



Document de réflexion

CST

LA CONTRIBUTION DE SOLIDARITÉ SUR LE TABAC

*Un nouveau concept
pour le financement international de la santé
établi par l'Organisation mondiale de la Santé*

Octobre 2011

Remerciements

Ce document de réflexion a été rédigé par Alex Ross (Département des Partenariats) et Douglas Bettcher (Département de l'Initiative Pour un monde sans tabac).

L'étude a été placée sous la supervision d'Ala Alwan, Sous-Directeur général, Maladies non transmissibles et santé mentale.

Ont apporté une contribution fort appréciée au document de réflexion Ginni Arnold, Andrew Cassels, Katherine Deland, Mark Goodchild, Anne-Marie Perucic, Ayda Yurekli, Menno van Hilten, et Simon Wreford-Howard.

Ce document de réflexion ne constitue pas une prise de position officielle de l'Organisation mondiale de la Santé, il s'agit d'un outil visant à explorer les vues des parties intéressées sur la question. Les références à des partenaires internationaux ne sont que des suggestions et ne constituent et n'impliquent en aucune façon une approbation du contenu du document.

L'OMS ne garantit pas l'exhaustivité ni l'exactitude des informations contenues dans ce document de réflexion et ne saurait être tenue pour responsable de préjudices éventuellement encourus à la suite de leur utilisation.

Les désignations utilisées dans ce document et la présentation des données qui y figurent n'impliquent, de la part de l'Organisation mondiale de la Santé, aucune prise de position quant au statut juridique de tel ou tel pays, territoire, ville ou zone, ou de ses autorités, ni quant au tracé de ses frontières ou limites. Les tracés en pointillé représentent des délimitations approximatives sur lesquelles un accord complet peut encore faire défaut.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue qui ne sont pas cités. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les dispositions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans le présent document de réflexion. Celui-ci est toutefois diffusé sans aucune garantie, express ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation du texte incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne peut être tenue pour responsable de préjudices subis du fait de son utilisation.

© Organisation mondiale de la Santé, 2011. Tous droits réservés.

La note ci-après sur les droits d'auteur est applicable : www.who.int/about/copyright.

TABLE DES MATIERES

	Pages
Section 1 – Introduction	4
Section 2 – Justification de la CST.....	6
Section 3 – Comment dégager des fonds grâce à la CST	11
Section 4 – Options d’investissement et de gestion des fonds CST	15
Section 5 – Conclusion et étapes suivantes	19
 Annexes	
Annexe 1 – Analyse de la faisabilité économique	21
Annexe 2 – Éléments de programmes de lutte antitabac.....	33
Annexe 3 – Analyse AFOM des dispositifs d’exposition possibles.....	35
Annexe 4 – Principaux événements liés à l’instauration de la CST	37

SECTION 1 – INTRODUCTION

Une nouvelle formule permettant de dégager plus de US \$5,5 milliards pour la santé internationale

La Contribution de solidarité sur le tabac (CST) est une formule innovante mise au point par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)¹ qui fait suite à la recommandation du groupe spécial de haut niveau sur le financement international novateur des systèmes de santé² d'« étendre la contribution de solidarité obligatoire sur les billets d'avion et explorer la faisabilité d'autres prélèvements de solidarité sur le tabac et les transactions monétaires ». Dans son rapport, le groupe spécial a fait observer que l'aide publique au développement, sous sa forme classique, ne permet pas à la communauté mondiale d'atteindre les objectifs internationaux en matière de développement sanitaire. Les nouveaux défis apparus en matière de santé ne font qu'exacerber le déficit de financement à cet égard.

Le présent document évalue la viabilité technique de la CST et conclut que, moyennant une série de décisions des États Membres, cette contribution permettrait de mobiliser annuellement US \$5,5 milliards de fonds supplémentaires pour la santé internationale dont profiteraient les pays en développement.

Nature et fonctionnement de la CST

L'idée de la CST repose sur la décision des pays participants d'ajouter un « microprélèvement » à l'augmentation des taxes sur le tabac au plan national et se fonde donc sur le régime fiscal existant applicable au tabac. Les États Membres peuvent décider s'ils souhaitent apporter une contribution **volontaire** à des fins internationales.

Les pays qui décident de l'utilisation des recettes des taxes sur le tabac soit affectent ces recettes à des fins générales soit, comme l'ont fait 28 d'entre eux, en utilisent une partie à des fins liées à la santé. Pour favoriser une réduction de la consommation, l'OMS a recommandé que les États Membres augmentent progressivement les droits d'accise sur les produits du tabac jusqu'à ce qu'ils atteignent au moins 70 % du prix de détail – une mesure qui supposerait que de nombreux pays à revenu faible et moyen accroissent sensiblement les droits d'accise sur le tabac. Les pays à haut revenu sont généralement plus proches de ce niveau mais pourraient augmenter encore les taxes sur le tabac pour dégager des recettes supplémentaires et réduire la consommation de tabac.³ Le but n'est pas que les contributions volontaires au titre de la CST se substituent à la politique fiscale sur le tabac visant à réduire le tabagisme ni de limiter artificiellement les augmentations de taxes nécessaires au plan national. La Contribution de solidarité ne remplacerait donc pas les taxes générales plus larges sur les produits du tabac visant à réduire le tabagisme mais viendrait s'y ajouter.

¹ Le groupe Maladies non transmissibles et santé mentale de l'OMS, le Département OMS de l'Initiative Pour un monde sans tabac et le Programme OMS pour les partenariats sont à la l'origine du concept de la CST.

² Le groupe spécial de haut niveau sur le financement international novateur des systèmes de santé qui a achevé ses travaux en 2009 était présidé par le Premier Ministre du Royaume-Uni, Gordon Brown, et le Président de la Banque mondiale, Robert Zoellick (<http://www.internationalhealthpartnership.net/en/taskforce/about>). Voir les pages 14 et 15 du rapport final.

³ *WHO report on the global tobacco epidemic*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011. http://www.who.int/tobacco/global_report/2011/en/index.html. (Résumé d'orientation en français : Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme, WHO/NMH/TFI/11.3).

Pendant des décennies, un principe fondamental de l'aide internationale en faveur de la santé a été la solidarité, les pays plus riches apportant une assistance aux pays en développement. Du fait de la propagation de certaines maladies au-delà des frontières, une action collective fondée sur la solidarité s'impose pour répondre aux besoins de la santé publique au niveau mondial. Afin d'appuyer davantage la solidarité mondiale et de renforcer les investissements pour le développement sanitaire, les États Membres pourraient décider d'affecter une partie des recettes fiscales liées au tabac à des fins internationales. L'OMS recommande qu'en plus des recommandations du groupe spécial, en raison de la nature des taxes sur le tabac et de la charge significative pour la santé publique liée au tabagisme, cette contribution à des fins internationales soit affectée à la santé. Il pourrait également être utile de connaître la position des pays susceptibles de recevoir des fonds sur la base de leurs priorités sanitaires.

L'OMS a également cherché à déterminer les montants des recettes pouvant être affectées à des fins internationales que l'adjonction d'un microprélèvement aux augmentations nationales plus importantes des taxes sur le tabac pourraient dégager. Cette étude est développée ci-dessous. S'il apporte volontairement des contributions à des fins internationales, un groupe d'États Membres devra alors décider à quelles initiatives spécifiques ces fonds seront consacrés et, sur la base de cette décision, quels dispositifs devront être utilisés pour leur répartition. Une contribution de solidarité utilisée aux fins de la santé internationale n'a pas pour ambition de remplacer les engagements des pays en matière d'aide publique au développement. Les dispositifs existants mettent en commun les contributions pour tirer le maximum de la répartition des fonds aux pays et en fonction de priorités acceptées d'un commun accord – des principes qui s'inspirent de la Déclaration de Paris et du Programme d'action d'Accra préconisant une harmonisation et un alignement accru des instruments d'aide.

Pour déterminer les canaux à utiliser, les États Membres et les parties prenantes devront décider s'il convient d'utiliser les mécanismes existants compatibles avec les préférences exprimées par ceux qui contribuent à la CST concernant l'utilisation des fonds et les modalités de répartition ou alors de créer de nouveaux mécanismes répondant aux spécificités de la CST. Les points sur lesquels il faudra se prononcer sont examinés ci-dessous à la section 2.

ooo000ooo

SECTION 2 – JUSTIFICATION DE LA CST

Le financement de la santé est insuffisant dans les pays à revenu faible et moyen et il est mondialement reconnu qu'il faut faire davantage dans ce domaine, notamment pour contribuer à atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé, à savoir les objectifs 4 (Santé de l'enfant), 5 (Santé de la femme) et 6 (Combattre le VIH/sida, la tuberculose et d'autres maladies infectieuses).

Le groupe spécial de haut niveau sur le financement international novateur des systèmes de santé qui est intervenu de septembre 2008 à septembre 2009 sous la présidence du Premier Ministre du Royaume-Uni, Gordon Brown, et du Président de la Banque mondiale, Robert Zoellick, s'est attaché à trouver des moyens de financement novateurs pour renforcer les systèmes de santé dans les pays les plus pauvres de la planète.

Le groupe spécial a envisagé différentes options de financement innovant pour contribuer à atteindre les OMD liés à la santé. Une recommandation tendait à « *étendre la contribution de solidarité obligatoire sur les billets d'avion et explorer la faisabilité d'autres prélèvements de solidarité sur le tabac et les transactions monétaires* ». Le groupe spécial a reconnu que de tels prélèvements « *présentent des avantages en termes de flux de ressources, faibles coûts de transactions* » et de viabilité et que les prélèvements de solidarité peuvent être effectués par un pays, mais coordonnés au niveau international. Le groupe spécial a utilisé l'exemple de la taxe sur les billets d'avion comme précédent à cet égard.

Pour donner suite à la recommandation du groupe spécial, l'OMS a évalué l'utilisation, la mise en œuvre et la gouvernance d'une contribution volontaire pour la santé internationale – la CST – provenant de l'adjonction d'un montant réduit à l'augmentation des taxes nationales sur les produits du tabac. Faisant suite au rapport du groupe spécial, l'objectif d'un financement prévisible et durable de la santé par la CST, consiste à réduire les inégalités en matière d'accès aux soins de santé dans les pays à revenu faible et moyen.

L'article 6 de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac *Mesures financières et fiscales visant à réduire la demande de tabac* dispose que « les mesures financières et fiscales sont un moyen efficace et important de réduire la consommation de tabac » et que chaque Partie doit adopter ou maintenir, selon le cas, « des mesures pouvant comprendre ... l'application de politiques fiscales et, le cas échéant, de politiques de prix concernant les produits du tabac afin de contribuer aux objectifs de santé visant à réduire la consommation de tabac ». (L'article 6 de la Convention-cadre ne précise pas toutefois comment les recettes seront dégagées). L'augmentation des taxes nationales sur le tabac repose aussi sur une large documentation scientifique ainsi que sur des recommandations concernant la santé et le développement émanant de l'OMS, de la Banque mondiale et du Conseil économique et social des Nations Unies.

L'article 26 de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac vise expressément à fournir des fonds « destinés à l'élaboration et au renforcement des problèmes complets et multisectoriels de lutte antitabac des pays en développement ». Il ressort par ailleurs d'une étude, effectuée par le Secrétariat de l'OMS conformément à l'article 26.5c) de la Convention et soumise à la Conférence des Parties à la Convention-cadre de l'OMS en 2006, que la taxation du tabac offre un moyen durable et stable de générer des fonds pour la lutte antitabac et d'autres initiatives de santé

publique. La Conférence des Parties a accordé « tout son soutien à la priorité de la mobilisation de ressources pour la lutte antitabac aux niveaux national et international ».⁴

Des droits d'accise sur le tabac sont actuellement prélevés dans 61 États Membres sur 182⁵ et représentent donc une base à laquelle on pourrait ajouter un montant réduit supplémentaire. L'avantage est double puisqu'on peut ainsi réduire la consommation de tabac et augmenter les recettes.

De plus, si les États Membres décidaient d'ajouter un « microprélèvement » pour la CST, ce montant viendrait s'ajouter aux taxes plus larges sur les produits du tabac destinées à réduire le tabagisme (en rendant le tabac plus coûteux) et non s'y substituer. Ces taxes sont conformes à la recommandation de l'OMS sur la taxation du tabac tendant à augmenter les droits d'accise pour qu'ils représentent 70 % du prix de détail des produits du tabac.

Les gouvernements sont donc encouragés à prendre des mesures complémentaires pour atteindre deux objectifs :

- **Objectif 1** : donner suite aux recommandations de l'OMS concernant l'augmentation des taxes sur les produits du tabac afin de réduire le tabagisme dans les pays et d'encourager l'utilisation des recettes aux fins de la santé au plan national. Ce sont là les objectifs clés de la Convention-cadre de l'OMS.
- **Objectif 2** : envisager le concept de la CST et décider d'ajouter un montant réduit et facultatif aux taxes majorées selon l'objectif 1 aux fins du financement de la santé internationale.

Depuis des décennies, un principe essentiel de la fourniture de l'assistance internationale en matière de santé est la solidarité, les pays plus riches apportant une aide aux pays en développement. En raison de la propagation de certaines maladies au-delà des frontières, une action collective fondée sur la solidarité s'impose pour répondre aux besoins de la santé publique mondiale. Afin d'appuyer davantage la solidarité mondiale et de renforcer les investissements pour le développement sanitaire, les États Membres pourraient décider d'affecter une part des recettes fiscales liées au tabac à des initiatives internationales.

La CST s'inscrit aussi dans le cadre des buts du *Rapport sur la santé dans le monde, 2010* consacré au financement de la santé⁶ tendant à donner des occasions aux pays de mobiliser des fonds supplémentaires pour la santé et d'en accroître l'efficacité – « *plus d'argent pour la santé, plus de santé pour son argent* ». De plus, le *Rapport sur la santé dans le monde* a mentionné que les prélèvements mondiaux de solidarité, vu le faible coût des transactions, peuvent être très rapidement mis en œuvre si la volonté politique existe. En outre, le Sommet de 2010 sur les OMD et le G20 en 2011 envisagent eux aussi des mécanismes de financement novateurs.

⁴ Décision FCTC/COP1(13) de la Conférence des Parties, texte intégral figurant dans le document COP1/8 à http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop1/FCTC_COP1_DIV8-fr.pdf et A/FCTC/COP1/4, *Étude sur les sources et mécanismes d'assistance actuels et potentiels*, page 39.

⁵ Données tirées du WHO Global Tobacco Control Report 2011. (Résumé d'orientation en français : Rapport OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme, 2011.).

⁶ *Rapport sur la santé dans le monde, 2010 – Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle*, Organisation mondiale de la Santé, 2010. <http://www.who.int/whr/2010/fr/index.html>.

Leçons à tirer des systèmes de financement novateurs existants pour la CST :

Des moyens de financement novateurs, surtout pour la santé, sont désormais une nécessité et non une option. En peu de temps (5 à 10 ans), des mécanismes novateurs ont déjà permis d'obtenir des résultats significatifs notamment en matière de santé. On peut mentionner par exemple la taxe de solidarité sur les billets d'avion (UNITAID), la Facilité internationale de financement pour la vaccination (IFFIm) et l'appui apporté à l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (Alliance GAVI) ainsi que plusieurs sources de financement en faveur du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (par exemple Product Red) et l'engagement d'achat à terme.

La CST s'inspire des mécanismes de financement novateurs qui existent déjà et devrait respecter les principes du financement novateurs,⁷ c'est-à-dire :

- **être durable** car elle sera fondée sur des instruments juridiques et utilisera les systèmes de prélèvement existants de la même manière que la taxe de solidarité sur les billets d'avion ;
- **être prévisible** (surtout au niveau mondial) dans la durée, en permettant ainsi de prendre des décisions équilibrées sur les investissements ;
- **venir s'ajouter** à l'aide publique au développement et non s'y substituer ;
- **être transparente** en ce qui concerne les décisions sur l'allocation et la gestion (voir la section 2 pour différentes options) ;
- être fondée sur l'**engagement volontaire** des États Membres ;
- être fondée sur une **participation des pays** et sur des priorités sanitaires nationales.

De plus, le concept de la CST s'appuie sur le mouvement plus large du financement novateur pour la santé :

- le financement novateur est désormais bien reconnu comme un moyen important – au même titre que les sources de financement non étatiques – d'accroître le financement pour le développement en général et pour la santé en particulier.
- le financement novateur est un élément essentiel pour la présidence française du G8 et du G20 (2011) ;
- le document final du Sommet des OMD souscrit dans l'ensemble à un certain nombre de mesures dans le secteur de la santé (notamment la lutte antitabac) pour atteindre les OMD, en particulier le financement novateur pour la santé. Le document final du Sommet des OMD a préconisé une action bien ciblée pour les cinq prochaines années et a défini les occasions offertes pour une action multisectorielle.

⁷ Ces principes sont évoqués de manière générale dans les travaux du groupe principal sur le financement international novateur pour le développement, un groupe informel de plus de 65 pays, initiatives mondiales pour la santé, organisations multilatérales, ONG et fondations qui se réunit depuis 2006 pour échanger les meilleures pratiques dans ce domaine et promouvoir les moyens de financement novateurs.

- Les parties prenantes au financement novateur ont acquis l'expérience de ces modalités et se sont engagées à contribuer à leur succès.

L'évolution de la CST est analogue à celle d'autres mécanismes de financement novateurs (par exemple, le modèle de la taxe de solidarité sur les billets d'avion, le Fonds mondial à ses débuts, ou des exemples nationaux). Comme ces autres mécanismes novateurs et compte tenu de la période difficile dans laquelle on se trouve pour le financement international de la santé, la CST aura besoin d'un appui politique de haut niveau de la part d'un groupe d'États Membres pionniers prêts à lancer un système pilote.⁸

Les décisions essentielles à prendre et ce qu'elles impliquent

Les États Membres qui auront opté pour une telle contribution volontaire à des fins internationales devront prendre une série de décisions comme suit.

Une première décision consiste à déterminer si l'État Membre consacrera *volontairement* une part de ses recettes fiscales sur le tabac à des initiatives pour la santé internationale. Les États Membres et les parties prenantes devront ensuite envisager un certain nombre de questions et de décisions essentielles résumées ci-dessous au Tableau 1.

1. *Quels seront l'objet et la portée spécifiques d'une contribution de solidarité sur le tabac ?* Il faudra notamment déterminer si les activités de lutte antitabac bénéficieront d'un soutien. Les États Membres doivent se demander si les bénéficiaires potentiels et d'autres parties seront associés aux décisions à prendre sur les utilisations possibles.
2. *Les fonds doivent-ils être mis en commun au niveau international ?* À part les canaux traditionnels de l'aide publique au développement, une certaine forme de mise en commun est souvent utilisée pour les initiatives liées à la santé internationale, ce qui permet une plus grande efficacité dans la gestion des fonds, des résultats plus prévisibles et plus durables avec moins de risques de substitution à une autre forme d'aide internationale et à des engagements d'aide publique au développement.
3. *Faut-il utiliser un mécanisme de gestion/répartition des fonds existants ou en créer un nouveau ?* Il s'agit de savoir si l'on veut utiliser des mécanismes existants qui seraient compatibles avec les préférences de ceux qui contribuent à la CST quant à leur utilisation et aux modalités d'acheminement ou créer un nouveau mécanisme répondant spécifiquement aux besoins de la CST. Si un mécanisme existant ne peut être compatible avec leurs besoins, ils pourraient décider de créer un nouveau mécanisme. Il faudra tenir compte de considérations de temps, de coût et d'adaptation en maintenant les coûts des transactions au niveau le plus bas possible (aussi bien pour ceux qui contribuent que pour les bénéficiaires). On trouvera ci-dessous une analyse plus poussée.
4. *Faut-il des moyens de gouvernance et, le cas échéant, de quel type ?* Si une gouvernance s'impose, les meilleures pratiques semblent suggérer des moyens de rationaliser au maximum la prise de décisions en réduisant dans toute la mesure du possible les coûts des transactions liés à la gouvernance. Le cas échéant, le recours à des institutions/mécanismes existants serait de nature à atténuer ce problème bien qu'on puisse se demander si la gouvernance d'un mécanisme existant peut être compatible avec de nouveaux bailleurs de fonds et de nouveaux mandats.

⁸ On peut mentionner par exemple la taxe de solidarité sur les billets d'avion, la Facilité financière internationale pour la vaccination et l'engagement d'achat à terme pour un vaccin antipneumococcique.

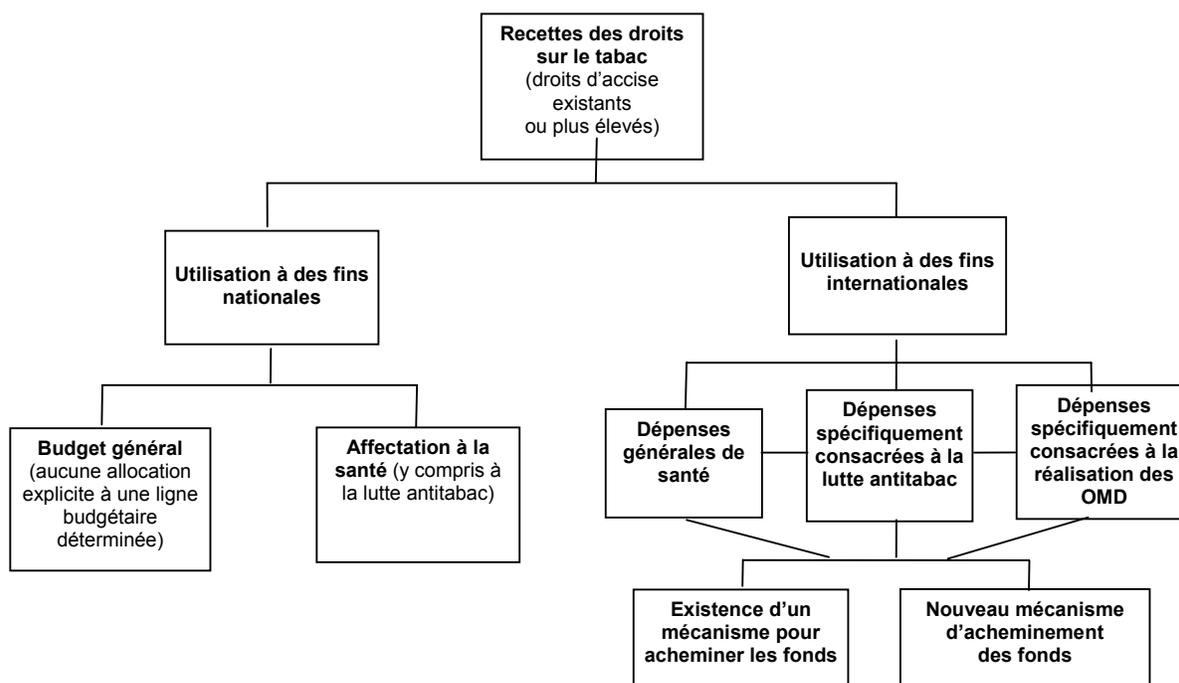
Moyennant une clarté suffisante quant à l'objet et l'acheminement de la CST, les États Membres peuvent examiner des questions plus spécifiques

5. *Admissibilité des demandes de pays.* Des critères devront être déterminés pour les catégories de financement et le traitement des demandes. Les participants devront déterminer les types de pays pouvant recevoir des fonds distribués au plan international – notamment des pays à revenu faible ou moyen – les types d'affectations, etc. Il faudra aussi déterminer dans quelle mesure les décisions pourront être prises au niveau national sur la base de plans nationaux pour orienter les décisions en matière d'investissement de même que les types de relations qui seront entretenues avec les autres agents d'exécution.

6. *Mécanisme d'exécution doté d'un personnel spécialisé.* Pour gérer la CST, il faudra pouvoir compter sur un personnel spécialisé chargé des appels à propositions, de la gouvernance, de la surveillance/évaluation des projets financés et d'une communication efficace avec les parties prenantes et la mobilisation des ressources. À titre de comparaison, le Service pharmaceutique mondial du Programme Halte à la tuberculose compte 27 collaborateurs, UNITAID 48, et le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme pas moins de 800. Les dépenses de personnel et les frais de fonctionnement seraient financés par le mécanisme lui-même.

7. *Appui normatif et technique.* Comme dans le cas de l'Alliance GAVI et du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, les pays auront besoin d'un appui technique concernant les fonds disponibles. Du fait de ses activités dans le domaine de la santé, l'OMS joue un rôle unique à cet égard. Le mécanisme d'exécution de la CST devrait adopter une politique fondée sur les normes et les recommandations de l'OMS. Il reste à déterminer comment l'OMS et les autres partenaires techniques seraient financés pour apporter un tel soutien technique.

Tableau 1 : Décisions essentielles à prendre par les pays concernant la CST



ooo000ooo

SECTION 3 – COMMENT DÉGAGER DES FONDS GRACE A LA CST

Évaluation des recettes que la CST permettrait de dégager

La CST s'inscrit dans le cadre plus large de la fiscalité nationale sur le tabac qui offre aussi l'avantage de réduire le tabagisme. Les mesures fiscales sur le tabac constituent le moyen le plus efficace et le plus rentable de réduire la consommation et doivent être considérées comme une solution prioritaire. Comme on l'a déjà vu, les États Membres sont vivement encouragés à se rapprocher progressivement du niveau de fiscalité sur le tabac recommandé par l'OMS, les droits d'accise devant représenter 70 % du prix de détail des produits du tabac.

Déclaration essentielle :

L'OMS a évalué les recettes que permettrait de dégager un microprélèvement supplémentaire s'ajoutant aux droits d'accise nationaux par paquet de cigarettes dans les 43 pays du G20+, à savoir les 19 pays du G20, les 22 États Membres de l'Union européenne non membres du G20 (les données pour le Luxembourg n'étant pas disponibles), ainsi que le Chili et la Norvège. Elle a conclu que la CST permettrait de dégager un montant situé entre US \$5,5 milliards et US \$16 milliards de recettes supplémentaires annuelles sous forme de droits d'accise, selon le scénario choisi.

L'OMS a évalué trois scénarios possibles pour dégager des recettes, avec trois niveaux distincts de prélèvements additionnels, compte tenu du niveau du revenu du pays et des taux applicables pour que le produit d'une partie de la taxe soit affecté aux fins de la santé internationale (voir l'**annexe 1 – Analyse de la faisabilité économique de la CST**).

À titre d'exemple, l'OMS estime que si l'ensemble des pays du G20+ ajoutaient un modeste montant supplémentaire aux taxes actuelles ou à de nouvelles taxes sur le tabac (US \$0,05 dans les pays à revenu élevé, US \$0,03 dans les pays à revenu moyen supérieur et US \$0,01 dans les pays à revenu moyen inférieur) par paquet de cigarettes vendu,⁹ on dégagerait un montant annuel de **US \$5,47 milliards**. **L'annexe 1 analyse spécifiquement les effets de cette légère augmentation fiscale pour la CST**. Dans ce scénario, l'effet sur les producteurs et les consommateurs de cigarettes serait minime (même sur les pauvres) et il n'y aurait pas d'incitation à des activités commerciales illicites. Cependant, toute augmentation des prix de détail rend les produits du tabac moins abordables et la consommation moins probable, notamment celle des jeunes et des pauvres.

L'OMS a utilisé deux autres scénarios pour déterminer le montant de recettes que permettrait d'obtenir un microprélèvement plus élevé au titre de la CST. En doublant le montant perçu par paquet de cigarettes vendu qui serait de US \$0,10 dans les pays à revenu élevé, US \$0,06 dans les pays à revenu moyen supérieur et US \$0,02 dans les pays à revenu moyen inférieur, on

⁹ L'estimation de l'OMS est fondée sur un droit d'accise spécifique supplémentaire de US \$0,05, US \$0,03 ou US \$0,01 par paquet s'ajoutant au droit d'accise déjà applicable dans le pays. Un tel droit n'entraîne pas nécessairement une augmentation du prix ou de la charge fiscale d'un même montant. Par exemple, dans les pays imposant déjà un droit *ad valorem*, l'introduction de ce droit d'accise spécifique pourrait avoir un effet multiplicateur sur la charge fiscale et accroître cette charge et le prix d'un montant supérieur à US \$0,05, US \$0,03 ou US \$0,01 par paquet, entraînant aussi une augmentation des recettes fiscales supérieure au montant de la CST. Les recettes estimées de US \$5,47 milliards constituent le montant dégagé en attribuant directement le fonds CST à la santé mondiale.

dégagerait annuellement un montant de **US \$10,8 milliards** grâce à la CST. Avec une augmentation ultérieure de 50 %, portant le prélèvement à US \$0,15 dans les pays à revenu élevé, 0,09 dans les pays à revenu moyen supérieur et US \$0,03 dans les pays à revenu moyen inférieur par paquet de cigarettes vendu, la CST dégagerait annuellement un montant de **US \$16 milliards**.

Analyse d'une CST de US \$0.05/US \$0,03/US \$0,01 par paquet de cigarettes

Le modèle présenté à l'annexe 1 expose les effets d'une augmentation des taxes et des prix sur la consommation, les effets de l'élasticité prix et les recettes nettes possibles.

Le modèle de l'impact sur les recettes de la CST de l'annexe 1 a été estimé sur la base de l'introduction d'un « microprélèvement » supplémentaire spécifique de US \$0,05 (ou 0,03 ou 0,01) sur un paquet de la marque de cigarettes la plus vendue dans le pays. Comme expliqué dans la note 9, l'introduction du « microprélèvement » pourrait conduire à une augmentation de la charge fiscale et du prix supérieurs au niveau de la CST.

Trois différents taux de CST ont été envisagés (voir l'annexe 1 pour l'analyse complète) :

Pays du G20+ à haut revenu :¹⁰ l'introduction d'un prélèvement additionnel de US \$0,05 de CST par paquet de cigarettes permettrait de dégager US \$3,1 milliards par an.

Pays à revenu moyen supérieur du G20+ :¹¹ l'introduction d'un prélèvement additionnel de US \$0,03 de CST par paquet de cigarettes dégagerait environ US \$1,2 milliard de recettes supplémentaires des droits d'accise.

Pays à revenu moyen inférieur du G20+ :¹² l'introduction d'un prélèvement additionnel de US \$0,01 de CST par paquet de cigarettes dégagerait environ US \$1,2 milliard de recettes supplémentaires des droits d'accise.

Selon le rythme de l'adhésion de nouveaux pays à la CST, les fonds dégagés ultérieurement pourraient subir une diminution marginale si l'effet antitabac souhaité se concrétise, la réduction du nombre des fumeurs entraînant une diminution des recettes produites.

Effets sanitaires et économiques directs de la CST

L'OMS a étudié les répercussions sanitaires et la faisabilité économique de l'application de la surcharge par paquet de cigarettes au titre de la CST en examinant l'effet sur les prix de détail, l'accessibilité économique, les niveaux de consommation et les recettes dégagées. Il ressort des constatations de l'OMS que :

¹⁰ Pays du G20+ à revenu élevé : Allemagne, Arabie saoudite, Australie, Autriche, Belgique, Canada, Chypre, Danemark, Estonie, Espagne, États-Unis d'Amérique, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Italie, Japon, Malte, Norvège, Pays-Bas, Portugal, République de Corée, République tchèque, Royaume-Uni, Slovaquie, Slovénie et Suède.

¹¹ Pays à revenu moyen supérieur du G20+ : Afrique du Sud, Argentine, Brésil, Bulgarie, Chili, Fédération de Russie, Lettonie, Lituanie, Mexique, Pologne, Roumanie et Turquie.

¹² Pays à revenu moyen inférieur du G20+ : Chine, Inde et Indonésie.

- Sur la base des taux de prévalence du tabagisme de 2009, on comptait 369 millions de fumeurs de cigarettes adultes dans les pays du G20+ ; 95,5 millions sur les 694 millions de jeune de moins de 15 ans dans les pays du G20+ deviendront plus tard des fumeurs.
- On prévoit que 148 millions de fumeurs adultes et 38 millions de jeunes fumeurs décéderont prématurément d'une maladie liée au tabagisme dans les pays du G20+.
- Une contribution de solidarité de US \$0,05/US \$0,03/US \$0,01 par paquet de cigarettes dans les pays à revenu élevé, à revenu moyen supérieur et à revenu moyen inférieur du G20, respectivement, conduira à une légère augmentation du prix des cigarettes (de 3,3 % en moyenne). Dans la plupart des pays, cette augmentation des prix sera inférieure à l'augmentation prévue du PIB, n'aura donc pas d'effet sur l'accessibilité économique des cigarettes et ne constituera pas une charge financière supplémentaire pour le budget des fumeurs.
- Pourtant, même cette légère augmentation des prix permettra de sauver des vies. On estime que l'application de cette politique dans les pays du G20+ permettra de sauver la vie de 223 000 adultes qui auront cessé de fumer et 149 000 jeunes qui n'auront pas commencé à fumer.¹³
- L'augmentation du prix ne sera pas suffisant pour donner lieu à des activités de contrebande substantielles. En tout état de cause, les recettes supplémentaires obtenues seraient supérieures aux coûts estimés d'une augmentation potentielle de la contrebande.

Scénarios pilotes de la CST

La part des recettes initiales potentielles serait déterminée par les pays participants : il est en effet prévisible que tous ne consacreront pas la totalité des fonds dégagés par la CST à des fins mondiales. À titre d'exemple, en supposant qu'un groupe de neuf pays pionniers¹⁴ soit intéressé par un mécanisme international et décide d'allouer la totalité ou une partie des fonds dégagés par l'augmentation des taxes sur le tabac à des fins mondiales, il serait possible de générer un montant de **US \$1,8 milliard chaque année dès fin 2012**.¹⁵ Même si ces pays n'apportent initialement que la moitié de cette somme, on disposerait de près de US \$1 milliard à consacrer au financement de la santé internationale.

La CST comme type approprié de financement novateur

Indépendamment des buts de la santé publique, la CST est un mécanisme de financement qui présente un caractère novateur. Elle remplit les quatre conditions d'évaluation des options de financement novateur présentées dans le rapport de 2010 du Comité d'experts au groupe spécial sur les transactions internationales et le développement :¹⁶

¹³ Il s'agit du nombre de vies sauvées du fait de l'augmentation des taxes, en une fois sur la base de la prévalence actuelle.

¹⁴ Par exemple et aux seules fins de référence : la France, le Brésil, la Norvège, le Japon, le Royaume-Uni, le Chili, l'Espagne, l'Australie et la Fédération de Russie.

¹⁵ Même en tant que projet pilote, la CST permettrait de dégager des recettes initiales supérieures à tout autre mécanisme de financement novateur pour le développement lancé et utilisé jusqu'ici.

¹⁶ http://www.leadinggroup.org/IMG/pdf_Financement_innovants_web_def.pdf.

- **Niveau suffisant.** Premièrement, les options de financement novateur doivent avant tout être capables de dégager des recettes annuelles d'un ordre de grandeur *suffisant* pour apporter une contribution significative et avoir des résultats visibles.
- **Impact sur le marché.** Deuxièmement, tout mécanisme susceptible de répondre aux besoins en matière de prélèvement de recettes suffisantes devrait donner lieu à des incitations minimales à réduire la consommation. Par conséquent, *l'impact sur le marché* devrait être faible.
- **Faisabilité.** Troisièmement, les mécanismes doivent être juridiquement et techniquement applicables. L'infrastructure doit exister ou doit pouvoir être mise en place et il doit être possible du point de vue juridique et opérationnel d'obtenir des recettes avec un faible coût de gestion.
- **Caractère durable et approprié.** Quatrièmement, les recettes annuelles doivent être durables, c'est-à-dire prévisibles et stables dans le temps ; elles doivent aussi être appropriées, ce qui veut dire que la source et les mécanismes doivent répondre aux besoins de financement de biens publics mondiaux (ou de santé).

En ce qui concerne le critère d'impact sur le marché, la CST répond aux quatre critères fondamentaux de mobilisation de fonds sur la base des marchés et d'une base de population plus importante :

- **Base élargie.** Les fonds sont recueillis sur une base élargie : de nombreux consommateurs (plus d'un milliard de fumeurs dans le monde, près de 370 millions de fumeurs de cigarettes adultes dans les pays du G20+) et de nombreuses transactions (268 milliards de paquets vendus dans le monde en 2009, 226 milliards dans les pays du G20+).
- **Impact minimal.** Les fonds sont réunis de manière à avoir un impact minimal sur l'économie mondiale (l'augmentation du prix après l'introduction d'une CST de US \$0,05/US \$0,03/US \$0,01 par paquet de cigarettes ne sera pas assez importante pour entraîner une augmentation sensible des prix ou pour constituer une incitation financière à un commerce illicite accru des produits du tabac) – mais comme pour *toute* augmentation, il y aura des effets sur la consommation (voir ci-dessus).
- **Facilité d'accès.** Les gouvernements prélèvent la taxe. L'accès à la base de mobilisation des fonds est aisé par le biais d'un petit nombre de filtres (la plupart des gouvernements des pays du G20+ ont déjà introduit un droit d'accise spécifique sur le tabac).
- **Problématique Nord-Sud.** Les prélèvements seront effectués davantage auprès de nantis que de populations pauvres et ce sont les pays en développement qui bénéficieront de l'utilisation de la CST.

ooo000ooo

SECTION 4 – OPTIONS D'INVESTISSEMENT ET DE GESTION DES FONDS CST

Investir les fonds CST – déterminer les investissements essentiels en matière de santé

Comme on l'a relevé dans la section 2, la CST permet de répondre à de nombreux besoins de la santé publique mondiale dans les pays à revenu faible et moyen compte tenu, en particulier, des moyens financiers actuellement insuffisants et de la nécessité d'atteindre les OMD liés à la santé et d'autres priorités sanitaires. Les Etats Membres doivent prendre les décisions nécessaires à cet égard.

Comme c'est toujours le cas de l'aide en faveur de la santé, les fonds devront être investis avec sagesse en étant acheminés vers des programmes de santé axés sur des résultats qui répondent à des priorités bien définies du secteur de la santé et offrent le meilleur potentiel de résultats en matière de santé afin d'avoir un maximum d'impact mesurable. Les expériences d'autres initiatives de financement novateur pour la santé mondiale, telles que l'Alliance GAVI, illustrent l'utilité de l'investissement comme catalyseur des mesures nationales indispensables à la santé dans les pays à revenu faible et moyen.¹⁷

En raison de la nature de la CST et de la Convention-cadre pour la lutte antitabac, les Etats Membres devront déterminer s'il convient d'affecter une partie des fonds à la lutte antitabac (voir l'annexe 2)¹⁸ et contre les maladies liées au tabac.

Le tabagisme est un facteur de risque majeur de l'ampleur croissante des maladies non transmissibles, et notamment des maladies liées au tabac. Comme les maladies non transmissibles continuent de progresser, dans le monde entier, il faut rapidement trouver de meilleures solutions aux niveaux mondial et national. Les Etats Membres rechercheront donc de plus en plus des sources nationales de recettes qui leur permettront d'apporter de telles solutions, et les taxes sur le tabac constituent l'une d'entre elles. Les pays à revenu faible et moyen, où les maladies non transmissibles constituent des problèmes de santé majeurs qui restent à résoudre, sont particulièrement concernés. Le tabac a aussi une incidence sur beaucoup d'autres affections, notamment celles visées par les OMD liés à la santé (OMD4, 5 et 6). L'OMS a fait le point des progrès accomplis concernant les OMD liés à la santé et démontré l'étendue des maladies liées au tabac dans les pays en développement.¹⁹

Choisir le mécanisme d'application approprié – options et considérations

Les Etats Membres devront déterminer s'il convient d'utiliser un *mécanisme qui existe déjà* pour acheminer les fonds ou s'il faudra créer un *nouveau mécanisme*. Dans le premier cas, les Etats Membres devront évaluer si un mécanisme existant est compatible avec les préférences concernant l'utilisation de la CST ou s'il faudra modifier son mandat et, d'autre part, si la gouvernance du mécanisme et les modalités de répartition des fonds sont compatibles avec les

¹⁷ Cette méthode suit les modèles concluants utilisés par l'Alliance GAVI et l'IFFIm, en mettant l'accent sur les investissements importants à court terme au cours de la période précédant la date butoir de 2015 pour les OMD.

¹⁸ En tant qu'autorité principale dans le domaine de la santé mondiale, l'OMS a mis au point une série de stratégies et de lignes directrices pour la prévention et le traitement concernant le tabac, d'un coût abordable, qui ont fait leurs preuves et qui ont été approuvées par les Etats Membres. Ces stratégies et lignes directrices peuvent servir de base aux investissements.

¹⁹ Document WHA64/12 et rapport EB128/7.

préférences de ceux qui contribuent à la CST. Il faudra aussi réexaminer comment les pays bénéficiaires potentiels seront associés à la prise de décisions. Si un nouveau mécanisme est nécessaire, il faudra en définir le but, l'agent d'exécution, la gouvernance et les méthodes de travail.

On devra prévoir un dispositif de gouvernance approprié (avec au besoin un organe subsidiaire composé des premiers pays ayant adopté la CST) pour assurer la surveillance de la CST. D'emblée, il faudra veiller à ne pas occasionner de coûts supplémentaires des transactions ou des retards qui entraveraient le lancement satisfaisant et rapide et le bon fonctionnement de la CST.

L'expérience a montré qu'indépendamment de l'option retenue, les pays auront besoin d'un appui technique spécialisé pour la mise en œuvre du mécanisme choisi.

Sur la base du rôle qu'elle a joué dans la mise sur pied de nombreux partenariats et initiatives pour la santé, ainsi que dans le domaine des mécanismes de financement novateurs pour la santé, l'OMS a défini une série de caractéristiques souhaitables essentielles que devra présenter tout mécanisme international d'exécution (nouveau ou existant) pour les fonds de la CST.

1. Capacité de **recevoir et de distribuer rapidement** un volume considérable de fonds avec une surveillance adéquate.
2. **Structure légère de gouvernance, de gestion et d'administration** devant faciliter l'utilisation rapide, efficace et souple des fonds.
3. **Méthode rigoureuse axée sur les résultats** avec des audits, une surveillance, une évaluation et des notifications réguliers :
 - a. utilisant la capacité institutionnelle et les mécanismes existants pour assurer un maximum d'efficacité ;
 - b. ayant une capacité de démarrage rapide.
4. **Critères d'admissibilité** précis pour l'utilisation des fonds et l'admissibilité des pays.
5. Capacité de rendre **des décisions techniques sur les propositions** et de faire éventuellement appel à un comité indépendant pour évaluer les propositions d'examen des organes directeurs, en utilisant les **recommandations techniques de l'OMS**.
6. **Expertise des questions sanitaires** qui bénéficieront du soutien de la CST, et capacité de coordonner l'appui technique aux pays avec des organismes techniques.
7. Capacité de **coordonner des flux de financement** pour assurer au mieux l'alignement et l'engagement des pays en faveur des flux de financement.
8. **Mécanisme multilatéral mettant en commun les ressources** pouvant compter sur des recettes additionnelles, durables et prévisibles. (Un tel mécanisme permet notamment de s'entendre sur les interventions prioritaires, de répartir rapidement et de manière efficace les fonds et de surveiller les résultats.)
9. Capacité d'acheminer des fonds **directement aux pays et aux autres parties prenantes** en fonction des besoins, de façon à réduire les coûts des transactions et à assurer un maximum de coordination avec les plans de santé nationaux.

Examen des mécanismes financiers existants

On a procédé à un examen des mécanismes d'exécution existants pour la santé pouvant servir de support pour la gestion, la gouvernance et la distribution des fonds de la CST par un mécanisme mettant en commun les ressources. Il s'agit notamment de mécanismes fondés sur des sources de financement novatrices ainsi que d'un certain nombre de fonds fiduciaires gérés par des organisations. Sur la base des critères ci-dessus, on a procédé à une analyse des atouts, faiblesses, opportunités et menaces (AFOM) des différents mécanismes dont les conclusions font l'objet de l'annexe 3.

À part la question de la création d'un nouveau mécanisme/organisme spécialisé pour la CST, on a évalué deux types de mécanismes financiers et de modèles de gouvernance connexes existants (huit modèles au total) :

1. Des mécanismes/organismes existants (Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, Alliance GAVI, Fondation du Millénaire, OMS pour un renforcement des partenariats, par exemple UNITAID)
2. Un fonds administré par une organisation de financement intergouvernementale ou internationale (Fonds d'affectation spéciale multidonateurs du PNUD [par exemple Fonds pour la réalisation des OMD], Banque mondiale)

Si un effort a été consenti pour inclure le plus grand nombre possible de mécanismes financiers existants liés à la santé, l'évaluation n'a pas pour ambition d'être exhaustive.

L'utilisation de mécanismes existants au lieu de la création d'un mécanisme nouveau permet une solution plus efficace qui élimine les frais de démarrage et fait l'économie d'une structure supplémentaire dans le domaine de la santé. Elle permet aussi un démarrage rapide et une forte adhésion des Etats Membres (surtout s'ils participent déjà à l'administration de l'institution choisie). Les mécanismes existants peuvent aussi avoir rationalisé la répartition des fonds aux pays bénéficiaires et contribuer ainsi à une harmonisation et un alignement meilleurs de l'aide comme le recommandent la Déclaration de Paris et le Programme d'action d'Accra.

Cependant, les mécanismes existants sont conçus pour répondre à des objectifs sanitaires précis et, par conséquent, présentent non seulement des atouts, mais aussi des faiblesses : par exemple, ils ne concernent qu'une maladie ou ne jouissent pas d'une gouvernance mondiale bien établie pour les contributions. En intégrant la CST à un mécanisme existant, il faudra donc veiller tout spécialement à tenir compte des priorités établies par les Etats Membres qui se sont engagés en faveur de la CST ainsi que des priorités définies par les pays bénéficiaires dans les mécanismes et les priorités établis.

Deux exemples de mécanismes existants font bien ressortir certains des problèmes qui se posent. L'un concerne des recettes qui ressemblent à celles de la CST, à savoir les recettes de la taxe de solidarité sur les billets d'avion et les contributions des pays (par exemple UNITAID qui est hébergé par l'OMS). UNITAID vise spécifiquement et avant tout à favoriser (en ayant un impact sur le marché) l'achat de produits concernant le VIH, la tuberculose et le paludisme. UNITAID a une structure de gouvernance bien définie. Un autre exemple est celui des fonds fiduciaires gérés par la Banque mondiale qui offrent des services fiduciaires aux pays, notamment des services en matière de santé. Ces fonds fiduciaires ont un objet déterminé et il faut donc envisager si un fonds existant est compatible avec l'utilisation définie par la CST ou s'il faut en créer un nouveau. Un

autre modèle analogue est celui des fonds d'affectation spéciale multidonateurs gérés par le PNUD.

Ces mécanismes comportent des systèmes d'examen des propositions qui leur sont propres, peuvent rapidement répartir des fonds (modèles d'achat mondiaux), font appel à des partenaires pour l'exécution et disposent d'un système interne de surveillance et d'évaluation. Les fonds administrés par une organisation intergouvernementale/internationale de financement bénéficient aussi de réseaux élargis, de systèmes institutionnels et de bureaux de pays, ainsi que d'une large expérience de la gestion des fonds à des fins mondiales.

Projet pilote et application immédiate

Dès qu'ils auront fait part de leur intention d'aller de l'avant, les États Membres et les autres parties prenantes devront préciser toutes les exigences juridiques nationales qui en découlent ainsi que les moyens de contribution. Parmi les considérations nécessaires figure l'utilisation d'un projet pilote sur la base duquel seront prises les décisions plus larges. Une fois qu'on aura répondu aux questions nécessaires sur le temps et sur l'utilisation/la gestion critique, des stratégies pilotes pourront être introduites dans le courant de 2012 et les premiers fonds pourraient être versés fin 2012 ou début 2013 au plus tôt (ou à une date plus avancée si des garanties en matière d'annonces de contributions/flux de financement peuvent être données).

Ce calendrier signifie que la CST pourrait être utilisée pour atteindre des cibles et des priorités sanitaires – et/ou pour toute autre question de santé – fixées parallèlement aux efforts nécessaires consentis pour atteindre les OMD au cours des trois dernières années avant l'échéance de 2015.

Faire connaître la CST

Un nouveau mécanisme de financement novateur comme la CST ne peut être lancé sans une campagne de communication bien orchestrée indiquant clairement comment seront utilisées les recettes et quelles seront les structures et procédures de gestion et de gouvernance. Comme on l'a constaté lors de la mise au point du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, de l'IFFIm et de la taxe de solidarité sur les billets d'avion, un effort considérable devra être consenti par les pays et les parties prenantes qui se sont engagés à élaborer plus avant le concept, les relations extérieures, l'appui technique et les communications nécessaires.

De même, comme dans le cas de l'IFFIm (« la valeur des vaccins ») ou de la taxe de solidarité sur les billets d'avion (« vous volez, moi je vis »), la mise au point de slogans pour les pays pionniers pour faire connaître la CST peut contribuer à mobiliser un soutien.

ooo000ooo

SECTION 5 – CONCLUSION ET ETAPES SUIVANTES

Il sera important d'obtenir des recettes nationales et internationales pour permettre aux pays, notamment les pays à revenu faible et moyen inférieur de prendre les mesures voulues pour faire face aux priorités actuelles et nouvelles en matière de santé compte tenu du financement très insuffisant du secteur de la santé, des OMD et des questions de santé émergentes comme la lutte antitabac et les maladies non transmissibles liées au tabac. Les mécanismes de financement novateurs comme la CST offrent des solutions nouvelles pour mobiliser des fonds en faveur de la santé aux plans national et international.

Dans le cadre du suivi du groupe spécial de haut niveau sur le financement international novateur pour les systèmes de santé, l'OMS a déterminé qu'une CST fondée sur des contributions volontaires au moyen d'un microprélèvement sur les produits du tabac (à la faveur d'augmentations plus importantes des taxes sur le tabac au plan national) offre une solution réaliste qui permettrait de mobiliser des montants non négligeables de recettes supplémentaires pour la santé si les États Membres s'engagent en sa faveur.

Le concept de la CST se fonde sur les taxes nationales existantes sur les produits du tabac et sur les recommandations plus larges de l'OMS aux pays pour qu'ils augmentent les taxes sur le tabac en vue de buts de santé publique. La CST ne se substitue pas aux droits d'accise nationaux existants sur le tabac qu'il reste nécessaire de porter aux niveaux recommandés par l'OMS. Aux fins de la santé internationale, elle représente une contribution volontaire des États Membres participants fondée sur le principe de la solidarité. La CST peut profiter des enseignements tirés d'autres mécanismes de financement novateurs pour la santé.

La CST aurait donc trois avantages simultanés pour les pays et les populations :

- des avantages et un effet marqués pour la santé publique en réduisant la consommation de tabac et en sauvant des vies ;
- une augmentation des recettes nationales pouvant être utilisées à l'appui de la santé ;
- un appui aux efforts en faveur de la santé internationale dans les pays en développement.

L'OMS a effectué une étude de faisabilité économique et a conclu qu'une contribution supplémentaire appliquée dans les 43 pays du G20+ permettrait de dégager entre US \$5,5 milliards et US \$16 milliards par an, le montant exact des recettes dépendant du scénario retenu.

La CST doit s'ajouter aux autres sources d'aide publique au développement.

Les États Membres devront envisager ce document de réflexion technique dans le contexte de leur politique et de leur législation fiscales nationales sur le tabac.

Ceux qui expriment leur intention d'appuyer une telle contribution volontaire aux fins de la santé mondiale devront examiner un certain nombre de questions sur l'utilisation et la gestion : quelle proportion de la CST sera consacrée à des fins nationales ou à des fins internationales ? quelles sont les utilisations spécifiques des recettes de la CST qui seront influencées par les priorités sanitaires des pays bénéficiaires (y compris la proportion consacrée à la lutte antitabac) ? faut-il regrouper les contributions CST au niveau international et, si tel est le cas, selon quel mécanisme de gestion/gouvernance ?

Prochaines étapes

Les États Membres disposent de différentes occasions pour poursuivre l'examen du concept de la CST et déterminer s'ils souhaitent aller de l'avant. Un financement novateur pour le développement est une priorité du G8 et du G20 en 2011 et la CST a été présentée au groupe principal sur le financement novateur pour le développement lors de sa réunion en 2011 ainsi qu'au groupe principal sur le financement novateur pour la santé. Un autre événement clé en matière de santé en 2011 est la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur les maladies non transmissibles en septembre. L'annexe 4 présente les événements clés en 2011 liés à la mise en place de la CST.

Sur la base de l'expérience acquise pour que le financement novateur pour le développement donne des résultats concluants et sur la base de l'établissement d'un système permettant de dégager des recettes, la CST fait ressortir la nécessité de pouvoir compter sur un ou plusieurs États Membres pionniers qui défendraient le concept. Comme cela s'est produit lors de la création du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et d'UNITAID, de même que pour l'IFFIm, les États Membres pourraient mettre sur pied un groupe de base pour la CST chargé d'évaluer les moyens d'aller de l'avant.

Les équipes de l'OMS restent à l'entière disposition des États Membres et des parties prenantes pour développer le concept de la CST en 2011 et pour aider tous les pays partenaires.

ooo000ooo

ANNEXE 1 – ANALYSE DE LA FAISABILITÉ ÉCONOMIQUE DE LA CST

I. Introduction

En 2009, 268 milliards de paquets de 20 cigarettes ont été consommés dans 80 pays environ et on estime que ces ventes ont permis de dégager US \$255 milliards de droits d'accise et US \$322 milliards de recettes fiscales au total. Avec 227 milliards de paquets, les pays du G20+²⁰ représentaient environ 85 % de la consommation mondiale de cigarettes, qui ont permis de dégager 91,4 % (US \$231,5 milliards) des droits d'accise et 90,8 % (US \$293,9 milliards) des recettes fiscales tirées des cigarettes au niveau mondial.

Dans son rapport, intitulé *More money for health, and more health for the money*, le Groupe spécial de haut niveau sur le financement international novateur des systèmes de santé recommandait notamment d'étudier la possibilité technique d'utiliser les taxes sur le tabac comme contribution de solidarité. L'OMS a suggéré que l'instauration par les pays du G20+ d'une contribution de solidarité de **US \$0,05/US \$0,03/US \$0,01 supplémentaire** par paquet de 20 cigarettes (dans les pays à revenu élevé, à revenu moyen supérieur et à revenu moyen inférieur du G20+ respectivement) permettrait d'obtenir US \$5,47 milliards de recettes supplémentaires. Il incomberait aux États Membres de déterminer s'ils souhaitent ou non consacrer ces recettes au financement international de la santé dans les pays à revenu faible et les pays à revenu moyen (dans le cadre d'une initiative mondiale). En outre, certains pays (en particulier ceux à faible revenu) pourraient décider aussi d'augmenter les taxes sur les produits du tabac (dans le cadre d'initiatives nationales) et d'utiliser une partie des recettes fiscales ainsi obtenues pour soutenir le financement de leur système de soins.

Cette annexe présente une analyse de la faisabilité économique de cette initiative mondiale. **Plus précisément, elle examine les conséquences de l'instauration d'une contribution de solidarité** sur le prix des cigarettes au détail, la part de la contribution de solidarité, droits d'accise et toutes taxes compris, sur le prix au détail et les effets de l'instauration d'une contribution de solidarité sur la consommation et le commerce illicite de cigarettes, le caractère abordable de ce produit et le nombre de vies sauvées dans les pays du G20+.

Cette annexe **ne** présente **pas** d'analyse similaire pour des scénarios prévoyant des microprélèvements plus élevés par paquet de cigarettes vendu.

II. Données

Les données utilisées pour cette estimation proviennent de plusieurs sources. Les données relatives à la consommation de cigarettes par pays en 2009 sont tirées du *Cigarette Report 2011* d'Euromonitor.

Les données relatives aux prix des cigarettes et aux taxes sur les cigarettes en 2010 proviennent du *Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme*. Les prix qui figurent dans ce rapport, exprimés en dollars des États-Unis, sont ceux des marques de cigarettes les plus vendues, dont on a supposé qu'ils correspondent à peu près au prix moyen d'un paquet de 20 cigarettes. Le rapport indique aussi les taxes correspondantes prélevées sur la marque la plus vendue.

²⁰ Pays du G20+ y compris : Afrique du Sud, Allemagne, Arabie saoudite, Argentine, Australie, Autriche, Belgique, Brésil, Bulgarie, Canada, Chili, Chine, Chypre, Danemark, Espagne, Estonie, États-Unis, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Inde, Indonésie, Irlande, Italie, Japon, Lettonie, Lituanie, Malte, Mexique, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République de Corée, République tchèque, Roumanie, Royaume-Uni, Russie, Slovaquie, Slovénie, Suède, Turquie.

Les données concernant le produit intérieur brut (PIB) par habitant, les taux de change des monnaies locales par rapport au dollar des États-Unis et la parité de pouvoir d'achat en 2010 proviennent des *Perspectives de l'économie mondiale 2011* et des statistiques financières mondiales, du FMI.

Les données relatives à la population sont tirées de la publication de l'ONU intitulée *World Population Prospects: The 2008 Revision*.

Les estimations concernant la part des transactions échappant à la fiscalité (par exemple, ventes transfrontières, produits contrefaits et contrebande) sur les marchés nationaux de cigarettes sont tirées, si possible, du *World Cigarette Report 2009* de l'ERC Group et, dans les autres cas, du *Cigarette Report 2011* d'Euromonitor.

Les données relatives à la prévalence de la consommation de cigarettes chez l'adulte (brutes-ajustées) proviennent de la base de données interne de l'OMS pour 2011.

La classification des pays par catégorie de revenus est celle établie par la Banque mondiale en juillet 2009.

III. Méthodologie

La méthodologie utilisée pour estimer le prix, les recettes et les autres variables est appliquée séparément pour chaque pays, généralement symbolisé par un i figurant en indice dans chaque équation. Dans un souci de simplicité, ce i a été supprimé des équations.

Dans chaque pays, on considère que le prix moyen d'un paquet de cigarettes inclut les éléments suivants :

$$\mathbf{P} = \mathbf{P}_p + \mathbf{P}_{rm} + \mathbf{T}_{sp} + \mathbf{T}_{av} + \mathbf{T}_{vt} \quad (1)$$

où

- \mathbf{P} est le prix au détail d'un paquet de cigarettes, en US \$.
- \mathbf{P}_p est le prix du producteur pour un paquet de cigarettes, en US \$, calculé comme suit :

$$\mathbf{P}_p = \mathbf{P} - (\mathbf{P}_{rm} + \mathbf{T}_{sp} + \mathbf{T}_{av} + \mathbf{T}_{vt}) \quad (2)$$

- \mathbf{P}_{rm} est la marge du détaillant, fixée, par hypothèse, à 10 % du prix au détail.
- \mathbf{T}_{sp} est le droit d'accise spécifique par paquet, en US \$.
- \mathbf{T}_{av} est le droit d'accise ad valorem calculé en pourcentage de \mathbf{P} , \mathbf{P}_p , ou $\mathbf{P}_p + \mathbf{P}_{rm} + \mathbf{T}_{sp}$, selon le pays.
- \mathbf{T}_{vt} est la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) ou la taxe sur les ventes en pourcentage du prix de vente au détail. Elle est calculée comme suit, V étant le taux légal de TVA :

$$\mathbf{T}_{vt} = \frac{V}{(V+1)} \quad (3)$$

III. 1. Prix prédit après l'instauration d'un « micro-prélèvement » au titre de la contribution de solidarité

Le prix prédit des cigarettes, compte tenu d'une contribution de solidarité de US \$0,05/US \$0,03/US \$0,01, est obtenu comme suit :

$$P' = P_p + P'_{rm} + T'_{sp} + T'_{av} + T'_{vt} \quad (4)$$

On suppose, dans ce cas, que le prix demandé par le producteur ne varie pas, donc que P_p ne change pas, après l'augmentation des taxes. La contribution de solidarité s'ajoute au droit d'accise spécifique ($T_{sp} + 0,05$ ou $0,03$ ou $0,01$). Si le pays ne prévoit pas de droit d'accise spécifique, la contribution de solidarité s'ajoute au prix du paquet de cigarettes. Le nouveau droit d'accise spécifique par paquet est donc égal à :

$$T'_{sp} = T_{sp} + 0.05 \text{ ou } 0,03 \text{ ou } 0,01 \quad (5)$$

Cependant, comme la marge du détaillant P_{rm} , la taxe sur la valeur ajoutée T_{vt} et, dans certains cas, le droit d'accise ad valorem T_{av} sont calculés en pourcentage du prix au détail, leur montant par paquet variera selon le prix prédit. Dans cette annexe, les modifications ont été calculées par itération sur Excel.

Il est à noter ici que l'instauration de la CST entraînerait, dans certains pays, une augmentation supérieure au montant de la CST. Ainsi, dans les pays où un droit d'accise ad valorem est appliqué sur le prix de vente au détail, l'instauration de la CST fera augmenter la base sur laquelle est calculé le droit d'accise ad valorem et celui-ci tout comme la CST vont augmenter. Cela signifie que, dans certains pays, l'instauration de la CST fera augmenter la pression fiscale et le prix de plus de US \$0,05, US \$0,03 ou US \$0,01 par paquet.

III. 2. Estimation des recettes

Les recettes dégagées de la perception des droits d'accise sur la vente de cigarettes ont été estimées à partir de la consommation de cigarettes par pays (C) pour 2009. On a d'abord estimé les recettes actuelles, à l'aide de l'équation suivante :

$$R = C * (T_{sp} + T_{av} + T_{vt}) \quad (6)$$

Pour prédire les nouvelles recettes après la modification des taxes, on a supposé que le prix (P) refléterait totalement l'augmentation des taxes, le prix des producteurs P_p étant constant. L'évolution de la consommation a été estimée à partir de l'évolution du prix. On a supposé que l'élasticité de la demande de cigarettes par rapport au prix était de $-0,4$, comme indiqué dans le rapport de la Banque mondiale intitulé *Maîtriser l'épidémie*. Cela signifie que, dans les pays développés, une augmentation de 10 % du prix des cigarettes entraînera une baisse de 4 % de la consommation.

Le pourcentage d'évolution du prix est calculé comme suit :

$$\% \Delta P = \frac{(P' - P)}{P} \quad (7)$$

et la consommation projetée (C'), comme suit :

$$C' = C * (1 + (\% \Delta P * \epsilon)) \quad (8)$$

avec une élasticité de la demande par rapport au prix (ϵ) de $-0,4$.

Les recettes projetées sont donc égales à :

$$R' = C' * (T'_{sp} + T'_{av} + T'_{vt}) \quad (9)$$

L'augmentation des recettes consécutive à l'augmentation des taxes est déterminée en calculant la différence entre les recettes estimées (R) et les recettes prédites (R'), à l'aide de l'équation suivante :

$$\Delta R = R' - R \quad (10)$$

Dans certains pays, compte tenu de l'effet multiplicateur de l'instauration de la CST, l'augmentation des droits d'accise et des recettes totales devrait être supérieure aux recettes imputables au seul montant de la CST. À l'échelle mondiale, les recettes dégagées seront donc supérieures au montant de la CST. Le présent document a trait aux recettes dégagées au niveau mondial mais s'intéresse principalement à celles directement imputables à la CST. Ces recettes sont calculées en multipliant le montant de la CST par C', la consommation attendue à la suite de l'impact fiscal total qu'aura l'instauration de la CST.

III. 3. Prix moyen et estimation des taxes

Le prix moyen par paquet de cigarettes dans chaque pays est pondéré en fonction de la consommation. Le prix moyen pondéré par paquet de la marque la plus vendue est calculé à l'aide de la formule suivante :

$$\bar{P} = \frac{\sum_1^n P * C}{\sum_1^n C} \quad (11)$$

où n = 43 (le nombre de pays du G20+).

La moyenne des taxes est calculée de façon similaire. Par exemple, les droits d'accise moyens pondérés par paquet de cigarettes sont calculés à l'aide de la formule suivante :

$$\bar{T}_{ex} = \frac{\sum_1^n (T'_{sp} + T'_{av}) * C}{\sum_i^n C} \quad (12)$$

III. 4. Estimation de la part des taxes dans le prix de vente au détail

Pour calculer la part des droits d'accise dans le prix de vente au détail, on a divisé les droits d'accise moyens pondérés par le prix moyen pondéré, par paquet de cigarettes. Pour calculer la part du total des taxes, on a divisé la moyenne pondérée du total des taxes par le prix moyen pondéré, par paquet :

$$E_x = \frac{\bar{T}_{ex}}{\bar{P}} * 100\%, T_{tx} = \frac{\bar{T}_x}{\bar{P}} * 100\% \quad (13)$$

où

$\overline{T_{ex}}$ correspond aux droits d'accise moyens pondérés par paquet

E_x est la part des droits d'accise en pourcentage du prix au détail

T_{tx} est la part du total des taxes en pourcentage du prix au détail

$\overline{T_x}$ est la moyenne pondérée du total des taxes par paquet.

III. 5. Indice d'accessibilité économique

Compte tenu de la structure des revenus et du prix du paquet, les cigarettes sont plus ou moins abordables selon les pays. Pour comparer l'accessibilité économique des cigarettes entre les pays, on a calculé un indice à l'aide de la formule suivante :

$$S_{gdp}^p = \frac{P}{PC_{GDP}} \quad (14)$$

où

S_{gdp}^p est la part du prix de la marque de cigarettes la plus vendue dans le produit intérieur brut par habitant

PC_{GDP} est le PIB par habitant en US \$.

La moyenne de la part, $\overline{S_{gdp}^p}$, a été calculée en divisant $\sum_i^n S_{gdp}^p$ par le nombre total de pays (N) :

$$\overline{S_{gdp}^p} = \frac{\sum_i^n S_{gdp}^p}{N} \quad (15)$$

Ensuite, la valeur 1 a été attribuée à $\overline{S_{gdp}^p}$ et la valeur de chaque pays a été indexée sur cette base pour créer un indice, comme suit :

$$Af_{ind}^p = \frac{S_{gdp}^p}{\overline{S_{gdp}^p}} \quad (16)$$

Dans les pays où l'indice est inférieur à 1, les cigarettes sont relativement plus abordables que dans les autres pays.

III. 6. Estimations pour les ventes qui échappent à la fiscalité

La taille totale du marché (M) a été calculée sur la base des quantités de cigarettes consommées en 2009 (C) et de la part du marché qui échappe à la fiscalité S_{ND} :

$$M = \frac{C}{1 - S_{ND}} \quad (17)$$

et la taille du marché qui échappe à la fiscalité, en nombre de paquets de 20 cigarettes C_{ND} , a été calculée comme suit :

$$C_{ND} = M * S_{ND} \quad (18)$$

Pour certains pays, C_{ND} était déjà indiquée et il n'a donc pas été nécessaire de la calculer.

La perte de recettes due aux ventes qui ont échappé à la fiscalité en 2010 R_{LS} a été calculée comme suit :

$$R_{LS} = C_{ND} * T_x \quad (19)$$

où T_x est le total des taxes par paquet de la marque de cigarettes la plus vendue, en 2010.

On également calculé l'évolution des ventes de cigarettes qui échappent à la fiscalité en supposant que la baisse totale de la consommation de cigarettes sur lesquelles des droits ont été acquittés à la suite de l'instauration de la contribution de solidarité entraînait une hausse de la consommation de cigarettes échappant à la fiscalité, c'est-à-dire que certaines des personnes qui cessaient d'acheter des cigarettes légalement se tournaient vers le marché noir ou achetaient leurs cigarettes à l'étranger. Dans l'estimation actuelle, basée sur la dernière estimation mondiale du commerce illicite,²¹ nous avons supposé que 11,6 % de la baisse de la consommation irait vers le marché illégal. L'évolution de la consommation de cigarettes qui échappent à la fiscalité ΔC_{ND} a été calculée comme suit :

$$\Delta C_{ND} = 11,6\% \times (C - C') \quad (20)$$

où C' est la consommation estimée de cigarettes sur lesquelles des droits ont été acquittés, après l'instauration de la contribution de solidarité.

La perte supplémentaire de recettes due à l'augmentation du nombre de transactions échappant à la fiscalité a été calculée comme suit :

$$\Delta R_{LS} = T'_x * \Delta C_{ND} \quad (21)$$

où T'_x est la taxe par paquet de cigarettes après l'instauration de la contribution de solidarité.

III. 7. Estimation du nombre de vies sauvées grâce à la contribution de solidarité

Le nombre actuel de fumeurs adultes de cigarettes SM_a a été calculé à partir du taux de prévalence du tabagisme chez l'adulte AP_r , à l'aide de l'équation suivante :

$$SM_a = AP_r * PO_{15+} \quad (22)$$

²¹ L Joossens, D Merriman, H Ross, M Raw. « How eliminating the global illicit cigarette trade would increase tax revenue and save lives. » Paris: International Union Against Tuberculosis and Lung Disease; 2009.

où PO_{15+} est la population âgée de 15 ans et plus. Le nombre de jeunes qui deviendront fumeurs SM_y a été calculé comme suit :

$$SM_y = AP_r * PO_{0-14} \quad (23)$$

où PO_{0-14} est la population âgée de 0 à 14 ans. Le nombre de décès d'adultes, de jeunes et total (D_a, D_y, D_T) qui surviendront dans la population en raison de maladies liées au tabac a été calculé comme suit :

$$\begin{aligned} D_a &= SM_a * 0,4 \\ D_y &= SM_y * 0,4 \\ D_T &= D_a + D_y \end{aligned} \quad (24)$$

Dans ce cas, le nombre de fumeurs a été multiplié par 0,4. Bien que, selon le rapport de la Banque mondiale,²² la moitié de ceux qui fument depuis longtemps mourront du fait de leur addiction, on a estimé que la proportion de fumeurs qui décédaient de maladies liées au tabac était de 40 %.

Après avoir estimé la prévalence actuelle et le nombre de décès attendus dans la population de fumeurs, on a calculé l'effet de la variation du prix sur la prévalence du tabagisme. On a supposé que l'effet n'était pas le même dans les populations d'adultes et dans celles de jeunes. Chez les adultes, on a considéré que l'élasticité de la demande par rapport au prix (ϵ) était de -0,4,²³ c'est-à-dire qu'une augmentation du prix de 1 % entraînait une baisse de la consommation de 0,4 %. En outre, on a supposé que l'élasticité de la prévalence était de $\epsilon_{pr} = 0,2$, c'est-à-dire qu'une baisse de 1 % de la consommation correspondait à une baisse de 0,2 % de la prévalence.²⁴

Le nombre de fumeurs adultes qui arrêtent de fumer Q_a a été calculé comme suit :

$$Q_a = SM_a * (\% \Delta P * \epsilon * \epsilon_{pr}) \quad (25)$$

Pour estimer le nombre de vies sauvées L_{sv}^a , un taux de survie de 70 %²⁵ a été appliqué pour les fumeurs qui arrêtent de fumer. On a ainsi déterminé le nombre de fumeurs qui cessent de fumer après l'instauration de la contribution de solidarité sur les paquets de cigarettes et qui survivent. On considère que 40 % de ces survivants seraient morts s'ils avaient continué à fumer. Par conséquent, le nombre de vies d'adultes sauvées a été calculé comme suit :

$$L_{sv}^a = Q_a * 0,70 * 0,4 \quad (26)$$

Les études indiquent que, chez les jeunes, l'élasticité de la demande par rapport au prix est deux fois plus importante que chez les adultes.²⁶ Au fur et à mesure que le prix augmente, le pourcentage de réduction du taux de prévalence chez les jeunes sera égal à

$$\% \Delta YP_r = \alpha * \epsilon_{pr} * \epsilon * \% \Delta P \quad (27)$$

²² Maîtriser l'épidémie : l'État et les aspects économiques de la lutte contre le tabagisme. Banque mondiale, 2000.

²³ Ibid.

²⁴ « Effectiveness of tax and price policies for tobacco control. » IARC Handbook of Cancer Prevention, Volume 14. Centre international de Recherche sur le Cancer. Sous presse.

²⁵ A Parson, A Danley, R Begh, P Aveyard. « Influence of smoking cessation after diagnosis of early stage lung cancer on prognosis: Systematic review of observational studies with meta-analysis. » BMJ2010:340:b5569

²⁶ Voir la note 24.

où α est le facteur d'élasticité chez les jeunes, fixé par hypothèse à 2. Par conséquent, il y aura moins de jeunes fumeurs Q_y' :

$$Q_y' = Sm_y * \% \Delta YP_r \quad (28)$$

Le nombre de vies sauvées grâce à l'augmentation de L_{sv}^y a été calculé en multipliant Q_y' par la probabilité pour les jeunes de mourir de maladies liées au tabac s'ils avaient commencé à fumer (40 % des fumeurs décèdent prématurément) :

$$L_{sv}^y = Q_y' * 40\% \quad (29)$$

Le nombre total de vies sauvées est la somme des vies d'adultes et de vies de jeunes sauvées :

$$L_{sv}^T = L_{sv}^a + L_{sv}^y \quad (30)$$

IV. Résultats

IV.1. Recettes tirées des droits d'accise sur les cigarettes dans les pays du G20+

On estime qu'une contribution de US \$0,05 par paquet dans les pays du G20+ à revenu élevé, de US \$0,03 par paquet dans les pays du G20+ à revenu moyen supérieur et de US \$0,01 par paquet dans les pays du G20+ à revenu moyen inférieur permettra d'obtenir US \$6,23 milliards de recettes supplémentaires au titre des droits d'accise et US \$7,9 milliards supplémentaires de recettes fiscales totales. La contribution de solidarité fera augmenter les recettes au titre des droits d'accise de 2,3 % dans les pays du G20+ à revenu élevé, où elles passeront de US \$171,2 milliards à US \$175,2 milliards, et de 3,7 % dans les pays du G20+ à revenu moyen (inférieur et supérieur), où elles passeront de US \$60,3 milliards à US \$62,3 milliards.

On estime que l'augmentation du prix à la suite de l'instauration de la contribution de solidarité fera baisser la consommation de cigarettes de 1,1 % dans les pays du G20+ à revenu élevé et de 3,6 % dans les pays du G20+ à revenu moyen.

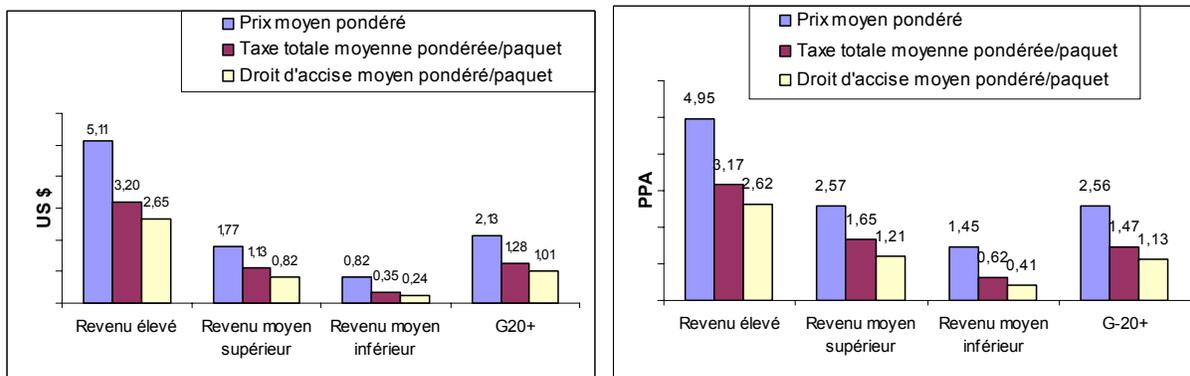
La CST permettra de dégager US \$5,47 milliards de recettes dans les pays du G20+, dont US \$3,1 milliards dans ceux à revenu élevé et US \$3,27 milliards dans ceux à revenu moyen.

IV. 2. Prix moyen des cigarettes

En 2010, le prix moyen pondéré au détail des cigarettes des marques les plus vendues dans les pays du G20+ était de US \$2,13 par paquet, dont 47,2 % correspondaient aux droits d'accise. Dans les pays du G20+ à revenu élevé, le prix moyen (US \$5,11/paquet) représentait plus du double de celui pratiqué dans les pays du G20+ à revenu moyen supérieur (US \$1,77/paquet) et dans les pays du G20+ à revenu moyen inférieur (US \$0,82/paquet).

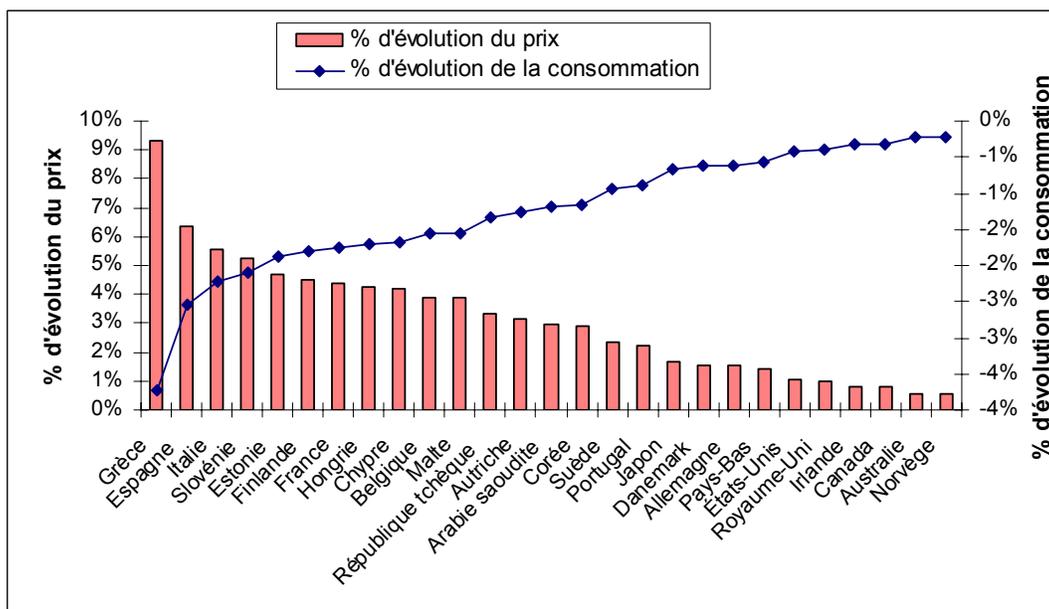
Lorsqu'on compare le prix, la part des taxes et la valeur d'un paquet de cigarettes dans les différents pays en tenant compte de la parité de pouvoir d'achat (PPA), le prix moyen au détail passe à US \$2,57/paquet et à US \$1,45/paquet dans les pays du G20+ à revenu moyen supérieur et à revenu moyen inférieur respectivement alors que dans les pays du G20+ à revenu élevé, le prix est ramené à US \$4,95/paquet. L'écart de prix entre les pays du G20+ à revenu élevé, à revenu moyen supérieur et à revenu moyen inférieur est donc beaucoup plus resserré si l'on tient compte de la PPA (Figure 1).

Figure 1 Prix moyen pondéré et total des taxes par paquet, en US \$ et compte tenu de la PPA, et part des droits d'accise en % du prix dans les pays du G20+ (2010)



Si la contribution de solidarité de US \$0,05/US \$0,03/US \$0,01 par paquet est instaurée sur les droits d'accise en vigueur actuellement dans les pays du G20+ à revenu élevé/moyen supérieur/moyen inférieur, le prix moyen pondéré du paquet augmenterait de 7,3 %, passant de US \$5,11 à US \$5,49, dans les pays à revenu élevé ; de 4,3 %, passant de US \$1,77 à US \$1,85, dans les pays à revenu moyen supérieur ; et de 9,9 %, passant de US \$0,82 à US \$0,9, dans les pays à revenu inférieur. La Figure 2 montre l'augmentation du prix dans certains pays du G20+ et l'évolution correspondante de la consommation (l'élasticité de la demande par rapport au prix étant fixée, par hypothèse, à -0,4).

Figure 2 : Variation estimée du prix et des ventes (de la consommation), en pourcentage, dans certains pays du G20+ (2010)

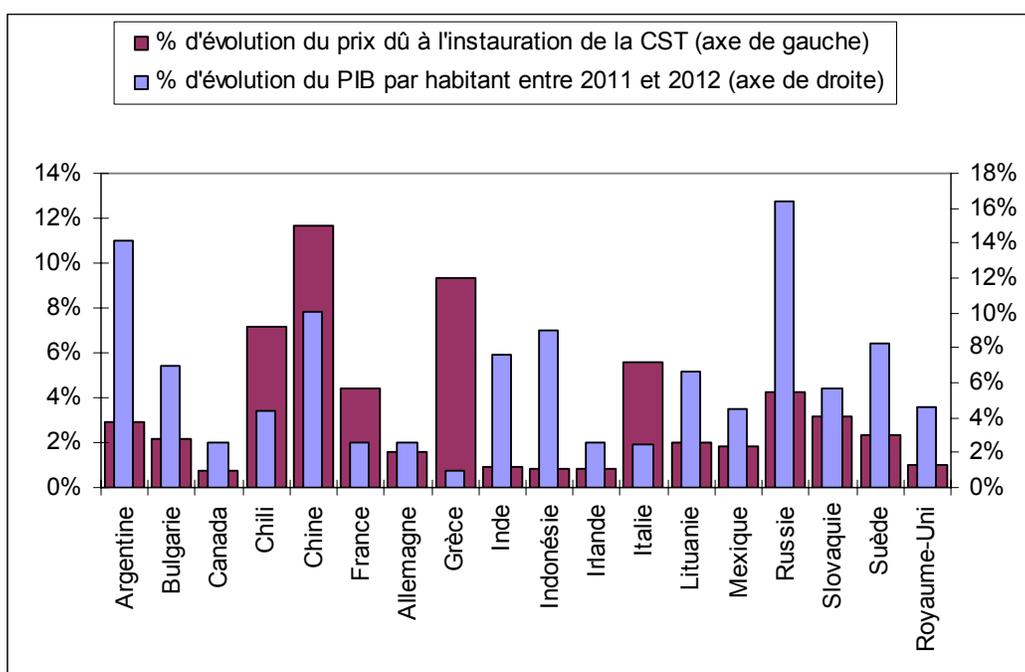


IV. 3. Accessibilité économique

D'après les *Perspectives de l'économie mondiale* du FMI, le revenu moyen par habitant, en US \$ (PIB/habitant) dans les pays du G20+ à revenu élevé devrait augmenter de 3,8 % entre 2011 et 2012. Dans certains cas, l'instauration de la contribution de solidarité entraîne des augmentations de prix inférieures à l'augmentation du PIB par habitant, ce qui signifie que, dans ces pays, les prix deviendront plus abordables malgré la contribution.

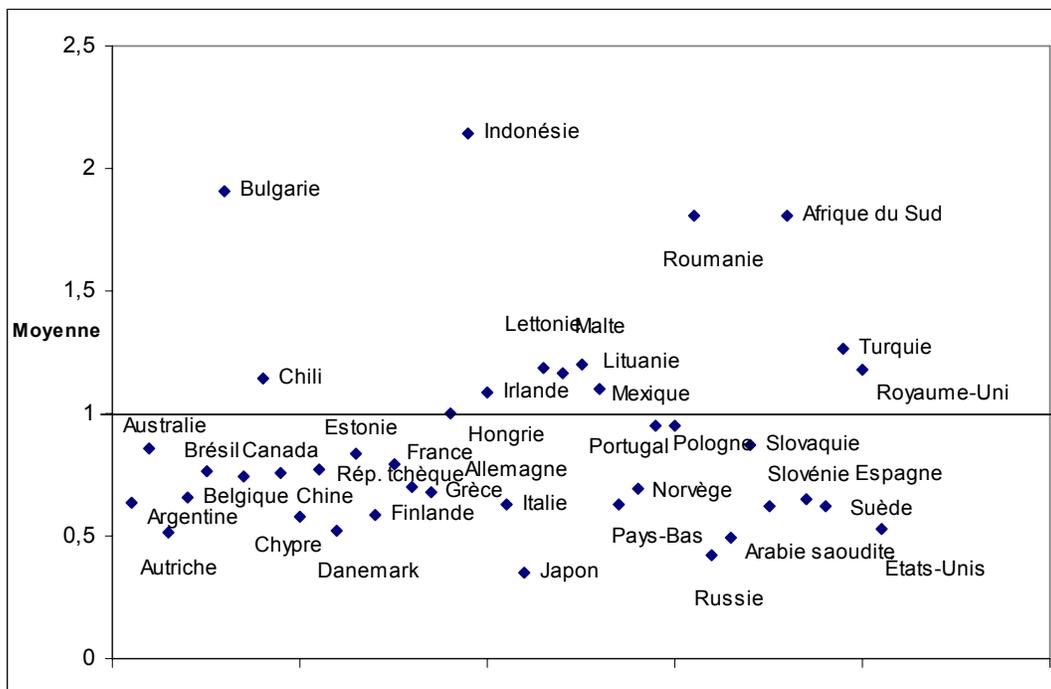
Cependant, pour l'Afrique du Sud, la Belgique, le Chili, la Chine, Chypre, les États-Unis d'Amérique, la Fédération de Russie, la Grèce, l'Italie, le Portugal, la Roumanie, le Royaume-Uni, la Slovaquie et la Suède ce n'est pas le cas. Dans ces pays, l'instauration de la contribution de solidarité rendrait les cigarettes moins abordables. (Figure 3).

Figure 3 : Pourcentage d'évolution du PIB/habitant et prix de la marque la plus vendue dans certains pays du G20+ (2010)



Cependant, les données montrent que les cigarettes sont abordables dans la majorité des pays du G20+ (Figure 4). Donc, on ne peut pas s'opposer à l'instauration de la contribution en avançant qu'elle fera augmenter les taxes de façon disproportionnée pour les populations ayant de faibles revenus car la contribution ne fera pas augmenter sensiblement les prix.

Figure 4 : Indice d'accessibilité économique de la marque la plus vendue dans les pays du G20+ (2010)



IV. 4. Conséquences pour le secteur échappant à la fiscalité

Il est difficile de prédire le niveau du marché des cigarettes échappant à la fiscalité et l'impact des augmentations de prix sur ce marché. D'après la littérature disponible et des avis d'experts, le marché des cigarettes échappant à la fiscalité représentait en 2009, en moyenne, 11,5 % environ du marché des cigarettes dans les pays du G20+. On estime que les ventes échappant à la fiscalité ont donc fait perdre aux États US \$27 milliards de recettes fiscales, en supposant que les personnes qui ont acheté des cigarettes illégalement auraient acheté la marque de cigarettes la plus vendue.

On a étudié l'impact des augmentations de prix induites par la contribution sur les ventes de cigarettes échappant à la fiscalité pour les pays du G20+ en supposant que 11,6 % de la baisse de la consommation de cigarettes due à la contribution de solidarité entraînaient une hausse des ventes de cigarettes échappant à la fiscalité (contrefaçons, contrebande et achats à l'étranger). En d'autres termes, on a estimé que la consommation baisserait de 6,5 milliards de paquets en raison de l'augmentation des prix à la suite de l'instauration de la contribution de solidarité et on a supposé que les ventes échappant à la fiscalité augmenteraient de 759 millions de paquets (ce qui correspond à 11,6 % de baisse de la consommation sur le marché soumis à la fiscalité). Ce chiffre, basé sur la dernière estimation du commerce illicite au niveau mondial, est compatible avec le taux moyen du secteur échappant à la fiscalité dans les pays du G20+ (11,5 %) et se traduirait par une augmentation de 3,5 % du marché échappant à la fiscalité (par rapport au niveau de 2009). En outre, en supposant que les consommateurs de cigarettes échappant à la fiscalité achètent des cigarettes de la marque la plus vendue soumises aux taxes, cette augmentation des ventes illicites entraînerait une perte de US \$564 millions. Cependant, compte tenu de l'augmentation des recettes fiscales sur les cigarettes, le bilan reste positif pour les pays du G20+, les recettes totales, de US \$7,91 milliards, étant bien supérieures aux pertes. Donc, même dans le pire des scénarios où la contribution de solidarité pousserait nombre de consommateurs à s'approvisionner dans le secteur échappant à la fiscalité, les recettes fiscales seraient supérieures aux pertes.

IV. 5. Vies sauvées grâce à l'instauration de la contribution de solidarité

D'après les taux de prévalence du tabagisme, les pays du G20+ comptaient 369 millions de fumeurs adultes en 2009. On prévoit, dans les pays du G20+, que 95,5 millions sur 694 millions de jeunes de moins de 15 ans deviendront fumeurs et que 148 millions de fumeurs adultes et 38 millions de jeunes fumeurs mourront prématurément de maladies liées au tabagisme.

La contribution de solidarité n'entraînera qu'une augmentation modeste du prix des cigarettes (3,3 % en moyenne), mais permettra tout de même de sauver des vies. On estime que, dans les pays du G20+, 223 000 adultes qui s'arrêteront de fumer et 149 000 jeunes qui ne commenceront jamais à fumer seront sauvés grâce à cette politique.

V. Conclusion

L'instauration d'une contribution de solidarité de US \$0,05, US \$0,03 ou US \$0,01 par paquet dans les pays du G20+ ferait augmenter les recettes tirées des droits d'accise de US \$7,91 milliards, les recettes directement imputables à la CST s'élevant à US \$5,47 milliards. En outre, 372 000 personnes, dont 40 % de jeunes gens, seraient sauvées.

Les prix n'augmenteraient pas de façon spectaculaire (de 4,3 % à 9,9 % du prix moyen pondéré), les cigarettes resteraient abordables compte tenu des prix dans le monde et les recettes fiscales compenseraient l'augmentation des ventes échappant à la fiscalité, estimée de façon approximative.

Une contribution de solidarité aiderait donc vraiment les pays du G20+ à financer les systèmes de soins des pays à revenu faible ou moyen.

ANNEXE 2 – ELEMENTS DE PROGRAMMES DE LUTTE ANTITABAC

Les Etats Membres voudront peut-être consacrer une partie des fonds aux efforts de lutte antitabac. Il incombera bien entendu aux Etats Membres de déterminer l'utilisation qu'ils feront des fonds en fonction de leurs propres priorités sanitaires.

Dans le cas particulier des affections liées au tabagisme, deux utilisations sont suggérées :

1) Appuyer des activités nationales de lutte antitabac et la prévention des maladies liées au tabac (en particulier dans les pays à forte prévalence de tabagisme)

Les activités nationales de lutte antitabac mettent l'accent sur des stratégies clés, notamment : les taxes sur le tabac et les augmentations de prix, la création d'environnements sans tabac dans les lieux publics et les lieux de travail, l'interdiction de la publicité en faveur du tabac, les moyens de sevrage offerts aux fumeurs et les campagnes d'éducation du public, notamment les illustrations de mise en garde figurant sur les paquets de cigarettes.

Un certain nombre de pays (28) prélèvent avec succès des taxes nationales sur les cigarettes et utilisent les fonds obtenus pour la lutte nationale antitabac ou pour des activités de santé – on peut mentionner comme exemples récents la Thaïlande, la Mongolie, la Turquie, l'Egypte et l'Inde.

2) Appuyer des investissements novateurs déterminant l'orientation du marché, à fort impact et à forte visibilité pour la prévention des maladies liées au tabac

On peut distinguer deux scénarios distincts pour la CST, notamment pour l'action en faveur des pays à revenu faible et moyen :

a. Renforcer la lutte antitabac dans les pays en développement

La CST peut servir à renforcer les mesures efficaces de réduction de la demande pour la lutte antitabac afin de réduire le tabagisme.²⁷ Les fonds peuvent aussi être utilisés pour renforcer les systèmes de surveillance et de suivi dans les pays afin de réunir des données standardisées sur le tabac et les autres facteurs de risque dans les pays à faible revenu et à forte charge de tabagisme. À cet égard, on notera que les gouvernements prélèvent chaque année quelque US \$133 milliards de droits d'accise sur le tabac mais consacrent moins de US \$1 milliard à la lutte antitabac – 97 % de ce montant étant dépensé par des pays à revenu élevé. Si les recettes par habitant des droits d'accise sont près de 124 fois plus élevées que les dépenses par habitant consacrées à la lutte antitabac dans les pays à revenu élevé (US \$167,57 contre US \$1,36), la différence est encore plus forte dans les pays à revenu moyen (où les recettes des droits d'accise par habitant sont 1339 fois plus importantes) et dans les pays à faible revenu (recettes des droits d'accise par habitant 4304 fois plus élevées).²⁸ Les pays à revenu faible et moyen pourraient donc augmenter encore les taxes sur le tabac et mobiliser davantage de ressources pour la santé.

²⁷ Se référer par exemple aux meilleurs produits et aux bons produits mentionnés au chapitre 4 du Global Status Report on Non communicable Diseases 2010. http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/ (Résumé d'orientation en français : Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles. http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/fr/html).

²⁸ WHO Global Report on the Tobacco Epidemic, 2011, pages 70-72 (Résumé d'orientation en français : Rapport OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme 2011).

b. Améliorer l'accès à un traitement et un diagnostic économiques des maladies liées au tabac

Certains des fonds de la CST pourraient être utilisés pour renforcer les systèmes de soins de santé primaires afin de traiter la dépendance à l'égard du tabac et d'offrir au niveau national des numéros verts pour le sevrage. Les fonds de la CST pourraient aussi servir à améliorer l'accès à des produits de sevrage d'un bon rapport coût/efficacité comme les traitements nicotiques de substitution. Le financement novateur pourrait apporter un soutien aux stratégies d'impact sur le marché afin de réduire le prix des produits de sevrage et les rendre ainsi plus abordables, en améliorant leur qualité et l'accès aux produits diagnostiques et aux médicaments essentiels de lutte contre le tabac et les maladies liées au tabac.

Les fonds de la CST pourraient également permettre d'accélérer l'introduction de nouveaux médicaments et produits diagnostiques pour la lutte contre le tabac et les maladies liées au tabac.

ooo000ooo

ANNEXE 3 – ANALYSE AFOM

Mécanismes d'exécution possibles pour la contribution mondiale de solidarité sur le tabac (CST)

	MECANISME EXISTANT (SANTE)	FONDS ADMINISTRE PAR UNE ORGANISATION INTERGOUVERNEMENTALE/ INSTITUTION FINANCIERE INTERNATIONALE	NOUVEAU FONDS*
Atouts	<ul style="list-style-type: none"> • Fort engagement politique des gouvernements participants en faveur des mécanismes existants (par exemple Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, Alliance GAVI et UNITAID (hébergé par l'OMS)) • Le mécanisme existant/organisme a une légitimité, une marque et une expertise qui lui sont propres • Forte capacité de préconiser et de promouvoir la CST (par exemple Fonds mondial, UNITAID) • Capacité d'exécution rapide – démarrage rapide • Certains se fondent sur un financement novateur/des prélèvements de solidarité (UNITAID) • Systèmes de gouvernance en place qui ont fait leurs preuves ; gouvernance à large assise • Organismes multilatéraux disposant d'une gouvernance par les Etats Membres et de bureaux dans les pays • Pas de création d'une nouvelle institution/ organisation • Très bonne capacité de notification et de communication à la communauté du développement et au grand public sur l'utilisation des fonds • Pour les mécanismes gérés par une institution multilatérale : privilèges et immunités prévus • Possibilité d'établir des liens avec des agents techniques (par exemple l'OMS) ou de les financer afin d'apporter un appui technique aux pays • Procédures pour lancer des appels à propositions de financement et les contrôler 	<ul style="list-style-type: none"> • Fort engagement politique des gouvernements • Statut d'institution multilatérale (et privilèges et immunités qui en découlent) • Expérience de fonds de gestion provenant de donateurs multiples • Capacité fiduciaire locale et bureaux dans les pays (Banque mondiale, ONU) • Réseaux existants • Démarrage rapide • Liens avec les équipes des Nations Unies dans les pays (PNUD) 	<ul style="list-style-type: none"> • Fort engagement politique du gouvernement du pays hôte • Adapté au lancement de la CST comme système pilote avec certains pays fondateurs

	MECANISME EXISTANT (SANTE)	FONDS ADMINISTRE PAR UNE ORGANISATION INTERGOUVERNEMENTALE/ INSTITUTION FINANCIERE INTERNATIONALE	NOUVEAU FONDS*
Faiblesses	<ul style="list-style-type: none"> • Les buts du mécanisme ne sont pas nécessairement tout à fait compatibles avec les possibilités d'utilisation de la CST. Dans ce cas, il s'agit de déterminer comment intégrer la promotion de la « marque » CST et les buts de la CST • La gouvernance en place peut ne pas être pleinement représentative de l'ensemble des pays participant à la CST • Il peut être nécessaire de disposer de procédures rapides et nouvelles si la CST apporte directement des subventions à des ONG • Il existe un risque de s'éloigner des fonctions et priorités essentielles du mécanisme/fonds 	<ul style="list-style-type: none"> • Ne concerne pas la santé • Niveaux de gouvernance multiples (nationaux et mondiaux) pour certains fonds d'affectation spéciale du PNUD • Coûts de transactions élevés (surtout s'il y a plusieurs agents) • Retards dans les versements • Fonds d'affectation spéciale du PNUD à donateurs multiples généralement limités au système des Nations Unies • Représentation limitée en matière de gouvernance (des ONG) • Non spécifique à la gestion du financement novateur • Buts du mécanisme pas nécessairement tout à fait compatibles avec les possibilités d'utilisation de la CST. Dans ce cas, il s'agit alors de déterminer comment intégrer la promotion de la « marque » CST 	<ul style="list-style-type: none"> • Nécessite des capitaux de démarrage et un centre institutionnel • Coûts de transactions et de mise en place • Délais de mise en place entraînant des retards au niveau des résultats • Non conforme au programme de Paris concernant la création d'une nouvelle institution • Nationalisation potentielle des intérêts ? • Statut d'institution multilatérale non garanti (privilèges et immunités) • Légitimité ?
Opportunités	<ul style="list-style-type: none"> • Tire parti des données d'expérience concernant le financement • Permet de tirer le maximum des réseaux existants • Les institutions hébergeant les mécanismes peuvent se prévaloir de l'expérience acquise en matière de gestion et de gouvernance • Les institutions multilatérales peuvent se prévaloir des organes directeurs composés d'Etats Membres • Expertise technique 	<ul style="list-style-type: none"> • La CST peut utiliser dans un premier temps des fonds d'affectation spéciale à donateurs multiples (fonds pour atteindre les OMD) mais uniquement au niveau des équipes de pays des Nations Unies • Utilise les capacités et l'expérience de la Banque mondiale dans la gestion des fonds 	<ul style="list-style-type: none"> • Peut tirer parti des enseignements du passé en matière de gouvernance et de collaboration public-privé • Mécanisme/ organisme spécifiquement établi en fonction de la CST
Menaces	<ul style="list-style-type: none"> • L'introduction de la CST dans un mécanisme existant peut déboucher sur une concurrence entre fonds ou une substitution • Perte de l'identité et de la priorité CST • Les priorités sanitaires des pays bénéficiaires n'influencent pas les décisions mondiales du mécanisme 	<ul style="list-style-type: none"> • Faible visibilité des résultats • Les pays participants ne souhaitent pas toujours « financer l'ONU » ou la Banque mondiale 	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune marque • Faisabilité

* Etablissement d'un nouveau mécanisme financier indépendant en dehors de l'OMS fondé sur les modèles d'organismes à but non lucratif de l'US 501C3, la loi française de 1901 ou les modèles de fondation suisses.

ANNEXE 4 – PRINCIPAUX ÉVÉNEMENTS LIÉS À L'INSTAURATION DE LA CST

Décembre 2010

Groupe principal sur le financement novateur pour le développement, Tokyo

- L'OMS présente le concept de la CST.
- Participation de 66 États Membres et parties intéressées.
- Les conclusions de la Déclaration finale de la Présidence japonaise du groupe principal mentionnent et appuient le concept de la CST.
- La Déclaration finale des ONG mentionne et appuie le concept de la CST.
- Le groupe principal met en place un groupe spécial à durée limitée sur le financement novateur pour la santé. La CST est mentionnée.

Janvier 2011

Manifestations d'intérêt

- Le Président français, Nicolas Sarkozy, évoque l'idée de la CST à la Conférence de presse du G8/G20.
- Le Gouvernement français demande officiellement à l'OMS de rédiger un document de réflexion sur la CST.
- Le Conseiller spécial des Nations Unies chargé du financement novateur pour le développement se déclare intéressé par le concept de la CST.

Mars 2011

Réunion du groupe de travail de l'OCDE sur le financement novateur

- L'OMS évoque le concept de la CST lors de la réunion.

Retraite du Conseil exécutif de l'UNITAID

- La CST est mentionnée dans une analyse consacrée au problème de la mobilisation des ressources ; elle est appuyée par la présidence de l'UNITAID et le Conseiller spécial des Nations Unies pour le financement novateur pour le développement.

Fondations

- Les Fondations Bloomberg et Bill & Melinda Gates manifestent leur intérêt pour la CST.

Avril 2011

Première Conférence ministérielle mondiale sur les modes de vie sains et la lutte contre les maladies non transmissibles, Moscou, Fédération de Russie

- Le concept de la CST est examiné lors de la table ronde sur le financement novateur.
- L'Égypte, la Grèce, la Fédération de Russie et d'autres pays expriment leur intérêt pour la CST.

Réunion du Comité des Finances et de l'Administration d'UNITAID

- La CST est évoquée dans les documents examinés sur la mobilisation des ressources qui doivent être soumis à la réunion du Conseil de l'UNITAID en juillet 2011.

Mai 2011

Sommet des pays les moins avancés, Istanbul, Turquie

- Table ronde sur le financement novateur, examen informel de la CST.

Assemblée mondiale de la Santé

- La CST fait l'objet d'un examen informel avec les délégations des États Membres à l'occasion du point de l'ordre du jour consacré aux maladies non transmissibles.

Ligue française contre le Cancer

- La Ligue se déclare favorable au concept de la CST.

Juin 2011

Réunion de la société civile – maladies non transmissibles

- Plusieurs participants à la réunion évoquent la CST.

Groupe principal/Groupe spécial du financement novateur pour la santé

- Première réunion du Groupe spécial du financement novateur pour la santé, 14 juin 2011. L'OMS présente le concept de la CST et établit un rapport à l'intention de la neuvième réunion du Groupe principal sur le financement novateur à Bamako.

Neuvième réunion du Groupe principal, Bamako, Mali

- Le concept de la CST est examiné à la séance consacrée à la santé.

Juillet 2011

Réunion du groupe de travail du G20 sur le développement, Afrique du Sud

- Examen de concepts de financement novateur

Septembre 2011

Réunion de haut niveau de l'ONU sur les maladies non transmissibles

- La Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention des maladies non transmissibles (résolution 66/2) invite les États Membres à « étudier la possibilité de fournir des ressources adéquates, prévisibles et constantes, par des sources nationales, bilatérales, régionales et multilatérales, y compris les mécanismes de financement traditionnels et les mécanismes volontaires innovants » (paragraphe 45.d) et à « promouvoir tous les moyens permettant de recenser et de mobiliser des ressources financières suffisantes, prévisibles et durables ainsi que les ressources humaines et techniques nécessaires, et envisager d'appuyer des méthodes novatrices, peu coûteuses et volontaires de financement à long terme de la prévention et de la lutte contre les maladies non transmissibles, compte tenu des objectifs du Millénaire pour le développement » (paragraphe 49).

Octobre 2011

Publication

- L'OMS publie le document de réflexion sur la CST sur son site Web.

Novembre 2011

Sommet du G20 (« Nouveau monde, nouvelles idées »), Cannes

- Le rapport de Bill Gates à la présidence du G20 sur le financement du développement mentionnera la CST.
- Il est possible que les chefs d'État et de gouvernement participants examinent et, éventuellement, approuvent la CST.

Décembre 2011

Dixième réunion du Groupe principal, Espagne

- Présentation formelle de la CST sous sa forme finale.
- Le rapport final du groupe spécial sur la santé du groupe principal pourrait mentionner la CST.

2012

- Dès qu'il sera opérationnel, le mécanisme chargé de la gestion de la CST lancera un appel à propositions.

**RÉSULTAT SOUHAITÉ :
PREMIERS VERSEMENTS DE LA CST
FIN 2012 OU DÉBUT 2013**

ooo000ooo