

Quelques réflexions à propos de l'équité des taxes sur le tabac

Laure Chantrel, MCF en Économie, CEMI, Université Paul Valéry

Résumé : La conception de la responsabilité de Rawls permet de démontrer l'inéquité de l'affectation des taxes sur le tabac à l'assurance-maladie au motif du surcoût occasionné. Ces taxes appauvrissent les plus pauvres, mais diminuent les inégalités sociales de santé. La prévention, dans le cadre d'une politique de réduction des inégalités sociales, peut résoudre cet antagonisme.

INTRODUCTION

La théorie de la justice de John RAWLS accorde une place limitée au concept de responsabilité individuelle. Les efforts que nous accomplissons, les qualités que nous développons sont dépendants de « circonstances familiales et sociales heureuses » (RAWLS, 1987, p.105). Nous ne pouvons revendiquer la propriété absolue des fruits de notre travail qui repose sur des circonstances arbitraires. De la même façon, les soins médicaux dont nous avons besoin dépendent de circonstances arbitraires : capital génétique, histoire personnelle... Les citoyens disposent de ressources à charge de les transformer, ou non, en bien-être. Cela relève de leur responsabilité. Cette responsabilité ne s'étend pas à l'état de santé : les soins médicaux font partie des biens fondamentaux et des biens sociaux premiers, il n'est pas possible de considérer l'usage du tabac (ou d'autres consommations dangereuses pour la santé) comme une consommation correspondant à un goût dispendieux dont le consommateur devrait supporter intégralement le coût, les biens premiers étant des moyens de la réalisation des projets de vie des citoyens. De ce fait, dans un système public chargé d'assurer un juste accès aux soins, la prise en charge et la tarification des soins de santé ne dépendent pas des comportements plus ou moins risqués des citoyens. En effet, ce type de tarification suppose que les individus sont intégralement responsables des risques qu'ils encourent, alors que la théorie de RAWLS limite la responsabilité des individus par rapport à leurs choix.

La force de sa théorie est de montrer que les théories reposant sur la responsabilité individuelle sont condamnées à l'échec du point de vue pratique car il leur faudrait disposer d'informations sur les mérites et talents individuels, informations que les pouvoirs publics ne peuvent se procurer sans porter atteinte à la liberté individuelle et qui sont dissimulables. Dans le cas du tabac, chercher à déterminer la part de responsabilité de l'individu dans son addiction paraît plus que fantaisiste. Il est impossible de justifier l'équité de l'affectation des taxes à l'assurance-maladie sauf à démontrer que les consommateurs sont responsables de leur addiction et de ses coûts. Dans la logique de RAWLS, le financement des dépenses de santé liées au tabac repose plutôt sur les non-

fumeurs (dans les limites, toutes théoriques, définies par le principe de différence) ; ce qui se passe dans le cadre des systèmes d'assurance maladie universelle où les biens portants payent pour les malades. Faut-il pour autant renoncer à taxer ce produit ? Comme toutes taxes forfaitaires, ces taxes pèsent plus lourdement sur les bas que les hauts revenus, c'est une chance pour les personnes à bas revenus à la condition qu'elles arrivent à diminuer, voire à arrêter la consommation de ces produits. Lorsqu'elles n'y arrivent pas, elles sont doublement pénalisées : leur espérance de vie est écourtée et leur niveau de vie fortement diminué. Pour autant, si l'on admet l'efficacité toute relative des taxes sur le tabac, leur suppression entrerait en contradiction avec l'équité car elle accroîtrait les inégalités de santé.

L'examen des limites de la responsabilité individuelle permet de démontrer l'inéquité de l'affectation des taxes sur le tabac à l'assurance-maladie afin de financer les soins dispensés aux fumeurs (première partie). L'existence de ces taxes a deux conséquences contradictoires du point de vue de la justice : l'appauvrissement des plus pauvres et la diminution des inégalités sociales de santé. La balance penche du côté du maintien des taxes, à accompagner d'un effort de prévention accru afin de réduire les inégalités de santé conformément au principe de juste égalité des chances (deuxième partie).

DES LIMITES DE LA RESPONSABILITE INDIVIDUELLE

L'idée que les fumeurs doivent payer pour les coûts qu'ils occasionnent trouve des fondements dans les conceptions de la justice qui accordent une place centrale à la notion de responsabilité individuelle. L'égalitarisme de la chance (*Equality of fortune*)¹, qui a gagné du terrain au sein de la philosophie égalitarisme ces dernières années, élargit le champ de la responsabilité individuelle. Il raisonne face à un individu isolé, seul face à lui-même à l'instant des choix. Au contraire, l'approche de Rawls se fonde sur une conception de l'être humain, membre d'une collectivité. Individu isolé ou être social, ce point de départ modifie radicalement la réponse aux questions suivantes : quelle est la responsabilité des fumeurs face à leur addiction ? Sont-ils irrationnels, malchanceux, handicapés, ont-ils des goûts de luxe ? Ou bien sont-ils simplement humains ?

1.1. Un bilan sur le tabac

De nombreux éléments permettent de relativiser la responsabilité du fumeur ; sans toutefois que cela le rende irrationnel (cf. ÉTILÉ, 2004). Les rappeler ne semble pas inutile. Le tabac est un produit provoquant une

¹ « Including Richard ARNESON, Gerald COHEN, Ronald DWORKIN, Thomas NAGEL, Eric RAKOWSKI, and John ROEMER. Philippe VAN PARIJS » (ANDERSON, 1999, p.290).

dépendance chez nombre d'usagers. Le consommateur de tabac dépendant (tous ne le sont pas) subit des phénomènes d'accoutumance qui l'amène à augmenter sa consommation et à supporter des coûts élevés pour diminuer cette consommation ou l'arrêter. Il est animé d'un désir puissant de consommer et sa volonté de s'arrêter est souvent vouée à l'échec². Il y a dépendance parce que le produit est nocif pour la santé (sans nocivité psychologique ou physique, pas de dépendance). La dépendance correspond donc, *cf.* les définitions DSM IV (APA, 1994) et CIM 10 (WHO, 1991), à une aliénation de la volonté, cette dernière étant contrecarrée par les effets psychoactifs du produit (INSERM, 2004, p.309). Vu la dangerosité du produit, la personne dépendante du tabac peut être considérée comme malade. C'est l'avis de la faculté de médecine qui inscrit les addictions dans ses programmes. L'impossibilité de diminuer la consommation se traduit dans certains modèles économiques par une hypothèse de non-convexité des préférences qui explique l'accroissement de la dépense de tabac dans le budget de certains consommateurs suite aux hausses de prix (ÉTILÉ, 2004, p.728). La demande de tabac a de nombreuses spécificités : elle exprime souvent une demande de distinction ou d'imitation ou d'entraînement - effets de groupes (GRANOVETTER, 1985, p.486). Elle concerne des mineurs, irresponsables légalement, qui deviennent dépendants à ce moment de leur vie.

Les politiques de protection face à la dangerosité du produit se mettent très progressivement en place. Malgré un arsenal législatif et fiscal important, le passé pèse : un quart de la population fume et 44 % a fumé ou fume (Pierrard, 2001, p.27). 25% des fumeurs consomment 13 cigarettes chaque jour ou plus, et ce chiffre augmente avec l'âge (GRIGNON et PIERRARD, 2002, p.1). Le coût social du tabac est largement médiatisé. L'idée que l'assurance-maladie universelle repose sur le principe des seuls risques inévitables progresse (*cf.* ÉTILÉ, 2006, p.38). L'affectation d'une partie des taxes sur le tabac à la sécurité sociale, tantôt pour financer le FOREC, tantôt les exonérations de charges patronales, toujours au motif du coût des fumeurs³... met en œuvre une logique actuarielle qui s'applique aux personnes qui prennent des risques avec leur santé. Pourtant, dans le financement de l'assurance-maladie française, le principe fondateur est l'égalité entre les assurés et non une logique actuarielle. Les cotisations sont fonction des revenus et non des risques encourus. Alors, qui est responsable de quoi ? Qui doit payer quoi ?

1.2. L'impossibilité métaphysique de séparer les talents et les mérites

Pour RAWLS, les citoyens sont responsables de leurs goûts onéreux et supportent les conséquences de leur consommation. Cette analyse s'applique-t-

² sur les nombreuses définitions de la dépendance, *cf.* REYNAUD *et alii* (1999), p.10-11, BECKER *et alii* (1991), ÉTILÉ (2004), p.725, CHANTREL *et alii* (2003), p.68-70, GRIGNON et PIERRARD (2002).

³ *Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003* (2002), article 4, exposé des motifs

elle au tabac ? Le tabac est-il un bien de luxe ? Les consommateurs ont-ils à supporter les conséquences financières de leur tabagisme ?

1.2.1. Quelle égalité ?

John RAWLS distingue les biens premiers naturels et sociaux (RAWLS, 1987, p.93). La théorie de la justice comme équité établit les principes régissant la répartition des biens sociaux premiers dans une société juste. Les biens naturels premiers sont répartis inégalement ; « bien que leur possession soit influencée par la structure de base, ils ne sont pas aussi directement sous son contrôle (que les biens sociaux premiers, *nda*) ». Les inégalités naturelles ne sont ni justes, ni injustes tant qu'elles ne dépendent pas de l'organisation sociale. La santé, qui fait partie des biens naturels premiers, obéit à la même règle (HAUSMAN, 2007).

Lorsqu'il n'est pas possible de les supprimer, il est possible d'imaginer une compensation, permettant d'égaliser les capacités des talentueux et des autres. Celle-ci est en fait incompatible avec la théorie de RAWLS. Ce n'est pas parce qu'il refuse de donner plus à ceux qui ont des goûts de luxe, en opposition avec l'utilitarisme, ou qu'il défend le principe d'une juste égalité des chances, qu'il pense qu'il soit possible ou souhaitable d'égaliser les ressources ou les opportunités⁴. La raison en est que l'homme est un être social et la production collective. Tous ont avantage à la coopération sociale, mais personne ne l'a choisie ; les hommes naissent en société et l'objet de la justice est d'établir l'égalité politique entre les citoyens (RAWLS, 1996, p.48), pas de restituer à chacun ce qui lui serait dû en fonction de ses mérites ou de son manque de talents.

L'égalité des ressources ou des opportunités n'est pas l'égalité politique ; son fondement est une nature injuste dont on corrige les effets arbitraires qui s'exercent contre des individus isolés. Or, comme le souligne John RAWLS, la production étant collective, personne ne peut revendiquer son dû au nom de ses mérites, car sans les autres, l'homme le plus talentueux ou le plus travailleur ne produirait rien ou presque, ses talents seraient réduits à peu de choses (RAWLS, 1987, p.39, p.159). L'argument se retourne : personne ne peut revendiquer la compensation de ses handicaps naturels. La justice ne consiste pas à placer chacun sur la même ligne de départ, elle consiste à créer les conditions d'une coopération sociale équitable. L'égalité équitable des chances n'est pas une égalité contre la nature, où la société corrigerait les inégalités de la nature, mais une égalité politique où les inégalités sociales sont justes (conformes aux principes de la justice) :

Pour préciser l'idée d'une chance équitable, nous disons : à supposer qu'il

⁴ cf. LE CLAINCHE (1999), DWORKIN (1981), ARNESON (1989)

existe une distribution des dons innés, ceux qui ont le même degré de talent et de capacité, ainsi que la même motivation pour les utiliser, doivent avoir les mêmes perspectives de succès, quelle que soit leur classe d'origine, celle dans laquelle ils sont nés et ont grandi jusqu'à l'âge de raison (RAWLS, 2003, p.71).

L'introduction des talents dans la théorie de RAWLS n'a pas pour objectif de déterminer la juste répartition des ressources, mais de préciser le concept d'égalité des chances. L'égalitarisme de la chance contrarie les principes rawlsiens. En séparant talents (immérités) et efforts (mérités), il fait peser une responsabilité démesurée sur les épaules de chaque citoyen (SCHEFFLER, 2003, p.21). Il l'encourage à scruter son moi profond et à porter des jugements moraux sévères sur la responsabilité qu'il porte dans son infortune. Cette attitude, induite par le jugement social qui pèse sur lui, nuit au respect de soi-même, qui est le bien social premier le plus important (RAWLS, 1987, p.480). Elle implique une intrusion de l'État dans la vie privée des citoyens, intrusion contraire au premier principe de la justice. Et quoi de plus facile que de cacher ses talents ou démerites (RAWLS, 2003, p.216, PIKETTY, 1994, p.40) et d'échapper à ses responsabilités, alors que ce sont celles-là que l'égalitarisme de la chance veut nous faire endosser (ANDERSON, 1999, p.311). Enfin, et c'est là le plus important, la distinction entre talents et mérites ne peut exister de façon rigoureuse qu'à la condition de supposer un individu abstrait dont les préférences sont déterminées indépendamment de son expérience et du développement de ses facultés. Cette approche souffre des mêmes défauts que celle de Becker (BECKER et GROSSMAN, 1988, BECKER *et alii*, 1991), toutes deux supposent que les individus sont finis (d'être fabriqués) à un moment donné. C'est un postulat métaphysique lourd qui n'a aucun sens pratique, car qui pourra déterminer ce qui, dans ma réussite ou mon échec aujourd'hui, provient de ma dotation en ressources naturelles ? Certes, dans une société juste, on peut considérer « comme injuste que certains aient moins maintenant afin d'éviter à d'autres les conséquences de leur manque de prévoyance et de discipline. » (RAWLS, 1996, p.229). Encore faut-il que l'égalité équitable des chances, fortement influencée par les circonstances familiales et sociales, ait atteint un niveau acceptable (MUNOZ-DARDE, 2002). En effet, l'attitude face aux risques ou à l'effort est déterminée par l'histoire des individus. Et le manque de prévoyance ou de discipline ne peut intervenir comme argument face à l'accès au système de soins. On ne peut laisser mourir les gens sous prétexte qu'ils sont imprévoyants ; ce qui ne signifie pas qu'il faut que les autres payent pour eux, mais qui implique que l'assurance soit obligatoire.

1.2.2. Quelle leçon pour les taxes sur le tabac ?

Responsable ou irresponsable, impécunieux ou riche, le fumeur doit avoir accès au système de soins au même titre que le non-fumeur. Cela laisse-t-il une

place à un financement de l'assurance-maladie par les taxes sur le tabac ?

Il existe une production collective non seulement de biens sociaux, mais également de méfaits sociaux. Un ensemble d'acteurs institutionnels (producteurs de tabac, producteurs de cigarettes, l'État français) sont impliqués dans la vente du tabac et les intérêts directs qu'ils en tirent mettent leur responsabilité en cause. C'est une responsabilité collective puisqu'il s'agit d'une drogue produite et vendue légalement. Par ailleurs, le tabac ne peut être assimilé à un bien onéreux : le tabac est un bien nocif et, à ce titre, les consommateurs de tabac dépendants sont des victimes de leur goût non des consommateurs frivoles. Si le tabac était un bien de luxe augmentant l'utilité des personnes qui le consomment, les fumeurs revendiqueraient une baisse des taxes ; or, il existe une demande de taxation de la part des fumeurs (ÉTILÉ, 2004, p.738-739). Enfin, il existe une grande incertitude quant à la probabilité de devenir dépendant et beaucoup de fumeurs commencent à fumer persuader qu'ils pourront contrôler leur consommation, ce qui s'avère souvent inexact.

Par ailleurs, pour déterminer la part de responsabilité du fumeur, il faudrait mettre en balance l'ensemble des éléments qui pèsent sur son addiction. On entrevoit l'horreur de la tâche : les informations à collecter sont nombreuses et relèvent de la vie privée ; certaines informations sont hors de portée (par exemple les informations de nature génétique) ; comment pondérer l'ensemble de ces variables ? On peut multiplier les objections. Quoi qu'il en soit, ce type d'enquêtes est onéreux et incompatible avec les libertés publiques.

1.2.3. Et si le fumeur n'était ni responsable, ni irresponsable ?

Dans l'incapacité de déterminer la part de responsabilité du fumeur, se résignerait-on, arbitrairement, à lui imputer celle-ci, à faire de son addiction la conséquence d'un mauvais choix (*bad option luck*) et à lui faire payer une taxe pour compenser le coût social de son addiction ? Ce serait se débarrasser de l'ensemble des facteurs sociaux qui interviennent dans cette addiction. Plus grave, ce serait abandonner le fumeur à son sort, le laisser seul face à un mal dont les causes et les conséquences sociales sont indéniables. Enfin l'idée de faire payer certains plus que d'autres, en fonction de leurs préférences individuelles face au risque, est-elle compatible avec l'idée d'égalité des citoyens ? Faudra-t-il faire payer plus toutes les personnes qui ont des conduites individuelles à risque (par exemple, 50% des décès par cancer sont dus à des conduites à risque, AMALRIC, 2007, p.73) ? Voilà un programme où l'État imposerait une norme de prudence, c'est-à-dire dicterait leurs préférences aux citoyens, l'attitude face au risque relevant de leur système de préférences. Cela ferait de l'État, un État paternaliste, c'est-à-dire un État qui ne respecte pas la conception du bien des citoyens. On a accusé RAWLS, à tort, comme il l'a montré (RAWLS, 1988, p. 313 ; 1996, p.201), de mettre en scène des partenaires

adverses au risque ; ce reproche par contre peut être opposé à l'égalitarisme de la chance. Si l'établissement de taxes *ex ante* (ANDERSON, 1999, p.328) permet d'éviter l'intrusion de l'État dans la sphère privée, l'affectation de ses taxes à l'assurance-maladie, jette l'opprobre sur les fumeurs.

On peut, aussi arbitrairement, effectuer le choix inverse et considérer les fumeurs (et les autres risquophiles) comme irresponsables, victimes de la malchance (*undeserved bad luck*). Dans ce cas, leur prise en charge par le système de santé ne peut donner lieu au paiement d'une taxe supplémentaire. Mais considérer les fumeurs comme des individus irresponsables, c'est affirmer que certaines personnes sont inférieures à d'autres dans la conduite de leur vie, dans leurs talents et leurs qualités personnelles (ANDERSON, 1999, p.308). Cette idée d'infériorité, distincte de l'idée de différence entre les personnes, est incompatible avec l'idée d'égalité des citoyens fondée sur l'autonomie du juste par rapport au bien, autonomie qui exige un égal respect de tous (RAWLS, 1993a, 1993b).

En conclusion, connaître les causes de l'addiction des fumeurs et déterminer leur responsabilité est une démarche coûteuse, hasardeuse, incompatible avec le respect des libertés et qui repose sur le mythe d'un individu sans histoire. Cela interdit de taxer les fumeurs au nom des surcoûts qu'ils occasionnent. Plus largement, cela interdit de chercher à égaliser opportunités ou ressources, ou encore d'une manière tout aussi irréaliste et injuste, de prendre comme critère de distribution des soins de santé, le critère des dotations initiales (sur ce critère, cf. CLEMENT et HAMADÉ, 2003).

II LES EXIGENCES D'UN TRAITEMENT EGAL DES CITOYENS

En organisant la réflexion sur l'équité autour des inégalités naturelles (*brute luck*), l'égalitarisme de la chance perd de vue l'enjeu même de la *Théorie de la justice comme équité* : celle-ci n'est pas opposée à la malchance, mais aux inégalités de pouvoir, de fortune, aux inégalités sociales des chances d'accéder aux différents emplois, à l'oppression des salariés dans les entreprises, à la monopolisation du pouvoir par un petit nombre... (ANDERSON, 1999, p.288). Il s'agit de « prévenir les concentrations excessives de propriété et de richesse, en particulier celles qui conduisent selon toute vraisemblance à la domination politique. » (RAWLS, 2003, p. 71). L'objectif est que les citoyens soient les membres à part entière de la société et que les conditions sociales leur permettent de réaliser leur projet de vie (RAWLS, 1987, p.473, RAWLS, 1996, p.223), non de discerner ce qui chez chacun relève ou pas de sa responsabilité individuelle. Le risque de devenir fumeur n'est pas proprement un risque individuel. De multiples facteurs, et en particulier des facteurs sociaux, le déterminent. Les inégalités sociales face au tabagisme sont grandes. Dans quelle mesure peut-on les accepter ?

2.1. L'accès universel au système de santé, une condition du respect de l'égalité des citoyens

2.1.1. Les inégalités sociales face au tabac

Chacun n'est pas logé à la même enseigne face au tabac. La consommation de tabac reflète les inégalités sociales et les accroît : elle participe au maintien des inégalités sociales de santé. En effet, il existe une forte disparité dans la consommation, suivant les catégories socio-professionnelles, disparité renforcée par les situations de travail. Les ouvriers fument plus que les cadres et les chômeurs plus que les ouvriers, *etc.* Enfin, le niveau d'éducation est une variable très explicative. Les inégalités de santé dues à la consommation de tabac sont, pour une part importante, des inégalités sociales. Et la consommation de tabac explique une part importante des inégalités de santé.⁵

Au-delà des caractéristiques sociologiques, une variabilité apparaît liée à l'histoire personnelle et familiale du fumeur, au sexe, au territoire⁶ et peut-être aussi à des différences génétiques face à la dépendance. Les inégalités de santé amplifient certaines inégalités sociales (par exemple l'inégalité d'accès à l'emploi) : ainsi la récente interdiction de fumer dans les entreprises va mettre les fumeurs en difficulté au moment de l'embauche. Enfin, il existe en France un accès inégal à la prévention et aux soins (HCSP, 2002, p.27) et la priorité accordée aux soins curatifs explique que ces inégalités de santé se maintiennent voire s'amplifient (LOMBRAIL et PASCAL, 2005, p.32).

2.1.2. RAWLS, les principes de la justice et la santé

La santé est un bien fondamental indispensable au citoyen pour exercer ses droits et ses libertés, et à ce titre, de même que les autres biens du même type (logement...), elle est placée en amont des deux principes de la justice (RAWLS, 1996, p.31-32). A contrario, les moyens nécessaires aux besoins médicaux sont intégrés dans l'indice des biens premiers⁷, donc soumis au principe de différence : « Dans le cadre des orientations données par le principe de différence, des prestations peuvent être distribuées pour couvrir ces besoins, jusqu'au point où une prestation supplémentaire abaissera les attentes des plus défavorisées » (RAWLS, 2003, p.236).

Comment concilier ces deux approches indispensables l'une et l'autre ? La santé est la vie même, une condition de toutes les autres activités. Un traitement

⁵ BLAKELY et WILSON (2006), p.1417, JHA *et alii*, 2006, p.368

⁶ LECLERC *et alii* (2000), OFDT (2002), p.231, HCSP (2002), p.27, p.185, p.225, p.227

⁷ Il n'existe pas un indice de biens premiers mais deux. Les besoins médicaux et de santé des citoyens ne sont connus qu'au moment de l'étape législative « et les politiques relatives à la protection de la santé publique et à la distribution de soins médicaux peuvent y être décidées (RAWLS, 2003, p.235). »

égal des citoyens exige que les personnes en bonne santé soient solidaires des personnes malades. C'est une condition du développement des libertés réelles. Toutefois, la société ne peut consacrer toutes ses ressources à la production de biens de santé, et cela au détriment des plus défavorisés. Ces ressources sont à intégrer dans l'indice des biens premiers. Comment résoudre cette apparente contradiction ? Le respect des besoins fondamentaux est inscrit dans la Constitution (RAWLS, 1996, p.277-278). Et dans une société juste, ces besoins fondamentaux, correspondant à un minimum social, sont respectés. Le principe de différence est plus exigeant que cela, et il intègre les perspectives de santé non pas dans l'optique d'un minimum social, mais dans l'optique de la maximisation des attentes des plus défavorisés. La contradiction est ainsi résolue : une fois les besoins de santé de base satisfaits, les autres besoins de santé sont soumis au principe de différence.

Cela peut donner l'impression fautive que la distribution des soins médicaux doit simplement servir de complément au revenu des plus défavorisés lorsqu'ils ne peuvent plus payer le coût des soins médicaux qu'ils préfèrent. Mais c'est le contraire : la distribution des soins médicaux, comme celle des biens primaires en général, doit satisfaire les besoins et les exigences des citoyens considérés comme libres et égaux ; ces soins font partie des moyens généraux nécessaires pour garantir l'égalité équitable des chances et notre capacité de tirer avantage de nos droits et libertés de base, et d'être ainsi des membres normaux et pleinement coopérants de la société pour la vie entière (RAWLS, 2003, p.237).

Le débat actuel en France autour du panier de soins montre à quel point il est difficile de distinguer les besoins de santé de base, des autres besoins de santé. Cette distinction reste importante pour ne pas sacrifier les libertés de base aux besoins de santé et ne pas allouer toutes les ressources aux soins de santé ; le principe de différence fixant le montant de l'effort de santé. Par contre, elle ne permet pas d'assurer les besoins de base avec un système de santé universel et les autres besoins par un système d'assurances optionnelles⁸. Deux arguments s'y opposent.

- La santé étant la condition pour chacun de réaliser son projet de vie, le principe de juste égalité des chances exige un accès égal aux soins et à la prévention. Un panier de soins trop étroit accroîtrait les inégalités d'accès au système de soins. Ainsi, l'impact des soins de confort sur la longévité de la vie, difficile à mesurer, est indéniable⁹ : impossible de réserver l'assurance universelle aux besoins de base.

- Une séparation institutionnelle des besoins de base et des autres besoins

⁸ Comme le propose Christine LE CLAINCHE (1999), p.97.

⁹ La preuve en est que les personnes favorisées recourent plus aux soins ambulatoires et moins aux soins hospitaliers que les personnes défavorisées (REYNAUD, 2005).

met en cause le respect des libertés. Un exemple suffisant : la consultation chez le psychiatre a un caractère vital ou de confort. Le médecin doit-t-il décider et informer les caisses d'assurances du caractère vital ou non de la consultation ? Le caractère subjectif de l'appréciation ouvre la porte à l'arbitraire. On ne peut que renoncer à cette distinction en termes d'organisation de l'assurance.

2.1.3. l'exemple du tabac

Le respect des besoins de base correspond à la nécessité d'établir les conditions afin que les personnes puissent exercer les libertés de base. Dans le cas de la vente du tabac, le déficit d'information peut être considéré comme une atteinte aux libertés de base : la loi doit garantir l'intégrité physique et psychologique de la personne (RAWLS, 2003, p.71-72). Ce n'est pas le cas lorsque le consommateur n'est pas informé des dangers du tabac ; c'est une atteinte délibérée à sa santé pouvant l'amener à perdre ses capacités d'exercer ses libertés de base (d'autant plus lorsqu'il en meure). Des mesures plus onéreuses peuvent avoir un caractère impératif. Ainsi, la prévention auprès des mineurs fait partie de la protection des libertés fondamentales. Peut-on considérer sérieusement que les messages inscrits sur les paquets de cigarettes suffisent ? De même, il a fallu attendre 2007 l'interdiction de fumer dans les lycées, alors qu'il s'agit d'une mesure simple, gratuite et qui ne portait atteinte aux droits de personne. Ici, aucun conflit de droit entre liberté des fumeurs et protection des fumeurs ; d'ailleurs l'absence de réglementation portait atteinte à de nombreux droits comme celui des parents de protéger leurs enfants contre le tabagisme ou celui des enfants de ne pas subir le tabagisme passif. Au contraire, le déficit de prévention auprès des adultes s'inscrit dans la réflexion sur le principe de différence. Pour autant l'État a-t-il le devoir que personne ne fume ? Certainement pas ! On ne peut sacrifier les libertés de base à l'exercice de ces mêmes libertés de base. L'absurdité de ce choix apparaît dans la formulation. Les dangers de la cigarette ne peuvent justifier l'interdiction au fumeur de fumer sur la voie publique (en plein air), qui ne porte pas alors atteinte aux droits d'autrui, au motif de le protéger contre lui-même (*cf.* l'intervention de Guy CARCASSONNE, *in* MORANGE , 2006, pp.172-174).

D'autre part, les inégalités individuelles de santé ne sont pas injustes quand elles ne peuvent être évitées (HAUSMAN, 2007, p.52). Par contre les inégalités sociales de santé sont foncièrement injustes : elles portent atteintes au principe de juste égalité des chances. La réduction de ces inégalités, liées au tabagisme, devrait constituer une priorité de haut niveau des politiques publiques. La prévention du tabagisme est un objectif qui, tant qu'il existe des inégalités sociales de santé dues au tabac, ne relève pas du principe de différence mais du principe de juste égalité des chances, lexicalement supérieur au principe de

différence¹⁰.

Enfin, dans le cas du tabac, empêcher la dépendance des personnes par le biais de la prévention est possible, quelles que soient leurs caractéristiques individuelles (part de fumeurs non expliquée par les catégories sociales utilisées) ou sociales. La distinction entre inégalités individuelles et sociales, qui a un rôle important dans la réflexion sur les inégalités de santé injustes, a donc ici moins d'importance. Toutefois elle permet de fixer des limites à l'application du principe d'égalité des chances. Elle interdit de se fixer comme objectif la suppression complète du tabagisme, quel qu'en soit le coût. Une fois réduites les inégalités sociales de santé par la prévention, le principe de différence reprend tous ses droits.

2.2. La taxation est légitimée par des raisons d'efficacité et des raisons d'équité à condition de s'accompagner de politiques massives de prévention

Nous sommes loin de surinvestir dans la prévention contre le tabac (au point que les plus défavorisés en souffriraient). La France consacre 0,5% des taxes sur le tabac au financement public de la prévention. C'est la moitié des recommandations de l'OMS qui sont pourtant modestes (DUBOIS, 2002, p.60).

Le rapport MORANGE, qui préparait l'interdiction de fumer dans les lieux publics, révèle cette absence d'ambition en matière de prévention contre le tabagisme. Contre le remboursement des patchs, le rapport avance qu'il n'est pas nécessaire de les rembourser puisqu'ils sont moins onéreux que le tabac (MORANGE, 2006, p.101). L'argument peut surprendre. Si les fumeurs sont sensibles au prix du tabac, ce que les modèles économiques et les études empiriques démontrent, ils sont sans doute sensibles au prix des patchs. Le gouvernement a décidé de rembourser 50 euros par personne souhaitant arrêter de fumer. Le coût total pour l'assurance-maladie d'un remboursement des substituts nicotiques à 100% est évalué à 546 millions d'euros (AMALRIC, 2007, p.87 et p.130), soit 5% du montant des taxes sur le tabac (hors TVA). Comparé aux recommandations de l'OMS, c'est beaucoup, mais par rapport aux enjeux - la réduction d'un coût social élevé et la réduction d'inégalités sociales face à la mort - c'est peu. Enfin, si les plans de lutte contre le tabagisme montre une réelle volonté politique d'avancer (MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, 2006), l'absence de chiffrage financier de ces plans est problématique et nuira à leur mise en œuvre.

D'autant que si l'efficacité des taxes est prouvée, elle est limitée par la concurrence du marché noir et les achats transfrontaliers. Ce n'est pas

¹⁰ D'autant que notre système de soins, principalement curatif, échoue à réduire les inégalités sociales de santé, VOLOVITCH (1999), p.2.

l'augmentation des prix seule qui réduira la consommation à long terme (ÉTILÉ, 2006, p.46). De même, chaque augmentation de taxe pèse un peu plus lourdement sur les consommateurs fortement dépendants à faibles revenus. Elles les obligent à renoncer à d'autres biens qui sont des biens de première nécessité. Un allocataire du RMI célibataire dépense 38% de son revenu disponible en achat de cigarettes¹¹ s'il fume un paquet par jour et 77% pour deux paquets par jour : le développement du marché noir n'est pas étonnant. Il est impossible de revenir sur les hausses de prix, l'impact serait négatif. Deux exigences de justice entrent en conflit. D'un côté les taxes sur le tabac empiètent sur la consommation d'autres besoins de base pour les plus pauvres, de l'autre leur suppression accroîtrait les inégalités de santé, d'autant que l'accès à la prévention est inégal. Face à ce conflit de deux exigences de justice situées au même niveau (satisfaction des besoins de base et principe de juste égalité des chances), la solution ne peut être que politique. Toutefois, nombre d'arguments inclinent la balance en faveur du maintien des taxes. L'inéquité des taxes provient d'une société où les revenus et le patrimoine sont très injustement répartis (RAWLS, 2003, p.190), ces taxes ne pèsent pas de façon inique sur les personnes à revenu décent ; il convient donc d'intervenir à ce niveau plutôt que sur les taxes qui protègent les consommateurs d'eux-mêmes, à leur propre demande. En effet, les personnes qui fument expriment souvent des regrets d'avoir commencé, révélant une perte de maîtrise de leur propre santé (FONG *et alii*, 2004). Les taxes peuvent être considérées comme un bien public obéissant à une rationalité de type self binding.

Les politiques de prix doivent être associées aux politiques de prévention. Il faut que les crédits affectés à la prévention du tabagisme satisfassent le principe de juste égalité des chances puis le principe de différence. Autrement dit, les programmes de prévention devraient chiffrer le coût de celle-ci et se fixer comme premier objectif la disparition des inégalités de santé dues au tabac et, dans un second temps, l'effort pourrait être poursuivi tant que le coût de la prévention ne nuit pas aux plus défavorisés. Il y a fort à parier que tant qu'il existera des fumeurs, il existera des inégalités sociales de santé créées par le tabac. Sans doute n'est-il pas possible dans une société injuste que les inégalités sociales de santé créées par le tabagisme disparaissent... La santé des personnes ne dépend pas que de l'accès au système de prévention et de soin. Le stress du chômeur ou du salarié harcelé par son supérieur hiérarchique peuvent être supérieurs à toutes les mesures de prévention. La prévention peut et doit cibler les populations à risque, mais elle ne peut pas tout. Elle doit être couplée à la réduction des inégalités sociales (*cf.* Peter (2001)).

¹¹ En supposant les coûts de son logement couverts par les allocations logement, un allocataire du RMI célibataire dispose de 387,96 euros par mois pour sa dépense de consommation.

BIBLIOGRAPHIE

AMALRIC J. (2007) (sous la direction de), *Analyse économique des coûts du cancer en France*, Institut national du cancer, mars

APA (1995), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th ed. DSM IV, American Psychiatric Association, Washington DC

ANDERSON E. (1999), « What is the Point of Equality », *Ethics* 109, January, pp. 287–337

ARNESON R. (1989), « Equality and equal opportunity for welfare », *Philosophical Studies*, 56, pp.77-93

BECKER G. S. et MURPHY K. M. (1988), « A Theory of Rational Addiction », *Journal of Political Economy*, N°94, pp. 675 -699

BECKER G.S. *et alii* (1991), « Economics of Drugs, Rational Addiction and the Effect of Price on Consumption », AEA Papers and Proceedings, may

BLAKELY T. et WILSON N. (2006), « Smoking and inequalities », *The Lancet*, Vol. 368, October 21, pp.1417-1418

CHANTREL L. *et alii* (2003), " Une étude économique du marché de détail du cannabis à Montpellier : modélisation des échanges marchands et non marchands " direction scientifique Laure Chantrel – CEMI, Université Paul Valéry, appel d'offres MILD-INSERM

CLEMENT V. et HAMADE F. (2002), « Le dilemme efficacité/équité : une approche par la fonction de bien-être social », papier présenté aux *12èmes journées du SESAME*, Aix-en-Provence, septembre

DUBOIS G. (2002), Président, *La réduction du risque tabagique*, FRANCE. Direction générale de la santé, groupe de travail sur la réduction du risque tabagique, Paris, La Documentation française

DWORKIN R. (1981), « What is equality ? part. 2 : equality of ressources », *Philosophy and Public Affairs*, 10, pp.283-345

ÉTILÉ F. (2004), « Politiques publiques des drogues et modèles de dépendance », *Revue économique*, volume 55, n°4, juillet, pp.715-744

ÉTILÉ F. (2006), « L'analyse économique des politiques publiques du tabagisme », *Psychotropes*, volume 12, n°1, pp.25-55

FONG GT *et alii* (2004), « The near-universal experience of regret among smokers in four countries : Findings from the International Tobacco Control Policy Evaluation Survey. » *Nicotine and Tobacco Research*, 6 (suppl. 3), S341-51.

- GRANOVETTER M. (1985), « Economic Action and Social Structure : the Problem of Embeddedness », *American Journal of Sociology*, volume 91, n°3, november
- GRIGNON M. et PIERRARD B. (2002), « Modèles économiques et politiques de lutte contre le tabagisme », *Questions d'Économie de la santé*, n°51, mai
- HAUSMAN D.M. (2007), « What's Wrong with Health Inequalities ? », *The Journal of Political Philosophy*, volume 15, number 1, 2007, pp.46-66
- HCSP (2002), *La santé en France*, Haut Comité de la Santé Publique, 2002
- INSERM, France (2004), « Tabac : comprendre la dépendance pour agir », INSERM (France), Paris
- JHA P. *et alii* (2006), « Social inequalities in male mortality, and in male mortality from smoking: indirect estimation from national death rates in England and Wales, Poland, and North America. », *The Lancet*, pp.367-70.
- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES (2006), *La prise en charge et la prévention des addictions : Plan 2007 – 2011*, 15 novembre
- MORANGE P. (2006), rapporteur, *Rapport fait au nom de la mission d'information sur l'interdiction de fumer dans les lieux publics*, n°3353, Assemblée nationale
- PETER F. (2001), « Health Equity and Social Justice », *Journal of Applied Philosophy*, volume 18, n°2, pp.159-170
- PIERRARD B. (2001), *Fumer ou ne pas fumer... Un modèle de l'initiation sur données empiriques*, mémoire de DEA, en ligne sur le site de IRDES
- PIKETTY T. (1994), *Introduction à la théorie de la redistribution des richesses*, Economica
- PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2003 (2002), Document mis en distribution le 15 octobre 2002, N° 250, Assemblée nationale
- RAWLS J. (1987), *Théorie de la justice*, texte révisé de la 1^o édition américaine Harvard University Press, 1971, traduction du texte révisé de Catherine Audart, éditions du Seuil, Paris
- RAWLS J. (1988), “ La théorie de la justice comme équité : une théorie politique et non pas métaphysique ” in *Individu et justice sociale, autour de John Rawls*, sous la direction de C. Audart, éditions du Seuil
- RAWLS J. (1993a), “ Le constructivisme kantien dans la théorie morale ”, traduction française de C. Audart, *Justice et démocratie*, Seuil, pp.73-151
- RAWLS J. (1993b), “ Le domaine du politique et le consensus par

- recoupement », traduction française de C. Audart, *Justice et démocratie*, Seuil 1993, pp.323-356
- RAWLS J. (1996), *Libéralisme politique*, traduction française Catherine Audart, PUF, 1995, 2^e édition
- RAWLS J. (2003), *La justice comme équité, une reformulation de « théorie de la justice »*, traduction française de Bertrand Guillarmé, Paris, éditions La Découverte
- REYNAUD D. (2005), « Les déterminants individuels des dépenses de santé : l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance maladie complémentaire », *Études et résultats*, n°378, DRESS, février
- REYNAUD M., PARQUET P. J., LACRUE G. (1999), *Les pratiques addictives. Usage, usage nocif et dépendance aux substances psycho-actives*, Rapport remis à M. Bernard Kouchner, Secrétaire d'Etat à la santé et aux affaires sociales, 09/07/99
- SCHEFFLER S. (2003), « What is Egalitarianism », *Philosophy & Public Affairs* 31, no. 1
- VOLOVITCH P. (1999), « Egalité devant les soins, égalité devant la santé : quel rôle pour l'assurance-maladie ? », *Revue de l'IRES*, n°30/2
- WHO (1991), *International Classification of Disease (ICD-10)*, World Health Organization, Geneva