps, Health Systems Evidence disposera également d'un répertoire mis à jour continuellement qui recensera des évaluations économiques dans ces mêmes domaines, des descriptions de réformes de systèmes de santé et des descriptions de systèmes de santé.

cette information (et qui représentent une large majorité des études) permettent de conclure que les résultats d'études françaises sont rarement pris en compte. Cela tient en premier lieu au fait qu'il y a moins d'études menées en France (l'évaluation des politiques publiques y est moins courante qu'aux Etats-Unis ou au Royaume-Uni), mais aussi au fait que certaines études menées en France sont publiées en français et ont donc peu de chances d'être incluses dans les revues systématiques. Il est impossible de déterminer le rôle de ce biais de sélection lié à la langue. En l'état actuel des connaissances, la revue des revues proposée ici ne donnera que peu de « recettes clé en main » de politiques de lutte contre le tabagisme. Renforçant le point exprimé ci-dessus, cette revue de revues permettra cependant de « trier » en éliminant les interventions peu prometteuses d'après la revue d'études internationales et de suggérer une revue de littérature plus pointue portant sur des interventions menées en France ou dans des contextes suffisamment proches. Cet exercice de revue de revues vise ainsi avant tout à délimiter le champ de ce qui semble pouvoir fonctionner.

2 Méthode

La revue de revues visant à répondre à la question : « Quel est l'effet de l'intervention comparé au statu quo ? », pour plusieurs types d'intervention a été élaborée en utilisant la base HSE Une revue des évaluations économiques menées sur les interventions liées au tabagisme y a été adjointe. Les évaluations économiques reposent sur des études particulières et ajoutent une évaluation des coûts par unité de résultat (Cost-effectiveness Analysis) ou par unité de santé (Quality Adjusted Life Yearsou QALY, on parle alors de Cost-Utility Analysis), voire par unité de bien-être (Cost-Benefit Analysis). Ces études particulières sont intéressantes car elles permettent de connaître « le prix à payer » pour obtenir des résultats en matière de lutte contre le tabagisme. Seules les évaluations effectuées sur des pays comparables à la France ont été retenues.

Le corpus, basé sur une recherche par mots clé, comprend 64 revues et six évaluations économiques. A partir des revues sélectionnées, les éléments suivants ont été retenus :

Estimation de l'effet de l'intervention (pour chaque type d'intervention)

2. Estimation de la variance

3. Calcul, pour les revues les plus intéressantes, de l'effet absolu de l'intervention par rapport à l'état de référence (ou base) le plus fréquent

4. Aspects méthodologiques de la revue : critères et bases de recherche, études exclues, biais, analyse de sensibilité.

5. Commentaires méthodologiques éventuels.

3 Résultats

3.1 Méta-analyses

En matière de prévention de l'initiation tabagique, une méta-analyse consacrée à l'effet des interventions visant à prévenir cette initiation (« commencer à fumer régulièrement ») chez les jeunes a été identifiée. Une revue des interventions dites « communautaires » fondée sur 25 études menées dans quatre pays (aucune en France) trouve un effet significatif mais faible sur le comportement tabagique auto-déclaré (réponses à la question : « Etes-vous un fumeur régulier ? ») : l'intervention moyenne réduit la proportion de fumeurs sur la semaine ou le mois précédent l'enquête entre 3 % et 17 %. Il est intéressant de noter que des études trouvant un effet plus important souffrent de biais méthodologiques importants et, pour cette raison, n'ont pas été incluses par les auteurs de la revue.

La très grande majorité des méta-analyses portent sur l'arrêt du tabac. 22 ont été identifiées, dont quatre portant sur la question de l'efficacité des consultations d'aide au sevrage en général (et en fonction de l'identité professionnelle du consultant: médecin, infirmière, psychologue, etc.) et 18 portant sur la question plus spécifique des outils employés (thérapies à base de substituts nicotiniques -TSN-, entretiens motivationnels, consultations par téléphone, interventions comportementalistes).

Pour ce qui est de l'efficacité des interventions en fonction de l'identité professionnelle du consultant, les quatre revues portent sur des comparaisons entre l'intervention (consultation) et pas d'intervention du tout, et non sur des comparaisons directes entre types de consultations. Toutes concluent à une efficacité importante.

Une revue montre que toute intervention, quel que soit le type de professionnel, augmente le succès d'arrêter le tabac[423] à six mois ou plus[424] de 75 % ; si le professionnel est un médecin, l'augmentation est comprise entre 66 % et 84 % et s'il s'agit d'une infirmière, l'augmentation est de 30 %.

Une des revues compare des études portant sur l'intervention de différents professionnels et ajoute la dimension « combinaison avec les substituts nicotiniques ». Les études sur l'intervention par consultation simple (sans substitut) ne constatent aucune différence significative entre professionnels (l'effet est le même, autour de +80 %, qu'il s'agisse d'un médecin, d'une infirmière ou d'un(e) psychologue). En revanche, il existe de fortes différences d'efficacité quand ces professionnels recourent aux substituts en plus de leur consultation : les consultations des psychologues et des conseillers professionnels (« counselors ») deviennent beaucoup plus efficaces quand elles sont combinées aux substituts (l'effet est alors de +300 % comparé à l'absence d'intervention), tandis que les consultations des médecins et infirmières restent au même niveau d'efficacité (voire même diminuent entre +10 % et +50 % comparées à l'absence d'intervention). La conclusion principale de cette revue est donc que le meilleur moyen d'obtenir un effet sur l'arrêt du tabagisme est de combiner une consultation par un psychologue ou un « conseiller » avec des substituts nicotiniques[425].

D'autres études comparent l'efficacité des interventions en fonction des outils utilisés. Les interventions utilisant internet ou des téléphones portables sont toutes efficaces ou très efficaces, même à horizon lointain (plus d'un an). Les ratios de succès, comparés à l'absence d'intervention, sont compris entre +20 % et +118 %. Une étude trouve que la proportion d'arrêts à un an augmente de près de 50 %. Une méta-analyse de 88 interventions assistées par ordinateur sur l'arrêt du tabac, la nutrition, l'exercice physique et le dépistage par mammographie montre un effet statistiquement et cliniquement fort de ces interventions, avec cependant une diminution progressive de l'effet dans le temps après

---

[423] Défini comme le fait d'avoir arrêté et de ne pas avoir repris six mois après l'intervention.

[424] Il est intéressant de constater que les deux revues fournissant des résultats à six et douze mois trouvent un effet à six mois mais pas d'effet à douze mois. Dans ce résumé, nous ne présentons pas les résultats d'études à moins de six mois sauf exception.

[425] Ces résultats sont difficilement extrapolables à la France dans la mesure où les psychologues ne peuvent pas prescrire de TSN et les « conseillers » n'ont pas d'équivalent dans le système de santé.

la fin de l'intervention. Les interventions qui s'adaptent au fur et à mesure résistent mieux que celles « calibrées » une fois pour toutes. Enfin, mettre en place une intervention assistée par ordinateur visant plusieurs (jusqu'à trois) comportements simultanément ne diminue pas l'impact comparé aux interventions de même type ciblant un seul comportement.

Les entretiens « motivationnels » sont faiblement efficaces (+30 % comparés à l'absence d'intervention), mais il y a des différences très importantes en fonction de l'identité professionnelle du consultant conduisant l'entretien, de 30 % pour un conseiller professionnel à +350 % pour un professionnel de santé, médecin ou infirmière. La méta-analyse trouve également un effet « dose-réponse » portant sur la durée de l'entretien, avec un seuil à 20 minutes (les entretiens durant plus de 20 minutes sont plus efficaces). Trois revues portent sur les interventions comportementalistes en population générale.

En définitive, l'intervention la plus efficace semble être de former les professionnels de santé à des interventions visant à l'arrêt du tabac. Les professionnels qui savent prescrire une date d'arrêt augmentent la probabilité d'arrêt de 1 400 % sur la base de trois études. Une revue suggère que, plutôt que la formation en tant que telle, ce qui compte est de bien programmer la date d'arrêt ; les interventions complètes, associant plusieurs outils (interroger, conseiller, évaluer, aider par des substituts, et fixer une date d'arrêt) augmentent le succès de l'arrêt de 219 % (par rapport à l'absence d'intervention). La décomposition par outils de l'intervention place en premier, en termes d'efficacité, la fixation d'une date d'arrêt avec le patient et la prescription de substituts nicotiniques.

Enfin, l'auto-assistance (« *self-help* »), les incitatifs financiers ou basés sur la fierté et le conseil par téléphone ont un effet modeste et souvent passager (à six mois, mais pas à un an).

Une méta-analyse de neuf études (la plus récente est de 2003) de l'effet des aides financières à l'achat des TSN trouve un ratio moyen compris entre 1.17 et 1.88 et montre aussi qu'une prise en charge partielle n'atteint que 40 % de l'effet de la prise en charge à 100 %. Le coût par arrêt est compris entre 592 et 1 817 €.

Au total, former les professionnels ou cibler certains éléments clés d'une consultation, comme la fixation d'une date d'arrêt avec le patient, demander aux professionnels de santé de conduire des entretiens motivationnels ou à des psychologues et conseillers de prescrire des substituts et rembourser intégralement ces substituts semblent être les approches les plus prometteuses. Les interventions par téléphone portable ou internet semblent également efficaces.

3.2 Méta-analyses économiques

En utilisant la base de données spécialisée EconLit, deux méta-analyses ont été identifiées, dont celle menée par Gallet et List, parue en 2003, qui analyse 86 études parues avant 2002 et menées par des économistes sur l'élasticité de la demande de cigarettes ou de tabac aux prix, au revenu, et à la publicité[426].

Les 86 études revues par Gallet et List produisent 523 élasticités-prix, 375 élasticités-revenus et 137 élasticités à la dépense de publicité. La variable sur laquelle s'exercent les prix, le revenu ou la publicité est toujours la quantité de cigarettes fumées par une population (le plus souvent par tête). La moyenne est de -0,48 pour le prix, +0,42 pour le revenu.

La méta-régression montre que la quantité de cigarettes est plus sensible au prix sur le long terme que sur le court terme, quand elle est mesurée sur données individuelles et chez les adolescents. L'élasticité-prix semble robuste aux raffinements méthodologiques employés par les économistes. On peut donc raisonnablement tabler sur le fait qu'une hausse de 1 % du prix final (soit, en France, une augmentation de la taxe de 1,25 %, si les producteurs répercutent intégralement la hausse de taxe dans leurs prix) diminuera la consommation de cigarettes d'au moins 0,5 %, peut-être plus parmi les adolescents. Le problème avec ce résultat est évidemment qu'il ne dit pas si la diminution portera plus sur une baisse à la marge de la consommation journalière des fumeurs ou sur un arrêt total et définitif de 0,5 % du stock de fumeurs (ce qui représenterait potentiellement 40 000 vies sauvées). Il est également important de noter que la hausse de taxe doit être suffisamment forte pour compenser l'effet des hausses de revenu.

Une revue narrative menée plus récemment compare les effets des prix sur plusieurs populations jugées à « haut risque » comme les jeunes (moins de 18 ans), les jeunes adultes (18-24 ans), les personnes socialement défavorisées, les patients avec double diagnostic (fumeurs et ayant des problèmes de santé mentale, ou fumeurs ayant d'autres troubles de l'addiction), les gros fumeurs (consommation élevée et depuis longtemps), et les populations aborigènes. Les études sur des données

[426] La seconde confirme le résultat de Gallet et List selon lequel la publicité n'a quasiment pas d'impact sur la consommation.

agrégées relèvent un effet important des taxes sur les jeunes et les jeunes adultes, mais les études sur les données individuelles sont plus nombreuses à ne pas trouver d'effet du prix sur l'initiation ou le sevrage des jeunes. Les individus défavorisés semblent plus sensibles aux prix que les autres.

Élasticité de l'initiation au prix

Ces études portent sur des données individuelles mesurant l'impact des taxes ou du prix sur ce que les économistes appellent la « participation tabagique » (le fait d'être un fumeur régulier).

S'agissant de la sensibilité de l'initiation tabagique au prix en vigueur au moment de cette décision, une première génération d'études constatait que les adolescents ou les jeunes adultes étaient encore plus sensibles aux prix que les adultes ou la moyenne de la population, ce qui semblait pouvoir en outre s'expliquer car : 1) le revenu des adolescents ou jeunes adultes est plus faible et ils sont donc plus sensibles à une hausse de prix, et 2) les adolescents sont encore des fumeurs débutants, donc non dépendants, ou des non-fumeurs qui hésitent à commencer et pour lesquels les variations de prix ont plus d'impact que pour des fumeurs endurcis. Certaines études, cependant, trouvaient que ce résultat général sur les adolescents recouvrait en fait deux types d'effet très différents : un effet quasi-nul sur les plus jeunes (moins de 16 ans) et un effet fort après 16 ans (Glied, 2002). L'interprétation de ce résultat repose sur le fait que les plus jeunes n'achètent pas leurs cigarettes avec leur propre budget (ils utilisent de l'argent de poche dont le montant peut être augmenté ou bien ils font prendre en charge d'autres éléments de leur budget par leurs parents, ou encore ils se font donner les cigarettes qu'ils fument) et que, en outre, ils ont du mal à prendre en compte l'effet à long terme du prix. À partir des années 2000, De Cicca et d'autres auteurs ont remis en cause les résultats concluant à un effet prix important sur le tabagisme adolescent de manière plus radicale : selon eux, la corrélation mesurée sur les études anciennes résultait simplement de l'omission d'une tierce variable, l'attitude vis-à-vis du tabac dans l'Etat ou la région augmentant les taxes.

Élasticités du sevrage au prix

Les quelques études portant sur des données individuelles rétrospectives (reliant la réponse à la question : « si vous êtes ancien fumeur, à quel âge avez-vous cessé de fumer ? » au prix en vigueur cette année-là et les années précédentes) de l'effet du prix sur la décision

d'arrêter de fumer trouvent en revanche des effets significatifs. Forster et Jones (2001), sur des données britanniques, évaluent une élasticité prix de +1,46 pour les femmes et +0,60 pour les hommes sur l'arrêt (définitif) corroborant Tauras et Chaloupka (1989) sur des données nord américaines (+1,19 pour les femmes et +1,12 pour les hommes). Selon ces deux études, augmenter le prix de 1 % augmenterait la proportion d'arrêt de plus de 1 %. Douglas (1998), sur des données nord américaines des années 80, Lopez-Nicolas (2002) sur données espagnoles des années 90 et Grignon (2009) sur données françaises (années 2000), trouvent une élasticité de -1 ou plus entre le prix et la durée dans le tabagisme (-1,0 aux US, -1,14 en Espagne, et -1,33 pour les femmes en France), la seule exception étant les hommes en France. Cela signifie qu'une augmentation de 1 % du prix diminue la durée moyenne dans le tabagisme de plus de 1 %.

3.3 Revues narratives

Seules les revues narratives portant sur des sujets non traités dans les méta-analyses sont mentionnées ici.

1. Une revue portant sur l'efficacité des prises de mesures d'effet biologique du tabagisme sur l'organisme montre qu'effectuer une mesure au spiromètre a un fort effet sur l'arrêt mais pas, en moyenne, le fait de mesurer le monoxyde de carbone expiré.

2. Une autre (reposant sur 19 études) montre que les politiques d'interdiction de fumer à la maison et/ou au travail (s'appliquant à toute la population dans une zone déterminée) ont un impact significatif sur le tabagisme passif des enfants.

3. Une revue Cochrane d'interventions d'arrêt du tabac montées par des groupes sportifs n'a pas réussi à identifier d'études avec un niveau de preuve suffisant et ne peut donc permettre de conclure.

3.4 Evaluations économiques

Deux études coût/efficacité (« *Cost-effectiveness »)* deux études coût/utilité (« *Cost-Utility »*) et deux études coût/bénéfice (« *Cost-Benefit »*) ont été identifiées.

1. Etudes coût/efficacité : la première montre qu'une intervention à l'école pour prévenir l'initiation par la pression des pairs coûte 1 936 € par fumeur évité (à deux ans après l'intervention auprès de 12-13 ans). La seconde montre qu'une intervention visant à l'arrêt du tabac en remboursant les substituts (bupropion) coûte 92 € par arrêt (à un

an) et une intervention combinant substituts et avis du médecin coûte 83 € par arrêt.

2. Etudes coût/utilité : la première mesure le coût à long terme pour la société, par « QALY », des substituts nicotiniques. Le coût de l'intervention est donc le coût du substitut plus le différentiel de coût pour le système de santé lié au fait que les ex-fumeurs vont vivre (et donc consommer des soins) plus longtemps que s'ils avaient continué à fumer. Au total, le coût par QALY est compris entre 4 500 et 7 500 € et jamais supérieur à 16 000 €, ce qui reste relativement faible (et donc coût efficace). La seconde mesure le coût par QALY de deux interventions en simulant un arrêt de long terme sur la base de résultats à quatre semaines d'observation : le substitut nicotinique coûte 5 496 € par QALY et la thérapie de groupe 6 745 €.

3. Etudes coût/bénéfice : la première mesure les économies réalisées par un hôpital en France qui aiderait les patients admis pour une prothèse de hanche ou de genou à arrêter de fumer avant l'opération et trouve un gain de 117 € par patient. La seconde mesure les économies pour la société américaine d'une campagne de prévention auprès des jeunes (marketing social), estimées à 1,9 Md$.

4 Conclusions

Les revues systématiques analysées permettent de conclure aux principaux résultats suivants :

1. L'aide par un professionnel (médecin ou infirmière, ou bien conseiller[427] ou psychologue) est toujours efficace : un fumeur recevant de l'aide et voulant arrêter aura 80 % de plus de chances que celui voulant arrêter sans aide.

2. Cependant, il est encore plus efficace de fournir des outils à ces professionnels pour les aider à aider les fumeurs à arrêter leur consommation. Notamment, un médecin prescrivant une date d'arrêt aura beaucoup plus d'impact qu'un médecin recommandant l'arrêt du tabac en termes génériques : la probabilité de succès augmente de 300 % environ comparée à l'absence d'intervention.

3. Les combinaisons les plus efficaces reposent sur :

[427] Voici un exemple concret de difficulté à transposer ces résultats positifs au contexte français, puisque la profession de conseiller (*counselor*) n'existe pas véritablement en France.

Des professionnels de santé formés et dotés d'outils d'aide à l'arrêt

Des psychologues ou des conseillers autorisés à prescrire des substituts nicotiniques.

4. Les interventions comportementalistes (thérapie de groupe) ont le même effet que l'aide individuelle par un professionnel.

5. Les interventions sur des patients hospitalisés ne sont pas plus efficaces que les interventions par un professionnel ambulatoire délivrant un conseil générique.

6. L'aide par téléphone (portable) ou par internet est potentiellement efficace, peut-être même légèrement plus que l'aide par un professionnel non formé, mais moins que l'aide par un professionnel formé ou prescrivant des substituts. Là encore, la forme prise par l'aide (fréquence des appels, ajustement dynamique et personnalisé de l'aide) détermine l'efficacité.

7. Toutes les formes d'aides au sevrage semblent très coût-efficaces : prendre en charge les substituts nicotiniques coûte entre 80 et 1 793 euros par arrêt. Les substituts nicotiniques coûtent autour de 5 000 euros en général par année de vie sauvée et jamais plus de 16 000. Enfin, une aide basée sur la thérapie de groupe coûte 6 745 € par année de vie sauvée.

8. Les hausses de prix ont un effet significatif sur la consommation totale (à condition d'être supérieures à l'augmentation des revenus moyens), mais ne semblent pas dissuader fortement l'initiation tabagique. En revanche, elles sont efficaces pour convaincre les fumeurs d'arrêter. On ne sait pas si elles sont efficaces pour convaincre les fumeurs les plus en danger (« gros fumeurs » depuis longtemps) de s'arrêter.

9. Les interventions communautaires pour dissuader les jeunes de commencer à fumer sont efficaces, et diminuent de 3 à 17 % en moyenne le pourcentage de fumeurs réguliers. Une intervention dans les écoles pour dissuader de commencer à fumer par la « pression des pairs » coûte 1 874 € par fumeur évité.

Principales références

[1] Becker Gary S., & Kevin M. Murphy (1988) "A theory of rational addiction" Journal of Political Economy 96: 675-700.

[2] Carpenter Christopher and Philip J Cook (2007) "Cigarette Taxes and Youth Smoking: New Evidence from National, State, and Local Youth Risk Behavior Surveys", NBER Working Papers 13048

[3] Cartwright, Nancy (2007) Hunting Causes and Using Them Cambridge U Press

[4] Chaloupka, Frank (2000) "Economics of smoking", in Culyer, A.J. and J.P. Newhouse (eds.) Handbook of Health Economics, volume 1, North Holland Elsevier

[5] Deaton, Angus (2010)"Instruments, Randomized Controlled Trials, and Learning about Development" Journal of Economic Literature 48 : 424-455

[6] DeCicca, Philip, Donald Kenkel, and A. Mathios (2002). "Putting Out the Fires : Will Higher Taxes Reduce the Onset of Youth Smoking? ," Journal of Political Economy, 110(1) : 144-169.

[7] DeCicca, Philip, Donald Kenkel, and A. Mathios (2005). "The fires are not out yet : Higher taxes and young adult smoking," in Substance Use : Individual Behaviour, Social Interactions, Markets and Politics, Advances in Health Economics and Health Services Research Volume 16, M. Grossman and B. Lindgren, Eds.

[8] DeCicca, Philip, Donald Kenkel, A. Mathios, Y. Shin, and J. Lim (2006) "Youth smoking, cigarette prices, and anti-smoking sentiment," NBER Working Paper 12458.

[9] Douglas, S. (1998) "The duration of the smoking habit" Economic Inquiry 36 : 49–64.

[10] Forster, M. & Andrew Jones (2001) "The role of tobacco taxes in starting and quitting smoking : duration analysis of British data" Journal of the Royal Statistical Society (Series A) 164(3) : 1–31.

[11] Gallet, Craig A. & John A. List (2003) "Cigarette demand : a meta-analysis of elasticities" Health Economics 12 : 821-35

[12] Glass, Gene V. (2000) "Meta-analysis at 25", www.gvglass.info/papers/meta25.html

[13] Glied, Sherry (2002) "Youth tobacco control : reconciling theory and empirical evidence" Journal of Health Economics 21 : 117–135

[14] Grignon, Michel & Bertrand Pierrard (2004) "Approches économiques du tabagisme" Médecine Sciences 20(8).

[15] Grignon, Michel (2009) "An empirical investigation of heterogeneity in time preferences and smoking behaviors", The Journal of Socio-Economics 38 : 739-51

[16] Grignon, Michel (2012) "Approches économiques de l'addiction tabagique", présentation au Groupe d'Échanges sur le Tabagisme, Paris, Mars.

[17] Hacking, Ian "Telepathy : Origins of Randomization in Experimental Design" Isis 79(3) A Special Issue on Artifact and Experiment 427-451.

[18] Higgins, Julian P.T., & Sally Green (2011) Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions, Updated version March, The Cochrane Collaboration.

[19] Lavis, John, Huw Davies, Andy Oxman, Jean-Louis Denis, Karen Golden-Biddle, & Ewan Ferlie (2009) "Toward systematic reviews that inform health care management and policy-making", Journal of Health Services Research & Policy Vol 10 Suppl 1 : 35–48

[20] Lavis, John, (2009) "How can we support the use of systematic reviews in policy making? " PLoS medicine, 6 (11) : 1–6.

[21] López Nicolás, A (2002) "How important are tobacco prices in the propensity to start and quit smoking? An analysis of smoking histories from the Spanish Health Survey" Health Economics 11 : 521–535.

[22] Nelson, Jon P. (2006) "Cigarette advertising regulation : A meta-analysis" International Review of Law and Economics, 26(2) : 195-226

[23] Orphanides, Anastasios, & David Zervos (1995) "Rational addiction with learning and regret" Journal of Political Economy 103(4) : 739–758.

[24] Petticrew, M. and Roberts, H., (2006) Systematic reviews in the social sciences : a practical guide Oxford : Blackwell Publishing.

[25] Schwartz Daniel, & Joseph Lellouch (1967) "Explanatory and pragmatic attitudes in therapeutical trials" Journal of Chronic Diseases 20 : 637-48. [Reprinted in J Clin Epidemiol 2009 ;62 :499-505.]

[26] Suranovic, S.M., Robert S. Goldfarb, & Thomas C. Leonard (1999) "An economic theory of cigarette addiction" Journal of Health Economics 18(1) : 1–30.

[27] Tauras, J., Chaloupka, F.J. (1999) "Determinants of Smoking Cessation : An Analysis of Young Adult men and Women" NBER Working Paper 7262.

[28] Zwarenstein, Merrick & Shaun Treweek (2009) "What Kind of Randomized Trials Do We Need? ", Canadian Medical Association Journal 180(10) : 998-1000

[29] White, Howard & Hugh Waddington (2012) "Why do we care about evidence synthesis? An introduction to the special issue on systematic reviews", Journal of Development Effectiveness, 4:3, 351-358

Annexe n° 10 – Tableau de synthèse de l'enquête DGDDI sur les politiques anti-tabac dans différents pays

Politiques de lutte contre le tabagisme : éléments de comparaison internationale disponibles sur les différents dispositifs mis en œuvre par les Etats européens par type d'action (augmentation des prix, interdiction de fumer dans les lieux publics, prix et fiscalité) et sur leurs résultats en termes de prévalence.

Augmentation des prix	
Allemagne	Dernières augmentations : 1er mai 2011 et 1er janvier 2012 Prochaines augmentations : 1er janvier 2013, 2014 et 2015 Augmentation chaque fois de 4, 8 centimes par cigarette (et de 12 à 14 centimes par 40 grammes de tabac à rouler, qui est en augmentation constante puisque plus attractif en termes de prix pour les fumeurs)
Belgique	La hausse des prix du tabac sera moins élevée en 2012 que celle de l'indice des prix. Le paquet de 19 cigarettes coute 0,1 centime de plus depuis février 2012, soit une hausse moins élevée que l'inflation.
Bulgarie	Evolution du tabac selon le plancher d'accises européen. Existence d'un phénomène de contrebande à l'import depuis quelques années
Espagne	En 2011, on a assisté à une guerre des prix entre les fabricants, profitant de l'augmentation de la fiscalité pour augmenter leurs marges, conduisant à une hausse de prix de 25 %. La baisse des ventes consécutives à cette hausse des prix les a conduit à baisser leurs prix jusqu'à revenir aux mêmes marges qu'auparavant. Une baisse des ventes pour 2011 (12, 5 Md€ contre 13 Md€ en 2010)
Irlande	Politique de prix élevés, ceux-ci ayant connu une progression de plus de 40 % entre 2002 et 2009 (+ 6 5% entre 1995 et 2010)
Luxembourg	En novembre 2011, le ministre des Finances refusait toute possible hausse du prix du tabac en raison de la manne financière que le « *tourisme du tabac* » rapporte au pays (plus de 400 M€ récoltés sur les seuls achats des non-résidents) Le gouvernement a toutefois adopté en février 2012 un projet de règlement prévoyant une adaptation de l'accise autonome, avec pour objectif de se rapprocher au maximum des tarifs des pays transfrontaliers, d'ici 2014. Il en résultera une hausse du prix de vente des cigarettes comprise entre 0,20 et 0, 30 € par paquet (soit entre 2 et 3 € de plus par cartouche)
Pays-Bas	Des augmentations successives des prix ont été opérées notamment en 2009 (+ 50 centimes) et en 2011 (+ 50 centimes dont 2' taxes). Absence d'intention affichée de procéder à une nouvelle augmentation prochainement.
Royaume Uni	Le prix du paquet de cigarettes le plus populaire (Lambert & Butler) est actuellement de 6, 57 Livres, soit environ 7,9 € (taxé à 78 %).
Norvège	Augmentation annuelle des prix

Interdiction de fumer dans les lieux publics	
Allemagne	Chaque Land décide de sa propre politique de santé. Par exemple, il existe des lieux destinés aux fumeurs sur les quais de gare dans les länder de Nordrhein Westfalen et en Sarre, mais cela est interdit dans le Brandebourg et à Berlin. En revanche, l'interdiction de fumer au sein des bâtiments administratifs et dans les lieux de restauration (sauf quelques exceptions à Berlin) a été appliquée dans toute l'Allemagne
Belgique	La loi de 2009 interdit de fumer dans les lieux de travail ainsi que dans les restaurants et brasseries. Deux exceptions avaient été prévues par le gouvernement (autorisation de fumer dans les cafés et dans les casinos) mais elles ont été supprimées le 1er juillet 2011 par décision de la cour constitutionnelle (hormis si un « fumoir » est prévu).
Bulgarie	Les restaurants de plus de 50 m² doivent proposer une salle non-fumeur (ce qui est généralement le cas).
Espagne	Interdiction de fumer dans les lieux publics en vigueur depuis le 1er janvier 2011, notamment dans les installations accueillant des jeux d'enfant dans les lieux publics, dans les enceintes des établissements hospitaliers.
Irlande	Depuis 2004 : interdiction de fumer dans tous les lieux ouverts au public, les lieux de travail et les transports en commun.
Luxembourg	Plus d'une quinzaine de types de lieux et locaux sont concernés (établissements hospitaliers, hébergement des personnes âgées, établissements scolaires et de tous les types d'enseignement, établissements couverts où des sports sont pratiqués, moyens de transport, établissement de restauration, discothèque, etc.)
Pays-Bas	La loi de référence aux Pays-Bas est la « *Tabakswet* » de 1990 qui institue l'interdiction de fumer dans les lieux publics et dans les lieux subventionnés par de l'argent public. Elle est modifiée en 2002 pour instaurer un « *environnement non-fumeur* » sur l'ensemble des lieux de travail. En 2008, le principe « *non-fumeur* » sur le lieu de travail a été élargi aux bars et restaurants ainsi qu'aux lieux en lien avec la pratique d'activités sportives et artistiques. Il est désormais interdit du fumer du tabac dans les coffee shop. Après la mise en place de l'interdiction de fumer dans les bars et les restaurants (2008), le gouvernement a établi des exceptions pour les petits établissements. Il est ainsi possible de continuer à fumer dans les bars répondant à certains critères (surface inférieure à 70 m² et sans personnel, le propriétaire étant seul autorisé à servir). La raison invoquée par le gouvernement est la liberté individuelle.
Norvège	Interdiction de fumer au sein des bâtiments administratifs et dans les lieux publics fermés (gare-restauration, etc.). Présence d'espaces fumeurs dans certains lieux publics.
Colombie	Interdiction de fumer dans les espaces et lieux publics et collectifs.

Interdiction de publicité	
Allemagne	Les publicités pour les marques de cigarette ne sont pas interdites (sauf à la télévision). Il existe des spots publicitaires au cinéma et des affiches, notamment pour la marque Gauloise (« *Liberté toujours* ! »).
Belgique	Conformément à la loi du 24 janvier 1977 relative à la protection de la santé des consommateurs en ce qui concerne les denrées alimentaires et les autres produits, il est totalement interdit de faire de la publicité ou du parrainage pour le tabac, les produits à base de tabac et les produits similaires. Interdiction de toute communication visant à promouvoir la vente (sauf publicité dans des publications destinées exclusivement aux professionnels, affichage de la marque de tabac à l'intérieur ou sur la devanture des magasins de tabac…)
Bulgarie	Distribution gratuite de cigarettes dans certains lieux festifs.
Espagne	Interdiction de la publicité sur les lieux de vente
Irlande	Les autorités irlandaises ont été les premières en Europe à mettre une politique volontaire et des actions concrètes de lutte contre le tabagisme. Dès 1971 : interdiction de toute publicité pour le tabac à la radio et à la télévision. En 1978 : restrictions pour la publicité sur le tabac dans la presse En 2000 : interdiction de toute publicité pour le tabac dans la presse et interdiction du sponsoring d'évènements par des marques de tabac.
Luxembourg	La loi du 24 mars 1989 porte restriction de la publicité en faveur du tabac et de ses produits. - La publicité en faveur du tabac, de ses produits, de ses ingrédients, ainsi que toute distribution gratuite d'un produit du tabac sont interdites. - Quelques exceptions demeurent : publicité dans des publications destinées exclusivement aux professionnels, à l'intérieur des débits de tabac par exemple. - Toute opération de parrainage en faveur du tabac ou de produits du tabac est interdite.
Pays-Bas	Interdiction de la publicité pour le tabac par le biais des médias nationaux et locaux (TV, radio, journaux…). La publicité n'est pas interdite dans les médias internationaux ou dans les points de vente.
Norvège	Interdiction de la publicité pour les marques de cigarettes

Prix et fiscalité	
Allemagne	Les prix de vente sont fixés par les fabricants qui sont tenus de mentionner la nature du tabac, la quantité de cigarettes, le prix du paquet (ou le prix unitaire pour les cigares et les cigarillos) sur une vignette fiscale collée sur les paquets Prix d'un paquet Marlboro au 1er janvier 2012 : 4,90 € (paquet de 19 cigarettes) ou 6 € (paquet de 24 cigarettes).
Belgique	La Belgique se situe actuellement dans la moyenne européenne. Pour un paquet de 20 cigarettes, il faut compter 5,05 € en Belgique contre 6,25 € en France et 8 € au Royaume-Uni. Les recettes fiscales augmentent chaque année à cause de la hausse de la taxation. Au total, en 2010, les recettes fiscales en Belgique des produits tabac s'élevaient à 2,6 Md€ (accises et TVA).
Espagne	Le prix du tabac est fixé par les fabricants et est publié au Bulletin officiel par le « *comisionado* » qui enregistre les prix. Prix d'un paquet de Marlboro au 1er janvier 2012 : 4,25 € (dernière modification de prix intervenue le 31/08/2011) La pression fiscale sur les produits du tabac s'élève à 79,79 % du prix de vente au public. Pour la première année en 2011, les perceptions ont été en baisse : 8,957 M€ perçus au lieu de 9,482 M€ en 2010. Les raisons avancées par les débitants de tabac pour expliquer cette baisse des perceptions sont, outre les achats de tabac de contrebande, les achats de produits comme le tabac à rouler (hausse de 11,5 %) qui sont moins taxés. Une hausse des impôts indirects sur le tabac au cours de l'année 2012 est prévue et les débitants de tabac et les fabricants ont déjà protesté de manière préventive auprès du gouvernement espagnol en demandant le gel des impôts spéciaux sur le tabac pour les deux prochaines années.
Irlande	Le prix du paquet de cigarettes le plus populaire (Benson and Hedges) est actuellement de 8,6 € (taxé à 79,4 %). Pays membre de l'UE où la cigarette est la plus chère, devant le Royaume-Uni. Toutefois, cette situation ne s'explique pas par des niveaux de taxation plus importants que les autres Etats membres, l'Irlande se situant dans la moyenne des niveaux de prélèvement (79 %), mais par les marges des fabricants. La taxation des cigarettes se décompose en trois parties : un droit spécifique, actuellement de 192,44 € pour 1000 cigarettes, des droits *ad valorem* calculés en pourcentage du prix de vente au détail (actuellement 18,03 %) et la TVA, au taux de 23 % actuellement. La taxation des produits du tabac rapporte un peu plus d'un Md€ depuis 2000. Ces taxes n'ont pas été affectées dans les proportions qui ont atteint les autres formes de fiscalité depuis la forte récession qui a touché l'Irlande en 2009. Ainsi, le produit des accises est passé de 6 Md en 2007 à 5 Md en 2009, soit une baisse de 18 % alors qu'au cours de la même période, les recettes fiscales chutaient dans leur ensemble de plus de 30 %.

Prix et fiscalité	
Luxembourg	Le prix du paquet de cigarettes est en moyenne à 4 €.
Pays-Bas	Depuis le 1er juillet 2011, le prix moyen d'un paquet de 19 cigarettes aux Pays Bas est de 5, 20 € (prix Marlboro), de 5, 47 € pour un paquet de 20 cigarettes et de 6, 32 € pour un paquet de 25. Un paquet de 42, 5 grammes de tabac à rouler coûte 5, 50 €. En 2010, la fiscalité sur le tabac a rapporté 2,4 Md€ à l'Etat néerlandais, soit un cinquième des revenus liés aux droits d'accises. La fiscalité sur les produits du tabac dépend du type de tabac. Pour les cigarettes une double fiscalité (accises) est en vigueur : - accise *ad valorem* hors TVA (pourcentage fixe) : 21,66 % - accise sur les cigarettes au détail (prix fixe) : 99, 11 € pour 1000 cigarettes - TVA 19 % Pour le tabac à rouler une double fiscalité (accises) est en vigueur : - accise *ad valorem* hors TVA (pourcentage fixe) : 17,34 % - accise sur le tabac à rouler au détail (prix fixe) : 43,10 € par kilo - TVA 19 % Les tabacs à priser et à chiquer, comme les boissons non alcoolisées ne sont pas soumis aux droits d'accises mais à une « *taxe à la consommation* » (‘*vebruiksbelasting’*) qui diffère de la TVA et du droit d'accise sur les cigarettes.
Royaume Uni	La taxation des produits du tabac rapporte environ 11 Md€ de Livres Sterling (environ 14 Md€) chaque année. La taxation des cigarettes se décompose en trois parties : - un droit spécifique, actuellement de 155 Livres pour 1000 cigarettes - des droits *ad valorem* calculés en pourcentage du prix de vente au détail (actuellement 16,5 %) - la TVA au taux de 20 % actuellement
Norvège	Prix très élevé du paquet Prix d'un paquet de Marlboro au 1er janvier 2012 : 87 NOK soit 11,5 € (paquet de 20) Accises recouvrées en matière de tabac (y compris le « *Snus* », très populaire en Norvège) : 2010 : 7,4 billions de NOK soit 962M€ 2011 : 7,6 billions NOK soit 988 M€
Colombie	Le prix d'un paquet en Colombie est aux alentours d'1,5 € pour un paquet de 20 Marlboro.

Prévalence	
Allemagne	De 2001 à 2010 : Baisse de moitié en 10 ans de la consommation de tabac pour les 12-17 ans. Légère baisse de la consommation pour les + de 17 ans (30 % de fumeurs)
Belgique	Forte diminution du nombre de chômeurs réguliers depuis 1982. A partir de 2004, stabilisation de leur nombre aux alentours des 20 %. En 2010, le nombre de fumeurs régulier diminue encore jusqu'à 17,6 %. 16 % des francophones fument, diminution de 6 % par rapport à 2009. Le nombre de fumeurs réguliers néerlandophones reste stable à 19 %.
Espagne	Les derniers chiffres en matière de prévalence du tabac en Espagne sont de 2003. A cette date, 31 % des espagnols se déclaraient fumeurs. Les estimations font état de 20 % au-dessus de 3 ans qui seraient consommateurs réguliers de tabac
Luxembourg	En 2011 : 22 % de fumeurs dont 17 % de fumeurs quotidiens. 24 % d'hommes et 20 % de femmes. Sur une population de 422 000 résidents, à partir de 15 ans : 329 000 non fumeurs et 93 000 fumeurs
Pays-Bas	Un néerlandais sur quatre fume selon les derniers chiffres publiés (contre 28 % en 2010). Cette baisse se vérifie chez les hommes et chez les femmes. Les néerlandais fument en moyenne 14 cigarettes par jour et consomment principalement des cigarettes (67 %), du tabac à rouler (46 %), des cigares (15 %), et la pipe (2 %). En 2010, 21 % des jeunes âgés entre 10 et 19 ans fumaient régulièrement. A partir de 16 ans, plus d'un jeune sur trois fumait régulièrement.
Royaume Uni	La prévalence des fumeurs a considérablement baissé au cours des dernières décennies, passant de 45 % de la population en 1974 à environ 21 % aujourd'hui. Toutefois, cette baisse semble s'être enrayée depuis plusieurs années.
Norvège	2011 : 17 % de la population ente 16 et 74 ans fument soit une baisse de 19 % par rapport à 2010. La consommation de *Snus*, moins cher que la cigarette augmente en revanche chez les adolescents et les jeunes adultes.

Autres	
Allemagne	Pas de monopole de vente du tabac : il est distribué dans n'importe quel commerce (alimentation, cafés, bars, distributeurs automatiques…).
Espagne	La vente de tabac est un monopole d'Etat assuré par le réseau des débitants de tabac (*estanquero*) organisé en confédération par communautés autonomes. Une tolérance de revente est assurée par des distributeurs automatiques installés dans les bars, boites de nuit, établissements de divertissement.
Irlande	Dans une analyse économétrique publiée en février 2011, la direction irlandaise des impôts et des douanes considérait que la taxation des cigarettes a été portée au-delà d'un niveau critique à partir duquel toute hausse supplémentaire conduirait à des rentrées fiscales toujours moins importantes. L'accroissement des prélèvements sur les cigarettes aboutirait à une forte progression de la contrebande de cigarettes en Irlande, phénomène déjà très marqué dans ce pays.
Royaume Uni	Le dernier plan en date de lutte contre le tabagisme « *Healthy lives, healthy people* » a été présenté le 9 mars 2011. Il vise à réduire la prévalence parmi les adultes à 18,5 % d'ici 2015, à 12 % parmi les jeunes d'ici 2015 et à 11 % dans le cas des femmes enceintes. Il tend à un contrôle plus strict de la vente des cigarettes, un arrêt de toute promotion de ces produits, une assistance aux personnes souhaitant cesser de fumer et de nouvelles hausses du prix des tabacs. La proposition visant à retirer toute marque sur les paquets de cigarettes (*plain packet*) a été repoussée en raison d'une levée de boucliers des industriels. Les résultats d'une consultation publique sur ce point devaient être connus à l'automne 2012.
Norvège	Pas de monopole de vente du tabac, vente libre.
Colombie	Il existe des initiatives de lutte et de sensibilisation telle que l'apposition de photos de maladies liées à la consommation de tabac similaire aux étiquettes françaises sur les paquets. Il y a peu de temps (21 juillet 2011) des nouvelles politiques de lutte contre la consommation de tabac ont été mises en place en Colombie : une interdiction de la vente de cigarettes à l'unité (la vente est obligatoirement par paquet), et surtout l'interdiction totale de publicité, de promotion et de sponsoring.

Annexe n° 11 : Politiques de lutte contre le tabac au Royaume-Uni, aux Etats-Unis, au Québec et en Australie

I. Les politiques de lutte contre le tabac au Royaume Uni

1) Organisation générale

La mise en place d'une politique nationale affichée comme une priorité de santé publique fait suite à la publication en 1999 d'un Livre blanc (« White Paper ») mettant en évidence le tabac en tant que premier facteur de morbidité et de mortalité au Royaume Uni et son caractère insoutenable pour le système de santé : de cette époque date la mise en place d'une unité dédiée, au sein du ministère de la santé, pour concevoir, mettre en œuvre et suivre la politique de lutte contre le tabac. Elle a permis de réduire la prévalence tabagique de presque dix points, en l'espace d'une dizaine d'années, celle-ci se situant actuellement à 20 % (alors qu'au cours des années 90 la forte diminution observée dans la plupart des pays européens s'était également ralentie au Royaume Uni, avec une prévalence autour de 28% en 2000).

La politique de lutte contre le tabac se traduit par des plans nationaux, généralement d'une durée de 5 ans, dont le dernier porte sur le période 2011-2015. Elle repose sur une synergie de mesures qui se renforcent mutuellement :

- la lutte contre la publicité du tabac et sa promotion
- l'aide à la sortie du tabac
- la mise en œuvre de campagnes d'information
- la régulation des produits du tabac
- la diminution de l'accès aux produits du tabac
- la réduction de l'exposition au tabagisme passif

La politique de lutte contre le tabac est spécifique : elle n'a jamais été groupée avec les autres addictions, le problème étant considéré comme très différent pas son ampleur (pas de commune mesure en termes de morbidité et de mortalité), par le nécessité de lutter contre le fardeau qu'il

représente en termes de santé publique, et par le fait qu'il n'est pas souhaitable d'assimiler les fumeurs à des toxicomanes notamment pour la prise en charge de la sortie du tabac.

L'unité « Tobacco control » du ministère de la santé regroupe une dizaine de personnes à plein temps sur le sujet. Elle dispose également, au sein du ministère, des compétences du service statistique, ce qui lui permet d'avoir un accès organisé aux données tant locales que nationales et de mener des évaluations ; elle dispose également d'une équipe dédiée à l'élaboration des campagnes nationales (Tobacco Control Marketing unit). Elle travaille en lien étroit avec le National Institute for Health and Clinical Excellence (élaborant les bonnes pratiques et menant les évaluations médico-économiques notamment sur les aspects coût efficacité), l'association ASH (Action on Smoking and Health), et enfin le consortium de recherche sur le tabac (voir politique de recherche).

2) Contenu des politiques

Elles allient prévention et efforts soutenus pour promouvoir la sortie du tabac.

En termes de communication, les actions visent à contrer les stratégies de marketing de l'industrie et à promouvoir la « dénormalisation » du tabac par des compagnes nationales menées avec une périodicité régulière et relayées par des actions locales. Parmi ces campagnes, celles incitant à l'arrêt du tabac sont menées à des moments considérés comme propices aux « bonnes résolutions » (juste avant l'été, à la rentrée scolaire). Elles s'accompagnent de la mise à disposition gratuite de « kits » d'arrêt du tabac, disponibles à la demande par internet ou chez les professionnels de santé. Les campagnes qui ont été évaluées comme étant efficaces sont répétées d'une année sur l'autre.

Le Royaume Uni a interdit la vente par distributeurs automatiques, et, depuis le 1er avril dernier, a mis en place la vente sous le comptoir. La réflexion actuelle porte sur la mise en place du paquet neutre, mesure qui fait l'objet actuellement d'une consultation publique.

Les dispositions concernant l'interdiction de fumer dans les lieux publics datent de 2007 (« Health Act »), et concernent pratiquement tous les espaces publics fermés et les lieux de travail, y compris les pubs, les moyens de transport publics et les véhicules utilitaires utilisés par plus d'une personne. Les sanctions peuvent aller de 200 £ pour le contrevenant

à 2500 £ pour le responsable du site sur lequel l'infraction a été commise.

Le contrôle du respect de la législation dans les lieux publics repose essentiellement sur un corps d'inspecteurs de l'environnement « généralistes » (« *environmental inspectors* »). Ils sont généralement titulaires d'une licence en sciences et bénéficient ensuite d'une formation professionnelle certifiée par le « Chartered Institute of Environmental Health ». Ils ont la possibilité de mener des contrôles, de conjuguer actions pédagogiques et sanctions (ils sont habilités à émettre des contraventions et à déférer en justice).

L'un des aspects les plus intéressants de la politique de lutte contre le tabac est l'effort mis sur la sortie du tabac. Ce volet est fortement lié aux spécificités du système de santé britannique, et notamment à l'organisation des soins de première intention (« *primary care* ») reposant sur le médecin généraliste (*General Practitioner ou GP)* et les para-médicaux, ainsi que sur la rémunération à la capitation et à la performance.

L'aide à la sortie du tabac repose sur un maillage serré de « *stop smoking centers* », joignables par téléphone, qui orientent ensuite le fumeur vers un professionnel qui va le prendre en charge. La prise en charge est standardisée : le fumeur qui manifeste la volonté de cesser de fumer est orienté vers un professionnel de santé. Dans l'écrasante majorité des cas il s'agit d'une infirmière du niveau « *primary care* », mais il peut également s'agir d'un pharmacien, d'un psychologue, ou même d'un travailleur social. Ces professionnels bénéficient d'une formation à trois niveaux dispensée par le « National Centre for Smoking Cessation and Training ». Seulement 1,8% des prises en charge pour sevrage sont assurées dans le cadre hospitalier, et il s'agit dans ce cas presque toujours d'un sevrage associé à une prise en charge pour une autre pathologie.

La prise en charge financière des substituts nicotiniques a été effective dès le début du programme dans les mêmes conditions que toute consultation (chaque prescription initiale dans le cadre du NHS donne lieu à une participation forfaitaire du patient de 6 £). La généralisation des interventions de sortie du tabac est considérée comme une stratégie largement coût-efficace. Elle donne lieu à des contrats d'intéressement au niveau des NHS trusts locaux, qui sont donc incités à les mettre en œuvre.

3) Recueil de données et évaluation

Le suivi de la politique de lutte contre le tabac repose sur un monitorage coordonné par le ministère, avec un recueil de données agrégées au niveau local puis central, dont la périodicité est au moins annuelle et pour plusieurs indicateurs (notamment l'aide à la sortie du tabac), trimestrielle (par exemple pour les données de prévalence, à partir d'un sondage sur un échantillon de 200 000 personnes). Cette périodicité permet une identification rapide des disparités régionales et des variations d'impact d'une année sur l'autre. L'aspect « inégalités de santé » fait également l'objet de recueil de données fines, le système permettant également, comme aux USA, le recueil de données à caractère ethnique.

Enfin, les services du ministère de la santé ont développé des liens forts avec le monde de la recherche, qui apporte ainsi une dimension déterminante à la politique de lutte contre le tabac en termes d'évaluation, d'aide à la décision et d'innovation. Cette interaction se traduit par le financement, par appel à projets, de travaux pluridisciplinaires, dont l'essentiel est mis en œuvre par un réseau informel d'universités (le UK Centre for Tobacco Control Studies, - UKCTCS - , sous la coordination de l'université de Nottingham), ayant développé une expertise forte dans le domaine du tabac, et ce dans différentes disciplines : médecine, économie, sciences sociales, marketing, etc… Le montant de l'appel à projet annuel du ministère de la santé est de l'ordre de 5 millions de £, mais il ne représente qu'une partie des financements, les universités menant également des travaux sur leur fonds propres ou avec des financements sur projets provenant d'autres bailleurs de fonds.

4) Aspects économiques

Les prix du tabac en Grande Bretagne sont parmi les plus élevés en Europe. La fiscalité ne comporte pas de minimum de perception, uniquement des droits d'accises spécifiques et ad valorem. Ces deux outils sont utilisés pour augmenter les prix, avec une augmentation annuelle de 5% de la fiscalité au dessus de l'inflation depuis cette année, le trésor s'efforçant à l'aide d'outils de simulations de conserver le même niveau de recettes, mais ne cherche pas à les augmenter. L'enjeu est désormais de parvenir à réduire les différences de prix entre les marques de cigarettes, qui sont plus importantes en Angleterre qu'en France en raison de l'absence de minimum de perception, et de limiter les reports de consommation vers le tabac à rouler, une réflexion est en cours à ce sujet. Enfin, il est à noter que les recettes générées par le tabac ne sont pas affectées au système de soins.

Depuis les années 1999/2000 le Royaume Uni s'est trouvé confronté à une augmentation de la consommation de tabac d'origine illicite atteignant 21% du marché. Les pouvoirs publics ont mis en œuvre, en 2000, un programme de lutte contre le trafic (« Tackling Tobacco Smuggling **»),** bénéficiant d'un financement de 209 millions de £ et reposant sur un "Memorandum of Understanding" signé avec les principaux fabricants et un train de mesures fortes avec des pénalités augmentées, une intensification des contrôles aux frontières, et une surveillance accrue.

Principales sources documentaires :

http://www.dh.gov.uk/en/publichealth/healthyliveshealthypeople
http://www.dh.gov.uk/nst
http://www.idea.gov.uk/idk/core/page.do?pageid=25455569
http://bookshop.rcplondon.ac.uk/contents/pub4-fc8ce703-7a85-4f1e-a579-1151971a5157.pdf
http://bookshop.rcplondon.ac.uk/contents/pub234-aafdfc2b-5c23-4ee3-8f1d-ea18f017edce.pdf
http://www.ash.org.uk
http://www.smokefreeaction.org.uk
http://www.cieh.org/policy/smokefree_workplaces.html
http://www.nice.org.uk/pH10
http://www.nice.org.uk/pH1
http://www.nice.org.uk/pH15
http://www.dh.gov.uk/en/publicationsandstatistics/publications/publicationspolicyandguidance/dH_109696
http://www.smokefree.nhs.uk/resources
http://www.dh.gov.uk/qualityandproductivity
http://www.ncsct.co.uk
http://www.lho.org.uk/LHo_Topics/analytic_Tools/Tobaccocontrolprofiles
http://www.lho.org.uk/LHo_Topics/national_Lead_areas/nationalsmoking.aspx#resources
http://www.ukctcs.org

II. Les politiques de lutte contre le tabac aux Etats-Unis

1) Organisation générale

A la suite du rapport du *Surgeon General* des États-Unis mettant l'accent sur les dangers du tabac et leur coût pour la collectivité publié en 1964, plusieurs états américains ont développé des programmes de « contrôle du tabac » (*Tobacco control).* A partir de 1989 la Californie a joué un rôle pionnier en développant un programme très ambitieux. D'autres états ont suivi, notamment le Massachusetts en 1993, l'Arizona en 1994, l'Oregon en 1996, puis le Maine, le Mississipi et la Floride en 1997 et enfin le Texas en 1998. Si ces programmes relèvent pour l'essentiel des états, le niveau fédéral joue un rôle important grâce à l'action essentielle de trois agences :

5. - le *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) constitue la principale ressource en matière de politiques de prévention et de contrôle du tabagisme. Il dispose d'une direction dédiée, *l'Office on Smoking and Health* (OSH) au sein du Centre national pour la prévention des maladies chroniques et la promotion de la santé *(National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion*). Le CDC alloue des financements aux départements santé des états sur la base de leurs projets et de leurs priorités.

- *l'U.S. Food and Drug Administration* (FDA), responsable de l'ensemble des produits de santé et des produits agro-alimentaires, dispose en son sein d'un centre dédié aux produits du tabac, le *Center for Tobacco Products* (CTP), de création relativement récente, et dont le rôle est amené à s'accroître. Le CTP est notamment chargé de superviser la mise en œuvre de la loi fédérale de 2009 (*Family Smoking Prevention and Tobacco Control Act*) encadrant la lutte contre le tabagisme. Parmi les missions de l'agence, prévues par ce texte, on retiendra l'élaboration de standards de performance, l'examen des produits avant leur mise sur le marché, qu'il s'agisse de nouveaux produits ou de produits modifiés, de la mise en œuvre de nouvelles exigences en matière d'affichage et de mises en garde sur les paquets de cigarettes, ainsi que de la mise en œuvre des restrictions en matière de publicité. Le financement du centre, ainsi que les autres activités de régulation du tabac conduites sous l'égide du FDA provient des taxes payées par les industriels du tabac et les importateurs de produits du tabac.

- enfin, l'Institut national du cancer *National Cancer Institute* (NCI), qui fait partie du *National Institute of Health* (NIH), joue un rôle central en matière de formation et de recherche dans le domaine du cancer.

Au niveau des Etats, ce sont les départements en charge de la santé (ministère local de la santé ou *State Department of Public Health*) qui ont la responsabilité de la mise en œuvre de la lutte contre le tabagisme dans le cadre de leur champ de compétence. Le programme de l'état de Californie, considéré comme pionnier, a fait l'objet de nombreuses évaluations. On peut également citer pour leurs bons résultats les programmes des états de Washington, de Floride, du Massachusetts et de l'état de New York, au sein duquel la ville de New York a développé une politique particulièrement active.

2) Contenu des politiques

Sur la base de travaux concordants ayant montré que l'efficacité des interventions antitabac est maximisée si les actions sont coordonnées et touchent à la fois l'individu et son environnement, ces interventions reposent sur une approche globale, associant l'ensemble des stratégies et des outils disponibles. Comme le préconise le CDC (*Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programs*), il s'agit de conjuguer les actions fédérales et locales, la communication, les actions communautaires, les mesures de sortie du tabac, et enfin les outils de surveillance et d'évaluation. En milieu scolaire, les *Guidelines for School Health Programs to Prevent Tobacco Use and Addiction* constituent une référence. Le *contremarketing* fait partie intégrante de la lutte anti tabac : le CDC recommande ainsi d'utiliser la publicité, les relations publiques, le « plaidoyer par les médias » (*media advocacy*), le « marketing populaire » (*grassroots marketing*) et « l'alphabétisation » appliquée aux médias (*media literacy*). Certains programmes sont adaptés à des groupes ou des communautés spécifiques (comme le programme mis en œuvre par *l'Indian Health Service Division*).

3) Recueil de données et évaluation

Le NCI collecte et met à disposition des données sur les politiques mises en œuvre par chaque état (*State Cancer Legislative Database*). Dans le domaine de l'évaluation toujours, le NCI, *l'American Cancer Society*, et 17 états, ont développé un outil appelé « *The American Stop Smoking Intervention Study for Cancer Prevention (ASSIST*) ». L*'American Lung Association* a développé un outil propre de recueil de données annuelles, le « *State of Tobacco Control Initiative* », qui fournit un état des lieux des

politiques au niveau fédéral et au niveau des états en les comparant à des objectifs chiffrés élaborés, sur la base des critères les plus courants et largement acceptés d'efficacité des mesures de contrôle du tabac. Cette évaluation permet de noter les états les uns par rapport aux autres et de noter leur progression d'une année sur l'autre, en leur attribuant une note qui va de A (excellentes politiques anti tabac) à F (politiques inadéquates).

Le CDC a publié en 2005 un document intitulé "*Outcome Indicators for Evaluating Comprehensive Tobacco Control Programs*" qui détaille les méthodes d'évaluation (ce document est en cours de révision). Si le CDC regroupe l'essentiel des informations sur les bases de données existantes pour l'ensemble des USA, la plupart des institutions fédérales ou étatiques font également largement appel à des institutions académiques et universitaires pour des projets de recherche. Des modèles de simulation ont ainsi été élaborés par certains chercheurs pour déterminer l'efficacité et l'impact des politiques de lutte contre le tabac en termes de morbidité et mortalité à venir.

Enfin, deux ONG jouent un rôle important aux USA, *la Legacy Foundation*, qui abrite le site rendant publics les documents internes à l'industrie du tabac, et la « *Campaign for Tobacco Free Kids* » qui développe des outils adaptés aux enfants et aux jeunes.

Principales sources documentaires

http://www.cdc.gov/tobacco/osh/index.html
http://www.fda.gov/AboutFDA/CentersOffices/OfficeofMedicalProductsandTobacco/AbouttheCenterforTobaccoProducts/default.html
http://www.fda.gov/downloads/AboutFDA/CentersOffices/OfficeofMedicalProductsandTobacco/AbouttheCenterforTobaccoProducts/UCM245518.pdf
http://www.cdph.ca.gov/programs/tobacco/pages/default.aspx
http://www.legacyforhealth.org/
http://www.tobaccofreekids.org/
http://www.cdph.ca.gov/programs/tobacco/pages/default.aspx
http://www.doh.wa.gov/tobacco/default.htm
http://www.doh.state.fl.us/tobacco/tobacco_home.html
http://makesmokinghistory.org/
http://www.mass.gov/eohhs/gov/departments/dph/programs/mtcp.html
http://www.health.ny.gov/prevention/tobacco_control/
http://www.nyc.gov/html/doh/html/smoke/smoke.shtml

(http://www.cdc.gov/tobacco/stateandcommunity/best_practices/index.htm).
http://www.ihs.gov/epi/index.cfm?module=epi_tobacco_main)
http://www.scldnci.net/topics/index.cfm?newstierid=%22%29N%2C%20%0A&newsTier2id=%22%2BN%24%20%0A
http://cancercontrol.cancer.gov/tcrb/monographs/16/index.html
http://cancercontrol.cancer.gov/tcrb/monographs/17/index.html
http://www.stateoftobaccocontrol.org/federal-grades/methodology/
http://www.cdc.gov/tobacco/tobacco_control_programs/surveillance_evaluation/key_outcome/index.html
http://www.tobaccoevidence.net/pdf/sea_activities/SimSmoke_Bangkok03.pdf
http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/surveys/index.html
http://www.cdph.ca.gov/programs/tobacco/pages/default.aspx

III. Les politiques de lutte contre le tabac au Québec

1) Organisation générale

6. Les plans successifs québécois de lutte contre le tabagisme (2001-2005, 2006-2010), relayés par le plan national de prévention du tabagisme chez les jeunes (2010-2015), constituent les instruments essentiels de lutte contre le tabac. Le dernier plan national poursuit trois objectifs: la prévention (prévenir le tabagisme et valoriser le non-usage du tabac chez les jeunes), la protection (assurer la protection des non-fumeurs contre l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement) et l'arrêt du tabac (encourager et soutenir l'abandon des habitudes tabagiques). Il repose sur quatre volets : politiques et législation; information, sensibilisation, éducation et soutien; mobilisation de l'ensemble de partenaires; monitorage, connaissance-surveillance, évaluation et recherche.

7. Ce plan s'inscrit en continuité avec le Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2001-2005. Un budget annuel moyen de vingt millions de dollars canadiens a été mobilisé, accompagné depuis octobre 2000 d'investissements annuels de l'ordre de onze millions de dollars pour le financement d'aides

pharmacologiques à l'abandon du tabagisme dans le cadre du régime d'assurance maladie du Québec.

La lutte contre le tabagisme figure également dans le Programme national de santé publique avec pour objectifs 2015 la réduction de la proportion de fumeurs à 16 % chez les 15 ans et plus (23 % en 2010), à 13 % la proportion de fumeurs chez les élèves du secondaire, et la réduction de l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement.

Certaines mesures de la lutte contre le tabagisme au Québec relèvent des compétences du gouvernement fédéral, notamment la taxation des produits du tabac et l'obligation d'avertissements sanitaires sur les emballages des produits du tabac.

2) Contenu des politiques

Le premier axe, « Politique et législation » comporte quatre composantes majeures ; la loi sur le tabac, la taxation des produits du tabac, l'accès aux produits d'aide à l'arrêt, et la rémunération des actes médicaux correspondants. Les aides au sevrage sont couvertes par le régime général d'assurance du Québec depuis 2000. Leur prise en charge est effective dès lors que ces traitements ont fait l'objet d'une prescription, qui peut être le fait d'un professionnel para-médical (système des « ordonnances collectives »).

Le second axe d'intervention « Information, sensibilisation, éducation et soutien » repose sur deux principaux volets : la promotion de l'abandon du tabagisme, à travers des campagnes de communication, et la mise en place de services complémentaires de soutien à l'abandon du tabagisme, notamment la ligne téléphonique gratuite et le site Internet *J'arrête*[428], un réseau de cent cinquante centres d'abandon du tabagisme répartis dans toutes les régions du Québec.

Pour la mise en œuvre d'actions de terrain, une des principales caractéristiques du modèle québécois réside dans l'existence de multiples partenariats entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et des organismes gouvernementaux ou non gouvernementaux (ONG). Ainsi, à l'exception des campagnes ministérielles dédiées à la prévention de l'usage du tabac, lesquelles relèvent du niveau national, la plupart des activités de prévention sont confiées à des ONG qui travaillent au niveau

[428] www.jarrete.qc.ca.

local en partenariat avec le milieu scolaire et les directions de santé publique, en lien avec les approches et stratégies préconisées par le plan de lutte contre le tabagisme. Ces organismes sont financés par le Ministère de la Santé et des Services sociaux.

3) Recueil de données et évaluation

L'Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ), dont les compétences recouvrent la recherche, le suivi, l'évaluation de politiques publiques, a été chargé du monitorage du plan québécois de lutte contre le tabagisme. Cet organisme assure un suivi régulier des principaux indicateurs, en lien étroit avec le monde de la recherche. Il a également été chargé d'une évaluation médico-économique de la politique de remboursement des aides pharmacologiques au sevrage. D'autres études sur des sujet spécifiques sont confiées à l'Institut par le ministère (prévention du tabagisme chez les jeunes de la sixième année du primaire, production d'avis scientifiques, évaluation d'actions de terrain…).

4) Aspects économiques

Le Québec a fait le choix du maintien d'une forte taxation en s'appuyant sur des études démontrant que le maintien d'un cout élevé des cigarettes constitue une des stratégies les plus favorables à la prévention du tabagisme. Le Québec a également renforcé ses actions de lutte contre la contrebande, condition préalable pour garantir un impact réel sur la consommation d'une hausse de la taxe sur le tabac.

Principales sources documentaires :

Plan québécois de lutte contre le tabagisme
http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/tabac/index.php?Plan-quebecois-de-lutte-contre-le-tabagisme-2006-2010

Programme national de santé publique 2003-2012
http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-216-01.pdf

Plan québécois de prévention du tabagisme chez les jeunes 2010-2015

http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-006-06F.pdf
http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/324-AvisPreventionTabagismeJeunes.pdf
http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/761_AnalPotenEfficProgrTabaJeunes.pdf
Monitorage du Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2007
http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/752_MonitorageTabac.pdf

Diverses activités de prévention (vis-à-vis des jeunes notamment)
http://www.cqts.qc.ca/gang_allumee.html http://www.cqts.qc.ca/
http://www.cqts.qc.ca/commando /
www.defacto.ca
http://www.youtube.com/watch?v=dQc7pPlB2P8
.http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/tabac/index.php?campagne-ya-rien-de-plus-degueu-une-cigarette&PHPSESSID=db4ce4b5b092b0e133df8f2dd119e662

IV. Les politiques de lutte contre le tabac en Australie

1) Organisation générale

L'Australie a développé une politique de lutte contre le tabagisme particulièrement active au cours des quinze dernières années. La *Preventive Health Taskforce,* sous l'égide du ministère de la santé, est à l'origine d'un ensemble de mesures prises en vue de « rendre l'Australie le pays le plus sain à l'horizon 2020 »[429]. Les programmes de lutte antitabac sont mis en œuvre par de multiples organisations spécialisées telles que les *State Cancer Councils* et la *National Heart Foundation of Australia* qui allient leurs financements et leur expertise. Les organisations d'aide à l'arrêt du tabac (*Quit organisations*) mettent à disposition des professionnels de santé de nombreuses ressources. Des « *Quitlines* » (services d'information par téléphone) délivrent un des conseils sur les moyens pour arrêter de fumer et orientent les fumeurs vers des professionnels à même de les aider.

[429] "Make Australia the healthiest country by the year 2020"

En Avril 2010, le gouvernement australien a annoncé son projet de rendre obligatoire la mise en place du paquet neutre pour l'ensemble des produits du tabac vendus en Australie. Cette mesure a été accueillie par une forte opposition de l'industrie du tabac qui a aussitôt engagé un contentieux, mais a été depuis déboutée par la Haute Cour de Sydney.

2) Contenu des politiques

Dès 1997 une première campagne nationale a été lancée en Australie, la *National Tobacco Campaign (NTC,* dirigée par le *Department of Health and Aged Care)*, destinée aux fumeurs de 18 à 40 ans. L'un des atouts majeurs de cette campagne reposait sur l'étroite collaboration entre le niveau fédéral et les états, ainsi qu'avec des organisations non gouvernementales. Plus récemment, en 2004, sept objectifs ont été définis dans le cadre de la *National Tobacco Strategy*. La mise en œuvre locale des politiques revient aux états et porte sur :

- la régulation des prix à travers la fiscalité, le lieu de consommation, le lieu de vente, la publicité, l'emballage
- la promotion des messages antitabac en faveur de l'arrêt et d'un environnement non fumeur
- la mise à disposition de services pour arrêter de fumer et de traitements
- le soutien aux initiatives locales et à l'éducation
- l'adaptation des actions à des groupes spécifiques (populations défavorisées par exemple)
- la recherche, l'évaluation et la surveillance

La politique australienne se caractérise elle aussi par une approche globale, coordonnée, qui a permis un changement profond de la perception du tabac par la population.

3) Recueil de données et évaluation

Différents dispositifs ont été mis en œuvre afin de procéder à l'évaluation de la *National Tobacco Campaign*: sondages nationaux, destinés à évaluer l'efficacité des campagnes médiatiques, études sur l'impact de la hausse des prix sur les comportements des fumeurs, etc.

4) Aspects économiques

Durant la seconde phase de la *National Tobacco Campain* (NTC), de novembre 1999 à Novembre 2002, le prix des produits du tabac a augmenté de manière significative. La baisse du tabagisme observée au cours des années suivantes a été plus significative chez les employés et ouvriers (6 %) que chez les cadres.

Depuis 2004, *l'Australian tax office* a poursuivi de manière systématique les opérateurs qui ont tenté de se soustraire aux droits d'accises à travers la vente illicite de tabac non transformé connu sous le nom de « *chop chop* ». Plus de 233 millions de cigarettes importées de manière illégale et 472 tonnes de tabac ont été saisis entre 2002 et 2010. Le rapport : « *Make Australia the healthiest country by the year 2020* » souligne que les prochaines étapes à franchir en matière de régulation de vente devraient porter sur l'interdiction de vente par internet et l'abolition des ventes en *duty free.*

L'industrie du tabac s'est opposée à la mise en place du paquet neutre au motif que son adoption rendrait plus complexe la lutte contre la contrefaçon et la contrebande. De leur côté, en réaction aux actions de lobbying de l'industrie du tabac, *la Victorian Health Promotion Foundation* (VicHealth) et la *Public Health Association of Australia* ont réclamé une législation qui interdise totalement les campagnes publicitaires en faveur du tabac et instaure l'obligation pour les industriels de rendre publiques leurs relations avec des partis ou personnalités politiques, ainsi que leurs plans et budgets marketing.

Principales sources documentaires

http://www.nationaldrugstrategy.gov.au/internet/drugstrategy/publishing.nsf/Content/mono64/$File/mono64.pdf
http://www.health.gov.au/internet/wcms/publishing.nsf/Content/phd-pub-tobacco-tobccstrat2-cnt.htm
http://www.australia2020.gov.au/topics/docs/health.pdf
http://www.australia2020.gov.au/topics/communities.cfm
http://www.quitnow.info.au/internet/quitnow/publishing.nsf/Content/evaluation-reports
http://www.health.gov.au/pubhlth/strateg/drugs/tobacco/consult/index.htm
http://www.health.gov.au/pubhlth/strateg/drugs/tobacco/agreement.pdf

http://www.health.gov.au/internet/wcms/publishing.nsf/content/health-pubhlth-strateg-drugs-tobacco-disclosure.htm
http://www.health.gov.au/pubhlth/publicat/document/smoking_cessation.pdf
http://www.medicareaustralia.gov.au/provider/pbs/stats.shtml

Annexe n°12 : Principales sources documentaires

En complément des documents cités dans le rapport et référencés en notes de bas de page, des rapports et prises de position présentés dans l'annexe 5, ainsi que des références contenues dans la revue de la jurisprudence (annexe 7), dans la revue de la littérature (annexe 9), et dans l'annexe 11 consacrée aux exemples étrangers, les rapporteurs ont principalement eu recours aux sources documentaires suivantes :

1) Documents et rapports de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, Organisation mondiale de la santé 2005

Convention cadre pour la lutte antitabac, protocoles et lignes directrices

Technical resource for country implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control Article 5.3, 2012

WHO technical manual on tobacco tax administration, 2011

Tobacco industry interference with tobacco control, 2009

WHO report on the global tobacco epidemic, 2008, 2009, 2011

WHO report global report: mortality attributable to tobacco, 2012

Systematic review of the link between tobacco and poverty, 2011

Tobacco control in practice, OMS Europe, 2012

2) Documents et réglementation de l'Union européenne

Directive 2001/37/CE du Parlement Européen et du Conseil du 5 juin 2001 relative au rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États- membres en matière de fabrication, de présentation et de vente des produits du tabac, Journal officiel des Communautés européennes 18.7.2001

Directive 2003/33/CE du Parlement Européen et du Conseil du 26 mai 2003 concernant le rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres en matière de publicité et de parrainage en faveur des produits du tabac, Journal officiel de l'Union européenne 20.6.2003

Décision 2003/641/CE de la commission du 5 septembre 2003 sur l'utilisation de photographies en couleurs ou d'autres illustrations comme avertissements relatifs à la santé à faire figurer sur les conditionnements des produits du tabac, Journal officiel de l'Union européenne 10.9.2003

3) Enquêtes sanitaires

France

Numéros thématiques, Journée mondiale sans tabac, *Bulletins épidémiologiques hebdomadaires* de mai 2010 et mai 2011

Baromètres cancer 2005, 2010, INPES

Baromètres santé 2005, 2010, INPES

L'état de santé de la population en France - Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique - Rapport 2011

OFDT : *Drogues, Chiffres clés*, éditions annuelles

OFDT : *Tableau de bord mensuel des indicateurs tabac*

Enquêtes annuelles sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense (ESCAPAD)

Europe

Enquêtes « European School Survey on Alcohol and Other Drugs » (ESPAD) 2007, 2011

Eurobaromètre spécial : Le tabac : rapport de synthèse, mai 2010

International

International Tobacco Control : Rapport National ITC France, Février 2009 et résultats de la deuxième vague, Octobre 2011

Enquêtes "Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2006, 2010"