

LES POLITIQUES DE LUTTE CONTRE LE TABAC EN FRANCE SOUS LE PRISME DE L'ANALYSE ECONOMIQUE

SEPTEMBRE 2019



TABLE DES MATIÈRES

1. Introduction > P.5
 2. Le raisonnement économique appliqué au tabagisme > P.11
 3. Les leviers d'interventions à la disposition de l'Etat pour réduire le tabagisme > P.17
 4. Recommandations de politiques publiques dans le cas français > P.23
 5. Conclusion > P.27
- Références > P.29

RÉSUMÉ

Alors que la part des fumeurs quotidiens dans la population atteint toujours 27% de la population en 2017, l'un des objectifs du programme national de lutte contre le tabac 2018-2022 est qu'elle soit inférieure à 22% en 2022. Cette étude mobilise les enseignements de l'analyse économique afin d'examiner les politiques mises en œuvre par les pouvoirs publics pour diminuer le tabagisme, qu'il s'agisse de l'augmentation de la taxe sur le tabac, la diffusion d'informations, le remboursement des substituts nicotiques. Une attention particulière est portée à l'impact de ces politiques publiques sur les inégalités sociales face au tabagisme puisque celles-ci sont considérables en France. Les conclusions de cette analyse suggèrent que les pouvoirs publics devraient compenser les effets redistributifs délétères sur les ménages les plus précaires de l'augmentation des taxes sur le tabac. Les pistes de réflexions à considérer sont la diffusion d'informations personnalisées notamment procurées par des médecins formés à la tabacologie, et d'autre part le remboursement total des substituts nicotiques et des consultations en tabacologie. En outre, la mise en place d'interventions particulières à destination des populations à risque telles que les femmes enceintes fumeuses est à encourager.

A PROPOS DE L'AUTEUR



Léontine Goldzahl, est professeur associée à l'EDHEC et a rejoint l'EDHEC Economics research centre en 2018. Elle a obtenu son doctorat en 2015 à l'Université Paris 1 Panthéon Sorbonne - Paris School of Economics et a ensuite travaillé pour l'Université Paris Dauphine et University of Manchester. Ses recherches portent principalement sur l'économie de la santé. Elle mobilise les outils de l'économétrie appliquée et de l'économie expérimentale pour mieux comprendre les comportements de santé et évaluer les politiques publiques de santé. Ses travaux ont fait l'objet de publications académiques dans *Health Economics*, *Journal of Health Economics*, et *Social Science and Medicine*.

The page features two large, overlapping geometric shapes. A large, bright yellow shape starts from the top right and extends towards the bottom left. A smaller, light yellow shape is positioned to the left of the larger one, partially overlapping its edge. The text '1. INTRODUCTION' is centered within the larger yellow shape.

1. INTRODUCTION

1. INTRODUCTION

1.1. POURQUOI S'INTÉRESSER AUX POLITIQUES DE LUTTE CONTRE LE TABAC ?

Les principales maladies chroniques telles que le diabète, les maladies cardiovasculaires, le cancer et les maladies respiratoires chroniques, représentent 86% des décès au sein de l'Union européenne. Ces décès peuvent en partie être évités par la réduction des comportements de santé à risque tels que le tabagisme, la consommation nocive d'alcool, le surpoids, les régimes alimentaires malsains et l'inactivité physique. Le tabagisme est le premier facteur de risque évitable des cancers et des maladies cardiovasculaires, respectivement 1ère et 2ème causes de mortalité en France. Pourtant, 31,9% des français ont déclaré fumer au moins occasionnellement et 26,9% quotidiennement selon le Baromètre Santé 2017 (Pasquereau et al. 2018).

Les objectifs du programme national de lutte contre le tabac 2018-2022 indiquent que la part des fumeurs quotidiens doit être inférieure à 24% en 2020 et inférieure à 22% en 2022. Ce plan détaille 28 actions articulées autour de 4 axes de lutte contre le tabac : protéger nos enfants et éviter l'entrée dans le tabagisme ; encourager et accompagner les fumeurs pour aller vers le sevrage ; agir sur l'économie du tabac pour protéger la santé publique ; surveiller, évaluer, chercher et diffuser

les connaissances relatives au tabac (PNLCT 2018-2022). Le fonds de lutte contre le tabac a été doté de 100 millions d'euros en 2018 pour financer des projets de recherche ou des interventions en lien avec ces axes.

Dans ce contexte, on peut s'interroger sur l'efficacité et l'équité des politiques publiques à la disposition des autorités pour infléchir la prévalence de la consommation de tabac. Alors que le tabagisme est un problème de santé publique, la recherche en économie s'est largement saisie du sujet. Comme l'écrivent Chaloupka et Warner (1999), l'analyse économique des marchés des produits du tabac a contribué aux débats sur le rôle des politiques publiques dans la lutte contre le tabagisme. L'exemple le plus significatif est le considérable corpus de recherche sur les effets des augmentations de prix sur la consommation de cigarettes. Cette étude rend compte des apports de l'analyse économique ayant porté sur l'évaluation de l'efficacité et de l'équité des mesures prises par l'Etat pour limiter le tabagisme. Il ne s'agit pas de faire un inventaire exhaustif des politiques existantes mais plutôt de mettre en évidence les enseignements de l'économie sur les arbitrages entre efficacité et équité de quelques politiques publiques. Je dégagerai en conclusion des recommandations sur les politiques publiques qui semblent, au regard de la

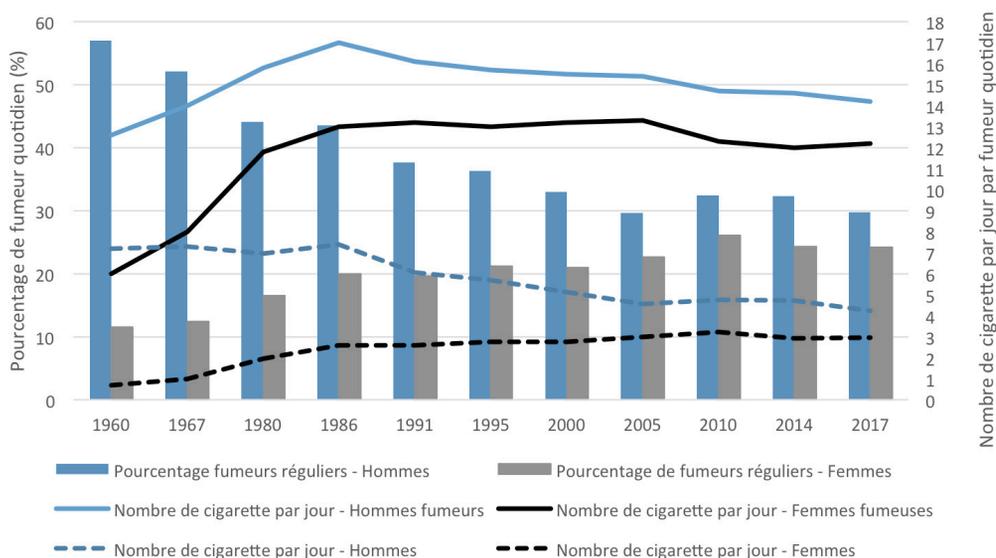
production scientifique sur le sujet, les plus à même de permettre au gouvernement d'atteindre ses objectifs.

1.2. ETAT DES LIEUX DU TABAGISME EN FRANCE

D'après Hill et al. 2015, depuis les années 60, on observe une diminution de la proportion des hommes qui fument quotidiennement alors que la proportion des femmes fumant quotidiennement a augmenté jusqu'au début des années 2000, et diminue depuis. Le nombre de cigarettes fumées par ces fumeurs augmente puis diminue mais la temporalité et l'amplitude de cette tendance diffèrent en fonction du sexe comme le montre la figure 1. Au maximum de leur consommation, les hommes fumaient quotidiennement 17 cigarettes en 1986 alors que les femmes fumaient 13,3 cigarettes en 2005¹.

Si l'on combine ces informations, il apparaît que le nombre de cigarettes fumées par la population masculine et féminine diminue respectivement depuis le début des années 80 et le début des années 2000. Les hommes et les femmes fument entre 3 et 4 cigarettes par jour en 2017².

Selon la dernière enquête du Baromètre Santé 2017³, 31,9% des personnes interrogées sont fumeurs, et 26,9% sont des fumeurs quotidiens. En 2017, les fumeurs quotidiens consommaient en moyenne 13,3 cigarettes (ou équivalent) par jour. Cette quantité apparaît en très légère baisse par rapport aux années précédentes. Cette moyenne dissimule une grande variance de niveau de consommation de tabac entre les catégories socioéconomiques, qu'elles soient mesurées par le niveau d'éducation ou de revenu.



Source : les données sont issues de Hill (2015).

1 - Il est aussi à noter que ces nombres de cigarettes par jour sont des moyennes qui cachent une grande variabilité de profils de fumeurs. Parmi les fumeurs quotidiens interrogés en 2017, 18,8% fumaient entre 1 et 5 cigarettes par jour en moyenne, 33,2% entre 5 et 10, 19,3% entre 10 et 15, 17,4% entre 15 et 20 et 11,2% plus de 20.

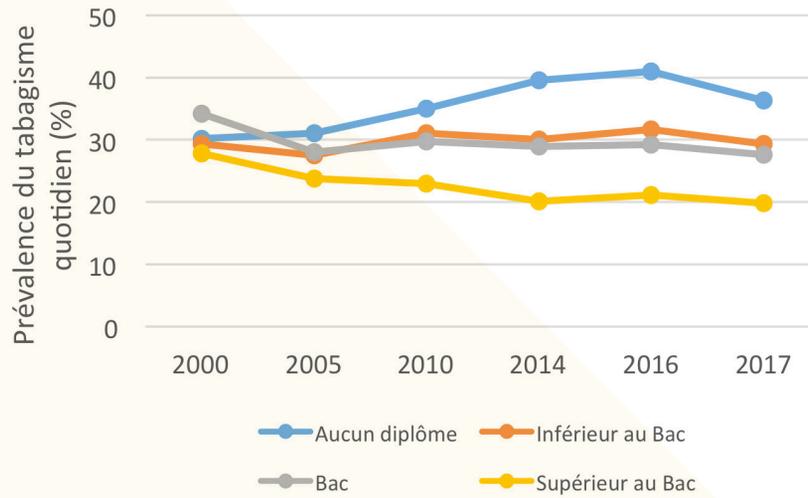
2 - Le nombre de cigarettes par personne correspond à la multiplication entre la proportion de fumeurs quotidien par le nombre de cigarettes fumées par jour chez ces fumeurs.

3 - Le Baromètre santé 2017 est une enquête représentative de la population des 18-75 ans, menée par téléphone pendant le premier semestre 2017 auprès d'un échantillon de 25 319 individus.

La figure 1 représente la prévalence du tabagisme quotidien selon le niveau de diplôme atteint par l'individu interrogé alors que la figure 2 met en évidence la prévalence du tabagisme par tertile de revenu. Les inégalités sociales du tabagisme restent considérables avec un

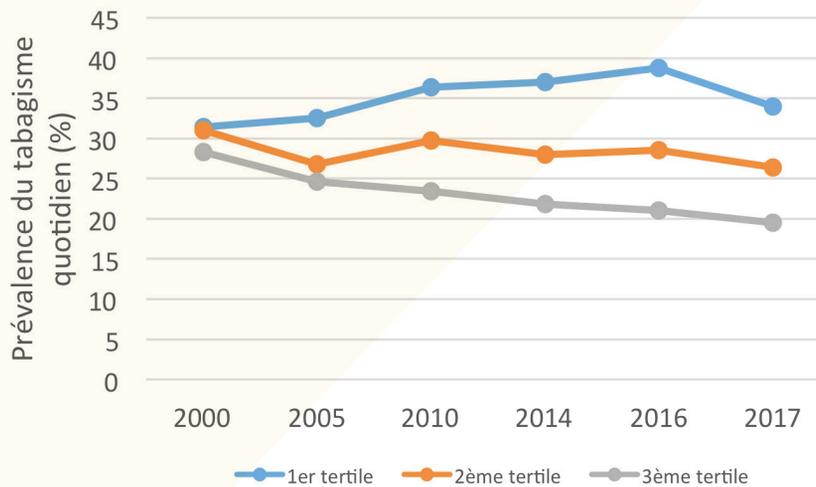
écart de 16,5 points de prévalence entre les individus n'ayant pas de diplôme et ceux ayant atteint un niveau de diplôme supérieur au bac. Le gradient social est aussi observable si l'on utilise les terciles de revenu.

Figure 1 : Prévalence du tabagisme quotidien selon le diplôme (18-75 ans), France 2000-2017



Source : Données issues de Pasquereau et al. 2017

Figure 2 : Prévalence du tabagisme quotidien selon le tertile de revenu (18-75 ans), France 2000-2017



Source : Données issues de Pasquereau et al. 2017

1.3. LES POLITIQUES DE LUTTE CONTRE LE TABAC EN FRANCE

La « loi Veil » de 1976 a été la première initiative collective de lutte contre le tabagisme. Puis la « loi Evin », promulguée en 2001, a durci la réglementation de lutte contre le tabac (interdiction de la publicité, interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif etc.). C'est à partir de la loi de 2004 relative à la politique de santé publique que des objectifs chiffrés de réduction de la prévalence du tabagisme sont instaurés et qu'une forte hausse de la taxe sur le tabac est programmée. Cette hausse des taxes est répercutée sur les prix comme le montre la figure 3. Selon le gouvernement, l'objectif est que le paquet de cigarettes soit à 10 euros d'ici 2020.

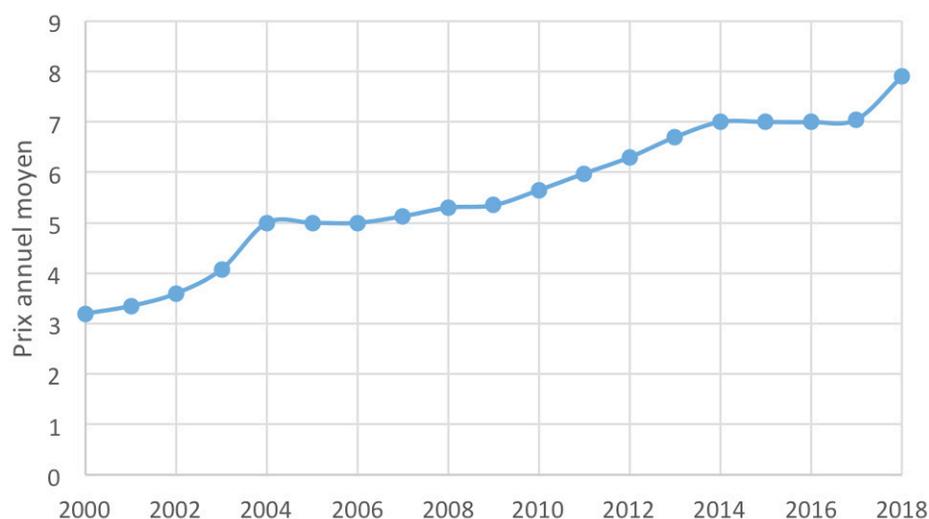
En 2006, le « décret Bertrand prévoit une extension de l'interdiction de fumer dans les lieux publics. Puis en 2009, la loi HPST

met en œuvre des mesures pour protéger les jeunes du tabac comme l'avancement de l'âge légal pour acheter du tabac à l'âge de 16 ans. Le paquet neutre est adopté en décembre 2015 dans le cadre de la loi de modernisation du système de santé et appliqué à partir du 1er janvier 2017.

Si la consommation de tabac s'est largement infléchie ces dernières années, on peut se demander quelles politiques publiques peuvent être mobilisées afin de réduire le tabagisme et le gradient social du tabagisme.

Ceci nous conduit dans un premier temps à expliquer comment les économistes analysent le tabagisme et les raisons qui justifieraient l'intervention de l'Etat.

Figure 3 : Evolution du prix annuel moyen du paquet de cigarettes de la marque la plus vendue



Source : Direction générale des douanes et des droits indirects (DGDDI)



2. LE RAISONNEMENT ÉCONOMIQUE APPLIQUÉ AU TABAGISME

2. LE RAISONNEMENT ÉCONOMIQUE APPLIQUÉ AU TABAGISME

2.1. LES CIGARETTES : UN BIEN PARTICULIER

Les cigarettes présentent des caractéristiques particulières qui influent le cadre analytique dans lequel les décisions relatives au tabagisme sont analysées⁴.

La cigarette a des conséquences néfastes pour la santé des consommateurs et des non-consommateurs exposés (a), dont la plupart se manifestent dans un avenir lointain (b), la cigarette crée une dépendance (c), et la consommation commence surtout pendant l'adolescence (d) :

a) Les gens ne sont pas pleinement conscients des risques pour la santé du tabagisme. Certains ont été largement diffusés, mais d'autres, comme les maladies respiratoires chroniques, sont beaucoup moins bien connues. Ce manque potentiel de connaissance, l'optimisme excessif des personnes qui pensent qu'elles ne peuvent pas être touchées personnellement et le délai entre la consommation et l'impact sur la santé donnent à penser que les personnes n'intègrent pas pleinement les conséquences du tabagisme sur la santé dans leurs décisions. De plus, le tabagisme peut avoir des conséquences néfastes sur la santé des non-fumeurs en raison du tabagisme passif.

b) Les conséquences du tabac les plus graves pour la santé se manifestent tard dans la vie. En raison de ce décalage entre

la consommation et les risques associés, les individus n'accordent naturellement pas beaucoup d'importance à ces conséquences lorsqu'ils prennent des décisions concernant le tabagisme. En termes économiques, on dit qu'ils font peu de cas de l'avenir puisqu'ils dévalorisent les conséquences futures de leurs actes.

c) Un bien est addictif si sa consommation pendant une période particulière dépend fortement des trajectoires de consommations passées. L'addiction à la cigarette se manifeste à la fois physiquement (à cause de l'impact de la nicotine sur le cerveau) et psychologiquement (puisqu'elle est associée à des habitudes, rituels ou gestes). Une des conséquences de la caractéristique addictive du tabac est le développement d'une accoutumance chez les fumeurs. Ce phénomène implique que plus sa consommation passée est importante, plus le fumeur a besoin d'une quantité de tabac importante pour arriver à satisfaction.

d) Les trois caractéristiques mentionnées ci-dessus sont davantage exacerbées chez les plus jeunes.

2.2. L'ARBITRAGE COÛT BÉNÉFICE

Dans son cadre conceptuel d'analyse des décisions relatives au tabagisme, un économiste devrait donc tenir compte du passé (dépendance, formation de

4 - Une présentation similaire mais plus détaillée existe dans la thèse de Joachim Marti (2011).

l'habitude de fumer), du présent (prix et autres coûts non monétaires) et de l'avenir (les risques de santé liés au tabagisme et le risque de devenir dépendant).

La décision de commencer, d'arrêter ou de faire une rechute dépend des avantages nets perçus de cette décision par rapport à ceux de l'alternative (ne pas commencer, continuer à fumer et continuer à ne pas fumer). On suppose que l'individu évalue les bénéfices et les coûts immédiats et potentiels de la décision⁵. Si les coûts immédiats du tabagisme - principalement le prix du marché - sont faciles à évaluer, l'évaluation des conséquences futures est beaucoup plus complexe. En effet, il s'agit d'évaluer la probabilité de la réalisation du risque de santé, d'évaluer leurs implications en termes d'état de santé et de coûts des soins, sachant que l'ensemble se situe dans un futur plus ou moins lointain. Si l'individu reçoit de nouvelles informations, il réévaluera les avantages et les coûts des options disponibles (fumer ou ne pas fumer), ce qui pourrait induire un changement de décision.

Si l'on suppose que les fumeurs ne dévalorisent pas trop le futur, sont rationnels, qu'ils disposent d'une information parfaite sur les conséquences du tabagisme sur la santé et la dépendance, et qu'ils supportent la totalité du coût de leur consommation ; alors d'un point de vue économique, l'intervention gouvernementale n'est pas nécessaire.

Cependant, cette description ne reflète pas la réalité. Le marché du tabac comporte de nombreuses défaillances qui rendent inapplicable le point de vue efficace du marché et qui justifient des interventions de l'Etat pour lutter contre le tabagisme. Les principales défaillances du marché du tabac à l'œuvre sont : les coûts externes, le manque d'information et l'incohérence temporelle. Pour ces trois raisons, le libre jeu du marché n'aboutit pas à des décisions optimales pour la société. Les deux sections suivantes s'attachent à montrer comment ces défaillances de marché induisent une surconsommation de tabac et dans quelles mesures la taxation, la diffusion d'information et les incitations financières sont des solutions adaptées.

2.3. LES COÛTS EXTERNES, LE MANQUE D'INFORMATION ET L'INCOHÉRENCE TEMPORELLE

2.3.1. Les coûts externes

Les coûts externes sont les coûts qu'un fumeur impose à d'autres personnes ou à la société dans son ensemble sans payer le coût total, c'est-à-dire les coûts qui ne sont pas inclus dans le prix payé par le fumeur. Les types de coûts externes les plus importants sont ceux liés à l'impact du tabagisme passif (coût médicaux des maladies cardiaques, faible poids de naissance dans le cas des nouveaux nés). Le montant exact des conséquences du tabagisme passif fait toujours l'objet de débats. Les autres coûts

5 - Généralement, les sciences sociales telles que la sociologie et l'anthropologie considèrent que l'engagement dans ces comportements de santé à risque résulte d'un ensemble de contraintes et pressions sociales liées notamment à l'identité. La médecine et l'épistémologie considèrent souvent que les comportements de santé à risque et notamment le tabagisme, la consommation excessive d'alcool et le surpoids comme des pathologies. La particularité de l'économie est de considérer qu'adopter l'un de ces comportements à risque est l'objet d'un choix issu d'un arbitrage entre les coûts et les bénéfices liés aux options disponibles.

externes classiques sont les dommages matériels, les incendies et la pollution causés par le tabagisme. Les dépenses de santé liées au tabagisme sont aussi souvent présentées comme une source importante d'externalités du tabagisme. Les dépenses de santé consacrées aux soins des maladies du tabac sont estimées à 25,9 milliards d'euros par an (Kopp, 2015) dont 8% pour les cancers, 57% pour les maladies cardiovasculaires et 34% pour les maladies respiratoires.

Le fumeur moyen coûte plus cher en termes de dépenses médicales que le non-fumeur. En réduisant le tabagisme, un pays pourrait réduire ses dépenses, payées par l'ensemble de la société, et les réaffecter au traitement d'autres maladies. L'impact net du tabagisme sur les comptes de l'assurance maladie n'est pas nécessairement négatif du fait des économies induites par les décès prématurés de fumeurs qui pourraient contrebalancer les frais médicaux générés par les fumeurs. Le même raisonnement tient pour l'impact du tabagisme sur le système de retraite, car les fumeurs, en mourant plus tôt, subventionnent les retraites des non-fumeurs et ne bénéficient pas des leurs. Toutes ces dépenses et coûts évités sont introduits dans le calcul du coût social du tabagisme. Le coût social du tabagisme en France est estimé à 120 milliards d'euros en 2010 (Kopp, 2015) et comprend les coûts externes (valeur des vies humaines perdues, perte de qualité de vie et de production etc.), et le coût pour

les finances publiques (dépenses de prévention, recettes des taxes, économie des retraites non versées etc.).

2.3.2. Le manque d'information

La deuxième catégorie d'échec des mécanismes des marchés est issue du manque d'information au sujet des conséquences du tabagisme. Les individus ne sont pas complètement au courant des risques de santé liés au tabagisme, et ils sous-estiment les risques d'être personnellement affectés. Etant donné que ces coûts futurs et leur incertitude sont sous-estimés, les bénéfices du tabac sont plus susceptibles d'être supérieurs à leurs coûts et ainsi les individus décident de fumer.

Le fait que fumer est mauvais pour la santé ne fait pas vraiment l'objet d'un débat. Il existe un consensus au sein de la communauté scientifique et de la population générale sur le caractère nocif du tabagisme. Depuis le début des années 1960, de l'information générale a été largement diffusée sur les risques mortels du tabagisme pour la santé, notamment le cancer du poumon et les maladies cardiovasculaires. L'enquête du Baromètre Santé 2014 interrogeait un échantillon d'individus âgés de 18 à 75 ans sur leurs perceptions des risques liés à la consommation de tabac. Si les fumeurs perçoivent avoir une probabilité plus importante que les non-fumeurs d'avoir des maladies respiratoires (36,1 % versus 25,4 %) et un cancer (57,8 % versus 55,1 %), ils ne s'inquiètent pas plus

fréquemment des maladies cardiaques alors que la consommation de tabac est le deuxième facteur de risque de l'insuffisance cardiaque (He et al. 2001). Les fumeurs sous-estiment aussi les conséquences de la consommation de tabac sur leur durée de vie. En comparant les probabilités subjectives aux probabilités objectives de survie à 10 ans aux Etats-Unis, Khwaja et al. (2007) observent que les fumeurs ont tendance à être optimistes en surestimant leur probabilité de survie, alors que les non-fumeurs ont tendance à être pessimistes en sous-estimant leur probabilité de survie⁶.

En outre, les informations disponibles sont loin d'être complètes et ne documentent pas toujours l'impact réel des maladies liées au tabagisme sur la qualité de vie. Comme le montrent Sloan et al. (2003), le fait que des maladies ou handicaps induits par le tabagisme engendrent un état de dépendance vis-à-vis de ses proches n'est que peu diffusé. Or, comme le montrent Sloan et al. (2003), cette idée induit une forte inquiétude chez les fumeurs.

Une situation d'information imparfaite peut être soit inhérente à l'état des connaissances scientifiques sur les produits considérés, soit volontairement induite par une autre partie. Il est envisageable qu'au moins au début de la lutte anti-tabac dans les années 50 et 60, les producteurs de tabac aient volontairement caché de l'information sur les dangers du tabac pour la santé, induisant une asymétrie d'information entre les consommateurs

et les producteurs. L'Etat a la légitimité d'intervenir pour diffuser de l'information sur les risques du tabac et ses conséquences médicales, mais aussi d'interdire la publicité par les producteurs et forcer ces derniers à révéler les caractéristiques de leurs produits.

2.3.3. L'incohérence temporelle

Si le consommateur n'est pas complètement rationnel, il ne parviendra pas à prendre en considération l'impact de sa consommation sur lui-même. Cela peut être dû au fait qu'il survalorise sa satisfaction au temps présent, par rapport à la satisfaction qu'il éprouverait dans le futur. Par exemple, un fumeur peut décider de reporter sa décision d'arrêter de fumer à demain. Le lendemain, il change d'avis et décide finalement de continuer à fumer et de reporter sa décision d'arrêter au lendemain. Ce changement d'avis entre deux périodes de temps est appelé incohérence temporelle. Il s'explique par le fait que lorsque le jour où l'individu s'est engagé à arrêter de fumer arrive, alors l'individu survalorise les coûts liés à l'arrêt du tabac qui sont au temps présent, par rapport aux bénéfices futurs de l'arrêt du tabac. L'intervention de l'Etat chercherait à influencer les individus de telle sorte qu'ils deviennent cohérents dans leur décision et respectent les engagements qu'ils ont pris pour eux-mêmes.

6 - Des recherches antérieures ont examiné la relation entre les croyances et les décisions relatives au tabagisme et ont donné des résultats mitigés. Par exemple, Viscusi (1990) constate que, dans l'ensemble, les fumeurs et les non-fumeurs surestiment le risque de cancer du poumon lié au tabagisme, tandis que Schoenbaum (1997) constate que, dans l'ensemble, les grands fumeurs sous-estiment considérablement leur probabilité de décès. Toutefois, ces deux études sont plus anciennes et la méthode adoptée est moins appropriée que celle utilisée par Khwaja et al. (2007).



3. LES LEVIERS D'INTERVENTIONS À LA DISPOSITION DE L'ETAT POUR RÉDUIRE LE TABAGISME

3. LES LEVIERS D'INTERVENTIONS À LA DISPOSITION DE L'ETAT POUR RÉDUIRE LE TABAGISME

3.1. LA TAXATION

Dès lors que les externalités négatives intra et inter personnelles liées à la consommation de tabac sont avérées, la taxation devient un outil de politique publique recommandé par les économistes. Nous examinerons ici dans quelle mesure une augmentation de la taxe sur le tabac est efficace pour réduire la prévalence du tabac et quel est l'impact de la taxe sur les inégalités sociales face au tabac.

3.1.1. La taxe est-elle efficace ?

L'objectif est d'induire une réduction de la demande du consommateur suite à une augmentation des prix du tabac via la taxe. L'amplitude de la réduction de la consommation dépend de la sensibilité de la demande de tabac aux variations de prix. Cette sensibilité est appelée élasticité prix de la demande. En règle générale, l'élasticité-prix de la demande est négative. L'efficacité d'une politique d'augmentation des taxes repose sur le fait que l'élasticité prix de la demande est suffisante pour générer une diminution de la consommation, sans toutefois évincer complètement la demande car elle est source de recette fiscale pour l'Etat.

Des études ont calculé l'élasticité prix de la demande de tabac dans différents pays. Gallet et List (2003) se basent sur 86 études publiées et trouvent une élasticité prix moyenne de -0.48 : une

hausse de 1% du prix réduit de 0,48% la demande. Chaloupka et al. 2002 mettent en évidence que l'élasticité prix de la demande de tabac se situe entre -0,25 et 0,5 dans les pays à haut revenu.

Cela étant dit, on peut s'interroger sur le niveau optimal de la taxe en considérant que celle-ci doit atteindre un niveau couvrant le coût social du tabagisme. Envoyer un signal-prix adéquat reviendrait à fixer le prix du paquet de cigarettes socialement responsable à 15,69€, ce qui représente une hausse de 100% (Microeconomix, 2015). Or, l'objectif affiché par les décideurs publics est d'atteindre un paquet à 10€ en 2020.

Il convient de mentionner que les consommateurs s'adaptent aussi à ces politiques en redéployant leur demande vers d'autres produits moins chers comme le tabac à rouler ou la cigarette électronique, mais aussi vers la contrebande ou l'achat transfrontalier. Le fait que les consommateurs se tournent vers ces substituts atténuerait l'efficacité de l'augmentation des taxes.

3.1.2. La taxe est-elle juste au regard des inégalités sociales du tabagisme ?

La taxe sur le tabac est un instrument efficace pour lutter contre le tabagisme. Néanmoins, elle pourrait avoir un effet différencié selon le niveau

socio-économique des fumeurs. Afin d'appréhender l'impact redistributif de la taxe, il est souhaitable de s'intéresser à l'impact différencié de l'achat de cigarettes sur le budget des ménages en fonction de leur richesse. La taxe sur le tabac est régressive si la part du budget alloué à la consommation de tabac d'un ménage pauvre est plus importante que la part du budget d'un ménage aisé. Par exemple, si un individu alloue 100€ à sa consommation de cigarettes par mois alors que son budget mensuel est de 1000€, sa consommation de tabac correspond à 10% de son budget, or si son revenu était de 10 000€, elle ne correspondrait qu'à 1%. Dans ce cas, la taxe sur le tabac serait régressive.

La mesure dans laquelle la taxe est régressive ou progressive dépend de l'importance relative des deux effets suivant. Le premier effet dépend de la différence de niveau de consommation entre les ménages les plus précaires et les plus aisés. Si les ménages les plus précaires consomment plus (moins) de tabac que les ménages les plus aisés, la taxe sera régressive (progressive). Le second effet dépend de la différence de sensibilité au variation de prix selon le groupe social auquel le ménage appartient. Si les ménages les plus précaires sont plus (moins) sensibles à l'augmentation des prix du tabac et de ce fait diminuent largement plus leur consommation, la taxe serait progressive (régressive). En effet, de nombreuses études ont montré

que l'élasticité prix de la demande de tabac est plus élevée chez les ménages les plus modestes (Siahpush et al., 2009 ou DeCicca et McLeod, 2008), bien qu'aucune ne se soit basée sur le cas français.

Alors que le prix du paquet de cigarettes a été multiplié par 3,5 entre 1979 et 2000, Godefroy (2003)⁷ trouve que la consommation moyenne des 10% des ménages les plus pauvres est restée à 8 cigarettes par jour, alors que celle des 10% des ménages les plus aisés est passée de 5,4 à 3,4 cigarettes par jour. Ce résultat suggère que la taxe sur le tabac est régressive car, non seulement le niveau de consommation des ménages les plus pauvres est supérieur à celui des plus aisés (premier effet), mais l'augmentation des prix n'affecte que les ménages les plus aisés (deuxième effet). Ruiz et Trannoy (2008) parviennent aux mêmes conclusions à partir de données d'enquête collectées en 2001. Pour les 10% des français ayant le niveau de vie le plus faible, la taxe sur le tabac représente 0,91% de leur revenu disponible, tandis que la taxe ne représente que 0,13% du revenu disponible des 10% des français les plus aisés.

3.2. L'IMPACT DE L'APPORT D'INFORMATION SUR LES COMPORTEMENTS TABAGIQUES

La source de diffusion de l'information sur les risques liés au tabagisme est multiple

puisqu'il peut s'agir de rapports officiels, des publications scientifiques relayées par les médias, des messages inscrits sur les paquets de cigarettes, mais aussi des campagnes d'information à destination de la population générale.

Des travaux se sont intéressés à l'effet d'un apport d'information sur les connaissances des risques liés au tabac et sur leurs comportements tabagiques. Malgré quelques exceptions, les résultats des études sur le sujet semblent converger vers le fait qu'une diffusion de l'information sur les risques du tabac pour la santé réduit la prévalence du tabagisme, quel que soit le médium utilisé (voir la thèse de Marti publié en 2011 pour le détail des études).

Néanmoins, recevoir plus d'information n'a pas le même effet sur la probabilité d'arrêter de fumer en fonction du niveau d'éducation (Niederdeppe et al. 2008). Ces différences s'expliqueraient en partie par les inégalités d'accès à l'information distribuée par les professionnels de santé étant donné que les personnes les plus précaires ont, en moyenne, un moindre recours aux professionnels de santé que les personnes plus aisées.

Même si nous faisons l'hypothèse que l'information est uniformément distribuée dans la population, tout le monde n'a pas la capacité de la comprendre, de la mémoriser et de l'utiliser pour prendre des décisions de santé dans son propre intérêt. La capacité de convertir

l'information en connaissance dépend de la littéracie en santé, et du niveau de numératie. Ces caractéristiques sont souvent liées au niveau d'éducation des individus, ce qui permet d'expliquer, au moins partiellement, les inégalités sociales dans la connaissance sur les risques de santé liés au tabagisme.

Et c'est d'ailleurs ce que montrent les données issues du Baromètre Santé 2000 (Guilbert et al. 2001). Elles révèlent de larges inégalités sociales dans les perceptions de risques de cancer associés au tabagisme et sur le sentiment d'être bien informé sur les effets du tabac sur la santé. Par exemple, 10,5% des individus dont le diplôme est inférieur au bac se sentent mal informés sur le sujet alors qu'ils ne représentent que 4,1% de ceux ayant un diplôme supérieur au bac.

L'étape suivante qui consisterait à transformer l'information acquise en décision d'arrêt du tabac n'est pas suivie par tous. Les résultats de l'étude de Lilliard (2017), effectuée aux Etats-Unis, suggèrent que l'accroissement de l'exposition à de l'information anti-tabac a un effet plus grand sur la probabilité d'arrêter de fumer pour les individus diplômés de l'université que pour ceux ayant arrêté leurs études après le lycée.

Une autre source d'information personnalisée sur les risques de santé liés au tabac provient de nos événements de santé personnels ou de personnes de notre entourage diagnostiquées d'une

7 - Il est à noter que les hausses de prix ont été accompagnées par des campagnes de prévention anti-tabagisme à partir de la loi Evin qui ont pu tout autant influencer la diminution de la consommation. L'analyse de l'auteur ne permet pas de distinguer l'effet de telles campagnes par rapport à l'effet des hausses de prix.

maladie résultant de la consommation de tabac. Ces informations personnalisées issues de l'expérience personnelle pourraient changer les perceptions des risques du tabac et par conséquent le fait de fumer (Clark et Etilé 2002). Toutefois, Khwaja et al. (2006) mettent en évidence que les individus arrêtent de fumer s'ils tombent gravement malade mais leur consommation de tabac n'est pas affectée si leur conjoint subit un choc de santé similaire. Seule leur propre expérience semble compter à leurs yeux. Cela suggère que seule une information fortement personnalisée serait en mesure de réduire le tabagisme.

En 2017, 56,7% des fumeurs quotidiens déclaraient avoir envie d'arrêter de fumer. L'accompagnement des fumeurs dans leur effort pour arrêter de fumer, que ce soit à l'aide de médicaments (traitement de substituts nicotiques) ou non, a largement montré son efficacité (Fiore et al. 2000 et Wu et al. 2006). Les nouvelles mesures prises par les derniers gouvernements vont dans le bon sens. Premièrement, des dispositifs publics et gratuits d'accompagnement à l'arrêt du tabac ont été mis en œuvre comme l'application Tabac Info Service. Deuxièmement, le nombre de professionnels de santé autorisés à prescrire des traitements de substitution nicotique a été multiplié. Enfin, les substituts nicotiques sont remboursés à 65% par l'Assurance Maladie depuis le 1er janvier 2019. Les 35% restants sont à la charge de la personne ou pris en

charge par les complémentaires santé. Cependant, Chevreul et al. (2013) ont montré sur des données françaises que le remboursement de 100% des substituts nicotiques est largement coût-efficace.

3.3. L'UTILISATION D'INCITATIONS FINANCIÈRES POUR RÉSOUDRE LES PROBLÈMES D'INCOHÉRENCE TEMPORELLE

Il s'agit ici d'affecter l'arbitrage coût bénéfique effectué par des individus en procurant un bénéfice immédiat à l'arrêt du tabagisme, afin de compenser l'insatisfaction induite par l'abstinence. La solution envisagée est d'octroyer une récompense financière conditionnellement au fait de ne pas fumer.

S'il est difficile de mettre en œuvre une telle politique à l'échelle d'un pays, il est possible de le faire pour des populations particulières ayant un suivi régulier par des professionnels de santé.

Les femmes enceintes fumeuses représentent une des populations à haut risque pour laquelle les conséquences du tabagisme sont considérables. Le tabagisme pendant la grossesse a des effets négatifs non seulement sur l'état de santé de la mère mais aussi sur l'état de santé de l'enfant à naître et sur l'état de santé de l'enfant jusqu'à l'âge adulte. Or, en France, 17 % des femmes enceintes déclaraient fumer au moins une cigarette par jour au cours du troisième trimestre de

grossesse (rapport INSERM, 2017). Cette proportion est constante par rapport à 2010 et est largement supérieure à la prévalence observée dans d'autres pays européens (Zeitlin et al. 2013). Les femmes enceintes maintenant leur consommation de tabac au cours de leur grossesse sont souvent plus défavorisées que celles parvenant à arrêter de fumer.

On s'attend donc à ce que les incitations financières soient particulièrement efficaces chez les femmes enceintes fumeuses car elles bénéficient d'un suivi médical régulier et parce qu'elles sont souvent dans une situation socio-économique précaire. En effet, elles ont relativement plus besoin de cet accroissement de pouvoir d'achat que les femmes plus favorisées et seront plus sensibles à ces incitations financières.

Des études suggèrent que les incitations financières, sous forme de bons d'achat utilisables dans de nombreuses enseignes, sont efficaces chez la femme enceinte. Selon plusieurs études réalisées aux Etats-Unis et au Royaume-Uni, les incitations financières réduisent le nombre de fumeuses enceintes, améliorent la croissance fœtale, le poids de naissance, la durée d'allaitement et l'arrêt de la consommation du tabac. Dans l'étude ayant inclus le plus de femmes enceintes, 25% des femmes ayant reçu des incitations financières ont arrêté de fumer, alors que seulement 8,6% ont arrêté de fumer quand elles n'ont pas reçu d'incitations financières (Tappin et al. 2015). Cependant,

le poids de naissance n'a pas été affecté par les incitations financières, alors qu'il s'agit du principal indicateur permettant de prédire les futurs problèmes de santé de l'enfant à naître. Ce dispositif semble donc avoir prouvé son efficacité pour aider les femmes fumeuses à arrêter de fumer mais les résultats sont plus mitigés quant à leur effet sur le poids de naissance. En France, une première étude intitulée « Financial Incentives for Smoking Cessation in Pregnancy/Incitations Financières pour arrêter de fumer pendant la grossesse » (Berlin et al. 2016) est en cours et les résultats seront disponibles fin 2019.



4. RECOMMANDATIONS DE POLITIQUES PUBLIQUES DANS LE CAS FRANÇAIS

4. RECOMMANDATIONS DE POLITIQUES PUBLIQUES DANS LE CAS FRANÇAIS

Il existe une littérature académique abondante visant à évaluer les outils de la lutte contre le tabagisme. Les enseignements de cette littérature sont multiples mais seuls trois axes sont développés dans la section suivante.

4.1. POLITIQUES INNOVANTES POUR LES POPULATIONS À RISQUE

Alors qu'il peut être discutable au regard des libertés individuelles de mettre en œuvre des politiques publiques pour favoriser l'arrêt du tabac de tous, il existe un consensus sur le tabagisme pendant la grossesse. Les études médicales montrent qu'en l'absence d'efficacité des substituts nicotiques pour aider les femmes à arrêter de fumer (Berlin et al. 2016), un programme offrant des incitations financières pourrait être une stratégie alternative efficace. L'évaluation de l'impact d'un tel programme dans le cas français sera publié prochainement.

Le fait que l'initiation au tabagisme ait lieu le plus souvent avant l'âge de 20 ans a des implications importantes pour l'analyse des décisions relatives au tabagisme. Les personnes de ce groupe d'âge sont moins susceptibles de prendre en considération les conséquences futures de leurs actions, sont souvent moins bien informées, et ressentent le besoin d'être acceptées par leurs pairs. Les jeunes ne sont généralement pas pleinement

conscients du potentiel de dépendance de la cigarette lorsqu'ils commencent à fumer et sont trop optimistes quant à leur capacité à cesser de fumer. Ils regrettent donc souvent leur choix plus tard dans leur vie. Des politiques spécifiquement conçues pour ce public sont à mettre en œuvre pour prévenir l'initiation au tabac. Ces interventions devraient mobiliser les outils de communication utilisés par leur cible tel que des applications pour smartphone. Par exemple, une étude récente suggère qu'une application pour smartphone connectée à un bracelet muni de capteur de gestes serait efficace pour arrêter de fumer (Dar 2017). Le bracelet détecte les gestes de la main jusqu'à la bouche, caractéristique du fait de fumer, et envoie des informations sur-mesure sur le smartphone de la personne portant le bracelet afin de l'aider à arrêter de fumer.

4.2. AMÉLIORER LES POLITIQUES EXISTANTES EN PRENANT EN COMPTE LEUR IMPACT SUR LES INÉGALITÉS SOCIALES FACE AU TABAGISME

Etant donné que les larges inégalités sociales face au tabagisme impliquent des différences d'état de santé entre les catégories sociales, les populations les plus précaires devraient faire l'objet d'une attention plus marquée afin d'enrayer l'initiation et favoriser l'arrêt du tabac.

Les études disponibles suggèrent qu'augmenter le prix du paquet de cigarettes via un accroissement de la taxe sur le tabac a un effet délétère sur le budget des ménages les plus précaires en France. Alors que l'objectif affiché par le gouvernement est que le paquet de cigarettes coûte 10€, il semble opportun d'étudier les implications budgétaires en fonction du statut socioéconomique des fumeurs. Cette étude devrait se baser sur des données récentes prenant en considération les dernières augmentations des prix, et utiliser des techniques économétriques appropriées afin d'évaluer exclusivement l'impact de l'augmentation du prix. Une telle étude reste à produire. Si la régressivité de la taxe sur le tabac était confirmée, compenser la différence d'impact budgétaire entre les ménages pourrait être une priorité du gouvernement. Toutefois, une prestation sociale sur critères tabagiques et sociaux pourrait procurer les mauvaises incitations. Une piste de réflexion est de favoriser des politiques d'aide à l'arrêt du tabac ciblant particulièrement les personnes les plus précaires, telles que des consultations de tabacologie gratuites.

En outre, une telle politique d'augmentation des prix doit nécessairement s'accompagner de campagnes d'information. La littérature académique examinée révèle que diffuser une information « taillée sur mesure » c'est-à-dire contenant des informations précises quant aux risques encourus par

le fumeur en question est le plus efficace. Il nous semble que seuls les médecins peuvent arriver à ce niveau d'information personnalisée. Par conséquent, améliorer la formation en tabacologie des médecins généralistes, sages-femmes, et autres spécialistes est un axe d'amélioration de la politique de lutte anti-tabac. En parallèle, il est essentiel d'adapter la manière dont l'information est diffusée auprès des publics défavorisés afin de prendre en compte leur littéracie et leur numératie en santé limitées.

La récente politique de l'assurance maladie qui rembourse 65% des substituts nicotiques favorise l'accompagnement de l'arrêt du tabac. Les décideurs publics pourraient aller encore plus loin et opter pour une prise en charge de l'intégralité du coût des substituts nicotiques et ce sans avance de frais. Ceci limiterait la possibilité que le prix de ces substituts constitue une barrière financière pour les individus les plus précaires qui souhaiteraient arrêter de fumer.

4.3. DÉTERMINANT DU TABAGISME ET RESPONSABILISATION DES FUMEURS

Il convient d'examiner ces propositions en gardant à l'esprit que la part de responsabilité des individus dans l'adoption de comportements de santé délétères est limitée. Dans le cas du tabagisme, une étude sur des données françaises montre que si votre père fumait quand vous aviez 12 ans, vous avez

deux fois plus de chance d'être fumeur, quel que soit votre niveau d'éducation ou la profession de vos parents (Bricard et al. 2012).

En plus de l'impossibilité d'avoir un impact sur l'environnement social dans lequel nous grandissons, nous ne pouvons changer notre patrimoine génétique. Or, nous ne sommes pas tous égaux génétiquement devant l'addiction au tabac. Par exemple, la capacité à arrêter de fumer suite à une augmentation des prix dépend de l'intensité de la dépendance. Or, l'intensité de la dépendance est en partie génétiquement déterminée (Sullivan et Kendler 1999).

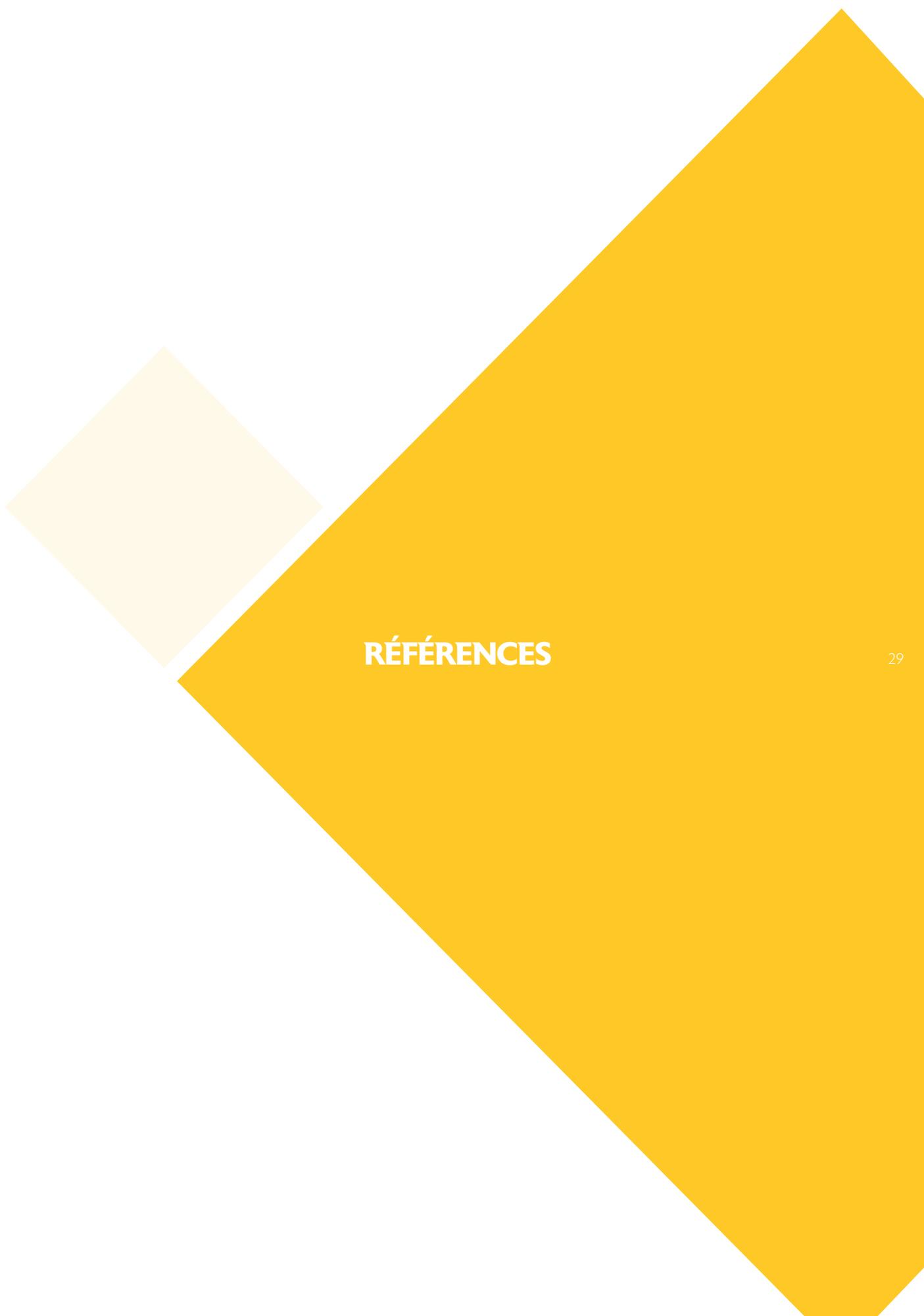
Les décideurs publics se doivent de prendre en considération la responsabilité limitée des fumeurs et donc de proscrire toute politique impliquant un déremboursement des soins pour les fumeurs (Tubeuf, 2017).



5. CONCLUSION

CONCLUSION

Au travers de cette étude, nous avons étudié les politiques à la disposition des pouvoirs publics pour amplifier la lutte contre le tabac. Celles-ci pourraient prendre la forme d'une augmentation des taxes sur le tabac, de la diffusion d'information personnalisée et ciblée, d'une amélioration de la prise en charge des dispositifs d'aides à l'arrêt du tabac et d'interventions ciblées auprès de populations à risque. La prise en considération systématique de l'impact de ces politiques publiques sur les inégalités sociales face au tabagisme est un point essentiel puisque la réduction des inégalités sociales face au tabagisme induirait une diminution du gradient social de la mortalité.



RÉFÉRENCES

RÉFÉRENCES

- Berlin, N., Goldzahl, L., Jusot, F., & Berlin, I. (2016). Protocol for study of financial incentives for smoking cessation in pregnancy (FISCP): randomised, multicentre study. *BMJ open*, 6(7), e011669.
- Berlin, I., Grangé, G., Jacob, N., & Tanguy, M. L. (2014). Nicotine patches in pregnant smokers: randomised, placebo controlled, multicentre trial of efficacy. *Bmj*, 348, g1622.
- Bricard, D., & Jusot, F. (2012). Milieu d'origine, situation sociale et parcours tabagique en France. *Économie publique/Public economics*, (28-29), 169-195.
- Chaloupka, F. J., & Warner, K. E. (2000). The economics of smoking. *Handbook of health economics*, 1, 1539-1627.
- Chevreul, K., Cadier, B., Durand-Zaleski, I., Chan, E., Thomas, D. (2013) Evaluation coût-efficacité de la prise en charge à 100% du sevrage tabagique par l'assurance maladie. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 20-21
- Clark, A., & Etilé, F. (2002). Do health changes affect smoking? Evidence from British panel data. *Journal of health economics*, 21(4), 533-562.
- Dar, R. (2017). Effect of real-time monitoring and notification of smoking episodes on smoking reduction: a pilot study of a novel smoking cessation app. *Nicotine and Tobacco Research*, 20(12), 1515-1518.
- DeCicca, P., & McLeod, L. (2008). Cigarette taxes and older adult smoking: Evidence from recent large tax increases. *Journal of health economics*, 27(4), 918-929.
- Fiore M.C., Bailey W.C., Cohen S.J., et al. (2000). Treating Tobacco Use and Dependence. *Clinical Practice Guideline*. Department of Health and Human Services. Public Health Service. Rockville, MD: USA..
- Gallet, C. A., & List, J. A. (2003). Cigarette demand: a meta analysis of elasticities. *Health economics*, 12(10), 821-835.
- Garrison, K. A., Pal, P., O'Malley, S. S., Pittman, B. P., Gueorguieva, R., Rojiani, R., ... & Brewer, J. A. (2018). Craving to quit: a randomized controlled trial of smartphone app-based mindfulness training for smoking cessation. *Nicotine & Tobacco Research*.
- Guilbert, P., Baudier, F., Gautier, A., Goubert, A. C., Arwidson, P., & Janvrin, M. P. (2001). *Baromètre santé 2000*. Ed. CFES.
- He, J., Ogden, L. G., Bazzano, L. A., Vupputuri, S., Loria, C., & Whelton, P. K. (2001). Risk factors for congestive heart failure in US men and women: NHANES I epidemiologic follow-up study. *Archives of internal medicine*, 161(7), 996-1002.
- Hill, C. (2015). *Le tabac en France : mise à jour 2015*. <https://www.gustaveroussy.fr/sites/default/files/le-tabac-en-france-maj-2015.pdf>
- Hill, C. (2012). Épidémiologie du tabagisme. *Rev Prat*, 62(325), 43.

- Hill C, Laplanche A. Les indicateurs du tabagisme. BEH (2005); 21-22 : 105-107. http://www.invs.sante.fr/beh/2005/21_22/beh_21_22_2005.pdf
- INSERM, DRESS. Enquête nationale périnatale Rapport 2016, Les naissances et les établissements. Situation et évolution depuis 2010.2017.
- Khwaja, A., Sloan, F., & Chung, S. (2006). Learning about individual risk and the decision to smoke. *International Journal of Industrial Organization*, 24(4), 683-699.
- Lalam N, Weinberger D, Lermenier A, Martineau H. L'observation du marché illicite de tabac en France. Focus. Consommations et conséquences. Saint-Denis La Plaine: Observatoire français des drogues et toxicomanies; 2012. 49 p. <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxnls6.pdf>
- Lillard, D. R. (2017). Educational heterogeneity in the association between smoking cessation and health information. In *Human capital and health behavior* (pp. 183-206). Emerald Publishing Limited.
- Marti, J. (2011) Three essays on the economics of smoking. Phd Thesis
- Siahpush, M., Wakefield, M. A., Spittal, M. J., Durkin, S. J., & Scollo, M. M. (2009). Taxation reduces social disparities in adult smoking prevalence. *American journal of preventive medicine*, 36(4), 285-291.
- Niederdeppe, J., Kuang, X., Crock, B., & Skelton, A. (2008). Media campaigns to promote smoking cessation among socioeconomically disadvantaged populations: what do we know, what do we need to learn, and what should we do now?. *Social science & medicine*, 67(9), 1343-1355.
- Pasquereau, A., Andler, R., Guignard, R., Richard, J. B., Arwidson, P., & Nguyen-Thanh, V. (2018). La consommation de tabac en France: premiers résultats du Baromètre santé 2017. *Bull Epidémiol Hebd*, 14(15), 265.
- PNLCT - Programme National de Lutte contre le tabac 2018-2022 https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180702-pnlt_def.pdf
- Ruiz, N., & Trannoy, A. (2008). Le caractère régressif des taxes indirectes: les enseignements d'un modèle de microsimulation. *Economie et statistique*, 413(1), 21-46.
- Sullivan, P. F., & Kendler, K. S. (1999). The genetic epidemiology of smoking. *Nicotine & Tobacco Research*, 1(Suppl_2), S51-S57.
- Tubeuf, S. (2017). Your parents lifestyles can determine your health even as an adult. *The Conversation*. <https://theconversation.com/your-parents-lifestyles-can-determine-your-health-even-as-an-adult-86879>
- Wu, P., Wilson, K., Dimoulas, P., & Mills, E. J. (2006). Effectiveness of smoking cessation therapies: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 6(1), 300.
- Zeitlin, J., Mohangoo, A., Delnord, M., & Zhang, W. H. (2013). European perinatal health report: health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010.

LILLE

24 avenue Gustave Delory - CS 50411
59057 Roubaix Cedex 1 - France
Tél. : + 33 (0)3 20 15 45 00
Fax : + 33 (0)3 20 15 45 01

NICE

393 promenade des Anglais - BP 3116
06202 Nice Cedex 3 - France
Tél. : + 33 (0)4 93 18 99 66
Fax : + 33 (0)4 93 83 08 10

PARIS

16-18 rue du 4 septembre
75002 Paris - France
Tél. : + 33 (0)1 53 32 76 30
Fax : + 33 (0)1 53 32 76 31

LONDRES

10 Fleet Place, Ludgate
London EC4M 7RB - United Kingdom
Tél. : + 44 (0)20 7332 5600
Fax : + 44 (0)207 248 2209

SINGAPOUR

One George Street
#15-02 Singapore 049145
Tél. : + 65 (0)6438 0030
Fax : + 65 (0)6438 9891

L'EDHEC fait partie des cinquante Business Schools mondiales titulaires de la triple couronne EQUIS, AACSB, AMBA. Trois accréditations internationales qui reconnaissent l'excellence académique des programmes, la qualité du corps professoral, les liens étroits avec les entreprises, ainsi que l'implication du Groupe EDHEC dans son environnement local et économique.

www.edhec.edu

