



## Évaluation des politiques publiques de lutte contre le tabagisme

# La lutte contre le tabagisme : quinze propositions pour répondre à un enjeu majeur de santé publique

MM. Denis JACQUAT et Jean-Louis TOURAINE, rapporteurs

Jeudi 28 février 2013



# Les moyens mobilisés pour l'évaluation

- **Enquête d'opinion** réalisée par l'institut IFOP (juillet 2012)
- Évaluation réalisée par la **Cour des Comptes** à la demande du CEC
  - ✓ Présentée par le Premier Président le 13 décembre 2012
  - ✓ Une évaluation de qualité qui a permis aux rapporteurs de disposer d'un état des lieux précis sur ces questions
- À partir de l'expertise de la Cour des Comptes, **les rapporteurs ont mené leurs propres travaux** :
  - ✓ Près d'une quinzaine d' **auditions et tables rondes**
  - ✓ **Déplacement** sur le terrain
  - ✓ Questionnaire adressé à l'Assurance maladie (CNAMTS)
  - ✓ Sur les **aspects internationaux**, éléments complémentaires recueillis auprès de l'OMS (secrétariat de la convention-cadre pour la lutte anti-tabac), du Commissaire européen chargé de la santé et de l'Ambassade de France au Royaume-Uni
- Ont également été pris en compte :
  - ✓ les travaux parlementaires antérieurs
  - ✓ les textes adoptés ou présentés très récemment, notamment la proposition de directive européenne sur le tabac (19 décembre 2012).





# Présentation du rapport

- Le diagnostic
  - I. Une **priorité** pour l'action publique : accroître l'efficacité de la politique de lutte contre le tabagisme
- **15 propositions** et une stratégie de réforme fondée sur deux axes :
  - II. La stratégie : rénover **le pilotage et la gouvernance** pour engager dans la durée une action globale et coordonnée
  - III. Les instruments : utiliser et mettre en synergie tous **les leviers de l'action publique**, avec une large mobilisation des acteurs concernés.





## I. Une priorité pour l'action publique : accroître l'efficacité des politiques de lutte contre le tabagisme

- ❖ Un enjeu majeur pour la collectivité
- ❖ Des objectifs pourtant peu lisibles et fluctuants
- ❖ Des résultats insuffisants



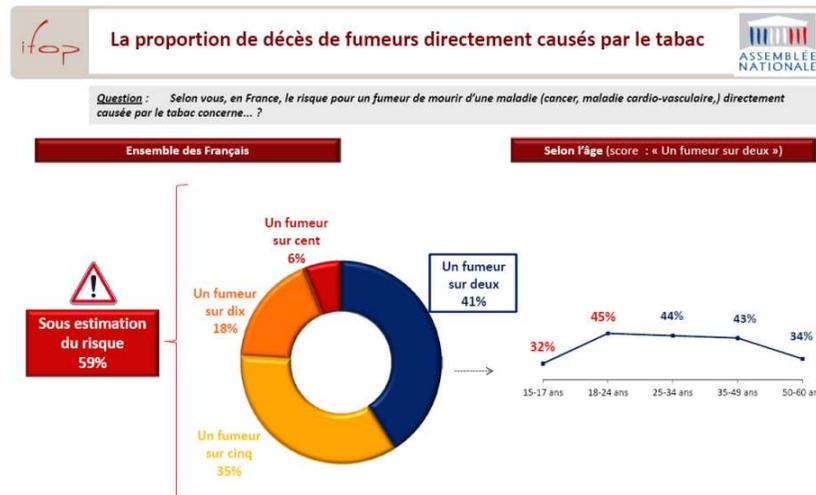
# Un enjeu majeur pour la collectivité (1) : une question prioritaire de santé publique

## ➤ Première cause de mortalité évitable

Plus de **70 000 morts par an**, loin devant d'autres causes de mortalité prématurée.

- Un Français sur trois est fumeur.
- Un fumeur sur deux meurt prématurément d'une maladie liée au tabac.
- 73 000 morts par an, soit environ 200 morts par jour (60% par cancers, 25% par maladies cardiovasculaires et 11% par maladies respiratoires).

## ➤ Une sous-estimation des risques liés au tabac



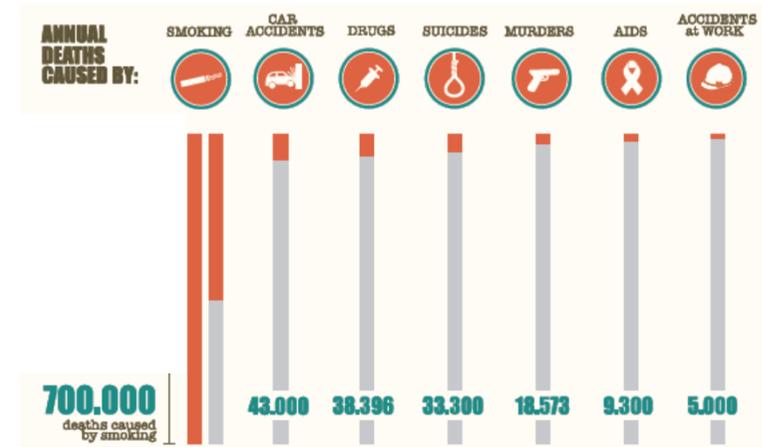
Source : enquête Ifop (juillet 2012)

## NOMBRE DE DÉCÈS LIÉS AU TABAC PAR AN EN FRANCE ...



Source : Cour des Comptes

## ... ET EN EUROPE



Source : Commission Européenne



## Un enjeu majeur pour la collectivité (2) : un coût social élevé

### ➤ Le tabagisme : un coût social élevé...

- Selon une évaluation qui reste très partielle (réalisée par la Cnamts à la demande de la Cour) : le coût du tabagisme atteint 12Mds € par an au minimum pour le seul régime général.
- Prendre en compte l'ensemble des coûts directs (soins) et indirects : un **coût social total** du tabagisme ayant été estimé à environ **47 Mds €** (OFDT, 2006).



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
<b>Total</b>	<b>47 739</b>

Source : OFDT, 2006

### ➤ ... et supérieur aux ressources fiscales liées au tabac

- Ressources fiscales liées au tabac : **15 Mds** d'euros en 2012
- Nécessité toutefois d'actualiser et d'approfondir les connaissances sur les coûts liés au tabagisme, en développant la recherche





# Des objectifs peu lisibles et fluctuants, avec un suivi perfectible

## ➤ Les objectifs

- Des objectifs fixés dans la loi de santé publique de 2004

Loi de 2004 :	Objectif n°3	Objectif n°4
	Abaisser la prévalence du tabagisme (fumeurs quotidiens) de 33 à <b>25 % chez les hommes</b> , de 26 à <b>20 % chez les femmes</b> d'ici à 2008 en visant en particulier les jeunes et les catégories sociales à forte prévalence	Réduire le <b>tabagisme passif</b> dans les établissements scolaires (disparition totale), les lieux de loisirs et l'environnement professionnel

- Mais un foisonnement d'objectifs déclinés par ailleurs

## ➤ Un suivi perfectible : des failles dans le dispositif d'observation.

- Absence de données régulières sur la prévalence tabagique et les estimations des achats hors du réseau des buralistes (achats transfrontaliers, sur Internet, contrebande...)
- Des données pourtant essentielles pour le pilotage de la politique : nécessité d'un suivi fin des inflexions de la consommation réelle et de l'impact des mesures prises.

## ➤ Les moyens

- Des efforts réels au cours de la dernière décennie
- Mais des moyens administratifs dispersés
- Et des moyens budgétaires limités (de l'ordre de 100 M€)



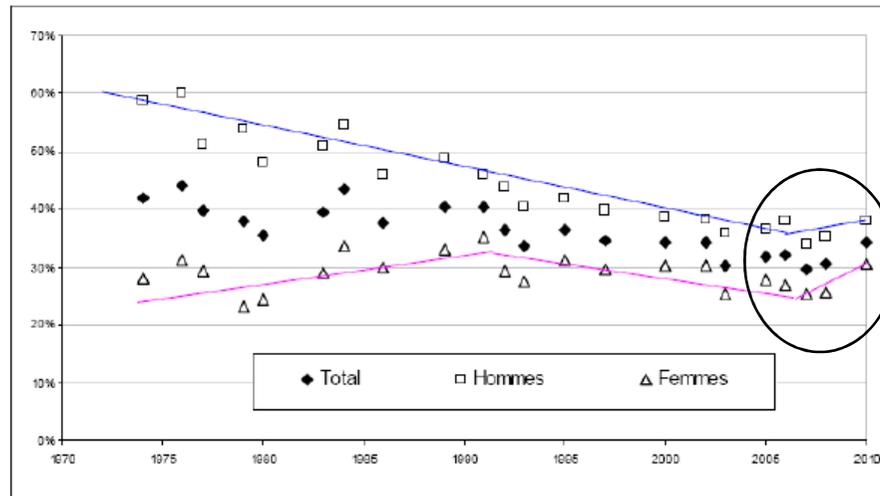
# Des résultats insuffisants (1)

- Par rapport aux **objectifs fixés par la loi de 2004** :

Fumeurs réguliers	Objectif fixé en 2004	Prévalence en 2010
Hommes	25%	32,4%
Femmes	20%	26%

- Par rapport à la **période récente** : une remontée préoccupante de la prévalence entre 2005 et 2010

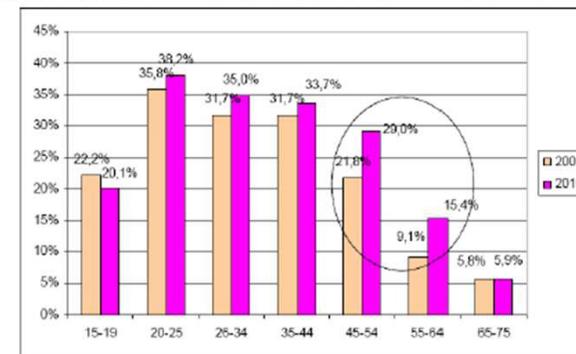
ÉVOLUTION GLOBALE DU TABAGISME <sup>(2)</sup> ENTRE 1975 ET 2010



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)

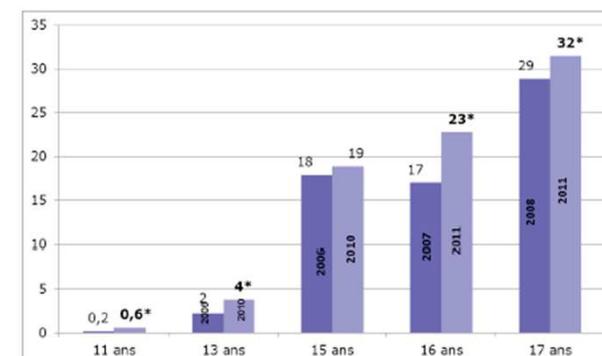
- Des problématiques particulières : femmes, jeunes et précaires

ÉVOLUTION DE L'USAGE QUOTIDIEN DE TABAC PARMIS LES FEMMES DE 2005 A 2010



Tabagisme régulier	2005	2010
Chômage	44%	51,1%
Travail	31,3%	33,4%

ÉVOLUTION DU TABAGISME QUOTIDIEN DES JEUNES

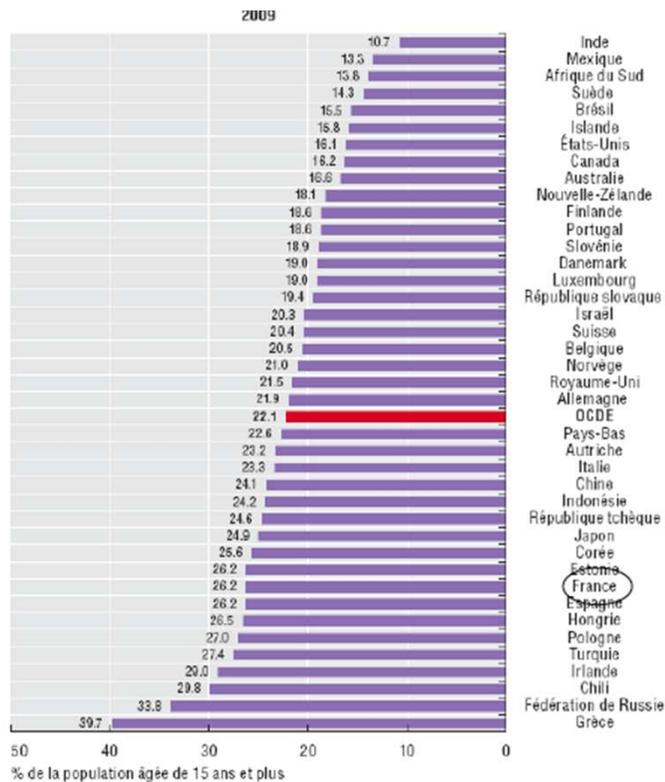




# Des résultats insuffisants (2)

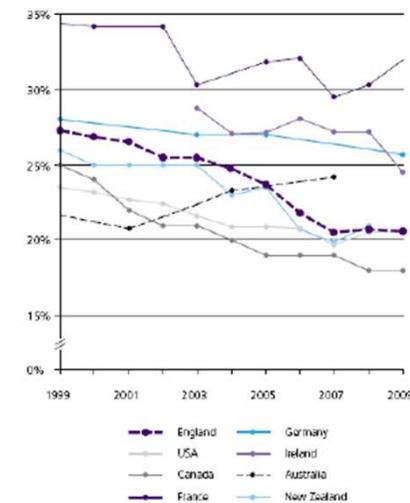
- Par rapport à d'autres pays voisins, à la fois en niveau ...
- ... et en tendance, en particulier par rapport au Royaume-Uni.

NIVEAU DE LA POPULATION ADULTE DÉCLARANT FUMER QUOTIDIENNEMENT DANS LES PAYS DE L'OCDE



Source : OCDE (2011)

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



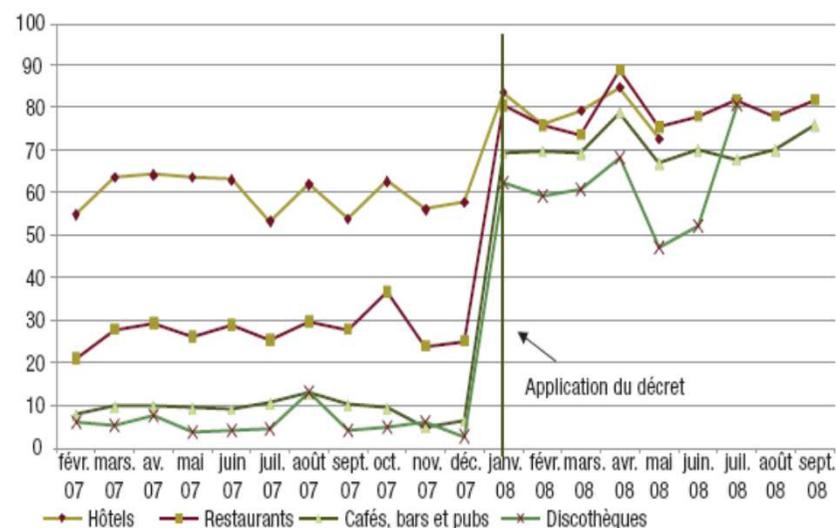
Source : "Healthy lives, healthy people. A tobacco control plan for England", Department of health (mars 2011)



# Des progrès en matière de tabagisme passif

- Des avancées suite notamment au « décret Bertrand » de 2006 :

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)

- Mais une application incomplète de la réglementation, en particulier dans certains lieux



## II. Rénover la gouvernance et le pilotage pour assurer, dans la durée, la cohérence et l'efficacité de l'action publique

*Propositions 1 à 7 :*

- ❖ Une gouvernance simplifiée (renforcer la coordination et clarifier les compétences)
- ❖ Un pilotage plus efficace (élaborer une stratégie pluriannuelle avec un suivi resserré)
- ❖ Des politiques mieux étayées (développer la recherche et l'évaluation)



# Une gouvernance simplifiée

- Renforcer la coordination et clarifier les compétences :

## Au niveau ministériel

Renforcer la coordination interministérielle avec un portage politique fort et s'inscrivant dans la durée

- Création d'un **comité interministériel**
- Clarification du positionnement de la **MILDT**
- Désignation d'une **personne** spécifiquement chargée de la lutte contre le tabagisme

## Au niveau des opérateurs

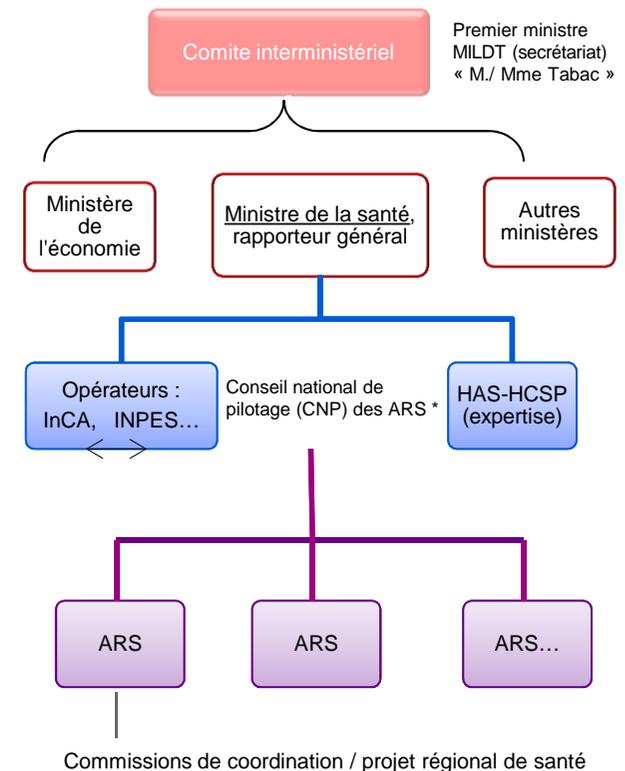
Clarifier les compétences et l'organisation des différents opérateurs et agences sanitaires

- Dans les **contrats d'objectifs** : missions précises et engagements d'actions partenariales
- Rapprochement de la Haute Autorité de santé (**HAS**) et du Haut conseil de la santé publique (**HCSP**)
- Débat au **Parlement** sur la réforme des agences sanitaires

## Au niveau régional

Soutenir le développement de politiques territoriales et partenariales de prévention

- Prise en compte du tabagisme dans les instructions adressées aux agences régionales de santé (ARS) et dans leurs contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens
- Implication de tous les acteurs concernés (santé scolaire, collectivités, santé au travail) dans le cadre du projet régional de santé (PRS) et des commissions de coordination des ARS



\* Ministres chargés de la santé, du budget, etc., caisses d'assurance maladie...



# Un pilotage plus efficace

- **Élaborer une stratégie pluriannuelle de réduction du tabagisme** avec un suivi régulier, sous le contrôle du Parlement

## Un pilotage plus stratégique : fixer clairement un cap avec une priorité et des objectifs mieux identifiés

- Faire de lutte contre le tabagisme une des priorités de la prochaine **loi de santé publique**, en fixant un objectif chiffré de réduction de la prévalence d'ici cinq et dix ans, en population générale et par groupes-cibles (jeunes en particulier).
- Décliner la loi dans un **plan d'actions** stratégique gouvernemental, précisant et articulant les différentes actions programmées, périodiquement réévalué par le comité interministériel et décliné au niveau local.

## Un pilotage plus resserré et réactif : se doter d'un tableau de bord adapté

- Établir un **tableau de bord** au moins une fois par an pour suivre de près les principaux indicateurs, mesurer régulièrement l'efficacité des leviers utilisés et réagir immédiatement dès qu'un « clignotant » s'allume.
- Publier chaque année des **données** sur la prévalence tabagique et les modes d'approvisionnement, en particulier hors réseau des buralistes, pour suivre plus finement les évolutions de la consommation réelle.

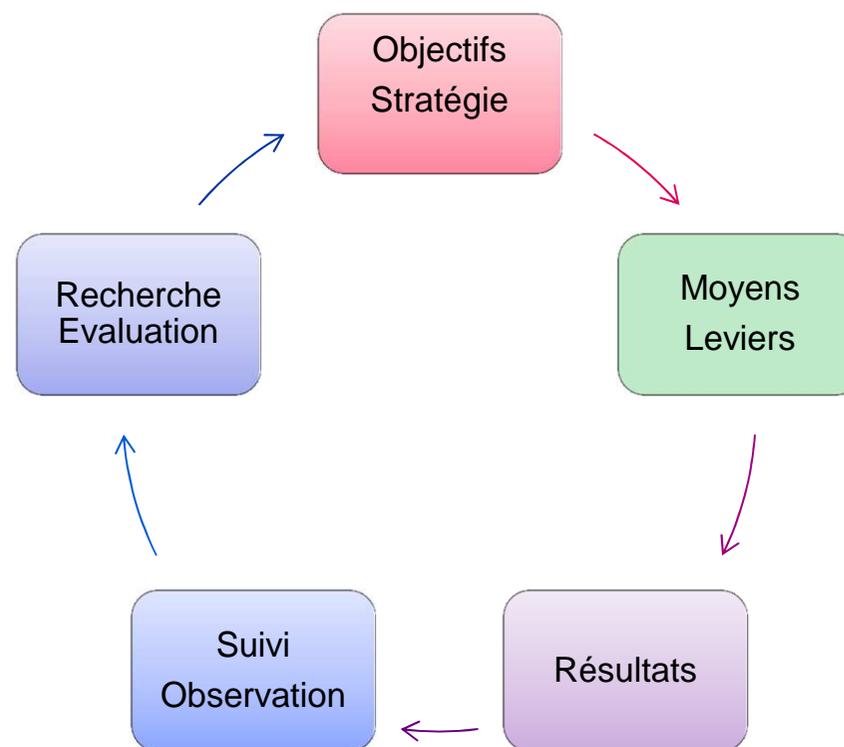
## Un pilotage plus exigeant : améliorer l'information et le contrôle du Parlement

- Etoffer les **annexes au projet de loi de finances** pour introduire un indicateur spécifique au tabagisme et prévoir la présentation d'une estimation des moyens consacrés à la lutte contre le tabagisme.
- Prévoir le dépôt d'un **rapport annuel au Parlement** sur les conditions de réalisation de l'objectif chiffré quinquennal de réduction du tabagisme.



# Une politique mieux étayée

- Mieux étayer la décision publique en développant la recherche et l'évaluation (« *evidence-based policies* » ) :
  - ✓ Établir, sous l'impulsion de l'InCA, une stratégie **nationale de recherche** pluridisciplinaire, avec des axes prioritaires et des moyens dédiés
  - ✓ Renforcer la **coordination** entre les organismes de recherche
  - ✓ Faire réaliser dans ce cadre une **nouvelle estimation du coût** du tabac pour la société
  - ✓ Développer les évaluations de l'impact des **actions locales** de prévention et de diffusion des bonnes pratiques
  - ✓ Conforter l'**indépendance de l'expertise** et prévoir la déclaration des liens éventuels d'intérêts avec l'industrie du tabac ou l'industrie pharmaceutique.





### **III. Agir sur tous les leviers de l'action publique, en mobilisant l'ensemble des acteurs**

*Propositions n°8 à 15 : prendre en charge ; appliquer ; prévenir et dissuader*

- ❖ Améliorer la prise en charge
- ❖ Créer les conditions d'une meilleure application de la réglementation
- ❖ Utiliser le levier fiscal dans un objectif de santé publique
- ❖ Amplifier la lutte contre les achats hors du réseau des buralistes
- ❖ Réduire l'attractivité des produits du tabac
- ❖ Renforcer les actions de communication et d'éducation à la santé



# Améliorer la prise en charge

- Remboursement intégral des **substituts nicotiques** comme des médicaments
- Intensifier les actions en direction des **femmes enceintes** et améliorer leur prise en charge : 
- Mieux associer les **professionnels de santé**, en particulier les généralistes :
  - ✓ Amélioration de la **formation initiale et continue**, mise à disposition d'**outils d'information** adaptés, en sensibilisant les professionnels
  - ✓ Expérimentation d'un indicateur sur le tabac dans la **rémunération sur objectifs** de santé publique (P4P) et de **consultations de prévention** dédiées
  - ✓ Mise en place d'un **parcours d'aide au sevrage coordonné**, associant les paramédicaux, les pharmaciens et les médecins traitants
  - ✓ Renforcement des **consultations d'addictologie** dans les structures hospitalières et médico-sociales, en identifiant des compétences en tabacologie.
- ✓ Renforcement de la **formation** sur les effets, le dépistage et la prise en charge du tabagisme (maternités, PMI, libéraux...)
- ✓ Généralisation de la **mesure du monoxyde de carbone** expiré pendant les consultations de suivi de grossesse
- ✓ Soutien au déploiement du dispositif « **Maternité sans tabac** » et évaluation régulière de celui-ci
- ✓ Organisation régulière d'**actions de communication** en direction des femmes enceintes

• France : 20,8% des femmes fument pendant la grossesse (troisième trimestre) en 2003 et 17,1% en 2010  
• 12<sup>e</sup> rang sur 12 pays européens (ordre croissant)  
• Pays aux extrêmes : Lituanie 4,8% / France 20,8% en 2003 ; 17,1% en 2010  
Données : Euro-Peristat project, 2008  
Enquête périnatale 2010

C'est en France que les femmes fument le plus pendant la grossesse

Dans la plupart des pays européens, plus de 10% des femmes fument pendant leur grossesse. Le pourcentage de femmes enceintes fumeuses varie ainsi de 5-7% en Lituanie, République tchèque, Suède et Malte à 16% au Danemark et 17,1% en France en 2010 (20,8% en 2003 année comparable aux autres pays) (fumeuses pendant le dernier trimestre). 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

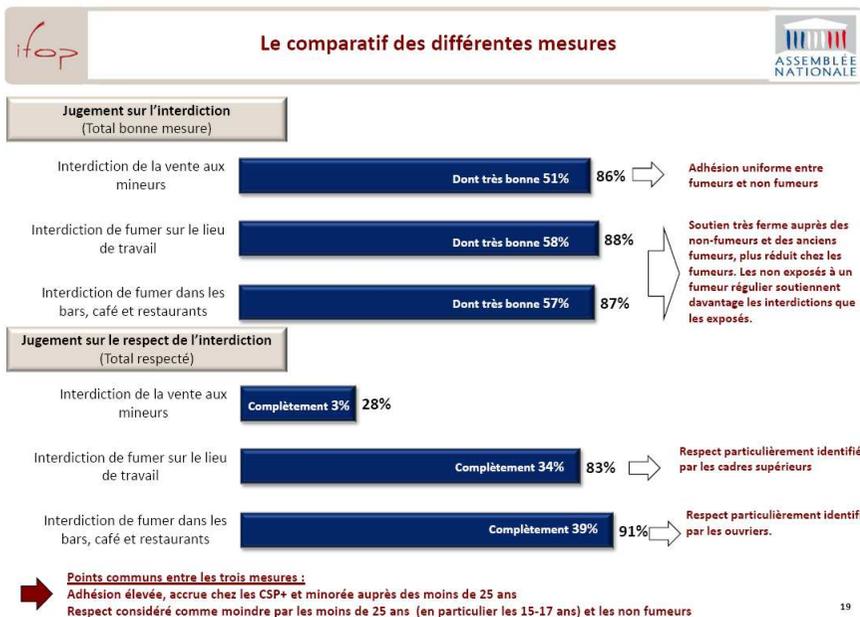
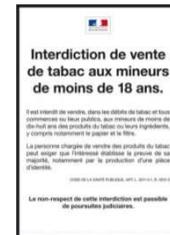
le retard de croissance (2,5 fois plus fréquent chez une femme fumant plus de dix cigarettes par jour) (Nabet K., Lelong N. *et al.* 2007).

Source : HCSP (2012)





# Améliorer l'application de la réglementation



Créer les conditions d'une meilleure application de la réglementation :

- ✓ Mobiliser les corps de contrôle, en définissant un **plan annuel avec des objectifs chiffrés d'augmentation des contrôles** et un suivi annuel précis par département, rendu public.
- ✓ Veiller à une **application stricte de l'interdiction de fumer** dans les lieux fermés et couverts et 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 la présentation d'une **pièce d'identité** lors de l'achat de tabac



# Le levier de la fiscalité

- Simplifier la fiscalité et taxer à la même hauteur **tous les produits du tabac**

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 1 <sup>er</sup> janvier 2013	En juillet 2013	Applicable en 2012	Depuis le 1 <sup>er</sup> 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 %

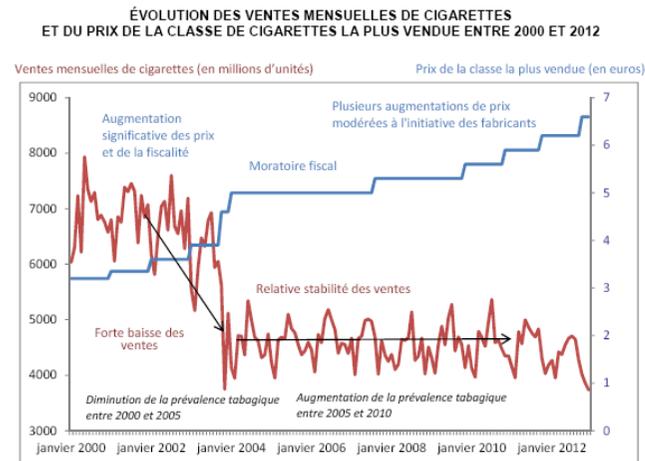
Sources : article 575 A du code général des impôts et article 23 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2013

## Pourquoi augmenter les taxes des produits du tabac ?

L'augmentation des prix est considérée par les organisations internationales (Banque Mondiale et OMS) comme la mesure la plus efficace et la moins coûteuse pour lutter contre le tabagisme. Le Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC) a rappelé dans sa publication sur les méthodes d'évaluation des politiques de contrôle du tabac que 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 qu'un peu moins de la moitié de l'effet prix a une incidence sur la consommation moyenne des fumeurs qui n'ont pas arrêté de fumer).

Source : Institut national du cancer (InCA)

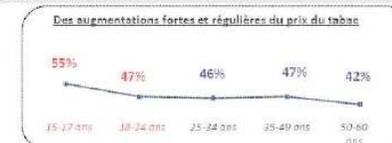
- A l'avenir, privilégier un **relèvement de la fiscalité** des produits du tabac en vue d'une augmentation significative des **prix**, plutôt que plusieurs augmentations modérées



Entre 2002 et 2010, les hausses annuelles de prix des cigarettes étaient de <sup>(2)</sup> :  
 + 28,5 % (2002) + 9 % (2003) | + 6 (2007) + 6% (2009) + 6% (2010)

## L'EFFICACITÉ PERCUE, 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 ?

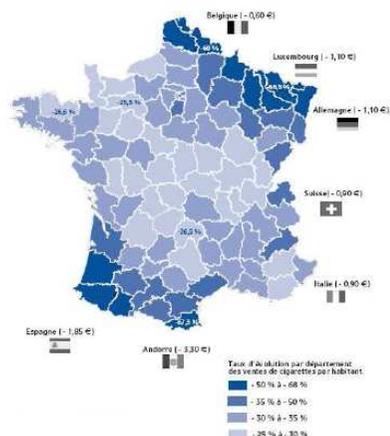


Source : enquête d'opinion réalisée par l'IFOP pour l'Assemblée nationale (juin 2012), présentation préparée pour la table ronde du 12 décembre 2012 sur le tabagisme des jeunes



# Amplifier la lutte contre les achats hors réseau des buralistes

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

- ✓ Application rapide des mesures récentes en matière de **lutte contre le commerce illicite** et de traçabilité et **marquage des paquets**.
- ✓ Développement des **coopérations internationales** et réprimer plus efficacement le trafic de tabac et renforcer les moyens de lutte contre les **achats sur Internet**.
- ✓ Promouvoir une meilleure **harmonisation des prix et de la fiscalité** aux niveaux européen et bilatéral
- ✓ Introduire une **disposition communautaire** spécifique permettant un encadrement strict des **importations privées** de tabac.

LE PRIX MOYEN PONDÉRÉ DU TABAC EN EUROPE



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

Source : direction générale des douanes et des droits indirects 2011 à partir des données INHESJ-OFDT



# Réduire l'attractivité des produits du tabac



## ■ Composition et présentation du tabac

- ✓ Renforcement de la réglementation sur les arômes (menthol par exemple)
- ✓ Extension des dispositions de la loi sur les « cigarettes bonbons » aux autres produits du tabac
- ✓ Interdiction des cigarettes « slims »

## ■ Publicité et exposition des produits du tabac

- ✓ Message de prévention avec la diffusion de films
- ✓ Interdiction de la promotion du tabac sur les lieux de vente

### « Tabac et cinéma » : les résultats d'une enquête (Ligue contre le cancer et Ipsos, 2012)

Lors d'un film, « la présence du tabac équivaut à 5 publicités » :

- Environ **80%** des 180 films visionnés présentent des situations avec une représentation du tabac. Les mises en scène regroupent 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 (147s) sur une durée moyenne par film de 99 minutes (soit 2,5% de la durée du film).

## ■ Conditionnement des cigarettes

- ✓ Augmentation de la taille des avertissements sanitaires sur les paquets
- ✓ Evaluation du « paquet neutre » en Australie.

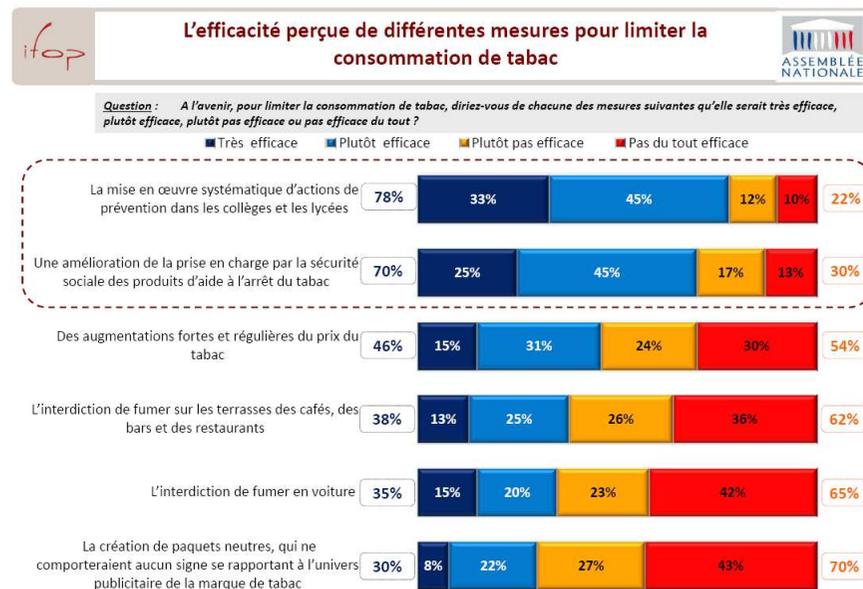


La réforme proposée par la Commission (décembre 2012)



# Pour mieux prévenir, développer la communication et l'éducation à la santé

- Le constat : **des moyens aujourd'hui limités**
  - Modestie des crédits de lutte contre le tabagisme ( de l'ordre de 100 M€, à comparer aux 15 Mds € de recettes fiscales)
  - Moyens consacrés à la communication près de dix fois moins importants que ceux de la sécurité routière...
- Une attente forte sur les actions de prévention



- Développer des stratégies plus ambitieuses de prévention et de communication
  - ✓ Organisation régulière de **campagnes d'information** en s'appuyant sur les ressorts de communication pertinents (messages offensifs et communication positive), relayées au niveau local
  - ✓ Développement **d'actions ciblées** de prévention et d'accompagnement (femmes, jeunes, précaires)
  - ✓ Soutien au développement et au suivi des actions **d'éducation à la santé**, en impliquant les jeunes et l'ensemble de la communauté éducative, les parents et des intervenants extérieurs, et en améliorant la formation des enseignants