

**RAPPORT DE L'OMS SUR L'ÉPIDÉMIE MONDIALE DE TABAGISME, 2008**

**Le programme MPOWER**

**Pour vivre sans tabac**

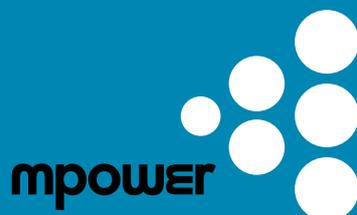
**mpower**



**Organisation  
mondiale de la Santé**

**Au xx<sup>e</sup> siècle,  
l'épidémie de tabagisme  
a fait 100 millions  
de morts dans le monde.**

**Au xxi<sup>e</sup> siècle,  
elle pourrait faire  
un milliard de victimes.**



- Monitor** Surveiller la consommation de tabac et les politiques de prévention
- Protect** Protéger la population contre la fumée du tabac
- Offer** Offrir une aide à ceux qui veulent renoncer au tabac
- Warn** Mettre en garde contre les dangers du tabagisme
- Enforce** Faire respecter l'interdiction de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage
- Raise** Augmenter les taxes sur le tabac

**Les six politiques du programme MPOWER de l'OMS peuvent permettre d'endiguer l'épidémie de tabagisme et de diminuer le nombre de victimes.**

# Six politiques antitabac efficaces peuvent permettre d'endiguer l'épidémie.

*Le Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme, 2008* est le premier d'une série de rapports que publiera l'OMS pour faire le point sur l'épidémie de tabagisme et apprécier l'efficacité des interventions destinées à y mettre fin.

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS :

Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme, 2008 :  
Le programme MPOWER.

1.Tabagisme - prévention et contrôle. 2.Abus tabac - prévention  
et contrôle. 3.Arrêt tabac. 4.Politique sanitaire. I.World Health  
Organization.

ISBN 978 92 4 259628 1 (Classification NLM : WM 290)

© **Organisation mondiale de la Santé 2008**

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer une publication de l'Organisation mondiale de la Santé auprès des éditions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 Avenue Appia, 1211 Genève 27, Suisse (tél : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; adresse électronique : [bookorders@who.int](mailto:bookorders@who.int)). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux éditions de l'OMS, à l'adresse ci dessus (télécopie : +41 22 791 4806 ; adresse électronique : [permissions@who.int](mailto:permissions@who.int)).

Les appellations employées dans la présente publication 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 des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

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. 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 voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Imprimé en France



**Organisation  
mondiale de la Santé**

RAPPORT DE L'OMS SUR L'ÉPIDÉMIE  
MONDIALE DE TABAGISME, 2008

---

**Le programme MPOWER**

Publié avec l'appui financier  
de **Bloomberg Philanthropies**

# Table des matières

## 7 NOUS DEVONS AGIR MAINTENANT POUR INVERSER LE COURS DE L'ÉPIDÉMIE MONDIALE DE TABAGISME ET SAUVER DES MILLIONS DE VIES

Une lettre du Directeur général de l'OMS

## 8 RESUME

### TABAGISME : LE MONDE EN CRISE

**14** Le tabac sème la mort partout dans le monde

**16** Une épidémie qui s'étend

**18** Le péril économique du tabac

**21** L'industrie du tabac, vecteur de maladies

### 23 MPOWER : SIX POLITIQUES POUR INVERSER LE COURS DE L'ÉPIDÉMIE DE TABAGISME

**24** Surveiller la consommation de tabac et les politiques de prévention

**25** Protéger la population contre la fumée du tabac

**29** Offrir une aide à ceux qui veulent renoncer au tabac

**33** Mettre en garde contre les dangers du tabagisme

**36** Faire respecter l'interdiction de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage

**39** Augmenter les taxes sur le tabac



<b>42</b>	<b>LE POINT SUR LA LUTTE ANTITABAC DANS LE MONDE ON COMMENCE SEULEMENT A APPLIQUER DES MESURES EFFICACES</b>
<b>44</b>	Plus de la moitié des pays n'ont pas de données minimales de surveillance
<b>44</b>	Seuls 5 % de la population mondiale sont couverts par des lois non-fumeurs complètes
<b>48</b>	Peu de fumeurs reçoivent l'aide dont ils ont besoin pour arrêter de fumer
<b>50</b>	Peu de pays exigent des mises en garde complètes sur les paquets
<b>51</b>	Peu de pays font respecter l'interdiction de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage
<b>52</b>	Les pays peuvent sauver des vies en augmentant les taxes sur le tabac
<b>54</b>	La lutte antitabac est insuffisamment financée au plan mondial
<b>58</b>	<b>CONCLUSION</b>
<b>60</b>	<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b>
<b>64</b>	<b>NOTE TECHNIQUE I</b> Evaluation des politiques existantes et de leur application
<b>67</b>	<b>NOTE TECHNIQUE II</b> Prévalence du tabagisme dans les Etats Membres de l'OMS
<b>69</b>	<b>APPENDICE I</b> Profils de pays
<b>179</b>	<b>APPENDICE II</b> Données sur les politiques antitabac dans le monde
<b>267</b>	<b>APPENDICE III</b> Estimations de la prévalence comparables au niveau international
<b>289</b>	<b>APPENDICE IV</b> Données de prévalence communiquées par les pays
<b>311</b>	<b>APPENDICE V</b> Données de l'enquête mondiale sur le tabagisme chez les jeunes
<b>323</b>	<b>APPENDICE VI</b> Etat présent de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac
<b>328</b>	<b>REMERCIEMENTS</b>

## ABBREVIATIONS

AFRO	Bureau régional OMS de l'Afrique
AMRO	Bureau régional OMS des Amériques
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
EMRO	Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale
EURO	Bureau régional OMS de l'Europe
NCD	Maladies non transmissibles
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
SEARO	Bureau régional OMS de l'Asie du Sud-Est
STEPS	Approche par étapes de la surveillance mise au point par l'OMS
US D	Dollar des Etats-Unis
WPRO	Bureau régional OMS du Pacifique occidental



## NOMBRE DE VICTIMES DE L'ÉPIDÉMIE DE TABAGISME

100 millions de morts au xx<sup>e</sup> siècle

Actuellement 5,4 millions de morts par an

Si l'on n'agit pas rapidement :

D'ici à 2030, le nombre de morts dépassera 8 millions par an

D'ici à 2030, plus de 80 % des décès liés au tabagisme auront lieu dans les pays en développement

On prévoit un milliard de morts au xxi<sup>e</sup> siècle

---

**Inverser le cours de cette épidémie qui pourrait être entièrement évitée doit maintenant être l'une des toutes premières priorités de la santé publique et des dirigeants politiques dans tous les pays du monde.**

Dr Margaret Chan, Directeur général de l'OMS

# NOUS DEVONS AGIR MAINTENANT POUR INVERSER LE COURS DE L'ÉPIDÉMIE MONDIALE DE TABAGISME ET SAUVER DES MILLIONS DE VIES

Nous avons la solution à l'épidémie mondiale de tabagisme qui mettra en danger la vie d'un milliard d'hommes, de femmes et d'enfants au cours de ce siècle. Le tabagisme tue de si nombreuses façons qu'il figure parmi les facteurs de risque de six des huit premières causes de mortalité dans le monde. Le remède à cette épidémie dévastatrice n'est pas un médicament ou un vaccin, mais l'action concertée des pouvoirs publics et de la société civile.

Nous sommes parvenus à un moment unique dans l'histoire de la santé publique où la volonté politique, les stratégies et le financement se conjuguent pour donner l'élan qui permettra de diminuer considérablement la consommation de tabac et de sauver des millions de vies d'ici le milieu du siècle. Inverser le cours de cette épidémie qui pourrait être entièrement évitée doit maintenant être l'une des toutes premières priorités de la santé publique et des dirigeants politiques dans tous les pays du monde.

Les plus de 150 Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac ont déjà imposé au niveau mondial l'idée qu'il faut combattre l'épidémie de tabagisme. Le Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme, 2008 donne maintenant aux pays une feuille de route basée sur la Convention-cadre pour faire de ce consensus mondial une réalité planétaire grâce au programme MPOWER, qui se compose de six politiques antitabac efficaces.

Mais les pays ne mèneront pas seuls ce combat. Avec le concours de ses partenaires mondiaux, l'OMS développe les moyens dont elle dispose et entend soutenir les Etats Membres dans l'application des politiques MPOWER. Dans son *Rapport sur l'épidémie mondiale de tabagisme, 2008*, l'OMS présente par ailleurs pour maints pays dans le monde un ensemble unique de données comparables qui mettent les pleins feux sur le tabagisme, ses conséquences pour les populations et les économies, et les progrès dans la lutte contre l'épidémie.

Il faut agir vite. L'épidémie de tabagisme cause déjà chaque année 5,4 millions de décès par cancer du poumon, cardiopathie et autres maladies. Si l'on ne fait rien, ce chiffre dépassera 8 millions par an d'ici à 2030. Malheureusement, comme plus de 80 % de ces décès se produisent dans les pays en développement, les pays les plus durement touchés seront ceux où la croissance rapide de l'économie offre à la population l'espoir d'une vie meilleure. Les fabricants de tabac voient dans ces économies d'immenses nouveaux marchés. Non seulement la morbidité et la mortalité augmenteront beaucoup, mais la main d'œuvre sera moins productive et les dépenses de santé, pourtant évitables, monteront en flèche.

Nous ne pouvons pas laisser les choses en arriver là. J'en appelle aux gouvernements du monde entier pour qu'ils prennent des mesures urgentes en vue d'appliquer les politiques du programme MPOWER.

## **Dr Margaret Chan**

Directeur général  
Organisation mondiale de la Santé



# Résumé

Le tabagisme est la cause de décès la plus évitable dans le monde aujourd'hui. Cette année, il fera plus de cinq millions de victimes, plus que la tuberculose, le VIH/sida et le paludisme réunis. D'ici à 2030, ce chiffre dépassera huit millions par an. Si l'on n'agit pas rapidement, le tabagisme pourrait faire **un milliard de victimes** au cours de ce siècle.

Le tabac est le seul produit de consommation licite qui nuit à tous ceux qui y sont exposés et il tue jusqu'à la moitié de ceux qui en font l'usage prévu. Pourtant, la consommation de tabac est courante partout dans le monde parce que les prix sont bas, les offensives marketing généralisées, les dangers du tabagisme méconnus et les politiques gouvernementales antitabac peu cohérentes.

Les effets nocifs du tabagisme sur la santé n'apparaissent généralement que des années, voire des décennies après le début de la consommation. Par conséquent, si la consommation de tabac augmente à l'échelle mondiale, l'épidémie de maladies liées au tabagisme ne fait que commencer.

Mais on peut changer le cours des choses. L'épidémie de tabagisme fait des ravages, mais peut être évitée. Il faut sans plus tarder se jeter dans la bataille avec énergie car le problème n'est pas moins urgent que celui des maladies infectieuses mortelles. On peut endiguer l'épidémie de tabagisme et construire un monde sans tabac, **mais il faut agir maintenant.**

La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, traité multilatéral comptant plus de 150 Parties, fut la première étape de la lutte mondiale contre l'épidémie de tabagisme (voir à l'appendice VI l'état présent de la Convention-cadre). Ce traité constitue un schéma directeur que suivront les pays pour réduire à la fois l'offre et la demande de tabac. La Convention-cadre de l'OMS stipule que le droit international joue un rôle déterminant dans la prévention de la maladie et la promotion de la santé.

Les Parties à la Convention-cadre de l'OMS se sont engagées à protéger la santé de leur population en s'associant à la lutte contre

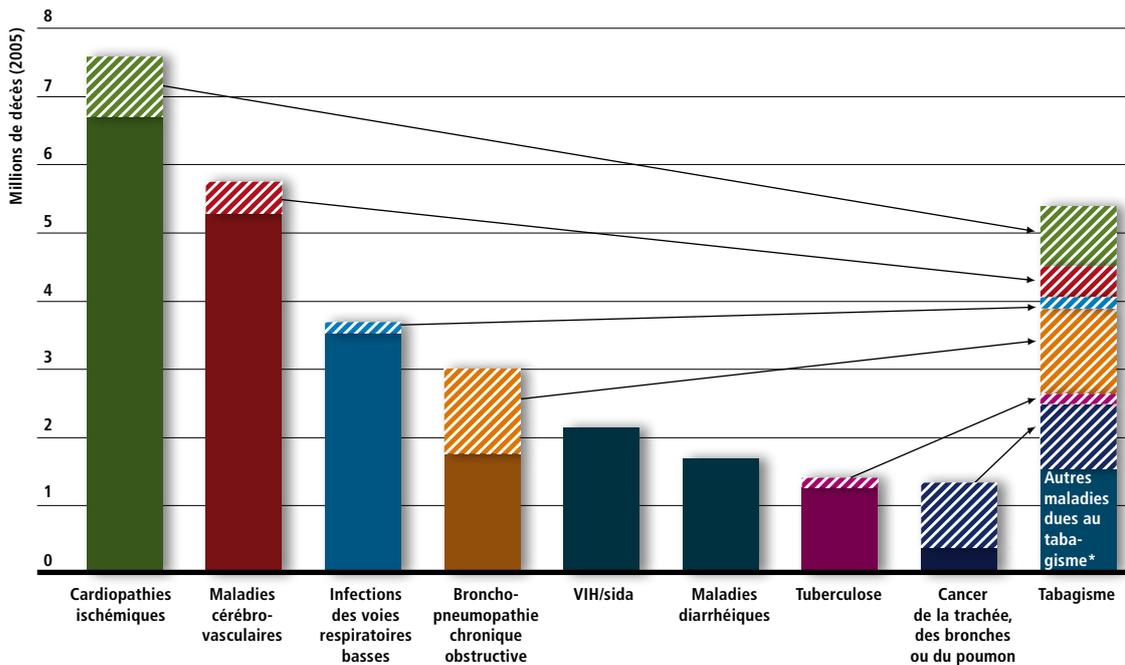
l'épidémie de tabagisme. Pour aider les pays à tenir la promesse de la Convention-cadre, l'OMS a conçu le programme MPOWER, qui conjugue les six politiques antitabac les plus importantes et les plus efficaces : augmenter les taxes et les prix, interdire la publicité, la promotion et le parrainage, protéger contre le tabagisme passif, mettre chacun en garde contre les dangers du tabac, offrir une aide à ceux qui veulent renoncer au tabac et surveiller de près l'épidémie et les politiques de prévention. Il est prouvé que ces politiques diminuent la consommation de tabac.

Pour promouvoir les politiques MPOWER, l'OMS et ses partenaires mondiaux fournissent de nouvelles ressources qui aideront les pays à mettre un terme à la morbidité, à la mortalité et aux pertes économiques imputables au tabagisme. Appliquées ensemble, les six politiques empêcheront les jeunes de commencer à fumer, aideront les fumeurs à renoncer au tabac, protégeront les non-fumeurs du tabagisme passif et soustrairont les pays et leur population aux méfaits du tabac.



**Agissons maintenant !**

## LE TABAGISME EST UN FACTEUR DE RISQUE DE SIX DES HUIT PREMIERES CAUSES DE MORTALITE DANS LE MONDE



Les parties hachurées indiquent la proportion de décès liés au tabagisme. Elles sont de la même couleur que la colonne représentant la cause de mortalité correspondante.

\* Cancer de la bouche et cancer oropharyngé, cancer de l'œsophage, de l'estomac, du foie, autres cancers et maladies cardio-vasculaires autres que les cardiopathies ischémiques et les maladies cérébrovasculaires.

Source : Mathers CD, Loncar D, Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 2006, 3(11):e442. Informations supplémentaires obtenues par communication personnelle avec C. D. Mathers.

Source du chiffre révisé pour le VIH/sida : Le point sur l'épidémie de sida. Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) et Organisation mondiale de la Santé (OMS), 2007.

**[Le tabagisme] est la principale cause de décès évitable dans le monde.**

Organisation mondiale de la Santé :  
Rapport sur la santé dans le monde, 2003

### **Surveiller la consommation de tabac et les politiques de prévention.**

Il faut mieux évaluer la consommation de tabac et son impact. Actuellement, la moitié des pays – les deux tiers dans le monde en développement – ne disposent pas même de statistiques minimales sur le tabagisme chez les jeunes et les adultes. Les données sur d'autres aspects de l'épidémie, comme la morbidité et la mortalité liées au tabagisme, sont elles aussi insuffisantes. Une bonne surveillance renseigne sur l'ampleur de l'épidémie dans un pays et permet d'adapter les politiques aux besoins particuliers de ce pays. Tant la surveillance mondiale que la surveillance pays par pays sont indispensables pour comprendre et endiguer l'épidémie de tabagisme.

### **Protéger la population contre la fumée du tabac.**

Toute personne a le droit de respirer un air pur. Les lieux non-fumeurs sont indispensables pour protéger les personnes qui ne fument pas et inciter les fumeurs à renoncer au tabac. N'importe quel pays, quel que soit son niveau de revenu, peut appliquer avec efficacité des lois interdisant de fumer. Or, seuls 5 % de la population mondiale sont protégés par une législation non-fumeurs complète. Dans la plupart des pays, les lois n'interdisent de fumer que dans certains lieux intérieurs

et sont rédigées en termes faibles ou mal appliquées. Une fois promulguées et appliquées, les lois non-fumeurs sont très appréciées de la population, même des fumeurs, et elles ne nuisent pas à l'activité économique. Seule l'interdiction totale de fumer dans les lieux publics et sur les lieux de travail protège contre le tabagisme passif et aide les fumeurs à arrêter de fumer.

### **Offrir une aide à ceux qui veulent renoncer au tabac.**

On compte plus d'un milliard de fumeurs dans le monde, soit à peu près un quart de la population adulte, et la plupart sont dépendants. Beaucoup veulent arrêter de fumer, mais peu reçoivent l'aide dont ils ont besoin. Seuls neuf pays, qui représentent 5 % de la population mondiale, offrent des services complets de traitement de la dépendance tabagique. Les pays doivent mettre sur pied des programmes proposant des interventions peu coûteuses et efficaces aux fumeurs qui souhaitent s'affranchir de leur dépendance.

### **Mettre en garde contre les dangers du tabagisme.**

Malgré des preuves irréfutables, les consommateurs de tabac sont relativement peu nombreux à mesurer pleinement les risques pour leur santé. Des mises en garde exhaustives contre les dangers du tabac peuvent changer l'image du produit, surtout auprès des adolescents

et des jeunes adultes. Les mises en garde explicites sur les emballages dissuadent le consommateur, mais seulement 15 pays, représentant 6 % de la population mondiale, exigent des mises en garde illustrées (couvrant au moins 30 % de la surface principale du paquet) et seulement cinq pays, qui abritent un peu plus de 4 % de la population mondiale, se conforment aux exigences les plus strictes concernant les mises en garde. Plus de 40 % de la population mondiale vivent dans des pays qui n'interdisent pas l'emploi de termes trompeurs et tendancieux comme cigarettes « légères » et « à faible teneur en goudrons », alors que, d'après des données scientifiques probantes connues de l'industrie du tabac depuis plusieurs dizaines d'années, ces produits ne réduisent en rien les risques sanitaires. Ce premier rapport ne porte pas sur les campagnes de sensibilisation qui, ingénieuses, percutantes et prolongées, s'avèrent très efficaces. Des pays comme l'Australie montrent les résultats qu'on peut obtenir en menant des campagnes efficaces.

### **Faire respecter l'interdiction de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage.**

L'industrie du tabac consacre chaque année dans le monde des dizaines de milliards de dollars à la publicité, à la promotion et au parrainage. Les interdictions partielles



**Mettons les gens en garde contre les dangers du tabagisme**

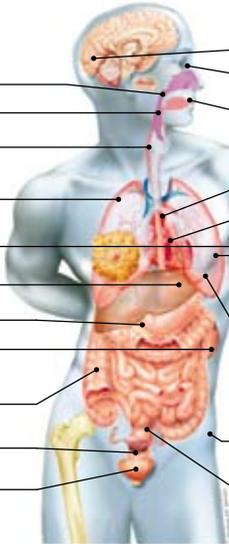
## MALADIES CAUSEES PAR LE TABAGISME

### CANCERS

Larynx  
Oropharynx  
Oesophage  
Trachée, bronches ou poumons  
Leucémie myéloïde aiguë  
Estomac  
Pancréas  
Rein et urètre  
Côlon  
Col de l'utérus  
Vessie

### MALADIES CHRONIQUES

Accident vasculaire cérébral  
Cécité, cataractes  
Parodontite  
Anévrisme de l'aorte  
Cardiopathie coronarienne  
Pneumonie  
Athérosclérose périphérique  
Broncho-pneumopathie chronique obstructive, asthme et autres affections respiratoires  
Fractures de la hanche  
Altération des fonctions de reproduction chez la femme (notamment baisse de la fécondité)



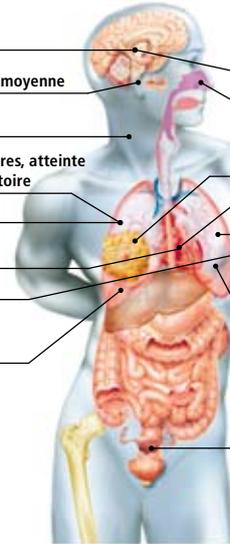
## MALADIES CAUSEES PAR LE TABAGISME PASSIF

### ENFANTS

Tumeurs du cerveau\*  
Infections de l'oreille moyenne  
Lymphome\*  
Symptômes respiratoires, atteinte de la fonction respiratoire  
Asthme\*  
Mort subite du nourrisson  
Leucémie\*  
Infections des voies respiratoires basses

### ADULTES

Accident vasculaire cérébral\*  
Irritations du nez, cancer des sinus\*  
Cancer du sein\*  
Cardiopathie coronarienne  
Cancer du poumon  
Athérosclérose\*  
Broncho-pneumopathie chronique obstructive\*, symptômes respiratoires chroniques, asthme\*, atteinte de la fonction respiratoire\*  
Altération des fonctions de reproduction chez la femme : faible poids de naissance ; accouchement prématuré\*



\* Données évoquant un lien de causalité  
Données suffisantes pour établir un lien de causalité

Source : U.S. Department of Health and Human Services. *The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General*. Atlanta, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2004 ([http://www.cdc.gov/tobacco/data\\_statistics/sgr/sgr\\_2004/chapters.htm](http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/sgr_2004/chapters.htm), consulté le 5 décembre 2007).

Source : U.S. Department of Health and Human Services. *The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General*. Atlanta, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2006 (<http://www.surgeongeneral.gov/library/secondhandsmoke/report/fullreport.pdf>, consulté le 5 décembre 2007).

**C'est le tabac qui aujourd'hui tue le plus de personnes dans le monde. Nous avons des solutions éprouvées pour diminuer la consommation de tabac, mais les responsables politiques ne les appliquent pas encore.**

Michael R. Bloomberg, Maire de New York

de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage sont sans effet car l'industrie réaffecte tout simplement ses ressources dans d'autres circuits commerciaux non réglementés. Seule une interdiction totale peut permettre de réduire la consommation de tabac et de protéger la population, en particulier les jeunes, contre les tactiques de marketing de l'industrie. Seulement 5 % de la population mondiale vivent actuellement dans des pays où la publicité, la promotion et le parrainage sont complètement interdits. La moitié environ des enfants dans le monde vivent dans des pays où la distribution gratuite de produits du tabac n'est pas proscrite.

**Augmenter les taxes sur le tabac.** L'augmentation des taxes, et par conséquent des prix, est le moyen le plus efficace de diminuer la consommation de tabac, et surtout pour dissuader les jeunes de fumer. Elle aide aussi à convaincre les consommateurs de tabac d'arrêter. Dans quatre pays seulement, qui représentent 2 % de la population mondiale, les taxes se montent à plus de 75 % du prix de détail. Si plus de quatre pays à haut revenu sur cinq taxent le tabac à un taux compris entre 51 % et 75 % du prix de détail,

moins d'un quart des pays à revenu faible ou intermédiaire prélèvent des taxes de cet ordre. Une hausse de 70 % du prix du tabac pourrait éviter pas moins du quart des décès liés au tabagisme dans le monde. Une hausse de 10 % des prix peut faire baisser la consommation de tabac de 4 % dans les pays à haut revenu et de 8 % dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, les recettes fiscales s'accroissant malgré la baisse de la consommation. L'augmentation des taxes peut fournir des crédits aux pays pour appliquer des politiques antitabac et peut financer d'autres programmes de santé publique et programmes sociaux.

Dans les pays sur lesquels on dispose d'informations, le revenu des taxes sur le tabac est plus de 500 fois supérieur au budget consacré à la lutte antitabac. Pour les 3,8 milliards d'habitants des pays à revenu faible ou intermédiaire sur lesquels on dispose d'informations, les crédits alloués à la lutte antitabac au niveau national se montent au total à US \$14 millions par an seulement, alors que, pour ces mêmes pays, le revenu des taxes sur le tabac atteint US \$66,5 milliards. Autrement dit, pour US \$5000 de recettes fiscales, ces pays dépensent environ US \$1 pour la

lutte antitabac. Les pays à revenu faible et intermédiaire sur lesquels on dispose de données consacrent à la lutte antitabac respectivement moins d'un dixième de centime de dollar par habitant et la moitié environ d'un centime de dollar.

Les dangers du tabagisme ne connaissent pas de frontières socio-économiques, mais ceux qui pâtiront le plus de l'épidémie seront les ménages et les pays à bas revenu. La population mondiale vit en majeure partie dans des pays à revenu faible ou intermédiaire où la consommation globale de tabac augmente, mais qui ont peu de ressources pour faire face aux problèmes sanitaires, sociaux et économiques engendrés par le tabagisme. Les groupes vulnérables dans ces pays sont de plus en plus souvent la cible des activités de marketing et de promotion de l'industrie du tabac.

Le *Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme, 2008* atteste l'ampleur de l'épidémie de tabagisme, indique de façon détaillée comment les politiques MPOWER permettront d'y remédier et fait le point sur la lutte antitabac dans le monde d'aujourd'hui. Il fournit pour la première fois des données rigoureuses indiquant à



**Créons des politiques saines pour la communauté**

quel stade en est l'application de mesures antitabac efficaces dans presque tous les pays. Les appendices permettent de se faire une idée précise de la lutte antitabac dans différents pays actuellement et indiquent les lacunes à combler en matière d'information, de données et de politiques.

Le programme MPOWER fournit des armes pour agir. L'important maintenant est que, dans tous les pays, les dirigeants politiques, les pouvoirs publics et la société civile soient résolus à adopter et appliquer les six politiques dont il est prouvé qu'elles diminuent la consommation de tabac ainsi que la charge de morbidité et de mortalité qui en résulte. La population est très favorable aux mesures de lutte antitabac, même dans les pays où la consommation est forte. En Chine, par exemple, qui est le plus grand pays producteur et consommateur de tabac, une enquête a révélé dernièrement que la plupart des citoyens approuvent la création d'espaces publics non-fumeurs, l'interdiction de la publicité, des promotions et du parrainage et la majoration des taxes.

La lutte antitabac ne coûte pas cher. Les taxes sur le tabac accroissent les recettes publiques. L'application de lois non-fumeurs

et l'interdiction de la publicité, de la promotion et du parrainage n'entraînent pas de grandes dépenses. Les services d'aide au sevrage tabagique peuvent être intégrés dans le système de soins de santé général.

Les campagnes de sensibilisation nécessitent un budget séparé, mais actuellement les taxes perçues par les pouvoirs publics sur le tabac équivalent à plus de 500 fois les sommes qu'ils dépensent pour la lutte antitabac ; il y a donc moyen d'étendre et de renforcer les activités, même si un léger surcroît de ressources s'avère nécessaire. Bien qu'indispensables et d'un coût abordable, les programmes nationaux de lutte antitabac menés par un personnel compétent, notamment des spécialistes des questions juridiques, de la répression, du marketing, des politiques fiscales, de l'économie, de l'action de sensibilisation, de la gestion des programmes et d'autres domaines encore, demeurent rares, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

Mais la lutte antitabac s'accélère à l'échelle mondiale. La Convention-cadre de l'OMS compte maintenant plus de 150 Parties et les donateurs fournissent un nouveau financement aux pays. L'OMS lance le

programme MPOWER pour intensifier la lutte antitabac dans tous les Etats Membres et permettre aux instances nationales et infranationales de lutter plus efficacement contre le tabagisme et de faire face à l'un des plus grands périls pour la santé publique que le monde ait jamais connus.

Pour faire barrage à l'épidémie de tabagisme, les pays doivent avoir la volonté d'adopter et d'appliquer les politiques MPOWER. Malgré les nombreuses données attestant l'efficacité des mesures de lutte antitabac et l'adhésion de l'opinion publique, seul un pays sur cinq environ applique pleinement **l'une quelconque** des cinq politiques essentielles – espaces non-fumeurs, traitement de la dépendance tabagique, mises en garde sur les paquets, interdiction de la publicité, de la promotion et du parrainage, taxes sur le tabac – à une échelle suffisante pour protéger intégralement la population, et aucun pays n'applique les six politiques au plus haut niveau. En appliquant les politiques MPOWER, les pays peuvent éviter que le tabagisme ne handicape et ne tue des millions de personnes.



**Le tabagisme se présente  
comme l'une des plus  
grandes catastrophes  
sanitaires de l'histoire.**

Dr Gro Harlem Brundtland, ancien Directeur général  
de l'Organisation mondiale de la Santé (1998)

# Tabagisme : le monde en crise

## ••• Le tabac sème la mort partout dans le monde

Les décès dus au tabac font rarement les gros titres, pourtant, une personne meurt des conséquences du tabagisme toutes les six secondes.<sup>1</sup> Le tabac tue entre un tiers et la moitié de ses consommateurs,<sup>2</sup> qui perdent ainsi 15 années d'espérance de vie en moyenne.<sup>3,4</sup> Actuellement, le tabagisme est à l'origine d'un décès sur 10 chez les adultes dans l'ensemble du monde, soit plus de cinq millions de décès par an.<sup>1</sup> Si l'on n'agit pas rapidement, ce chiffre dépassera huit millions d'ici à 2030.<sup>1,5</sup>

On estime que, si les tendances actuelles se poursuivent, le tabac causera la mort de quelque 500 millions de personnes fumant actuellement.<sup>6</sup> Le tabac pourrait faire jusqu'à un milliard de victimes au XXI<sup>e</sup> siècle.<sup>7</sup> La plupart des fumeurs voudront arrêter de fumer mais ne le pourront pas à cause de leur dépendance à une substance hautement addictive.

Tout de suite après l'inhalation de la fumée, les cigarettes et les autres produits du tabac à fumer libèrent dans le cerveau une drogue dépendogène, la nicotine, presque aussi directement qu'une injection intraveineuse.<sup>8</sup> L'industrie du tabac elle-même désigne les cigarettes comme des « dispensateurs de nicotine ».<sup>9</sup> Mais comme les effets du tabac fumé ne durent que quelques minutes, les fumeurs éprouvent des symptômes de manque s'ils ne continuent pas à fumer.<sup>10</sup>

Les cigarettes conventionnelles sont la forme la plus consommée de tabac à fumer, mais d'autres produits à fumer comme les bidis, les kréteks et la shisha ont un succès croissant auprès d'un public qui croit souvent qu'ils sont moins dangereux pour la santé. Mais toutes les formes de tabac sont mortelles.<sup>11</sup> Le tabac à fumer sous quelque forme que ce soit cause jusqu'à 90 % des cancers du poumon et est un important

facteur de risque d'accident vasculaire cérébral et de crise cardiaque mortelle.<sup>12</sup>

Les bidis, petites cigarettes roulées à la main généralement fumées en Inde et dans d'autres pays d'Asie du Sud Est, produisent trois fois plus de monoxyde de carbone et de nicotine et contiennent cinq fois plus de goudrons que les cigarettes normales.<sup>13</sup> Les fumeurs de bidis s'exposent à un risque de cancer de la bouche trois fois plus grand que les non-fumeurs et risquent aussi davantage d'avoir un cancer du poumon, de l'estomac ou de l'œsophage. Les kréteks, cigarettes de clous de girofle et de tabac généralement fumées en Indonésie, augmentent le risque de lésions pulmonaires aiguës. La shisha, tabac séché aromatisé qui se fume dans des pipes à eau principalement dans la Région de la Méditerranée orientale, est associée au cancer du poumon, aux maladies cardio-vasculaires et au cancer.<sup>11</sup>



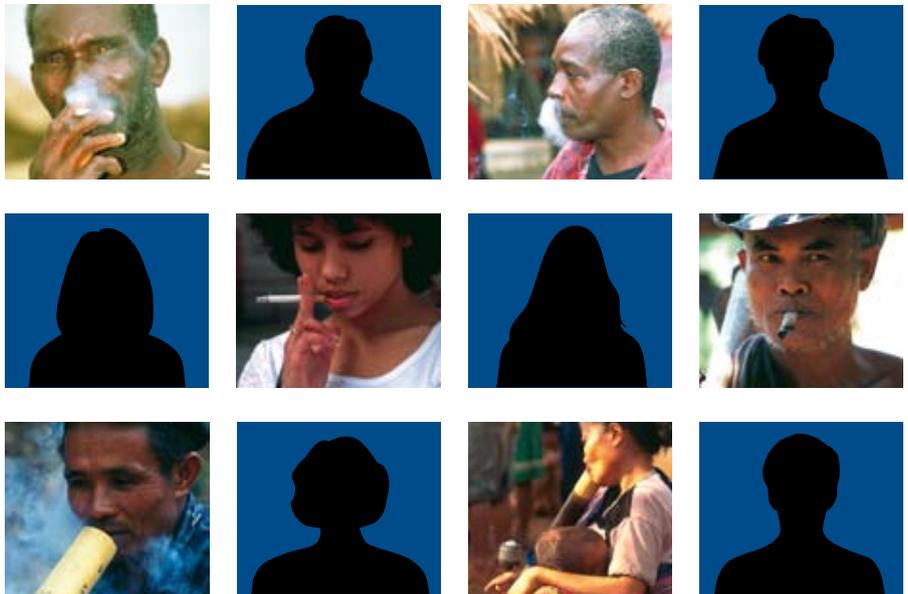
**Affirmons notre position**

Il n'y a pas que les fumeurs que le tabac rend malades et tue. Le tabagisme passif a lui aussi des conséquences graves et souvent mortelles sur la santé. Aux Etats-Unis, il cause chaque année quelque 3400 décès par cancer du poumon et 46 000 décès par cardiopathie. On estime qu'il est à l'origine chaque année dans ce pays de 430 décès par mort subite du nourrisson, 24 500 cas de faible poids de naissance, 71 900 accouchements prématurés et 200 000 épisodes d'asthme chez l'enfant.<sup>14</sup>

Le tabac sans fumée est également très addictif et provoque des cancers de la sphère ORL, de l'œsophage et du pancréas ainsi que de nombreuses affections bucco-dentaires.<sup>11,15</sup> Des éléments indiquent que certaines formes de tabac sans fumée accroissent également le risque de cardiopathie et de faible poids de naissance.<sup>16</sup>

## LE TABAC TUE JUSQU'À UN FUMEUR SUR DEUX

Sur plus de un milliard de fumeurs aujourd'hui, près de 500 millions mourront des méfaits du tabagisme



**... le tabac est le seul produit de consommation licite qui tue ceux qui en font exactement l'usage prévu.**

The Oxford Medical Companion (1994)

# ••• Une épidémie qui s'étend

Si l'on ne prend pas des mesures urgentes, le nombre de fumeurs continuera d'augmenter dans le monde.<sup>17</sup> A la différence de nombreuses autres substances dangereuses dont les effets sur la santé sont parfois immédiats, le tabac provoque des maladies qui ne se déclarent généralement que plusieurs années, voire plusieurs dizaines d'années après le début de la consommation. Les pays en développement en étant aux premiers stades de l'épidémie de tabagisme, la morbidité et la mortalité liées au tabac n'y ont pas encore toute l'ampleur qu'elles ont prise dans les pays riches où le tabagisme était déjà courant pendant la plus grande partie du siècle dernier.

C'est dans les pays à bas revenu que la consommation de tabac augmente le plus vite en raison de la croissance démographique soutenue et des visées de l'industrie, qui veille à ce que, chaque année, des millions de personnes contractent une habitude mortelle. D'ici à 2030, plus de 80 % des décès liés au tabac auront lieu dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.<sup>1</sup>

Pas moins de 100 millions d'hommes chinois aujourd'hui âgés de moins de 30 ans mourront du fait du tabagisme.<sup>18</sup> En Inde, environ un quart des décès chez les hommes d'âge mûr sont imputables au tabagisme.<sup>19</sup> A mesure que le nombre de fumeurs dans ce groupe augmente avec la population, le nombre de décès croît aussi. Le déplacement de l'épidémie de tabagisme vers le monde en développement provoquera une morbidité et une mortalité prématurées sans précédent dans ces pays où la croissance démographique et les risques d'augmentation de la consommation de tabac sont les plus importants alors que les services de soins de santé y sont les moins accessibles.

La hausse de la consommation de tabac chez les femmes jeunes dans les pays très peuplés est l'une des tendances les plus inquiétantes de la progression de l'épidémie. Dans

beaucoup de pays, les femmes ne consomment généralement pas de tabac : elles sont environ quatre fois moins nombreuses à fumer que les hommes. Comme la plupart des femmes ne sont actuellement pas consommatrices, l'industrie du tabac les choisit pour cible afin d'exploiter ce nouveau marché. La publicité, la promotion et le parrainage, y compris les dons en faveur de causes féminines, font tomber les obstacles culturels à l'usage du tabac par les femmes. Les produits sont conçus et commercialisés – notamment en faisant appel à des mannequins séduisants pour la publicité et en créant des marques spécialement destinées aux femmes – dans le but déclaré d'inciter les femmes à fumer.

Dans la plus grande partie de l'Europe, où l'on a commencé il y a un siècle à consommer du tabac comme on le fait encore aujourd'hui, les taux de consommation chez les hommes et les femmes convergent depuis plusieurs décennies. Aujourd'hui, la consommation de tabac en Europe diminue chez les hommes et augmente chez les femmes,

en particulier en Europe orientale, centrale et méridionale.<sup>20</sup> Dans la plupart des pays de l'Union européenne, les adolescentes sont aussi enclines à fumer que les adolescents, si ce n'est plus.<sup>21</sup> Dans le monde en développement, la consommation de tabac chez les femmes adultes reste relativement faible, mais pourrait augmenter rapidement chez les adolescentes. En Asie du Sud-Est, les hommes adultes sont dix fois plus nombreux à fumer que les femmes adultes.<sup>17</sup> Toutefois, chez les 13-15 ans, les garçons sont seulement environ deux fois et demie plus nombreux à fumer que les filles.<sup>21</sup>

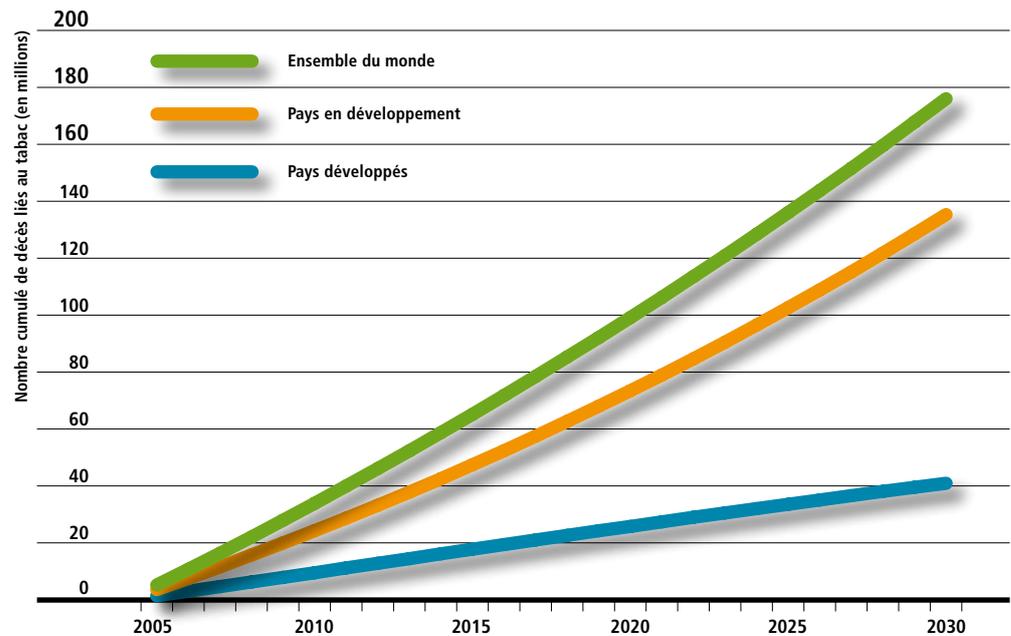
Dans les régions du monde les plus touchées, la variété de produits du tabac à fumer (bidis, kréteks et shisha) est aussi beaucoup plus grande. Comme les cigarettes, ces produits tuent. Mais comme il s'agit de formes différentes de tabac, ils échappent souvent aux mises en garde, taxes et autres restrictions dont font l'objet les cigarettes. Il n'est donc pas surprenant que beaucoup de gens croient, à tort, qu'ils sont moins dangereux que les cigarettes.



**Tous pour un monde sans tabac**

## LE TABAGISME FERA PLUS DE 175 MILLIONS DE MORTS DANS LE MONDE ENTRE AUJOURD'HUI ET 2030

Nombre cumulé de décès liés au tabac, 2005-2030



Source : Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 2006, 3(11):e442.

**Quand je m'intéresse à une  
maladie, je ne pense jamais  
à trouver un remède,  
mais un moyen de la prévenir.**

Louis Pasteur (1822-1895)

## Le péril économique du tabac

L'industrie du tabac prétend créer des emplois et générer des revenus qui contribuent à la croissance de l'économie locale et nationale, mais sa plus grande contribution à la prospérité d'un pays n'est que souffrance, maladie, mort et pertes économiques. Le tabagisme coûte actuellement à l'ensemble du monde des centaines de milliards de dollars chaque année.<sup>22</sup>

Les décès liés au tabac suppriment des possibilités économiques. Aux Etats-Unis, ces pertes sont estimées à US \$92 milliards par an.<sup>22,23</sup> A mesure que l'épidémie de tabagisme s'aggravera, bien des possibilités économiques seront ainsi perdues dans les pays en développement très peuplés, où se situe souvent l'industrie manufacturière de l'économie mondiale, car la moitié des décès liés au tabac surviennent à l'âge le plus productif.<sup>22</sup> Le coût économique des

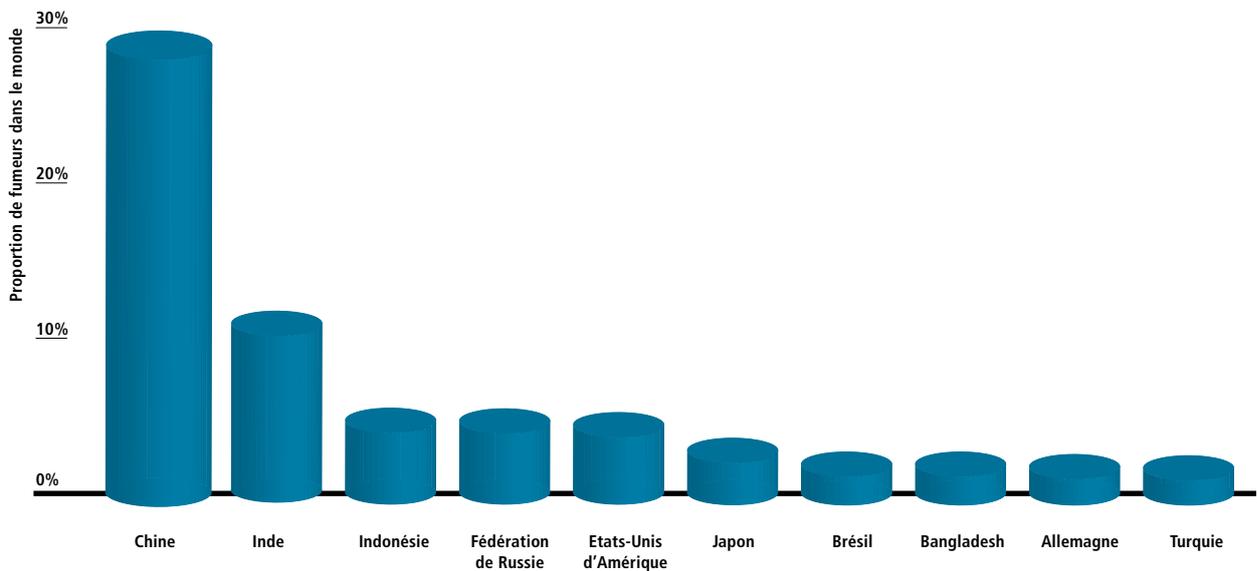
décès liés au tabac pèse lourd sur le monde en développement, où se produiront quatre décès par tabagisme sur cinq d'ici à 2030.<sup>1</sup> Bien que les données concernant l'influence du tabagisme sur les dépenses de santé dans le monde soient incomplètes, on sait qu'elle est importante. Aux Etats-Unis, les dépenses de santé liées au tabac se montent à US \$81 milliards par an, en Allemagne à près de US \$7 milliards et en Australie à US \$1 milliard.<sup>22</sup>

Le tabac a pour effet économique net d'aggraver la pauvreté. Le but commercial de l'industrie – rendre davantage de clients dépendants – nuit davantage aux pauvres. Dans la plupart des pays, les pauvres consomment davantage de tabac que les riches et c'est dans les régions où le revenu moyen est des plus bas que l'écart est le plus grand.<sup>24</sup>



**Aidons à bâtir un avenir plus sain**

## PRES DES DEUX TIERS DES FUMEURS DANS LE MONDE SONT CONCENTRES DANS 10 PAYS



Source : Le nombre de fumeurs par pays a été estimé au moyen d'estimations ajustées de la prévalence (voir la Note technique II et l'appendice III). Cette méthode a pour inconvénient que les estimations ajustées utilisées pour calculer le nombre de fumeurs sont parfois établies à partir de données limitées sur les pays et que d'importants ajustements s'imposent pour certains d'entre eux. En pareil cas, les estimations ajustées peuvent différer des données d'enquêtes communiquées par les pays. Les données de prévalence au Brésil proviennent de VIGITEL 2006.

**Refuser de se servir des connaissances disponibles sur la prévention et la maîtrise des maladies chroniques, c'est mettre en danger les générations futures.**

Rapport de l'OMS 2005, Prévention des maladies chroniques : un investissement vital

Pour les pauvres, l'argent dépensé pour acheter du tabac est de l'argent en moins pour les biens de première nécessité comme la nourriture, le logement, l'instruction et les soins de santé. Au Bangladesh, les ménages les plus pauvres dépensent près de dix fois plus pour le tabac que pour l'instruction.<sup>25</sup> En Indonésie, où le tabagisme est plus courant chez les pauvres, la tranche de revenu la plus basse consacre au total 15 % de ses dépenses au tabac.<sup>26</sup> En Egypte, le tabac représente plus de 10 % des dépenses des ménages à bas revenu.<sup>27</sup> Les 20 % les plus pauvres des ménages mexicains dépensent près de 11 % de leur revenu en tabac.<sup>28</sup> En Chine, les frais médicaux liés au tabagisme appauvrissent plus de 50 millions de personnes.<sup>29</sup>

Les pauvres risquent bien plus que les riches de tomber malades et de mourir prématurément de maladies liées au tabagisme, ce qui augmente encore leurs difficultés économiques et perpétue le cercle

vicieux de la pauvreté et de la maladie.<sup>30</sup> Le décès prématuré des principaux soutiens de famille est particulièrement catastrophique pour les familles et les communautés pauvres. Au Bangladesh, par exemple, quand un homme de 45 ans responsable d'un ménage à bas revenu meurt d'un cancer après avoir fumé des bidis pendant 35 ans, c'est la survie de toute la famille qui est en jeu. La perte de son potentiel économique est amplifiée du fait que son épouse, ses enfants et autres personnes à charge s'enfoncent davantage dans la pauvreté et doivent être pris en charge par les pouvoirs publics ou par la famille élargie.

En plus de ses conséquences sur la santé, le tabagisme passif grève lui aussi les ressources économiques. Rien qu'aux Etats-Unis, on estime qu'il coûte US \$5 milliards par an en frais médicaux directs et plus de US \$5 milliards supplémentaires en frais indirects induits, par exemple, par les

incapacités et le manque à gagner.<sup>31</sup> A Hong Kong (Région administrative spéciale de Chine), les frais médicaux directs, le coût des soins à long terme et les pertes de productivité imputables au tabagisme passif se montent à quelque US \$156 millions par an.<sup>32</sup>

Il faut certes obtenir davantage de données sur les coûts et le poids économique du tabagisme et mieux les analyser, mais il est évident que ses conséquences économiques sur la productivité et les soins de santé, dont les pauvres sont déjà les premiers à pâtir, s'aggraveront à mesure que la consommation de tabac augmentera. Quand la morbidité et la mortalité liées au tabagisme prendront toute leur ampleur dans les décennies à venir, le coût monétaire de l'épidémie aura des répercussions économiques graves pour les pays à revenu faible ou intermédiaire.



**Le programme MPOWER profite à l'ensemble de la société**

## L'industrie du tabac, vecteur de maladies

Toutes les épidémies ont leur moyen de contagion, un vecteur qui propage la maladie et la mort. Pour l'épidémie de tabagisme, ce vecteur n'est pas un virus, une bactérie ou un autre micro-organisme, mais l'industrie du tabac et sa stratégie commerciale.<sup>33</sup> L'épidémie de tabagisme et de morbidité tabagique telle que nous la connaissons aujourd'hui n'existerait pas si l'industrie du tabac n'avait pas commercialisé et promu ses produits meurtriers tout au long du siècle dernier.

Les cigarettiers visent depuis longtemps les jeunes pour « remplacer » les fumeurs qui meurent ou renoncent au tabac. Ils savent que le seul espoir pour l'avenir de leur commerce est de rendre les jeunes dépendants. Toute personne qui consomme du tabac peut devenir dépendante à la nicotine, mais celles qui ne commencent pas à fumer avant 21 ans ont peu de risques de jamais commencer. Faire à l'adolescence l'expérience d'un produit très addictif vanté avec insistance par l'industrie du

tabac peut facilement conduire à la dépendance à vie. Plus les enfants sont jeunes quand ils fument pour la première fois, plus ils risquent de fumer régulièrement par la suite et moins ils ont de chances d'arrêter.<sup>34,35,36,37,38</sup>

A l'échelle mondiale, l'industrie du tabac dépense des dizaines de milliards de dollars par an pour le marketing.<sup>39</sup> L'industrie mondiale du tabac exploite désormais le monde en développement en appliquant les tactiques de marketing et de lobbying qu'elle a perfectionnées dans le monde développé et qui y sont maintenant souvent prohibées. C'est ainsi que, dans les pays en développement, l'industrie incite aujourd'hui les femmes et les adolescents à consommer du tabac tout en faisant pression sur les pouvoirs publics pour éviter les restrictions à la commercialisation et l'augmentation des taxes, tactiques identiques à celles qu'elle a appliquées pendant des dizaines d'années dans les pays développés.

Ayant une clientèle dépendante et réalisant des marges bénéficiaires élevées, les cigarettiers ont des liquidités en abondance avec lesquelles ils montent à l'assaut des marchés du monde en développement. L'un des plus grands fabricants de tabac du monde est en train de séparer ses activités internationales de sa branche d'activité basée aux Etats-Unis pour se protéger contre les problèmes juridiques et de relations publiques dans ce pays.<sup>40</sup> Les coentreprises et les fusions entre multinationales et entreprises locales et publiques sont fréquentes car les grandes sociétés cherchent à étendre leur marché dans le monde entier. Ces dernières années, les géants du tabac ont pris une participation majoritaire dans des sociétés productrices en République dominicaine, en Indonésie, au Mexique et au Pakistan, entre autres, pour stimuler les ventes et la consommation dans le monde en développement.<sup>41,42,43,44</sup>

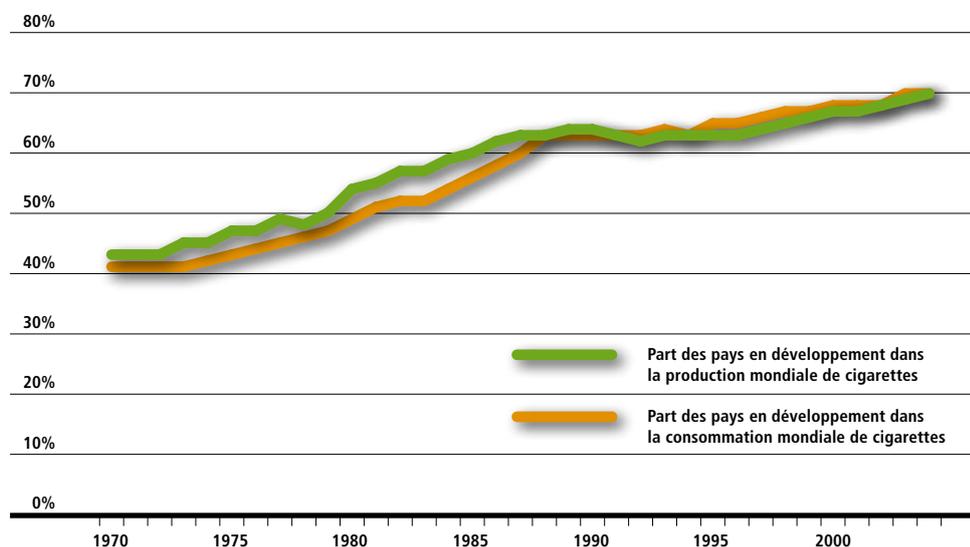


**Il est ahurissant qu'un produit aussi destructeur pour l'organisme que la cigarette ne soit quasiment pas réglementé alors qu'il menace la santé et la sécurité.**

Matthew L. Myers, Président de Campaign for Tobacco-Free Kids

## UNE EPIDEMIE QUI SE DEPLACE L'INDUSTRIE DU TABAC CONQUIERT DE NOUVEAUX MARCHES DANS LES PAYS EN DEVELOPPEMENT

### Part des pays en développement dans la production et la consommation de cigarettes



Source : D'après les données de la base de données FAOSTAT de l'Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture, de la base de données statistiques de l'ONU sur le commerce des marchandises, de la base de données commune de l'ONU, du United States Department of Agriculture Economic Research Service, du Système d'information statistique de l'Organisation mondiale de la Santé et du Rapport mondial 2005 sur les cigarettes de ERC Group Plc.

## RESUME

L'épidémie mondiale de tabagisme met plus de vies en péril que n'importe quelle maladie infectieuse, mais il n'est pas besoin d'un nouveau médicament ou vaccin pour

l'enrayer. C'est par des politiques publiques éprouvées qu'on peut y mettre fin. Les dirigeants gouvernementaux détiennent le remède à l'épidémie de tabagisme. Les

mesures qu'ils doivent prendre pour protéger la population sont exposées dans la section suivante.



**Les pouvoirs publics et la société civile doivent agir maintenant**

# MPOWER :

## Six politiques pour inverser le cours de l'épidémie de tabagisme

L'épidémie de tabagisme peut être évitée. Il n'est pas inéluctable que des centaines de millions de personnes meurent pendant ce siècle de maladies liées au tabagisme, à condition que les gouvernements et la société civile agissent maintenant.

L'OMS aide les pays à lutter contre le tabagisme et le marketing de ce produit mortel qu'est le tabac. En mai 2003, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté à l'unanimité la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, l'un des traités du système des Nations Unies emportant la plus grande adhésion, et le premier contre le tabac, afin de mobiliser une action au niveau mondial et au niveau des pays contre l'épidémie de tabagisme. Ce traité sert de cadre à des interventions efficaces contre ce produit qui fait des millions de morts chaque année.

Les dirigeants du monde entier commencent à admettre que le tabagisme est une épidémie

qu'on peut et qu'on doit combattre et arrêter. Certains pays commencent à se mobiliser pour protéger leur population et leur économie.

C'est ainsi que la Malaisie a augmenté les taxes sur le tabac afin d'accroître de 40 % le prix de détail des cigarettes. L'Égypte a banni la cigarette des lieux publics et exige des mises en garde sanitaires illustrées sur les paquets de tabac. La Thaïlande interdit la publicité pour le tabac dans la presse, à la radio et à la télévision ainsi que les distributeurs automatiques de cigarettes. La Jordanie a lancé une campagne antitabac dans les médias. L'Uruguay a décidé d'interdire de fumer dans les lieux publics et sur les lieux de travail, y compris dans les restaurants, les bars et les casinos : c'est le premier pays de la Région des Amériques à devenir 100 % non-fumeur.

Mais il reste beaucoup à faire dans tous les pays. Pour lutter à plus grande échelle contre l'épidémie de tabagisme, l'OMS a conçu

le programme MPOWER qui comprend six politiques éprouvées :

- **(Monitor)** Surveiller la consommation de tabac et les politiques de prévention ;
- **(Protect)** Protéger la population contre la fumée du tabac ;
- **(Offer)** Offrir une aide à ceux qui veulent renoncer au tabac ;
- **(Warn)** Mettre en garde contre les dangers du tabagisme ;
- **(Enforce)** Faire respecter l'interdiction de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage ; et
- **(Raise)** Augmenter les taxes sur le tabac.

Les politiques MPOWER peuvent inverser le cours de l'épidémie de tabagisme et éviter des millions de décès liés au tabac.

**Savoir ne suffit pas, nous devons aussi  
pratiquer ce que nous savons.  
Vouloir ne suffit pas, nous devons aussi agir.**

Johann Wolfgang von Goethe (1749-1832)

# • Surveiller la consommation de tabac et les politiques de prévention

## Importance des données de surveillance

Une bonne surveillance est indispensable aux niveaux national et international pour combattre efficacement l'épidémie de tabagisme. Les données de surveillance sont indispensables au succès des cinq autres interventions du programme MPOWER. Ce n'est qu'en les mesurant correctement que l'on peut comprendre les problèmes causés par le tabac, bien gérer et améliorer les interventions.

Une surveillance globale renseigne les hauts responsables et la société civile sur les effets néfastes de l'épidémie de tabagisme dans leur pays et les aide à affecter les moyens de lutte antitabac là où ils font le plus défaut et seront le plus efficaces. La surveillance permet aussi de savoir si les politiques donnent des résultats et comment les adapter aux besoins des différents pays et des différents groupes au sein des pays.

## Caractéristiques d'un système de surveillance efficace

Un bon système de surveillance doit suivre l'évolution de plusieurs indicateurs, dont i) la prévalence du tabagisme ; ii) l'impact des interventions ; et iii) le marketing, la promotion et le lobbying par l'industrie du tabac. Les résultats doivent être diffusés de telle sorte que les pouvoirs publics, les dirigeants du pays et la société civile puissent s'en servir pour concevoir des politiques antitabac et développer les moyens d'application de ces politiques. Les données de surveillance deviennent les éléments de preuve les plus importants pour les partisans de politiques plus énergiques.

Les programmes de surveillance doivent fournir des données à la fois globales et spécifiques sur l'épidémie de tabagisme, notamment des données d'enquête sur la

prévalence du tabagisme et la consommation de tabac par classe d'âge, sexe, tranche de revenu et autres subdivisions démographiques au niveau national et par province ou région. Il faut aussi apprécier en détail l'efficacité des programmes locaux et nationaux de prévention du tabagisme.

Pour que le système de surveillance fonctionne bien, praticiens, économistes, épidémiologistes, gestionnaires des données, administrateurs et bien d'autres encore doivent collaborer ensemble. Le système doit aussi être bien géré et organisé, ce qui nécessite un financement stable et prolongé. L'OMS collabore avec les pays pour mettre en place des systèmes de surveillance aux niveaux mondial et national et pour les développer.



**Savoir, c'est pouvoir**

# Protéger la population contre la fumée du tabac

## Pourquoi créer des espaces non-fumeurs ?

Les travaux de recherche montrent clairement qu'il n'y a pas de seuil au-dessous duquel l'exposition à la fumée des autres est sans danger. La Conférence des Parties à la Convention-cadre de l'OMS,<sup>45</sup> le Centre international de Recherche sur le Cancer,<sup>46</sup> le Surgeon General des Etats-Unis<sup>47</sup> et le Scientific Committee on Tobacco and Health du Royaume-Uni<sup>48</sup> conviennent tous que le tabagisme passif contribue à tout un ensemble de maladies, dont les cardiopathies et de nombreux cancers. Il augmente par exemple le risque de cardiopathies coronariennes de 25 % à 30 % et le risque de cancer du poumon de 20 % à 30 %.<sup>47</sup>

L'exemple de l'Irlande illustre de façon probante l'influence positive des espaces non-fumeurs sur la santé. Après l'entrée en vigueur dans le pays de la loi sur

l'interdiction de fumer en 2004, les concentrations de nicotine dans l'air ambiant ont diminué de 83 % et l'exposition des employés de bars à la fumée du tabac est passée de 30 heures par semaine à zéro.<sup>49</sup>

Les environnements sans tabac aident aussi les fumeurs qui veulent arrêter de fumer. Les lois interdisant de fumer sur le lieu de travail peuvent faire baisser de 4 % en termes absolus la prévalence du tabagisme.<sup>50</sup> Dans plusieurs pays industrialisés, les politiques interdisant la cigarette sur le lieu de travail ont entraîné une diminution de la consommation totale de tabac chez les travailleurs de 29 % en moyenne.<sup>50</sup>

L'interdiction de fumer dans les lieux publics incite par ailleurs les familles à bannir la cigarette de leur domicile,<sup>51</sup> protégeant ainsi les enfants et les autres membres de la famille contre les dangers du tabagisme passif. Même les fumeurs ont tendance à



**Seule l'interdiction complète de fumer dans tous les lieux de travail fermés, y compris les établissements de restauration et les débits de boissons, et dans tous les bâtiments et transports publics protège la santé des employés et des non-fumeurs.**

Rapport approuvé par 561 des 660 Membres du Parlement européen (2007)

s'abstenir de fumer dans leur foyer après la promulgation d'une loi non-fumeurs exhaustive.<sup>52,53</sup>

Les lois non-fumeurs sont bien moins efficaces, voire sans effet quand il est permis de fumer dans des zones désignées. L'industrie du tabac elle-même reconnaît l'efficacité des environnements sans tabac et sait qu'en faisant des exceptions, on compromet leurs effets. On peut ainsi lire dans un rapport à usage interne de Philip Morris datant de 1992 que l'interdiction complète de fumer sur le lieu de travail réduit fortement le volume des ventes et que des restrictions moins sévères sur le lieu de travail, comme l'autorisation de fumer dans des zones désignées, ont bien moins d'influence sur les taux d'abandon de la cigarette et très peu d'effet sur la consommation.<sup>54</sup>

### Les espaces non-fumeurs sont appréciés du public

L'immense succès des lois non-fumeurs dans les pays qui les ont adoptées dément les allégations de l'industrie du tabac, qui veut faire croire qu'elles sont inapplicables et nuisent à l'activité économique. Près de la moitié des Américains<sup>55</sup> et 90 % des Canadiens vivent dans des zones où il est interdit de fumer dans les lieux publics et les lieux de travail. Il ressort d'une analyse approfondie des travaux sur les effets économiques des espaces non-fumeurs dans le monde que, d'après les quelques études fournissant des données scientifiquement valables,<sup>56</sup> ils n'ont pas de répercussions négatives, mais un effet neutre, voire positif sur l'activité économique.<sup>57</sup>

Quand il a été proposé d'adopter une loi non-fumeurs en Irlande, l'industrie du tabac a soutenu avec véhémence que fumer était indissociable de l'habitude de fréquenter les pubs dans ce pays, arguant qu'une interdiction serait inapplicable et entraînerait des pertes économiques irréversibles pour les propriétaires de pubs.<sup>58</sup> Or ce pays applique depuis maintenant plus de deux ans une loi non-fumeurs qui est très bien perçue du public et qui n'a pas d'effets négatifs sur l'activité économique.<sup>58,59</sup>

Les sondages d'opinion montrent que les lois non-fumeurs sont extrêmement appréciées où qu'elles soient promulguées. En 2006, l'Uruguay est devenu le premier pays des Amériques 100 % non-fumeurs en interdisant de fumer dans tous les lieux publics et lieux de travail, y compris les bars, les restaurants et les casinos. Huit Uruguayens sur dix sont favorables à cette interdiction, y compris près des deux tiers des fumeurs.<sup>60</sup> Après que la Nouvelle-Zélande eut adopté des lois non-fumeurs en 2004, 69 % de la population se sont déclarés pour le droit de travailler dans un environnement sans tabac.<sup>61</sup> En Californie, 75 % de la population approuvent les lois

interdisant de fumer sur le lieu de travail, y compris les restaurants et les bars, adoptées dans cet Etat en 1998.<sup>62</sup>

Alors que peu de lieux publics sont non-fumeurs en Chine, 90 % des habitants des grandes villes – fumeurs et non-fumeurs confondus – sont favorables à l'interdiction de fumer dans les transports publics, les écoles et les hôpitaux. Plus de 80 % sont partisans d'interdire de fumer sur les lieux de travail et la moitié environ de proscrire la cigarette dans les restaurants et les bars.<sup>63</sup>

### Caractéristiques d'une politique non-fumeurs efficace

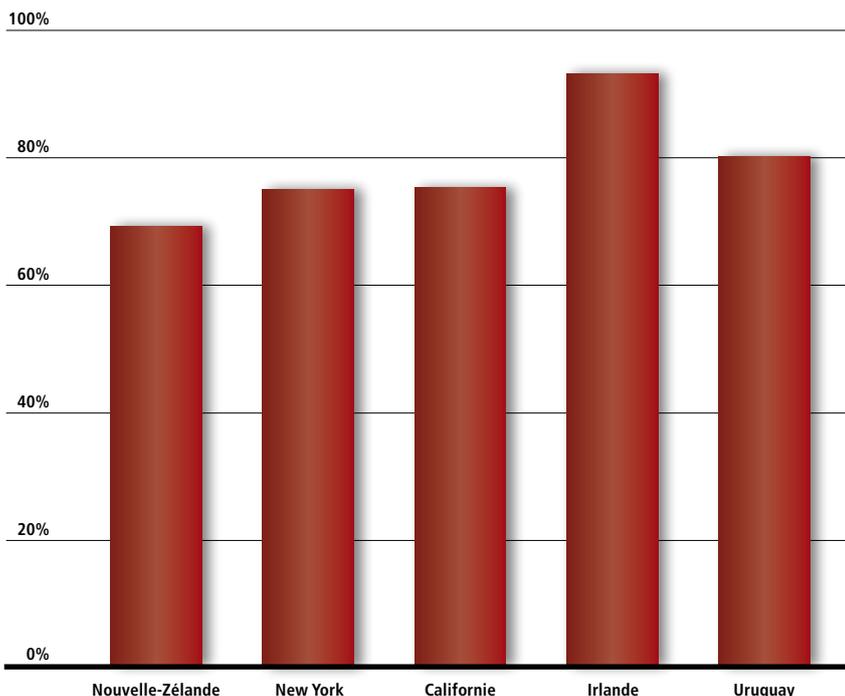
L'interdiction complète de fumer dans tous les lieux intérieurs est la seule intervention qui protège efficacement la population contre les effets nocifs du tabagisme passif.<sup>46,64,65</sup> La pleine application des lois non-fumeurs est indispensable pour qu'elles soient crédibles, surtout immédiatement après leur adoption.<sup>66</sup> Les sanctions prévues en cas de non-respect de l'interdiction de fumer doivent être claires et appliquées de façon uniforme.



**Cœuvrons ensemble pour des lois non-fumeurs**

## LES ESPACES NON-FUMEURS SONT APPRECIES

### Adhésion à l'interdiction complète de fumer dans les bars et les restaurants après son entrée en vigueur



#### Nouvelle-Zélande

Asthma and Respiratory Foundation of New Zealand. *Aotearoa New Zealand smokefree workplaces: a 12 month report*. Wellington, Asthma and Respiratory Foundation of New Zealand, 2005 ([http://www.no-smoke.org/pdf/NZ\\_TwelveMonthReport.pdf](http://www.no-smoke.org/pdf/NZ_TwelveMonthReport.pdf), consulté le 5 décembre 2007).

#### New York

1. Chang C et al. *The New York City Smoke-Free Air Act: second-hand smoke as a worker health and safety issue*. *American Journal of Industrial Medicine*, 2004, 46(2):188-195.  
2. Bassett M. *Tobacco control; the New York City experience*. New York City Department of Health and Mental Hygiene, 2007 (<http://hopkins-famri.org/PPT/Bassett.pdf>, consulté le 8 novembre 2007).

#### Californie

*California bar patrons field research corporation polls, March 1998 and septembre 2002*. Sacramento, Tobacco Control Section, California Department of Health Services, novembre 2002.

#### Irlande

Office of Tobacco Control. *Smoke-free workplaces in Ireland: a one-year review*. Dublin, Department of Health and Children, 2005 ([http://www.otc.ie/uploads/1\\_Year\\_Report\\_FA.pdf](http://www.otc.ie/uploads/1_Year_Report_FA.pdf), consulté le 5 novembre 2007).

#### Uruguay

Organización Panamericana de la Salud (Organisation panaméricaine de la Santé). *Estudio de « Conocimiento y actitudes hacia el decreto 288/005 »*. (Regulación de consumo de tabaco en lugares públicos y privados). octobre 2006 ([http://www.presidencia.gub.uy/\\_web/noticias/2006/12/informeo\\_dec268\\_mori.pdf](http://www.presidencia.gub.uy/_web/noticias/2006/12/informeo_dec268_mori.pdf), consulté le 5 décembre 2007).

**Heureusement, contrairement à d'autres dangers pour la santé publique, le tabagisme passif peut être facilement évité. L'interdiction de fumer dans les lieux intérieurs est une approche simple et éprouvée pour éviter les conséquences de l'exposition à la fumée.**

United States Department of Health and Human Services (2006)

Condamner à une amende les propriétaires d'établissements où l'on fume malgré l'interdiction est le moyen le plus efficace de faire respecter la loi, étant entendu que les personnes qui fument dans ces établissements peuvent elles aussi encourir des sanctions.

L'interdiction de fumer sur les lieux de travail a pour but premier de protéger la santé des travailleurs. Les chefs d'entreprise sont tenus d'offrir un lieu de travail sûr à leurs employés. C'est donc à eux qu'il incombe principalement de veiller à ce que leurs établissements restent non-fumeurs. Aborder la question de l'interdiction de fumer sur les lieux de travail sous l'angle de la sécurité des travailleurs reflète précisément le but visé par la loi et contribue à en faire accepter l'idée.

L'OMS recommande de procéder par étapes pour créer des espaces non-fumeurs.<sup>66</sup> Pour commencer, les autorités doivent concevoir à l'intention du public et des entreprises des campagnes d'information sur les dangers du tabagisme passif. Une fois l'idée d'espaces non-fumeurs largement acceptée, un projet de loi doit être soumis à l'opinion publique. Après avoir ainsi préparé le terrain, les instances gouvernementales doivent s'assurer un soutien public et politique durable, puis adopter une législation complète qui prévoit

des sanctions claires en cas de violation ainsi que des politiques efficaces d'application de la loi. Une fois la loi promulguée, elles doivent veiller à la défendre en l'appliquant de façon énergique et uniforme afin qu'elle soit bien respectée.

### Contre l'opposition de l'industrie du tabac

On sait d'expérience quelle sorte d'arguments seront invoqués contre la législation non-fumeurs.<sup>57</sup> L'industrie du tabac prétendra que les lois non-fumeurs sont trop difficiles à appliquer et font fuir les clients, en particulier dans les restaurants et les bars. A la place de lieux de travail 100 % non-fumeurs, elle proposera comme solution « raisonnable » des zones fumeurs séparées ou une ventilation. Mais, contrairement à ce que prétend l'industrie, ces solutions ne protègent pas du tabagisme passif. L'expérience montre que dans tous les pays qui ont adopté une législation non-fumeurs complète, l'interdiction de fumer est bien perçue, facile à instaurer et à faire respecter et a un effet neutre, voire positif sur l'activité économique.<sup>57,67,68</sup>

Tim Zagat, fondateur des guides Zagat, a récemment apporté l'un des témoignages les plus convaincants sur les avantages de

l'interdiction de fumer pour le commerce : « Les opposants aux lois interdisant de fumer prétendaient qu'elles feraient du tort aux petits commerces. Or c'est l'inverse qui s'est produit... Après l'entrée en vigueur de la loi, l'enquête que nous avons faite à New York en 2004 a révélé que 96 % des New Yorkais sortaient déjeuner ou dîner aussi souvent, voire plus souvent qu'auparavant. ». Zagat a constaté que les restaurants et les bars de la ville, qui presque tous appliquaient la loi, avaient en fait vu leur chiffre d'affaires augmenter.<sup>69,70</sup>

Les représentants et les porte-parole de l'industrie du tabac argueront aussi proscrire l'usage du tabac porte atteinte aux droits des fumeurs.<sup>71</sup> Fumeurs et non-fumeurs étant vulnérables aux effets nocifs du tabagisme passif sur la santé, le principe sur lequel repose la législation interdisant de fumer est que les pouvoirs publics se doivent de protéger la santé en tant que droit fondamental de tout être humain.<sup>72</sup> Cette obligation est implicite dans le droit à la vie et le droit de jouir du meilleur état de santé possible, reconnu dans de nombreux instruments juridiques internationaux, énoncé dans le Préambule de la Convention-cadre et ratifié dans la constitution de plus de 100 pays. L'exposition forcée à la fumée du tabac porte de toute évidence atteinte à ce droit.



**Elevons les enfants dans un environnement sans tabac**

Il est indispensable de riposter aux arguments fallacieux de l'industrie du tabac et de ses représentants et porte-parole pour que la législation non-fumeurs soit acceptée comme protégeant un droit de l'homme fondamental. Les environnements sans tabac aident à garantir aux non-fumeurs le droit de respirer un air pur, incitent les fumeurs à arrêter de fumer et permettent aux gouvernements de prendre les rênes de la prévention du tabagisme par des mesures sanitaires très appréciées et profitables à tous.

## Offrir une aide à ceux qui veulent renoncer au tabac

Les personnes dépendantes à la nicotine sont victimes de l'épidémie de tabagisme. Parmi les fumeurs qui connaissent les dangers du tabac, trois sur quatre veulent arrêter.<sup>73</sup> Comme toutes les personnes dépendantes à n'importe quelle drogue, la plupart des consommateurs de tabac ont du mal à arrêter tout seuls ; une aide et un soutien leur sont utiles pour vaincre leur dépendance.

C'est aux systèmes de santé des pays qu'il incombe au premier chef de traiter la dépendance tabagique. Le traitement comprend diverses méthodes qui vont du simple conseil médical à la pharmacothérapie, en passant par les permanences téléphoniques et les services de conseil. Ces méthodes de traitement sont plus ou moins efficaces par rapport à leur coût et leur effet n'est pas le même selon les individus. Le traitement doit être adapté aux conditions locales, à la culture ainsi qu'aux préférences et aux besoins de chacun.



**... beaucoup de parents fumeurs ignorent réellement l'ampleur des problèmes de santé qu'ils peuvent provoquer chez leurs enfants.**

Developing Patient Partnership (1999)

Dans la plupart des cas, quelques interventions thérapeutiques de base suffisent à aider les consommateurs de tabac qui veulent arrêter. Toute initiative de prévention du tabagisme doit comprendre trois types de traitement : i) conseils sur le sevrage tabagique intégrés dans les services de soins de santé primaires ; ii) service téléphonique gratuit et facilement accessible pour renoncer au tabac ; et iii) pharmacothérapie peu coûteuse.

### **Intégration du sevrage tabagique dans les soins de santé primaires**

L'intégration du sevrage tabagique dans les soins de santé primaires et dans les consultations médicales de routine permet au personnel de santé de rappeler aux fumeurs que le tabac nuit à leur santé et à celle de leur entourage. Des conseils répétés à chaque visite médicale décuplent l'envie d'arrêter de fumer.<sup>74,75</sup> Les conseils donnés par les professionnels de la santé peuvent beaucoup accroître les taux d'abstinence.<sup>76</sup> Cette intervention est relativement bon marché, car elle s'insère dans un service existant auquel la plupart des gens ont recours, du moins occasionnellement. Elle peut être très efficace si elle est assurée par

un professionnel de la santé respecté avec lequel les consommateurs de tabac peuvent avoir une bonne relation.<sup>77,78</sup>

L'intégration du sevrage tabagique dans les services médicaux de base convient plus particulièrement dans les pays qui ont un réseau de soins de santé primaires. Mais il peut être intégré dans n'importe quel type de services de santé courants. Outre une formation de base des agents de santé au conseil en matière de sevrage tabagique et la mise au point de matériels d'information à l'intention des consommateurs de tabac, cette solution ne requiert aucun investissement important et ne présente pas de risque politique. Cette méthode thérapeutique peut aussi inciter les agents de santé et leurs patients à soutenir les autres initiatives antitabac.

### **Services téléphoniques d'aide au sevrage tabagique**

L'ensemble de la population d'un pays devrait avoir accès à des numéros de téléphone gratuits, ou à tarif réduit si l'appel vient d'un téléphone portable, pour obtenir des conseils compétents sur le sevrage tabagique. Ces services téléphoniques entraînent peu de frais de

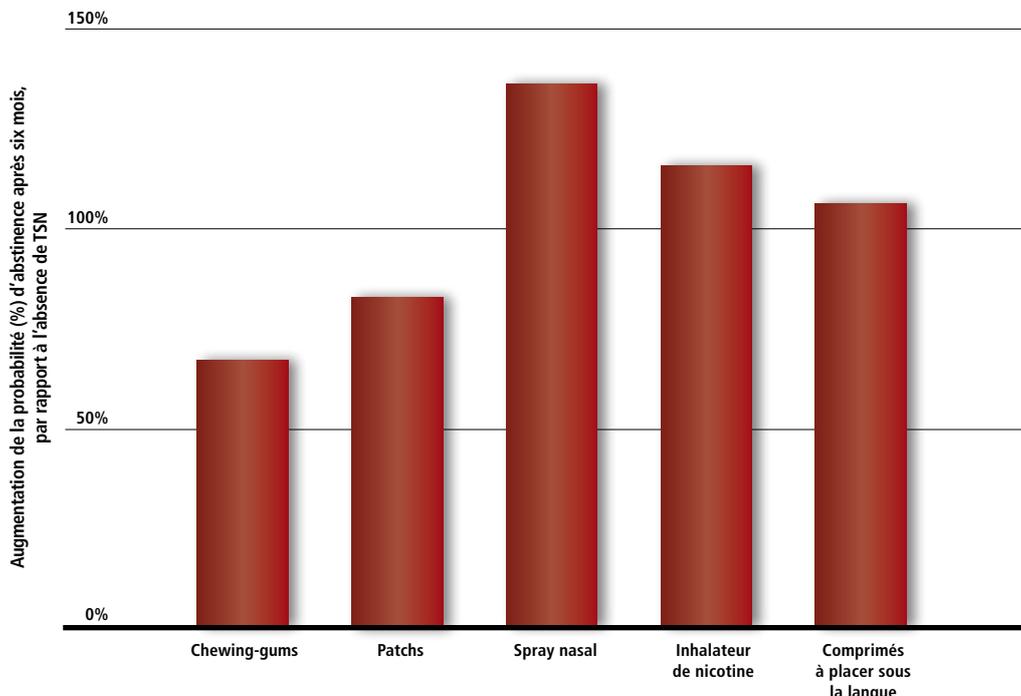
fonctionnement, sont facilement accessibles, confidentiels et peuvent être assurés pendant de longues plages horaires ; il se peut que beaucoup de fumeurs ne puissent pas ou ne souhaitent pas appeler pendant les heures de travail. Ces services peuvent aussi renseigner sur d'autres traitements de la dépendance tabagique comme les services de conseil et la thérapie de substitution à base de nicotine. De plus, ils peuvent être consultés par les personnes habitant dans des zones reculées et conçus spécialement pour certains groupes de population. Au Royaume-Uni, par exemple, la ligne téléphonique pour renoncer au tabac spécialement destinée aux Asiatiques reçoit 20 000 appels par an et dessert 10 % des consommateurs de tabac originaires d'Asie du Sud dans ce pays.<sup>79</sup>

Même si les services téléphoniques conventionnels se contentent de répondre aux appels, ils peuvent donner des résultats notables.<sup>80</sup> Ils aident mieux encore à s'affranchir de la dépendance nicotinique quand ils sont reliés à des services de conseil. Les services téléphoniques les plus efficaces sont ceux qui rappellent leurs correspondants pour suivre leurs progrès et qui assurent ainsi un service de conseil. Certaines lignes téléphoniques ont ouvert des sites Internet sur lesquels il est possible



**Le programme MPOWER permet aux enfants de s'exprimer.**

## LES THERAPIES DE SUBSTITUTION A BASE DE NICOTINE (TSN) PEUVENT MULTIPLIER PAR DEUX LE TAUX DE SEVRAGE



Source : Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. *Nicotine replacement therapy for smoking cessation*. Cochrane Database System Review 2004;(3):CD000146.

**Les médecins, les infirmières, les sages-femmes, les dentistes, les pharmaciens, les chiropracteurs, les psychologues et tous les autres professionnels de la santé peuvent aider les gens à changer de comportement. Ils sont aux avant-postes de l'épidémie de tabagisme et, ensemble, parlent à des millions de personnes.**

Dr LEE Jong-wook, ancien Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé (2005)

à tout moment de consulter gratuitement une documentation d'aide aux fumeurs et d'accéder à des liens vers d'autres services.

## Traitement pharmacologique

Les thérapies de substitution à base de nicotine réduisent les symptômes de sevrage en remplaçant une partie de la nicotine du tabac. Le bupropion, médicament antidépresseur, peut atténuer l'état de manque et les autres sensations pénibles qu'éprouvent les fumeurs qui diminuent ou suppriment leur apport de nicotine. La varénicline se fixe sur les récepteurs nicotiques du cerveau pour empêcher la libération de dopamine, supprimant ainsi les sensations de plaisir que procure le fait de fumer.<sup>81</sup>

La thérapie pharmacologique est généralement plus onéreuse et considérée comme moins efficace par rapport à son coût que les conseils des médecins et les services téléphoniques, mais elle peut multiplier par deux ou trois les taux de sevrage tabagique.<sup>82</sup> Le prix de détail d'une cure complète de thérapie de substitution à base de nicotine peut être inférieur au coût des cigarettes fumées pendant le même laps de temps. Les thérapies de substitution à base de nicotine

et les autres médicaments peuvent être couverts ou remboursés par les services de santé publics afin de réduire les dépenses directes pour les personnes qui essaient de renoncer au tabac.

## Aide des pouvoirs publics au traitement de la dépendance tabagique

Les programmes de sevrage tabagique présentent un avantage politique important, car ils permettent aux pouvoirs publics d'aider les personnes les plus directement touchées par l'épidémie tout en instaurant de nouvelles restrictions à l'usage du tabac. Ces programmes se heurtent rarement à des obstacles politiques et contribuent à la mise en place d'une politique nationale antitabac, étape importante vers l'avènement d'une société sans tabac. L'Etat peut utiliser une partie du revenu des taxes sur le tabac pour aider les consommateurs à s'affranchir de leur dépendance.

La Nouvelle-Zélande offre un bon exemple d'action gouvernementale. Après la campagne menée par les militants antitabac, ce pays où, cinq ans auparavant, l'aide au sevrage tabagique était quasiment inexistante, a mis en place l'un des

programmes les plus avant-gardistes du monde et les dépenses publiques consacrées au sevrage tabagique sont passées de près de zéro à US \$10 millions par an. Ce programme comprend un service téléphonique national, qui est aujourd'hui l'un des plus consultés du monde, la prise en charge des thérapies de substitution à base de nicotine et des services d'aide au sevrage tabagique destinés à la minorité maori.

Toutefois, les gouvernements doivent évaluer avec soin l'efficacité de leur aide par rapport au coût financier de telles politiques. Le contexte dans lequel l'Etat apporte son aide est crucial. Le traitement de la dépendance tabagique peut ainsi être sans effet si les fumeurs ne sont pas fortement incités à renoncer au tabac. C'est pourquoi les services d'aide au sevrage ne diminuent pas la prévalence du tabagisme s'ils ne s'accompagnent pas d'une augmentation des taxes et des prix, de l'interdiction de la publicité, de la promotion et du parrainage, de campagnes antitabac et de la création d'espaces non-fumeurs.



La santé au bout du fil

# Mettre en garde contre les dangers du tabagisme

---

## La plupart des consommateurs ignorent les risques du tabagisme

Malgré les preuves irréfutables des dangers du tabagisme, relativement peu de consommateurs de tabac dans le monde mesurent pleinement les risques pour leur santé. On sait généralement que le tabagisme est nocif, mais on le considère simplement comme une mauvaise habitude à laquelle certains choisissent de s'adonner.<sup>83</sup> Le très fort pouvoir addictif du tabac et tous les dangers qu'il présente pour la santé n'ont pas été bien expliqués au grand public, de sorte que les gens pensent pouvoir réduire leur consommation de tabac ou y mettre fin avant d'avoir des problèmes de santé. En réalité, la plupart des consommateurs de tabac sont incapables d'arrêter et jusqu'à la moitié d'entre eux meurent de maladies liées au tabagisme.

La plupart des gens ignorent que même une consommation minimale de tabac est dangereuse, en partie parce que ce n'est pas le

cas pour les autres risques sanitaires d'origine comportementale. Nombre de consommateurs de tabac ne peuvent citer avec précision d'autres maladies causées par le tabagisme que le cancer du poumon<sup>84</sup> et ne savent pas qu'il provoque aussi des cardiopathies, des accidents vasculaires cérébraux et beaucoup d'autres pathologies, parmi lesquelles de nombreux types de cancer.<sup>85</sup>

---

## Changer l'image du tabac

Des mises en garde contre tous les dangers du tabac sont indispensables pour en changer l'image, surtout auprès des adolescents et des jeunes adultes. Le tabac doit être associé dans les esprits à son extrême pouvoir addictif et à ses conséquences dangereuses sur la santé ; il doit être perçu sous un jour négatif et jugé indésirable par la société. L'action de l'Etat et de la société civile peut permettre d'obtenir ce résultat.

**L'adolescent d'aujourd'hui peut être le client régulier de demain, et l'écrasante majorité des fumeurs commencent à fumer quand ils sont encore adolescents.**

Document à usage interne de Philip Morris (1981)

Avec, si possible, le concours d'organisations non gouvernementales (ONG), les pouvoirs publics devraient lancer des campagnes de contre-publicité dans tous les médias pour faire pleinement connaître les dangers du tabac. Ces campagnes peuvent casser l'image faussement séduisante du tabac, dénoncer ses effets nocifs sur la santé individuelle, révéler ses conséquences financières sur les familles et l'économie nationale et expliquer les avantages d'une société sans tabac. Des campagnes musclées illustrées d'images explicites montrant les dangers du tabagisme peuvent beaucoup contribuer à convaincre les fumeurs de renoncer au tabac.<sup>85</sup> A l'inverse, les publicités antitabac parrainées par l'industrie du tabac n'ont pas eu d'effet ou ont en réalité accru la consommation de tabac.<sup>86</sup>

Les campagnes de contre-publicité doivent aussi parler de la protection des familles, surtout les enfants, contre les dangers du tabagisme passif. Il faut expliquer les conséquences économiques pour les familles des dépenses que font les fumeurs pour s'acheter du tabac et du décès prématuré d'un parent. Les messages doivent aussi insister sur les tentatives réussies de sevrage tabagique tout en cherchant à dissuader les jeunes d'essayer la cigarette et de commencer à fumer.

La contre-publicité dans quelque média que ce soit doit être conçue avec la même compétence et la même qualité technique que les publicités vantant d'autres produits et doivent être examinées par des groupes de réflexion afin de s'assurer que le message aura un impact sur le public visé. Si l'on veut qu'elles soient efficaces, les campagnes de contre-publicité peuvent donc coûter cher ; les Centers for Disease Control and Prevention des Etats-Unis d'Amérique recommandent à l'Etat de dépenser globalement entre US \$2 et 4 par personne par an pour l'information sanitaire antitabac et les campagnes de contre-publicité, soit environ 15 à 20 % du coût total des programmes de lutte antitabac.<sup>87</sup> Dans certains cas, l'Etat ou les ONG peuvent aider à financer la conception et la diffusion de ces publicités ; elles peuvent aussi être réalisées à moindre coût ou sans aucun frais avec l'aide de bailleurs de fonds institutionnels qui ne sont pas affiliés à l'industrie du tabac en échange de recettes fiscales.

## Le rôle des mises en garde sur les emballages

Les mises en garde sanitaires sur l'emballage de tous les produits du tabac offrent la garantie d'être vues par tous les consommateurs. Les fabricants de tabac ont toujours utilisé le conditionnement comme un moyen de fidéliser le client à une marque et de lui renvoyer une bonne image de lui-même, surtout quand il s'agit des jeunes. Les mises en garde sur les paquets atténuent cet effet de marketing. L'industrie se sert aussi de l'emballage pour tromper les fumeurs en employant des termes fallacieux comme « légères », « ultra légères » ou « à faible teneur en goudrons » – qualificatifs qui ne correspondent en fait à aucune diminution du risque pour la santé.<sup>11</sup>

Les mises en garde sanitaires sur les emballages des produits du tabac sensibilisent les fumeurs au risque auquel ils s'exposent.<sup>83</sup> Les photographies montrant sans complaisance la maladie et autres images négatives ont plus de poids que les mots seuls et sont indispensables pour s'adresser aux très nombreux analphabètes dans le monde. Il apparaît en Australie,<sup>88</sup> en Belgique, au Brésil,<sup>89</sup> au Canada,<sup>90</sup> en Thaïlande et dans d'autres pays encore<sup>83</sup> que les mises en garde sanitaires percutantes sur les paquets de tabac, en particulier les illustrations, sont une source

d'informations importante pour les jeunes fumeurs et pour les habitants des pays où le taux d'alphabétisation est faible. Les images aident aussi à faire passer le message aux enfants, surtout aux enfants de fumeurs, qui sont le plus susceptibles de commencer à fumer.

Certains pays exigent déjà des mises en garde sur les paquets, mais les prescriptions varient énormément. Beaucoup de pays n'exigent aucune mise en garde. Pour être efficaces, ces avertissements doivent être de grande dimension, clairs et lisibles et se présenter à la fois sous la forme de textes et d'images. Ils doivent couvrir au moins la moitié des faces principales du paquet et décrire de la façon prescrite les effets nocifs du tabagisme sur la santé et les maladies spécifiques qu'il cause. Les mises en garde écrites doivent être rédigées dans les langues principales du pays ; les couleurs, les fonds, les polices et la taille des caractères utilisés doivent être spécifiés pour que les mises en garde soient le plus visibles et le plus facilement compréhensibles possible. Les mises en garde doivent figurer sur chaque paquet, sous toutes les formes de conditionnement extérieur ainsi que sur les présentoirs publicitaires et être utilisées tour à tour afin de garder leur intérêt. En 2005, la Commission européenne a approuvé<sup>42</sup> photos et images en couleurs destinées à être utilisées par roulement comme mises en



**Battons-nous pour informer sur le tabac**

garde sanitaires par les Etats Membres de l'Union européenne.

Des politiques rendant obligatoires les mises en garde sanitaires sur les paquets de tabac

ne coûtent rien à l'Etat. Les mises en garde illustrées emportent l'adhésion d'une écrasante majorité du public et rencontrent généralement peu de résistance, sauf de la part de l'industrie du tabac elle-même. Les mises en garde

importantes incitent les fumeurs à arrêter de fumer et les jeunes à ne pas commencer et aident à faire accepter du public d'autres mesures antitabac comme la création d'espaces non-fumeurs.

## LES FUMEURS APPROUVENT LES MISES EN GARDE ILLUSTRÉES

### Impact des mises en garde illustrées sur les fumeurs au Brésil



Source : Datafolha Instituto de Pesquisas. 76 % são a favor que embalagens de cigarros tragam imagens que ilustram Males provocados pelo fumo ; 67 % dos fumantes que viram as imagens afirmam terem sentido vontade de parar de fumar. Opinião pública, 2002 ([http://datafolha.folha.uol.com.br/po/fumo\\_21042002.shtml](http://datafolha.folha.uol.com.br/po/fumo_21042002.shtml), consulté le 6 décembre 2007).

**On a l'habitude dans le monde de considérer la loi comme un instrument de justice, mais pas comme un instrument de santé. ... Il est temps de mobiliser les moyens juridiques au service de la santé et de la justice mondiales.**

Rapport de l'OMS Towards health with justice, 2002

# Faire respecter l'interdiction de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage

## Le marketing du tabac contribue beaucoup à la morbidité et à la mortalité

Il faut beaucoup d'astuce pour vendre un produit qui tue jusqu'à la moitié de ses consommateurs. Les fabricants de tabac comptent parmi les meilleurs professionnels du marketing au monde et déploient de plus en plus d'efforts pour contourner les interdictions de la publicité, de la promotion et du parrainage destinées à faire baisser la consommation de tabac.

L'industrie du tabac prétend que ses activités de publicité et de promotion n'ont pas pour but d'augmenter les ventes ou d'attirer de nouveaux consommateurs, mais simplement de répartir autrement le marché parmi les consommateurs existants.<sup>91</sup> Cela est faux. Le marketing et la promotion accroissent les ventes de tabac et contribuent donc à tuer davantage de personnes en encourageant

les fumeurs à fumer davantage et en les dissuadant d'arrêter. Le marketing incite également les consommateurs potentiels, surtout les jeunes, à essayer la cigarette et à devenir des clients à long terme.<sup>92</sup> La publicité qui vise les jeunes et des sous groupes de population bien déterminés est particulièrement efficace.<sup>93,94</sup>

Le marketing crée d'autres obstacles à la lutte antitabac. La publicité à grande échelle « banalise » le tabac en le présentant comme un produit de consommation qui n'est pas différent des autres, de sorte que les gens perçoivent mal les dangers du tabagisme. Le marketing associe de façon trompeuse le tabac à des qualités souhaitables comme la jeunesse, l'énergie, la séduction et le sex-appeal. Il renforce également l'influence de l'industrie du tabac sur les médias et dans le monde des sports et des divertissements, puisqu'elle dépense chaque année des milliards de dollars pour la publicité, la promotion et le parrainage.

## Une arme puissante pour protéger la population

L'industrie du tabac est très hostile à l'interdiction du marketing car elle contribue beaucoup à réduire la consommation de tabac ; l'industrie mènera une campagne énergique contre les restrictions même les plus minimales. D'après les études effectuées au niveau national avant et après l'interdiction de la publicité, la baisse de la consommation de tabac peut atteindre 16 %.<sup>95,96,97,98</sup> L'interdiction de la publicité réduit la consommation de tabac chez les personnes de tous revenus et de tous niveaux d'instruction.<sup>99</sup>

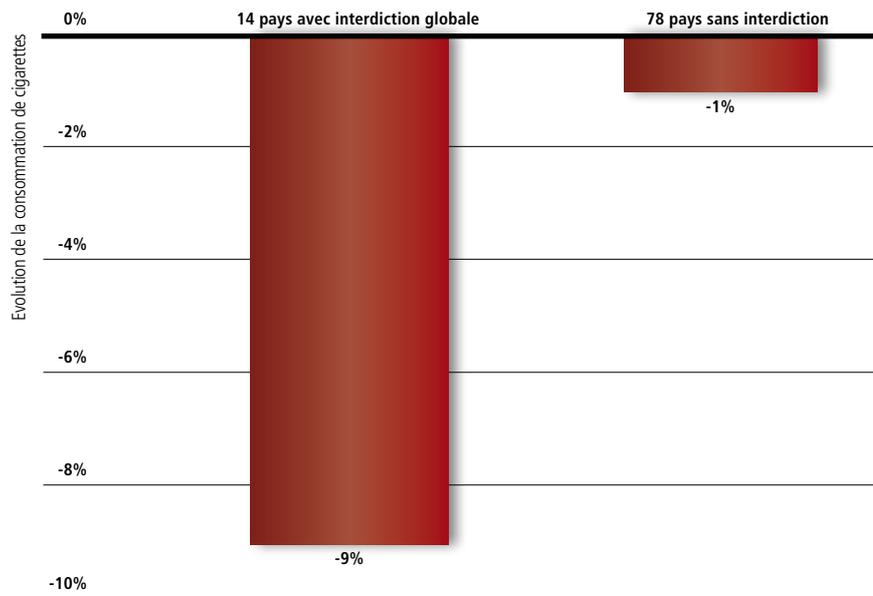
Les gouvernements qui interdisent le marketing doivent savoir que des secteurs d'activité autres que l'industrie du tabac tirent profit de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage. Les médias, les importateurs et les détaillants de tabac ainsi



**Les leaders peuvent bâtir des communautés saines**

## L'INTERDICTION GLOBALE DE LA PUBLICITE AMPLIFIE L'EFFET DES AUTRES INTERVENTIONS

Evolution moyenne de la consommation de cigarettes 10 ans  
après l'interdiction de la publicité dans deux groupes de pays.



Source : Saffer H. Tobacco advertising and promotion. In: Jha P, Chaloupka FJ, eds. *Tobacco control in developing countries*. Oxford, Oxford University Press, 2000.

**Si les sports sont de loin le meilleur créneau pour attirer, sonder et influencer les principaux fumeurs que nous visons, ce n'est pas le seul. Les films et les vidéos internationaux plaisent aussi énormément aux jeunes adultes consommateurs en Asie.**

Document à usage interne de Philip Morris (1990)

que les secteurs du sport et des divertissements se substitueront à l'industrie du tabac pour combattre l'interdiction du marketing et les autres politiques antitabac dans la crainte de perdre leur clientèle ou les recettes de la publicité, de la promotion et du parrainage.

## Une interdiction globale et une pleine application sont indispensables

L'interdiction du marketing et de la promotion est une arme puissante contre l'épidémie de tabagisme. Les fabricants de tabac savent que la plupart des gens ne commencent pas à fumer après avoir atteint l'âge adulte et être devenus capables de prendre des décisions éclairées.<sup>34,35,36,37</sup> L'industrie conçoit des campagnes publicitaires montrant des jeunes que le tabac accompagne dans les plaisirs de la vie afin d'attirer de nouveaux consommateurs qui seront ensuite dépendants à vie.

Pour être efficace, l'interdiction doit être complète et s'appliquer à toutes les formes de marketing et de promotion.<sup>66,91</sup> Si seule la publicité à la télévision et à la radio est proscrite, l'industrie du tabac investira dans d'autres supports publicitaires comme les journaux, les magazines, les panneaux d'affichage et Internet. Si toute la publicité conventionnelle est prohibée, l'industrie consacrera son budget publicitaire au parrainage d'événements qui attirent les jeunes tels que les courses, les compétitions sportives et les festivals de musique.

Parmi les autres méthodes de marketing employées par l'industrie du tabac, on peut citer les rabais sur la vente au détail et la distribution gratuite ou à prix réduit lors d'événements ou par courrier. Autres activités de promotion : les logos de produits du tabac figurant sur des vêtements et d'autres articles, l'association de marques de tabac à celles d'autres produits de consommation ou à des personnes célèbres et l'apparition de marques de tabac au cinéma et à la télévision. Une interdiction globale doit proscrire toutes ces activités.

Les interdictions partielles ne couvrent généralement pas les formes indirectes ou

alternatives de marketing et de promotion comme le parrainage d'événements qui attirent tout particulièrement les jeunes.<sup>100,101</sup> Les interdictions partielles laissent la possibilité à l'industrie de faire du marketing auprès des jeunes qui n'ont pas encore commencé à fumer et des fumeurs adultes qui veulent arrêter.

## Appliquer des interdictions efficaces

Les responsables politiques doivent annoncer l'interdiction de la publicité, de la promotion et du parrainage bien avant qu'elle n'entre en vigueur afin que les médias et les autres secteurs d'activité aient le temps de trouver de nouveaux annonceurs et sponsors. Pour diminuer la consommation de tabac – et pour être juste envers l'ensemble des médias – l'interdiction doit être complète. L'interdiction globale du marketing doit être périodiquement revue pour tenir compte des nouvelles tactiques de l'industrie et des nouveaux moyens de communication. Il est possible aussi de réduire la publicité en ne laissant pas aux sociétés la possibilité d'inscrire les frais de marketing et de promotion au compte des dépenses professionnelles déductibles des impôts.

Les interdictions s'appliquant aux médias internationaux sont souvent rejetées

sous prétexte qu'elles sont irréalistes, or de nombreux pays publient des éditions nationales de journaux et de magazines internationaux qui respectent les lois des pays dans lesquels ils sont implantés. Sur Internet, les serveurs locaux peuvent bloquer les publicités indésirables provenant de sites Web situés dans d'autres pays. Les transmissions satellite internationales peuvent être filtrées au moment de la réception de la liaison descendante avant d'être diffusées dans un pays. Des interdictions internationales sont également possibles quand des pays aux cultures proches interdisent simultanément le marketing du tabac.

L'industrie du tabac soutient souvent qu'il n'est pas nécessaire d'interdire à proprement parler la publicité, la promotion et le parrainage et que les codes de déontologie librement consentis et l'autoréglementation sont suffisants. Mais bien souvent, l'industrie du tabac enfreint les règles qu'elle a elle-même édictées car elles n'ont pas force de loi.<sup>102,103</sup> L'industrie prétend également que les interdictions restreignent son droit à la liberté de parole, y compris celui de promouvoir un produit licite. Ces arguments peuvent être réfutés en faisant valoir que le tabac nuit à la santé et à l'économie, que l'industrie cherche à attirer les enfants et que le droit de vivre sans dépendance prime les intérêts financiers de l'industrie du tabac.



**La promesse d'un avenir sain**

# Augmenter les taxes sur le tabac

## Taxes : le meilleur moyen de diminuer la consommation de tabac

Le meilleur moyen de diminuer la consommation de tabac et d'inciter les fumeurs à arrêter de fumer est d'augmenter le prix du tabac en majorant les taxes.<sup>66</sup> Une hausse de 70 % du prix du tabac pourrait éviter jusqu'à un quart des décès liés au tabagisme dans le monde.<sup>104</sup> L'augmentation des taxes a aussi pour avantage direct d'accroître les recettes publiques, qui peuvent être utilisées pour la lutte antitabac et pour d'autres programmes sanitaires et sociaux importants.

Depuis des siècles, l'Etat prélève des taxes sur le tabac. Elles sont bien acceptées du public et des dirigeants politiques parce que le tabac n'est pas un bien essentiel et que le mode d'imposition est simple. Les taxes sur le tabac sont probablement la forme d'impôt la plus facilement acceptée, même par les

pauvres, car la plupart des gens savent que le tabac est nocif. En fait, la majoration des taxes sur le tabac est souvent la seule hausse d'impôt qui recueille l'adhésion de la majorité du public. Elle est prônée par les non-fumeurs, qui représentent encore la majorité des électeurs dans la plupart des pays, et les fumeurs y sont eux aussi de plus en plus favorables. Elle est encore mieux perçue quand les recettes fiscales sont allouées à la lutte antitabac et à d'autres programmes sanitaires et sociaux.<sup>104</sup>

## L'augmentation des taxes accroît les recettes publiques

Contrairement à ce que dit la propagande de l'industrie du tabac, l'augmentation des taxes sur le tabac ne diminue pas les recettes publiques.<sup>105</sup> Une hausse de 10 % des taxes sur le tabac entraîne généralement une diminution de 4 % de la consommation



**Les modèles utilisés dans la préparation de ce rapport indiquent qu'une majoration de la fiscalité ayant pour effet de relever de 10 % le prix réel des cigarettes dans le monde entier ... préviendrait au moins 10 millions de décès dus au tabac.**

Banque mondiale : Maîtriser l'épidémie (1999)

de tabac dans les pays à haut revenu et d'environ 8 % dans les pays à revenu faible ou intermédiaire et augmente le revenu des taxes sur le tabac de près de 7 %.<sup>104,105,106</sup> Même si l'impact des taxes est légèrement plus important dans les pays à revenu faible ou intermédiaire,<sup>97</sup> on n'a jamais constaté de diminution des recettes publiques. En Afrique du Sud, par exemple, chaque majoration de 10 % de la taxe sur les cigarettes s'est accompagnée d'une hausse d'environ 6 % du revenu de la taxe sur ce produit, de sorte qu'entre 1994 et 2001, il a plus que doublé.<sup>107</sup>

### L'augmentation des taxes aide les jeunes et les pauvres

L'augmentation des taxes est particulièrement importante pour dissuader les jeunes et les pauvres de consommer du tabac et ce sont eux qui profitent le plus d'une diminution de la consommation. Ces catégories socio-économiques sont beaucoup plus sensibles au prix des biens. La hausse du prix du tabac aide à les convaincre d'arrêter de fumer ou de ne pas commencer à fumer.

En Afrique du Sud, par exemple, les taxes sur le tabac ont augmenté de 250 % pendant les années 1990, pour représenter un peu moins de la moitié du prix de détail. La consommation de cigarettes a diminué de 5 % à 7 % pour chaque augmentation de 10 % du prix des cigarettes ; la consommation a fortement baissé, surtout chez les jeunes et les pauvres.<sup>107</sup>

Les représentants de l'industrie du tabac et d'autres prétendent que la majoration des taxes sur le tabac nuit aux pauvres. En réalité, elle augmente les recettes publiques, qui sont souvent utilisées pour financer des programmes sociaux. Une partie des nouvelles recettes fiscales peut être utilisée pour financer des campagnes de publicité antitabac ainsi que des services d'aide aux fumeurs qui veulent arrêter de fumer.

De plus, l'augmentation des taxes aide les pauvres à renoncer au tabac et leur permet de consacrer les économies ainsi réalisées à des biens essentiels comme la nourriture, le logement, l'éducation et les soins de santé. En réduisant la consommation de tabac, la hausse des taxes aide les familles pauvres

à sortir de la pauvreté et à ne pas redevenir pauvres. En outre, la productivité et la capacité de gain s'accroissent quand la morbidité liée au tabagisme recule.

### La majoration des taxes n'encourage pas la contrebande

Contrairement à ce que prétend l'industrie du tabac, une majoration des taxes n'entraîne pas automatiquement une recrudescence de la contrebande. Pendant des années, l'Espagne a moins taxé le tabac que la plupart des autres pays européens, et pourtant la contrebande y était plus fréquente, principalement en raison du laxisme fiscal et de l'existence de réseaux criminels actifs. Quand l'Espagne a augmenté les taxes sur le tabac et mieux fait respecter la loi à la fin des années 1990, la contrebande a diminué de façon spectaculaire tandis que le revenu des taxes sur ce produit a grimpé de 25 %.<sup>108</sup>

On peut réduire la contrebande en apposant de façon bien visible des timbres fiscaux sur chaque paquet destiné à être vendu au détail. Une plus grande sécurité aux frontières, des mesures contre le blanchiment d'argent, une répression sévère et la bonne tenue des registres par les services publics aident aussi à combattre la contrebande. Le coût d'une

application rigoureuse de la loi ne représente qu'une fraction des recettes supplémentaires résultant de la hausse des taxes sur le tabac.

L'action mondiale contre la contrebande de tabac s'intensifie. Les Parties à la Convention-cadre sont en train de négocier et de rédiger un nouveau protocole juridiquement contraignant sur le commerce illicite qui permettra de combattre la contrebande et la contrefaçon dans le cadre de l'action menée au niveau mondial pour enrayer l'épidémie de tabagisme. Ce protocole devrait nettement améliorer la coordination nécessaire au niveau international pour s'attaquer à cet important problème.

### Politiques fiscales efficaces

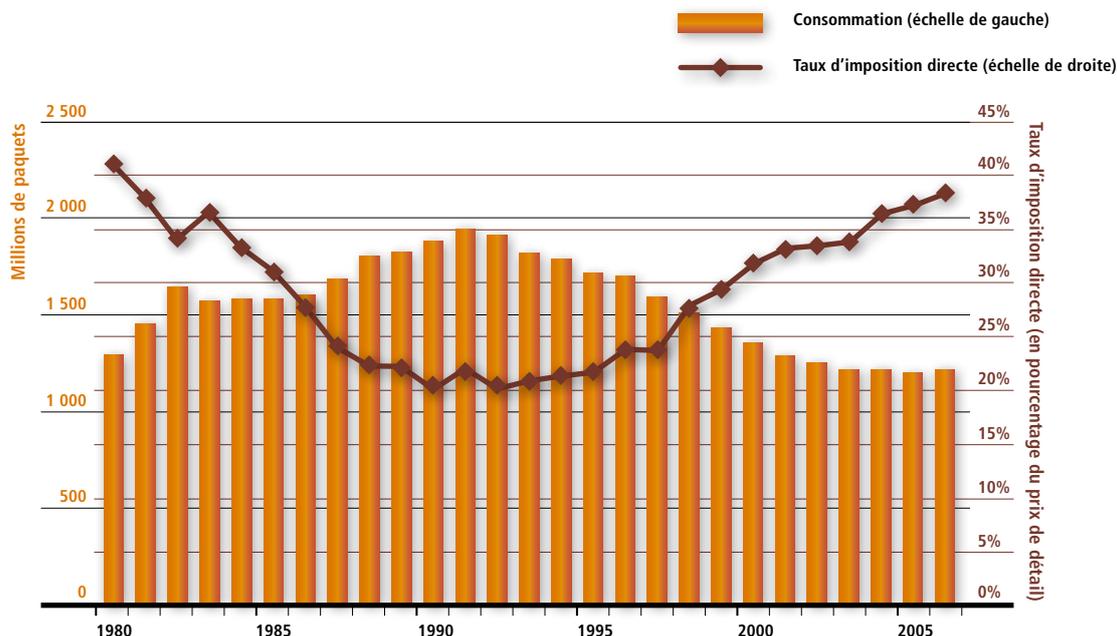
Il existe de nombreux types de taxes sur le tabac, mais la plus efficace est généralement une taxe directe d'un montant précis prélevée sur une quantité donnée de tabac, par exemple une taxe par paquet ou cartouche de cigarettes. Il ne faut pas confondre les taxes directes avec les taxes sur les ventes ou sur la valeur ajoutée qui s'appliquent à toutes les marchandises, ni avec l'impôt sur les bénéfices des sociétés, auquel toutes les entreprises sont soumises. En fixant une taxe d'un montant précis par unité de produit du tabac, les pouvoirs publics peuvent éviter la manipulation du taux d'imposition.



**Applaudissons les dirigeants qui protègent notre santé**

## LES TAXES SUR LE TABAC REDUISENT LA CONSOMMATION

### Relation entre la consommation de cigarettes et le taux d'imposition directe en Afrique du Sud



Source : van Walbeek C. *Tobacco excise taxation in South Africa: tools for advancing tobacco control in the XXIst century: success stories and lessons learned*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003. Informations supplémentaires obtenues par communication personnelle avec C. van Walbeek. ([http://www.who.int/tobacco/training/success\\_stories/en/best\\_practices\\_south\\_africa\\_taxation.pdf](http://www.who.int/tobacco/training/success_stories/en/best_practices_south_africa_taxation.pdf), consulté le 6 décembre 2007).

Les taxes directes doivent être simples et faciles à appliquer par les pays et régulièrement ajustées sur l'inflation et le pouvoir d'achat des consommateurs afin de rester dissuasives. Elles doivent de préférence être appliquées au niveau du fabricant et certifiées par un timbre plutôt que prélevées

au niveau du grossiste ou du détaillant, afin de limiter la charge administrative pour ces entreprises plus modestes et de réduire le plus possible le risque de fraude fiscale. Le même type de taxe directe d'un montant donné doit s'appliquer aux cigarettes importées.

Tous les produits du tabac doivent être taxés de la même façon. Les taxes sur les produits bon marché doivent être équivalentes à celles appliquées aux produits plus lourdement imposés comme les cigarettes pour éviter que les premiers ne se substituent aux seconds.

## RESUME

Les politiques MPOWER ne sont pas complexes. Elles font appel au bon sens, leur efficacité est prouvée et elles sont à la portée des gouvernements. Si tous les pays

appliquaient ces six politiques dans leur globalité, elles transformeraient la santé publique. Pourtant, aucun ne les applique encore toutes et très peu sont même en

passé de le faire. Les Etats Membres ont encore beaucoup à faire pour protéger efficacement leur population contre l'épidémie de tabagisme.

**Vous devez être le changement que vous voulez voir en ce monde.**

Mahatma Gandhi (1869-1948)

# Le point sur la lutte antitabac dans le monde

## On commence seulement à appliquer des mesures efficaces

Une action mondiale pour appliquer les politiques efficaces du programme MPOWER peut changer le cours de l'épidémie de tabagisme et aider les pays à protéger la santé de leur population en s'appuyant sur l'engagement qu'ils ont pris dans la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Afin de servir de repère pour mesurer les progrès accomplis dans la lutte antitabac au niveau mondial, le *Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme, 2008* fait le point sur la lutte antitabac dans les Etats Membres aujourd'hui. Il montre ce que les gouvernements ont déjà réalisé et tout ce qu'il reste à faire.

L'OMS a recueilli des informations auprès de tous les Etats Membres sur les six politiques MPOWER en examinant les rapports de pays, en analysant des documents originaux

(lois et réglementations, par exemple) et en consultant officiellement des spécialistes basés dans les pays sur l'application des dispositions. Pour ce premier rapport, elle disposait d'au moins quelques données pour 179 Etats Membres et un territoire, représentant au total 99 % de la population mondiale. Rien n'a été négligé pour obtenir des données valables et comparables, mais c'est le premier bilan de la sorte pour l'ensemble du monde ; les rapports suivants combleront les lacunes et remédieront aux incohérences.

La principale conclusion de cette toute première évaluation systématique à l'échelle mondiale est que presque tous les pays doivent faire bien plus d'efforts pour endiguer l'épidémie de tabagisme. Des progrès ont certes été accomplis ces dernières années, mais aucun gouvernement n'applique

entièrement toutes les interventions essentielles – surveillance, espaces non-fumeurs, traitement de la dépendance tabagique, mises en garde sanitaires sur les paquets, interdiction de la publicité, de la promotion et du parrainage, et taxes sur le tabac. Si les défis à relever sont nombreux, la possibilité s'offre aussi aux dirigeants des pays de mettre un terme à l'une des crises sanitaires les plus graves des temps modernes.

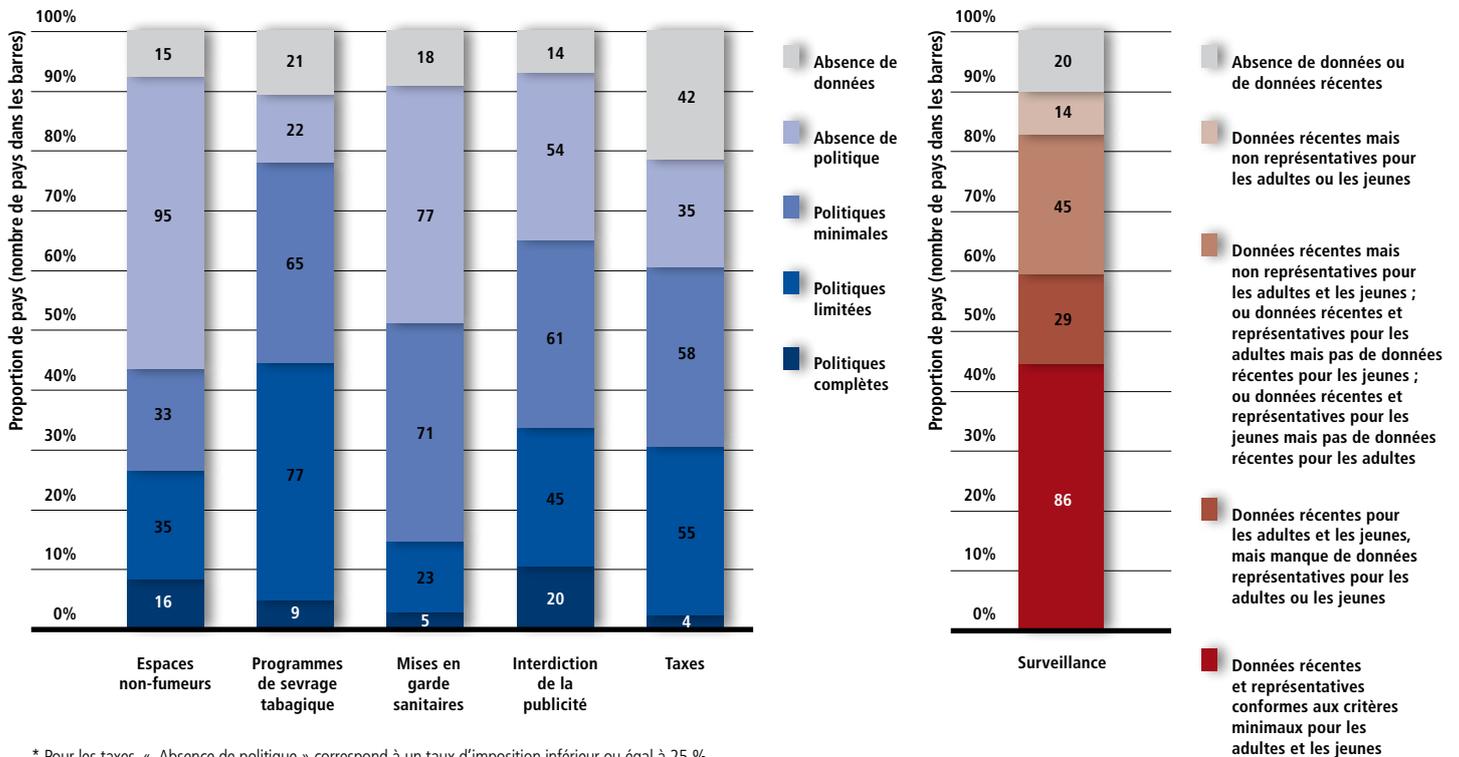
---

Dans toute la présente section, les chiffres indiquant le pourcentage de la population mondiale couverte par une politique donnée sont extrapolés à partir de la population de l'échantillon de pays pour lesquels on a obtenu une réponse à cette question.



**Imaginons un monde sans tabac**

## LE POINT SUR LES POLITIQUES ANTITABAC DANS LE MONDE



\* Pour les taxes, « Absence de politique » correspond à un taux d'imposition inférieur ou égal à 25 %.  
 Pour les espaces non-fumeurs, « Absence de politique » signifie l'absence de législation interdisant de fumer ou l'absence de législation interdisant de fumer dans les établissements de santé ou d'enseignement.

**L'industrie du tabac s'est toujours efforcée de dissimuler les informations qui concernent les effets nocifs du tabac sur la santé, d'utiliser l'attrait de son énorme budget publicitaire pour empêcher les revues destinées au grand public de publier des articles sur les effets nocifs du tabac et de recourir à d'autres méthodes pour diminuer la quantité d'informations auxquelles les fumeurs pourraient avoir accès.**

Organisation mondiale de la Santé : Rapport sur la santé dans le monde, 1999

## Plus de la moitié des pays n'ont pas de données minimales de surveillance

La surveillance fournit les données essentielles dont les pouvoirs publics ont besoin pour lutter contre l'épidémie de tabagisme. Une surveillance exhaustive porte à la fois sur la consommation de tabac et sur les attitudes et les connaissances du public concernant le tabac, et elle permet aux pouvoirs publics de connaître l'étendue et la nature de l'épidémie, les groupes sur lesquels axer des interventions spécifiques, et l'impact des différentes politiques en vue, au besoin, de les améliorer. Pour ce premier rapport, l'OMS a évalué les activités de surveillance menées au niveau des pays sous la forme d'enquêtes sur le tabagisme chez les jeunes et les adultes.

Seuls 86 des 193 Etats Membres ont des données récentes et représentatives au niveau national pour les adultes et les jeunes. Plus de la moitié de la population mondiale vit dans des zones pour lesquelles on ne dispose même pas d'un minimum d'informations récentes sur la consommation de tabac. Les systèmes de surveillance sont particulièrement défectueux dans les pays à revenu faible ou intermédiaire ; les

pays à revenu élevé sont plus nombreux à rassembler ne serait-ce qu'un minimum de données de surveillance (73 % des pays) que les pays à revenu intermédiaire (43 %) ou faible (24 %). La surveillance de base n'est pourtant pas forcément coûteuse et est à la portée de presque tous les pays.

Dans 44 des 127 pays dans lesquels des enquêtes représentatives ont été effectuées dernièrement chez les adultes, les données ont été recueillies selon des méthodes d'enquête internationales comme l'enquête sur la santé dans le monde ou l'approche par étapes de la surveillance mise au point par l'OMS (STEPS).<sup>109</sup> Sur ces 127 pays, 25 ont des données infranationales et 68 des données nationales obtenues dans le cadre de l'enquête mondiale sur le tabagisme chez les jeunes. Par conséquent, un cinquième des 86 Etats Membres disposant de données récentes et représentatives au niveau national pour les adultes et les jeunes ont recueilli leurs propres données sans appui international d'aucune sorte.

Une surveillance bien plus exhaustive s'impose, surtout pour les 108 pays n'ayant aucune donnée ou ayant seulement des données anciennes qui ne sont pas

représentatives au niveau national. Les initiatives comme l'enquête sur le tabagisme chez les adultes dans le monde, l'enquête mondiale sur le tabagisme chez les jeunes et l'approche STEPS de l'OMS sont cruciales pour développer les moyens de surveillance du tabagisme dans la plupart des pays.

## Seuls 5 % de la population mondiale sont couverts par des lois non-fumeurs complètes

Les environnements sans tabac sont cruciaux pour protéger la santé des fumeurs et des non-fumeurs et pour affirmer clairement que la société ne tolère pas que l'on fume dans les lieux publics. Les lois interdisant de fumer protègent les travailleurs des substances chimiques cancérigènes qui modifient la façon dont le sang coagule et afflue vers le cœur, et elles incitent fortement les fumeurs à renoncer au tabac. Seuls des lieux entièrement non-fumeurs, sans zone fumeur dans les bâtiments et où l'interdiction de fumer est bien respectée, peuvent protéger les travailleurs et le public et inciter les fumeurs à arrêter de fumer. Les exceptions rendent la loi difficile à appliquer et lui ôtent son efficacité.



**La solution : MPOWER !**

Un nombre croissant de pays adoptent une législation créant des espaces non-fumeurs, mais l'écrasante majorité des pays n'ont pas de loi interdisant de fumer dans les lieux publics, n'ont qu'une loi très limitée ou qu'ils appliquent mal.

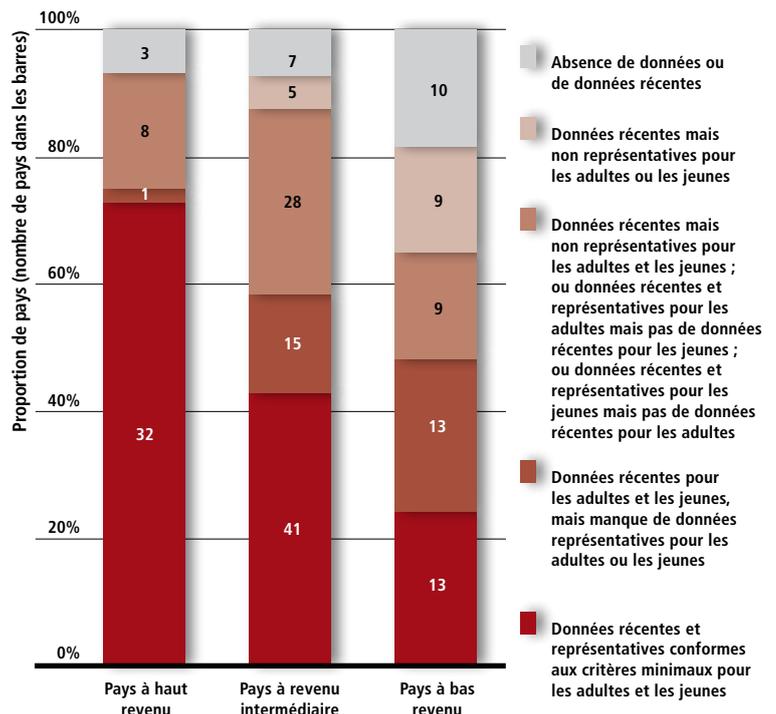
Alors que la protection des enfants et des malades devrait être une priorité dans tous les pays, 74 d'entre eux (plus de 40 % des 179 pays et un territoire ayant communiqué des informations sur les lois non-fumeurs) autorisent encore à fumer dans les établissements de santé, et ils sont à peu près autant à autoriser de fumer dans les écoles. Résultat : près de la moitié de la population mondiale vit dans des pays où l'Etat ne protège pas les habitants contre le tabagisme passif dans les hôpitaux et 40 % environ des pays ne protègent pas les enfants contre le tabagisme passif dans les écoles. Au total, 80 pays n'interdisent pas de fumer dans les écoles ou les hôpitaux, ou les deux, négligeant ainsi de protéger les écoliers et les malades.

Dans plus de la moitié des pays, qui représentent près des deux tiers de la population mondiale, la cigarette est autorisée dans les services publics, les lieux de travail et autres lieux intérieurs. Ainsi,

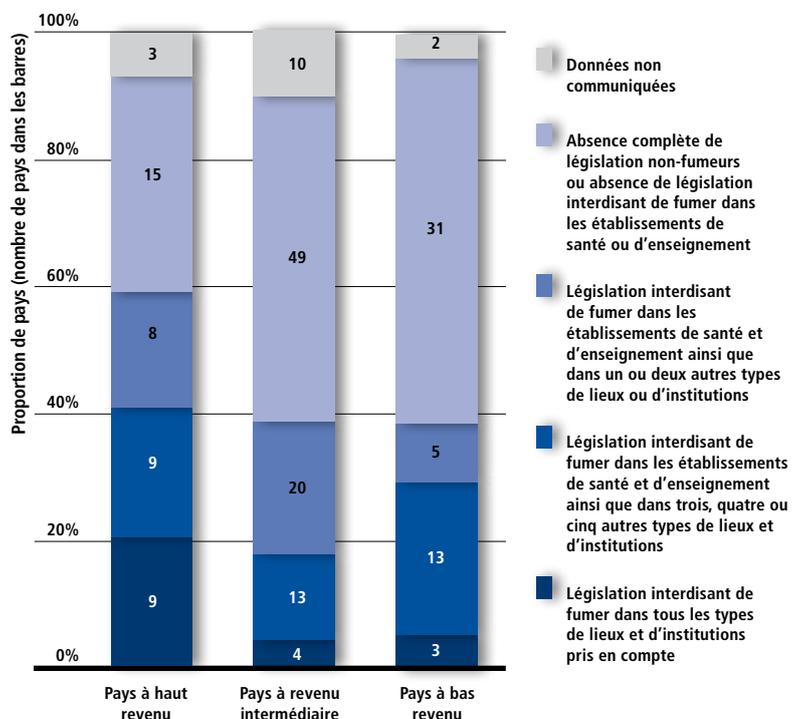
**Sur le marché mondial, il y a des zones de forte croissance, notamment en Asie et en Afrique. ... C'est une perspective encourageante.**

Document à usage interne de British American Tobacco (1990)

## DONNEES DE SURVEILLANCE



## LEGISLATION NON-FUMEURS



la plupart des employés de bureau dans le monde sont obligés de respirer la fumée des autres. Dans seulement 24 (13 %) des 179 pays et un territoire, les employés des restaurants sont protégés contre la fumée du tabac ; alors que n'importe quel pays peut appliquer des lois non-fumeurs, la proportion de pays à haut revenu où il est interdit de fumer dans les restaurants (12 sur 41, soit 29 %) est plus de trois fois supérieure à la proportion de pays (et un territoire) à revenu faible ou intermédiaire qui appliquent des mesures similaires (12 sur 139, soit 9 %). Les enquêtes réalisées dans les pays et régions où il est interdit de fumer dans les restaurants et les débits de boissons révèlent invariablement que ces lois sont extrêmement bien perçues et que la grande majorité des gens ne regrettent pas l'époque des restaurants et des bars enfumés.

Alors que tous les pays auraient les moyens de protéger le droit des non-fumeurs de respirer un air pur, seuls 16 pays, qui ne représentent pas plus de 5 % de la population mondiale, ont adopté des lois interdisant de fumer dans tous les établissements pris en compte ici. L'application des lois non-fumeurs, appréciée par un groupe de cinq experts indépendants dans chaque

pays, est presque partout médiocre. Les interdictions prétendument globales, mais mal appliquées, ne protègent pas contre le tabagisme passif. Quant aux interdictions minimales, même bien appliquées, elles n'offrent pas non plus de réelle protection.

Seulement un tiers des pays qui déclarent avoir des lois non-fumeurs limitées ou complètes peuvent se prévaloir d'une application ne serait-ce que limitée (note supérieure ou égale à 3 sur 10). Seuls quatre pays obtiennent une note supérieure ou égale à 8 (sur un maximum de 10) et seulement deux pays, l'Uruguay et la Nouvelle-Zélande, ont des lois non-fumeurs complètes et obtiennent une note égale ou supérieure à 8 pour leur application. Beaucoup de pays ayant créé des espaces 100 % non-fumeurs sont situés en Europe ; pour le présent rapport, on ne disposait d'aucune évaluation indépendante de l'application des lois non-fumeurs en Europe. D'autres pays, dont l'Ouganda et le Niger, ont promulgué des lois non-fumeurs complètes, mais bien souvent, leur application pose des difficultés.

Certains pays ont fait de grands progrès dans la protection de la population contre le tabagisme passif. En mars 2004, l'Irlande

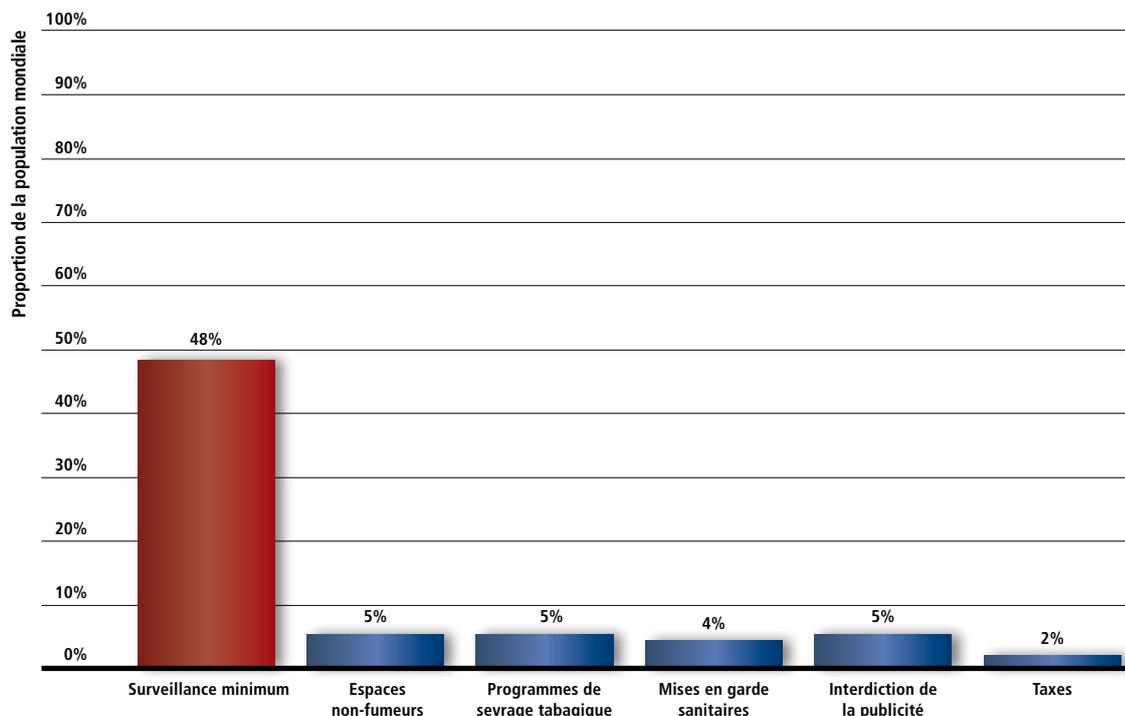
est devenu le premier pays au monde à interdire de fumer sur les lieux de travail et dans les lieux publics intérieurs, y compris les restaurants, les bars et les pubs. Dans les trois mois qui ont suivi, une loi non-fumeurs est entrée en vigueur en Norvège. Depuis lors, de nombreux pays, dont l'Italie et l'Uruguay, et bien des villes dans le monde ont suivi leur exemple. Au Canada, en Australie et aux Etats Unis, une loi fédérale ou locale protège la plupart des habitants.

Si l'exemple de l'Uruguay et d'autres pays montre que n'importe quel pays ou circonscription peut, indépendamment de ses ressources, promulguer et appliquer l'interdiction complète de fumer, seule une faible proportion de la population mondiale est aujourd'hui véritablement protégée contre les dangers du tabagisme passif. La plupart des pays densément peuplés qui comptent beaucoup de fumeurs n'imposent pas de réelles restrictions au tabagisme dans les lieux publics. Pour prévenir la morbidité et la mortalité chez les travailleurs et dans la population en général, les pouvoirs publics doivent mieux appliquer les lois non-fumeurs existantes, promulguer et appliquer des lois complètes qui protègent l'ensemble de la population contre le tabagisme passif.



**Le pouvoir est entre vos mains !**

## PROPORTION DE LA POPULATION MONDIALE COUVERTE PAR DES POLITIQUES ANTITABAC



Pour la définition des catégories supérieures indiquées ici, se reporter au graphique *Le point sur les politiques antitabac dans le monde* page 43.

**Si l'on ne progresse pas plus dans la lutte antitabac, c'est plus faute d'appliquer les stratégies éprouvées que parce qu'on ignore ce qu'il faut faire.**

David Satcher,  
ancien Directeur général de la Santé des Etats-Unis

## Peu de fumeurs reçoivent l'aide dont ils ont besoin pour arrêter de fumer

Beaucoup de fumeurs veulent renoncer au tabac pour rester en vie et protéger la santé de leur famille mais ils n'y parviennent pas à cause de leur dépendance à la nicotine. Dans leur grande majorité, les pays ne viennent pas en aide aux fumeurs qui veulent arrêter de fumer. Actuellement, seuls neuf Etats Membres sur les 173 qui ont fourni des informations proposent les services considérés comme les plus complets, c'est-à-dire offrant toute une gamme de thérapies et une aide financière au moins partielle. Ces pays représentent seulement 5 % de la population mondiale, ce qui signifie que les 95 % restants n'ont pas accès au traitement de la dépendance tabagique.

Il existe une vaste gamme de services pour renoncer au tabac, parmi lesquels les brefs conseils donnés systématiquement par les agents de santé, les lignes téléphoniques spéciales et les médicaments vendus au détail ou fournis directement par les programmes de soins ou de santé publique. Actuellement, 22 pays n'offrent aux consommateurs de tabac aucun service de base comme le conseil professionnel ou une pharmacothérapie. Dans 39 pays, il

est impossible de se procurer une thérapie de substitution à base de nicotine même pour ceux qui ont les moyens de payer. Les services téléphoniques d'aide au sevrage sont relativement peu coûteux et à la portée de nombreux pays, mais ils existent dans seulement 44 pays, où vivent moins des deux cinquièmes de la population mondiale.

Le Gouvernement britannique a mis en place au sein du service national de santé une antenne spécialisée (Stop Smoking Service) qui propose des conseils, un soutien et des médicaments aux fumeurs qui veulent arrêter de fumer. En 2004, le Service national de Santé a délivré quelque deux millions d'ordonnances prescrivant une thérapie de substitution à base de nicotine pour une valeur d'environ £44 millions (environ US \$90 millions au taux de change de 2007). Il est ressorti d'une étude que ces services d'aide aux fumeurs réduisent les inégalités sanitaires, entraînent des taux de sevrage à long terme d'environ 15 % au bout de 52 semaines (taux comparables aux résultats des essais cliniques) et sont à la fois efficaces et économiques.<sup>110</sup>

Au Brésil, l'Etat a commencé à financer l'aide au sevrage tabagique en 2004. Le traitement prévoit de brefs conseils par le personnel de santé et des produits pharmaceutiques

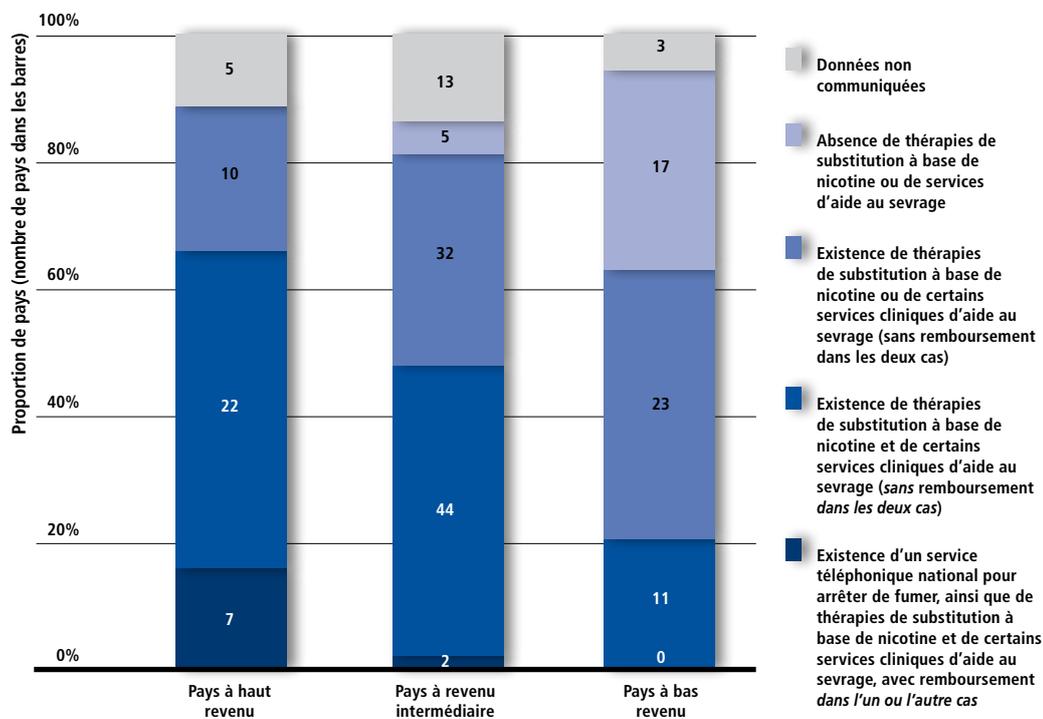
comme les timbres de nicotine et le bupropion, fournis gratuitement aux patients. Entre 2004 et 2006, 22 des 27 Etats brésiliens ont aidé quelque 50 000 fumeurs à renoncer au tabac, parmi lesquels 45 % environ ont pris des médicaments et 40 % environ n'avaient pas recommencé à fumer au bout de quatre semaines. Il existe également au Brésil un service téléphonique spécialisé relevant de l'Etat ; le numéro de téléphone est imprimé sur les mises en garde sanitaires figurant sur tous les produits du tabac et sur les publicités affichées aux points de vente.<sup>111</sup>

Compte tenu de l'immense charge de morbidité et de mortalité due au tabac et puisqu'il existe des traitements efficaces, l'aide au sevrage tabagique devrait faire partie des services de santé assurés par l'Etat. Certains types de traitement sont moins chers que d'autres, mais tous nécessitent des dépenses publiques, que certains pays peuvent avoir du mal à financer. La solution consiste en grande partie à intégrer l'aide au sevrage tabagique dans les programmes de santé existants. La hausse des taxes sur le tabac peut financer les traitements qui sauveront des vies et diminueront considérablement la charge de morbidité et de mortalité ainsi que les pertes économiques imputables à l'épidémie.



**Suivons le courant : adoptons une législation antitabac**

## TRAITEMENT DE LA DEPENDANCE TABAGIQUE



**Le tabagisme est à l'origine d'un décès sur 10 chez les adultes dans le monde.**

Organisation mondiale de la Santé,  
Rapport sur la santé dans le monde, 2002

## Peu de pays exigent des mises en garde complètes sur les paquets

Il est indispensable de mettre en garde contre les dangers du tabagisme et il y a de nombreuses façons de le faire. Ce premier rapport sur l'épidémie mondiale de tabagisme fait le point sur les prescriptions des pays concernant la taille et les caractéristiques des mises en garde sanitaires sur les paquets de tabac, lesquelles permettent aux pouvoirs publics de diffuser des informations sanitaires sans frais autres que les dépenses de contrôle. On a également passé en revue les mesures prises par les pouvoirs publics pour éviter les termes trompeurs et tendancieux (tels que « légères » et « à faible teneur en goudrons »). Les futurs rapports présenteront le bilan d'un ensemble plus vaste de mesures d'éducation sanitaire, y compris les campagnes de sensibilisation.

Les mises en garde figurant sur les paquets devraient couvrir au moins la moitié des faces du conditionnement, être illustrées et apparaître à tour de rôle. Le recours généralisé à des avertissements efficaces permettrait de diffuser un savoir important sur les dangers du tabagisme pour la santé et de battre en brèche les informations fallacieuses répandues par l'industrie du tabac.

Malheureusement, à l'échelle mondiale, les mises en garde sanitaires sont le plus souvent timides, voire absentes sur les paquets de tabac. Ainsi, le moyen le plus économique de sensibiliser consommateurs et consommateurs potentiels aux risques du tabagisme pour la santé est en grande partie inexploité. Sur les 176 pays qui ont fourni des informations au sujet des mises en garde sur les paquets, seuls 15, représentant 6 % de la population mondiale, exigent des mises en garde illustrées (couvrant au moins 30 % des faces principales) sur les paquets de cigarettes et d'autres produits du tabac, et seulement cinq, représentant 4 % de la population mondiale, respectent tous les critères s'appliquant à ces avertissements. Situés dans différentes régions et n'ayant pas les mêmes caractéristiques sociales ni le même niveau de revenu, ces pays montrent ce qu'il est possible et souhaitable de faire.

Soixante-dix-sept des pays qui ont fourni des informations n'exigent aucune mise en garde. Vingt-cinq exigent des mises en garde couvrant moins de 30 % des faces principales des paquets ; la plupart de ces avertissements sont très petits. Quarante-cinq autres pays exigent que les mises en garde couvrent 30 % des faces principales et seulement 29 qu'elles dépassent ces dimensions. Les mises en garde sont souvent rédigées en termes vagues rappelant que le tabac est mauvais pour la santé mais sans indiquer précisément les maladies qu'il

cause. Dans 66 pays seulement, la loi interdit que figurent sur le conditionnement des produits du tabac les termes trompeurs utilisés par les fabricants à des fins de marketing tels que « légères » et « à faible teneur en goudrons ». Plus de 40 % de la population mondiale vit dans des pays qui n'empêchent pas l'industrie du tabac d'utiliser ces formules et d'autres termes trompeurs et tendancieux.

Certains pays ont opté pour des avertissements efficaces. En Thaïlande, par exemple, une mise en garde sanitaire illustrée couvrant au moins 50 % des deux faces doit figurer sur tous les paquets de cigarettes. Bien que menacé de procès par un cigarettier, le Gouvernement a rendu obligatoires ces mises en garde percutantes qui montrent des dents cariées, des poumons encrassés et des bébés respirant la fumée du tabac.

Les pays peuvent facilement rendre leurs politiques plus efficaces en augmentant la taille des mises en garde, en employant des termes plus forts et en illustrant le message de photos. Les pays qui n'exigent pas de mises en garde effectives sur les paquets et qui n'interdisent pas l'emploi de termes trompeurs et tendancieux négligent d'offrir à leur population la forme la plus essentielle de protection contre une menace sanitaire grave : des informations exactes lui évitant d'être trompée par l'industrie du tabac.



**Soyons dans l'équipe gagnante**

## Peu de pays font respecter l'interdiction de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage

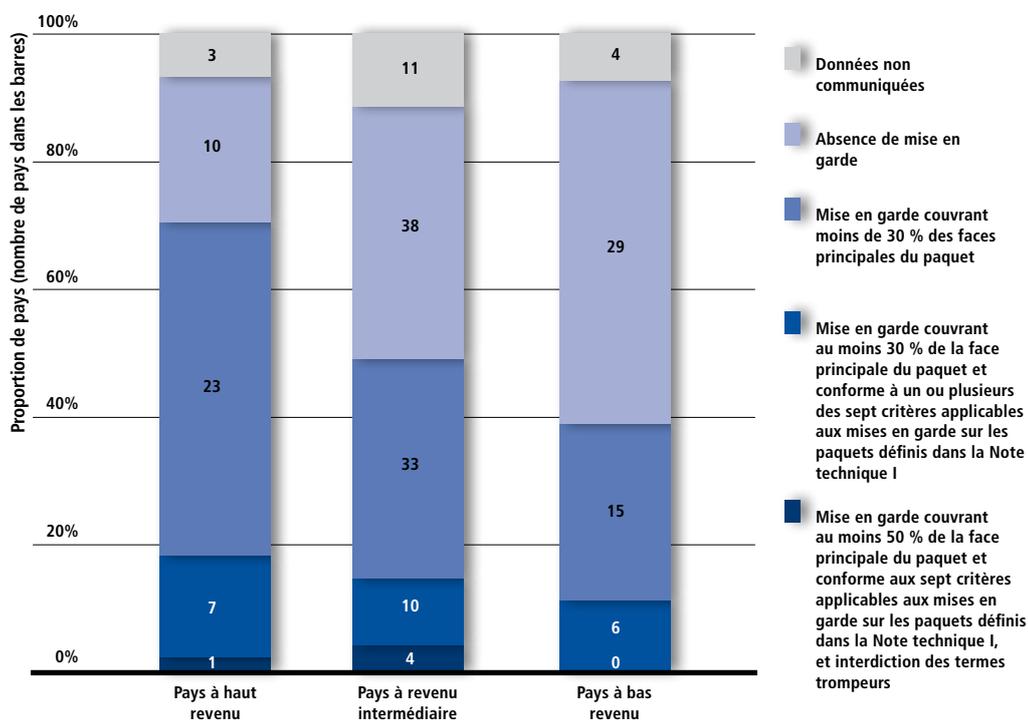
Pour survivre et prospérer, l'industrie mondiale du tabac doit maintenir ses clients dans la dépendance et attirer de nouveaux clients à qui vendre ses produits addictifs et mortels. Pour y parvenir, elle dépense chaque

année des dizaines de milliards de dollars en publicité, promotion et parrainage. L'un des meilleurs moyens pour les pays de protéger la santé de la population est d'interdire toutes les formes de publicité en faveur du tabac, de promotion et de parrainage, ce que font peu d'entre eux.

Ne représentant que 5 % de la population mondiale, seuls 20 des 179 pays (et un

territoire) qui ont répondu aux questions sur l'interdiction de la publicité, de la promotion et du parrainage ont instauré une interdiction globale. Dans 106 Etats Membres, l'interdiction de la publicité, de la promotion et du parrainage est minimale ou limitée, et 54 pays n'imposent de restriction d'aucune sorte. La proportion de pays ayant promulgué une interdiction complète, limitée ou minimale est en gros la même quelle

## MISES EN GARDE SANITAIRES



**Les images explicites, conjuguées aux mises en garde sanitaires et aux messages explicatifs, sont destinées à mieux sensibiliser les consommateurs aux effets du tabagisme sur la santé, à les inciter à cesser de fumer et à les dissuader de commencer ou de recommencer à fumer.**

Department of Health and Ageing, Australie (2004)

que soit leur richesse relative, ce qui montre clairement que n'importe quel pays est en mesure d'interdire la publicité, la promotion et le parrainage.

L'interdiction de la publicité dans les pays a été évaluée d'après leurs lois sur les activités promotionnelles de l'industrie du tabac et selon que ces lois s'appliquent au marketing direct ou indirect. Le marketing direct concerne toutes les formes de publicité. Le marketing indirect englobe les rabais, les distributions gratuites et le parrainage d'événements sportifs, de divertissements et de festivals.

Beaucoup de pays ont une législation qui interdit partiellement la publicité, la promotion et le parrainage, mais ne l'appliquent pas systématiquement. Sur les 58 pays où des experts ont déterminé dans quelle mesure tout type d'interdiction de la publicité directe était appliqué, 30 ont obtenu une note supérieure ou égale à 8 (sur une échelle de 0 à 10), et 17 ont obtenu la même note parmi les 53 pays où des experts ont apprécié l'application de tout type d'interdiction de la promotion indirecte. Même bien appliquées, les interdictions partielles ont un effet limité car les fabricants de tabac se contentent de réaffecter leurs dépenses dans d'autres circuits de marketing. Si la publicité à la télévision est interdite, ils font de la publicité dans les magazines et sur les panneaux d'affichage. Si ces formes de publicité sont proscrites, ils se rabattent sur le parrainage d'événements, les rabais et les distributions gratuites.

Deux tiers des pays qui ont communiqué des données sur l'interdiction du marketing direct

interdisent la publicité en faveur du tabac sur les chaînes de télévision locales. Bien que ce soit la restriction la plus courante, un tiers des pays déclarants autorisent encore la publicité à la télévision plus de 40 ans après que d'autres l'ont bannie pour la première fois. La publicité dans les magazines locaux et sur les panneaux d'affichage est prohibée dans seulement un peu plus de la moitié des pays. Moins de la moitié des pays interdisent d'autres formes de publicité. Près d'un tiers interdisent la publicité dans les points de vente de tabac. La publicité sur Internet est rarement réglementée ; seuls 26 pays déclarent interdire la publicité en ligne.

En ce qui concerne l'interdiction du marketing indirect, seuls 75 pays, représentant moins de la moitié de la population mondiale, interdisent la distribution gratuite de produits du tabac. L'une des mesures les moins courantes est l'interdiction des extensions de marque, c'est-à-dire l'utilisation de marques de tabac pour d'autres produits tels que les vêtements. Un tiers des pays seulement proscrivent les extensions de marques. Seuls 59 pays, environ un tiers de ceux qui ont fourni des données au sujet de cette politique, et représentant seulement un tiers de la population mondiale, interdisent les rabais sur le prix de détail, qui sont destinés à attirer les jeunes, plus sensibles aux prix, pour qu'ils deviennent dépendants.

Il reste encore beaucoup à faire, mais certains pays montrent la voie. Voilà bientôt 40 ans que la Norvège a interdit la publicité pour le tabac. L'industrie du tabac et ses alliés ont combattu cette interdiction pendant des années par des arguments souvent faux, prétendant par exemple que l'interdiction nuirait à l'économie du pays, prédiction qui ne s'est pas réalisée. L'interdiction de la publicité a contribué à faire baisser la consommation de tabac, en particulier chez les jeunes.<sup>112</sup>

De nombreux pays mettent des restrictions à la promotion par l'industrie du tabac, mais elles demeurent incomplètes dans la plus grande partie du monde et leur application laisse souvent à désirer. Les dirigeants de tous les pays devraient se fixer pour objectif d'étendre les mesures existantes afin d'interdire complètement toutes les formes directes et indirectes de publicité en faveur du tabac, de promotion et de parrainage.

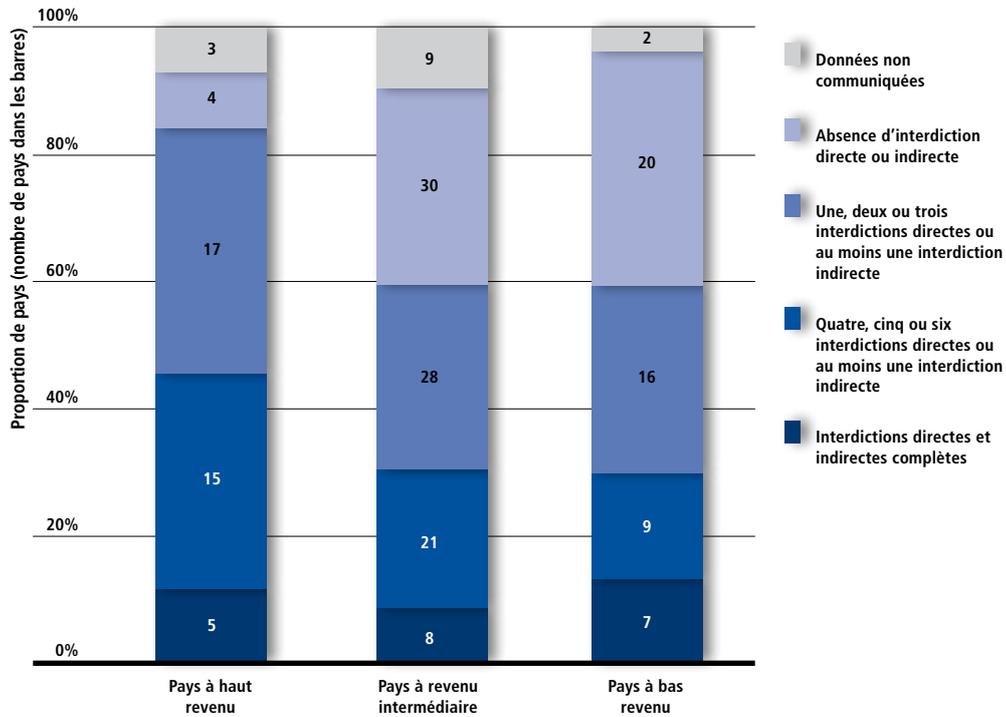
---

### Les pays peuvent sauver des vies en augmentant les taxes sur le tabac

La majoration des taxes sur le tabac est le moyen le plus efficace de diminuer la consommation de tabac et présente l'avantage d'augmenter les recettes



## INTERDICTION DE LA PUBLICITE, DE LA PROMOTION ET DU PARRAINAGE



**... Les jeunes filles et les femmes sont à la fois exploitées et recrutées de façon persuasive par les fabricants de tabac ... Les publicités pour les cigarettes promettent l'émancipation alors qu'en réalité, le tabagisme est une forme supplémentaire de servitude pour les femmes.**

Judith Mackay, Directeur de Asian Consultancy on Tobacco Control

publiques. Beaucoup de pays ont majoré les taxes sur le tabac, mais elles restent modestes dans l'écrasante majorité des pays. Du fait de l'inflation et de la hausse du pouvoir d'achat, les cigarettes deviennent relativement plus abordables, même dans beaucoup de pays où les taxes représentent une part importante du prix d'achat. En outre, dans nombre de pays, le faible taux d'imposition des produits du tabac à fumer autres que les cigarettes (bidis et kréteks, par exemple) et les marques de cigarettes bon marché limitent l'intérêt que peut présenter la taxation du tabac pour la santé et peuvent compromettre d'autres interventions antitabac. En augmentant les taxes, les pays pourraient sensiblement diminuer la consommation de tabac et sauver des vies.

Dans les 152 pays qui ont fourni des informations, le taux d'imposition des cigarettes va de presque zéro à plus de 80 %. La plupart des pays pourraient sensiblement augmenter les taxes. Un quart des pays déclarent un taux d'imposition inférieur à 25 % du prix de détail du tabac. Seulement quatre pays, représentant 2 % de la population mondiale, appliquent un taux d'imposition supérieur à 75 % du prix de détail. Tandis que dans plus des quatre cinquièmes des pays à haut revenu, les taxes représentent plus de 50 % du

prix de détail, moins d'un quart des pays à revenu faible ou intermédiaire taxent le tabac à hauteur de 50 % ou plus du prix de détail. Cette situation est particulièrement préoccupante du fait que l'épidémie se déplace des pays à haut revenu vers les pays en développement.

Il est indispensable d'augmenter les taxes dans tous les pays. Beaucoup le font déjà, sans enregistrer une recrudescence de la contrebande ni les autres répercussions économiques prédites par l'industrie du tabac. En Afrique du Sud, la majoration des taxes a multiplié par deux le prix de détail des cigarettes et apporté un important supplément de recettes fiscales dans les années 1990. Pendant cette période, la consommation de cigarettes a considérablement diminué ; les fumeurs ayant renoncé au tabac étaient à l'origine de 40 % environ de ce recul. La plus forte baisse a été enregistrée chez les jeunes et les travailleurs à bas salaire, qui sont les premiers à réduire leur consommation quand le prix augmente.<sup>107</sup>

La hausse des taxes est la plus efficace des mesures antitabac. Elle diminue la consommation et les dépenses de santé, aide les ménages à faire des économies en consommant moins de tabac et augmente les recettes fiscales, qui peuvent aider à

financer des interventions antitabac et d'autres politiques prioritaires.

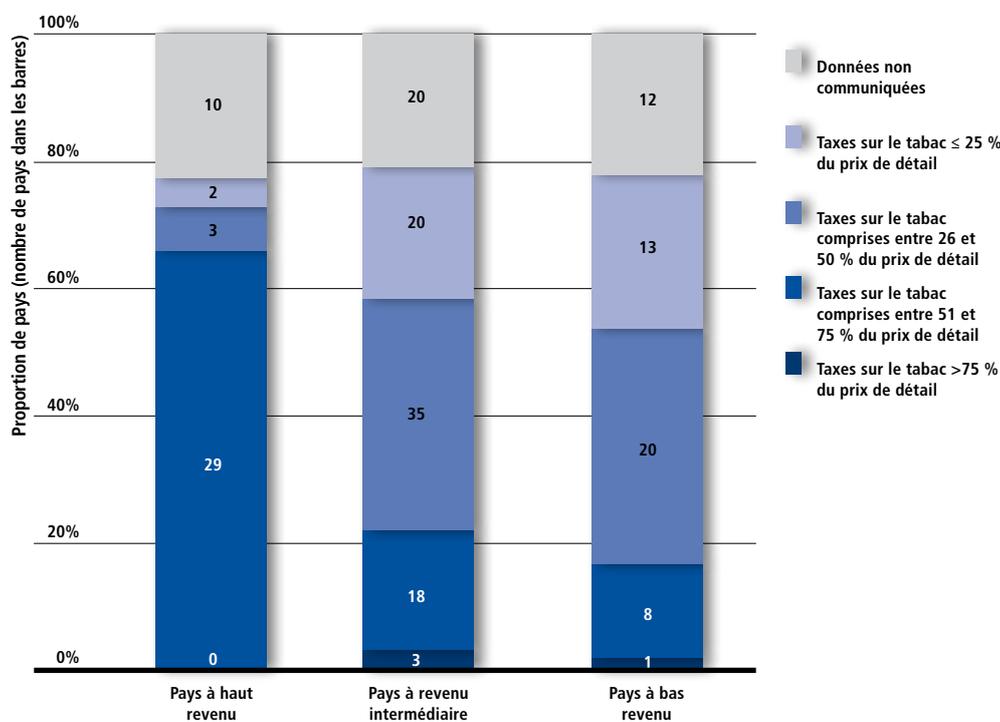
### La lutte antitabac est insuffisamment financée au plan mondial

L'insuffisance des fonds alloués à la lutte mondiale contre l'épidémie de tabagisme est indéfendable. Les 89 pays qui ont donné une estimation des budgets consacrés à la lutte antitabac dépensent US \$343 millions par an ; 95 % de ce montant correspondent aux dépenses des pays à haut revenu et près de 90 % à celles de sept de ces pays. Les dépenses des pays à revenu intermédiaire représentent seulement 4 % environ du total mondial, et celles des pays à bas revenu moins de 1 %.

Le revenu des taxes sur le tabac pourrait en grande partie financer les activités de lutte antitabac et, d'après les données, la plupart des pays pourraient puiser bien davantage dans les ressources nationales actuellement disponibles pour financer plus généreusement la lutte antitabac. La comparaison du montant total que les taxes sur le tabac rapportent aux pays avec les sommes qu'ils consacrent à la lutte antitabac est révélatrice. D'après les données recueillies auprès de 70 pays, et qui couvrent les deux



## TAUX D'IMPOSITION DU TABAC



**Dans les pays en développement, la proportion du budget familial consacrée à l'achat de produits dérivés du tabac peut aisément atteindre 10 % du montant total des dépenses des foyers défavorisés.**

Rapport du Secrétaire général, Conseil économique et social  
des Nations Unies (2004)

tiers de la population mondiale, l'ensemble des recettes fiscales provenant des taxes sur le tabac dans ces pays sont plus de 500 fois supérieures aux dépenses pour la lutte antitabac.

Les pays à bas revenu sur lesquels on dispose d'informations, et qui abritent deux milliards d'habitants, perçoivent US \$13,8 milliards de taxes sur le tabac (environ US \$7 par habitant) et dépensent environ US \$1,5 million pour la lutte antitabac (moins d'un dixième de centime par habitant), soit un rapport supérieur à 9100:1. Dans les pays à revenu intermédiaire sur lesquels on dispose d'informations, et qui comptent 1,9 milliard d'habitants, les taxes sur le tabac se montent à US \$52,7 milliards (environ US \$28,40 par habitant) et les dépenses pour la lutte antitabac à environ US \$12,5 millions (juste un peu plus de la moitié d'un centime par habitant), soit un rapport de près de

4200:1. Dans les pays à haut revenu, les taxes sur le tabac s'élèvent au total à US \$110 milliards (environ US \$205 par habitant) et les dépenses pour la lutte antitabac à environ US \$321,3 millions pour 536 millions d'habitants (60 centimes par habitant), soit un rapport d'environ 340:1, encore trop élevé pour être acceptable, mais cependant bien moins élevé que dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

Les chiffres concernant le personnel des programmes de lutte antitabac sont aussi peu encourageants. Sur les 174 pays qui ont communiqué des données sur les effectifs, 129 (75 %) ont une instance ou une unité technique nationale ou fédérale chargée de la lutte antitabac. Quarante-cinq pays n'en ont pas (25 %). Parmi les pays qui en ont une, 86 (67 %) comptent au total, d'après les données qu'ils ont fournies, quelque 604 emplois en équivalents plein temps.

Un pays, le Canada, en compte à lui seul 179 (30 % du total mondial) et cinq autres pays 153. Les 80 autres pays déclarants se partagent donc les 272 équivalents plein temps restants, soit environ 3,4 emplois en équivalents plein temps par pays.

Globalement, les pays à revenu faible ou intermédiaire ont déclaré cinq emplois en moyenne par pays, et les pays à haut revenu 18 emplois en moyenne. Plusieurs pays à forte densité de population où beaucoup de gens fument n'ont pas communiqué de données sur les effectifs, mais ces chiffres montrent clairement que de nombreux gouvernements pourraient tirer avantage d'un engagement plus résolu dans la lutte antitabac. Un programme antitabac efficace et bien doté en personnel peut diriger la mise en oeuvre d'interventions propres à réduire le nombre de fumeurs et à sauver des millions de vies.

## RESUME

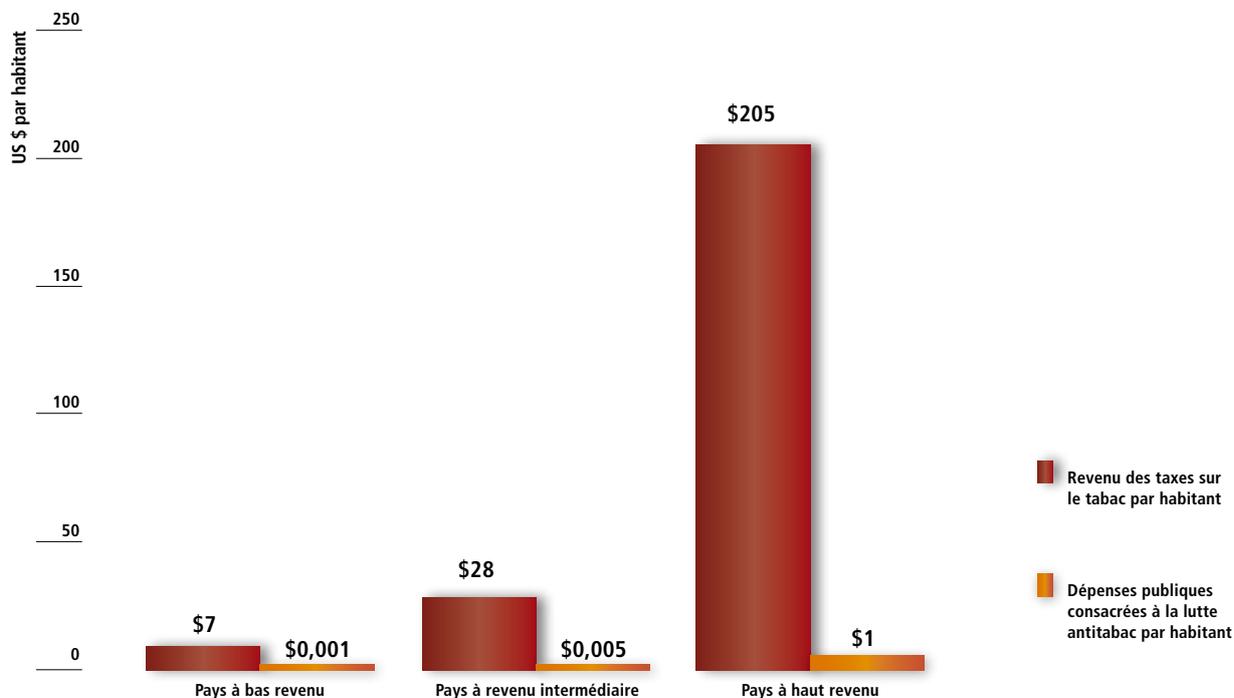
En bref, seulement 5 % environ de la population mondiale est couverte par l'une quelconque des interventions essentielles – interdiction de la publicité, de la promotion et du parrainage, espaces non-fumeurs, mises en garde visibles sur les paquets,

protection contre la publicité, la promotion et le parrainage de caractère trompeur et tendancieux et aide au sevrage tabagique. Les taxes sur le tabac rapportent plus de US \$200 milliards aux pouvoirs publics, qui ont les moyens financiers d'étendre et de

renforcer les programmes de lutte antitabac. L'augmentation des taxes sur le tabac peut fournir des fonds supplémentaires pour financer ces initiatives.



## LA LUTTE ANTITABAC EST INSUFFISAMMENT FINANCEE



D'après les informations fournies par 70 pays sur le revenu des taxes sur le tabac et les dépenses consacrées à la lutte antitabac.

**La lutte antitabac n'est plus un luxe  
que seuls les pays riches peuvent  
s'offrir, elle est devenue une nécessité  
pour tous les pays du monde.**

Organisation mondiale de la Santé, Tabac et Pauvreté :  
un cercle vicieux (2004)

# Conclusion

Si l'on n'agit pas au plus vite, le nombre de personnes qui meurent chaque année du tabagisme doublera au cours des prochaines décennies. Mais, de la même façon que l'épidémie de maladies dues au tabagisme est causée par l'homme, l'homme peut, par l'intermédiaire de l'Etat et de la société civile, inverser le cours de l'épidémie.

La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, qui compte plus de 150 Parties, est l'expression d'une volonté d'agir au plan mondial et elle définit les politiques essentielles de lutte antitabac. Dans ce traité historique, les dirigeants des pays affirment le droit de chacun de posséder le meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre. Pour que chacun jouisse de ce droit fondamental, le programme MPOWER, composé de six politiques efficaces de lutte antitabac, épargnera à la population de chaque pays, s'il est pleinement appliqué, la morbidité et la mortalité que l'épidémie de tabagisme

ne manquera pas de causer autrement. L'efficacité des politiques MPOWER peut faire de l'idéal de la Convention-cadre une réalité mondiale.

L'épidémie de tabagisme peut être enrayerée, mais les pays doivent prendre des mesures efficaces pour protéger leur population. Par ailleurs, l'épidémie de tabagisme aggrave les inégalités en santé aussi bien dans les pays, où les pauvres fument généralement beaucoup plus que les riches, qu'au niveau international, où les pays pauvres vont bientôt enregistrer plus de 80 % de la morbidité et de la mortalité imputables au tabac.

Le tabagisme est un cas à part dans les grands problèmes de santé publique d'aujourd'hui car les moyens de juguler l'épidémie sont bien connus et à notre portée. Si les pays ont la volonté politique et l'appui technique et logistique nécessaires



**Unissons-nous pour appliquer les politiques MPOWER**

pour appliquer le programme MPOWER, ils peuvent sauver des millions de vies.

Il ressort du présent rapport que l'immense majorité de la population mondiale :

- n'est pas entièrement protégée contre le tabagisme passif ;
- n'est pas suffisamment protégée contre la publicité, la promotion et le parrainage par l'industrie du tabac ;
- ne paie pas le tabac suffisamment cher pour que la consommation de tabac diminue sensiblement ;
- n'est pas suffisamment informée des dangers du tabagisme par des mises en garde explicites, visibles et claires sur les paquets de tabac ;
- ne bénéficie pas de l'aide nécessaire pour renoncer au tabac.

En outre, dans plus de la moitié du monde, on manque d'informations exactes sur l'ampleur de l'épidémie.

A l'échelle mondiale, les gouvernements prélèvent plus de US \$200 milliards de taxes sur le tabac chaque année. Les sommes qu'ils consacrent à la lutte antitabac représentent moins de 0,2 % de ce montant. Dans de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire, l'Etat perçoit environ US \$5000 en taxes sur le tabac pour chaque dollar qu'il consacre aux activités de lutte antitabac. Pourtant, les interventions antitabac les plus efficaces – taxes, lieux publics non-fumeurs, interdiction de la publicité, de la promotion et du parrainage, et mises en garde explicites – sont très peu coûteuses. Seuls la publicité antitabac et les services d'aide au sevrage tabagique exigent d'importantes ressources financières ; dans bien des cas, ils peuvent être financés par une augmentation des recettes fiscales et par des partenariats.

Mais toutes les mesures de lutte antitabac demandent une volonté politique. L'industrie

du tabac étant bien plus riche et plus puissante politiquement que ceux qui militent pour protéger les enfants et les non-fumeurs du tabagisme passif et aider les fumeurs à arrêter de fumer, chaque pays doit faire beaucoup plus pour inverser le cours de l'épidémie. En prenant des mesures pour appliquer les politiques MPOWER, les pouvoirs publics et la société civile peuvent créer les conditions nécessaires pour aider les gens à renoncer au tabac. Avec le concours de ses partenaires mondiaux, l'OMS est prête à fournir un appui aux Etats Membres pour relever le défi.

Si l'on n'agit pas au plus vite, le tabagisme pourrait faire plus d'un milliard de victimes pendant ce siècle. Mais les dirigeants politiques et la société civile peuvent éviter ce désastre. L'épidémie de tabagisme étant entièrement due à l'homme, c'est l'homme qui doit y mettre fin. Il faut agir maintenant.



# Références bibliographiques

- Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 2006, 3(11):e442.
- Peto R et al. Mortality from smoking worldwide. *British Medical Bulletin*, 1996, 52(1):12–21.
- U.S. Department of Health and Human Services. *The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General*. Atlanta, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2004 ([http://www.cdc.gov/tobacco/data\\_statistics/sgr/sgr\\_2004/chapters.htm](http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/sgr_2004/chapters.htm), consulté le 5 décembre 2007).
- Peto R et al. Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics. *Lancet*, 1992, 339(8804):1268–1278.
- Murray CJL, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: Global burden of disease study. *Lancet*, 1997, 349(9064):1498–1504.
- Levine R, Kinder M. *Millions saved: proven success in global health*. Washington, DC, Center for Global Development, 2004.
- Peto R, Lopez AD. Future worldwide health effects of current smoking patterns. In: Koop CE, Pearson CE, Schwarz MR, eds. *Critical issues in global health*. San Francisco, Wiley (Jossey-Bass), 2001:154–161.
- Benowitz NL. Pharmacology of nicotine: addiction and therapeutics. *Annual Review of Pharmacology and Toxicology*, 1996, 36:597–613.
- Battling big tobacco: *Mike Wallace talks to the highest ranking tobacco whistleblower*. CBS News, 16 janvier 2005 (<http://www.cbsnews.com/stories/2005/01/13/6011/main666867.shtml>, consulté le 5 décembre 2007).
- Hendricks PS et al. The early time course of smoking withdrawal effects. *Psychopharmacology*, 2006, 187(3):385–396.
- Organisation mondiale de la Santé. *Le tabac : mortel sous toutes ses formes*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006 ([http://www.who.int/tobacco/communications/events/wntd/2006/WNTD\\_REPORT\\_FR\\_v5.pdf](http://www.who.int/tobacco/communications/events/wntd/2006/WNTD_REPORT_FR_v5.pdf), consulté le 5 décembre 2007).
- Organisation mondiale de la Santé. *Rapport sur la santé dans le monde, 2002*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002 ([http://www.who.int/whr/2002/en/whr02\\_fr.pdf](http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_fr.pdf), consulté le 5 décembre 2007).
- Gottlieb N. Indian cigarettes gain popularity, but don't let the flavor fool you. *Journal of the National Cancer Institute*, 1999, 91(21):1806–1807.
- California Environmental Protection Agency. *Proposed identification of environmental tobacco smoke as a toxic air contaminant: executive summary*. Sacramento, California Environmental Protection Agency, juin 2005 (<ftp://ftp.arb.ca.gov/carbis/regact/ets2006/app3exe.pdf>, consulté le 5 décembre 2007).
- Boffetta P et al. Smokeless tobacco use and risk of cancer of the pancreas and other organs. *International Journal of Cancer*, 2005, 114(6):992–995.
- Gupta PC, Sreevidya S. Smokeless tobacco use, birth weight, and gestational age: population based, prospective cohort study of 1217 women in Mumbai, India. *British Medical Journal*, 2004, 328(7455):1538.
- Guindon GE, Boisclair D. *Past, Current and future trends in tobacco use*. Washington, Banque mondiale, 2003 (<http://www.worldbank.org/tobacco/pdf/Guindon-Past,%20current-%20whole.pdf>, consulté le 5 décembre 2007).
- Liu BQ et al. Emerging tobacco hazard in China: 1. Retrospective proportional mortality study of one million deaths. *British Medical Journal*, 1998, 317(7170):1411–1422.
- Gajalakshmi V et al. Smoking and mortality from tuberculosis and other diseases in India: retrospective study of 43000 adult male deaths and 35000 controls. *Lancet*, 2003, 362(9383):507–515.
- Gilmore A et al. Prevalence of smoking in 8 countries of the former Soviet Union: results from the living conditions, lifestyles and health study. *American Journal of Public Health*, 2004, 94(12):2177–2187.
- U.S. Centers for Disease Control and Prevention. *Global youth tobacco survey*. Atlanta, U.S. Centers for Disease Control and Prevention (<http://www.cdc.gov/tobacco/global/gyts/datasets/policy.htm>, consulté le 5 décembre 2007).
- Guindon GE et al. *The cost attributable to tobacco use: a critical review of the literature*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006.
- U.S. Centers for Disease Control and Prevention. Annual smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and productivity losses – United States, 1997–2001. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2005, 54(25):625–628.
- World health statistics*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007.
- Efroymson D et al. Hungry for tobacco: an analysis of the economic impact of tobacco consumption on the poor in Bangladesh. *Tobacco Control*, 2001, 10(3):212–217.
- de Beyer J, Lovelace C, Yürekli A. Poverty and tobacco. *Tobacco Control*, 2001, 10(3):210–211.
- Nassar H. *The economics of tobacco in Egypte, a new analysis of demand*. Washington, Banque mondiale, 2003 (<http://repositories.cdlib.org/context/tc/article/1120/type/pdf/viewcontent/>, consulté le 5 décembre 2007).
- Sesma-Vázquez S et al. El comportamiento de la demanda de tabaco en México: 1992–1998. [Trends of tobacco demand in México: 1992–1998]. *Salud Pública de México*, 2002, 44(Suppl. 1):S82–S92.
- Liu Y et al. Cigarette smoking and poverty in China. *Social Science & Medicine*, 2006, 63(11):2784–2790.
- Organisation mondiale de la Santé. *Documentation pour la Journée mondiale sans tabac 2004*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004 (<http://www.who.int/tobacco/resources/publications/wntd/2004/en/index.html>, consulté le 5 décembre 2007).
- Behan DF, Eriksen MP, Lin Y. *Economic effects of environmental tobacco smoke*. 2005 ([http://www.soa.org/files/pdf/ETSReportFinalDraft\(Final%203\).pdf](http://www.soa.org/files/pdf/ETSReportFinalDraft(Final%203).pdf), consulté le 5 décembre 2007).
- McGhee SM et al. Cost of tobacco-related diseases, including passive smoking, in Hong Kong. *Tobacco Control*, 2006, 15(2):125–130.
- Yach D, Wipfli H. A century of smoke. *Annals of Tropical Medicine and Parasitology*, 2006, 100(5):465–479.
- Khuder SA, Dayal HH, Mutgi AB. Age at smoking onset and its effect on smoking cessation. *Addictive Behaviors*, 1999, 24(5):673–677.
- D'Avanzo B, La Vecchia C, Negri E. Age at starting smoking and number of cigarettes smoked. *Annals of Epidemiology*, 1994, 4(6):455–459.
- Chen J, Millar WJ. Age of smoking initiation: implications for quitting. *Health Reports*, 1998, 9(4):39–46.
- Everett SA et al. Initiation of cigarette smoking and subsequent smoking behavior among U.S. high school students. *Preventive Medicine*, 1999, 29(5):327–333.
- Breslau N, Peterson EL. Smoking cessation in young adults: age at initiation of cigarette smoking and other suspected influences. *American Journal of Public Health*, 1996, février, 86(2):214–220.
- Federal Trade Commission. *Cigarette report for 2003*. Washington, DC, Federal Trade Commission, 2005 (<http://www.ftc.gov/reports/cigarette05/050809cigrpt.pdf>, consulté le 6 décembre 2007).
- Cheng, R. *Altria Draws Traders' Attention On Profit Potential of Spin-off*. Wall Street Journal, interactive edition, 28 August 2007.
- Altria Group Inc. *Philip Morris International announces agreement in principle to acquire additional 30% stake in Mexican tobacco business from Grupo Carso*. Lausanne, Altria press release, 18 July 2007 ([http://www.altria.com/media/press\\_release/03\\_02\\_pr\\_2007\\_07\\_18\\_01.asp](http://www.altria.com/media/press_release/03_02_pr_2007_07_18_01.asp), consulté le 5 décembre 2007).
- Altria Group Inc. *Philip Morris International announces agreement to purchase majority stake in Lakson Tobacco Company in Pakistan*. Lausanne, Altria press release, 19 janvier 2007 ([http://www.altria.com/media/press\\_release/03\\_02\\_pr\\_2007\\_01\\_19\\_07\\_01.asp](http://www.altria.com/media/press_release/03_02_pr_2007_01_19_07_01.asp), consulté le 5 décembre 2007).
- Imperial Tobacco. *European Commission approves proposed acquisition of Altadis, S.A. by Imperial Tobacco Group PLC*. Press release, 18 octobre 2007 (<http://www.imperial-tobacco.com/index.asp?page=78&newsid=508&type=18>, consulté le 5 décembre 2007).
- British American Tobacco. *British American Tobacco wins bid for Serbian tobacco company*. Press release, 4 August 2003 ([http://www.bat.com/group/sites/uk\\_3mfnen.nsf/vwPagesWebLive/6C4C5806F05B3E4CC12573140052F098?opendocument&SKN=1&TMP=1](http://www.bat.com/group/sites/uk_3mfnen.nsf/vwPagesWebLive/6C4C5806F05B3E4CC12573140052F098?opendocument&SKN=1&TMP=1), consulté le 5 décembre 2007).

45. Organisation mondiale de la Santé. Conférence des Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac ([http://www.who.int/gb/fctc/PDF/cop2/FCTC\\_COP2\\_17P-fr.pdf](http://www.who.int/gb/fctc/PDF/cop2/FCTC_COP2_17P-fr.pdf), consulté le 5 décembre 2007).
46. Organisation mondiale de la Santé/Centre international de Recherche sur le Cancer. *Tobacco smoke and involuntary smoking: summary of data reported and evaluation*. Genève, Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, Volume 83, 2004 (<http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol83/volume83.pdf>, consulté le 5 décembre 2007).
47. U.S. Department of Health and Human Services. *The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General*. Atlanta, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2006 (<http://www.surgeongeneral.gov/library/secondhandsmoke/report/fullreport.pdf>, consulté le 5 décembre 2007).
48. Scientific Committee on Tobacco and Health. *Update of evidence on health effects of secondhand smoke*. London, Scientific Committee on Tobacco and Health, 2004 ([http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/idcplg?ldcService=GET\\_FILE&dID=13632&Rendition=Web](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/idcplg?ldcService=GET_FILE&dID=13632&Rendition=Web), consulté le 5 décembre 2007).
49. Mulcahy M et al. Secondhand smoke exposure and risk following the Irish smoking ban: an assessment of salivary cotinine concentrations in hotel workers and air nicotine levels in bars. *Tobacco Control*, 2005, 14(6):384-388.
50. Fichtenberg CM, Glantz SA. Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. *British Medical Journal*, 2002, 325(7357):188.
51. Borland RM et al. Determinants and consequences of smoke-free homes: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Pays Survey. *Tobacco Control*, 2006, 15 (Suppl. 3):iii42-iii50.
52. New Zealand Ministry of Health. *After the smoke has cleared: evaluation of the impact of a new smokefree law*. Wellington, Ministry of Health, 2006 (<http://www.hpac.govt.nz/moh.nsf/UnidPrint/MH5599?OpenDocument#information>, consulté le 5 décembre 2007).
53. Evans D, Byrne C. *The 2004 Irish smoking ban: is there a "knock-on" effect on smoking in the home?* Health Service Executive, Western Area, 2006.
54. Heironimus J. *Impact of workplace restrictions on consumption and incidence*. 22 janvier 1992 (<http://tobaccodocuments.org/pmi/2023914280-4284.html>, consulté le 5 décembre 2007).
55. Organisation mondiale de la Santé. *Pas de fumée à l'intérieur*. 2007 ([http://www.who.int/tobacco/resources/publications/wntd/2007/brochure%20OMS%20FR\\_10-04\\_v3.pdf](http://www.who.int/tobacco/resources/publications/wntd/2007/brochure%20OMS%20FR_10-04_v3.pdf), consulté le 5 décembre 2007).
56. Siegel M. Economic impact of 100% smoke-free restaurant ordinances. In: *Smoking and restaurants: a guide for policy-makers*. Berkeley, UC Berkeley/UCSF Preventative Medicine Residency Program, American Heart Association, California Affiliate Alameda County Health Care Services Agency, Tobacco Control Programme, 1992: 26-30 (<http://tobaccodocuments.org/lor/87604525-4587.html>, consulté le 5 décembre 2007).
57. Scollo M et al. Review of the quality of studies on the economic effects of smoke-free policies on the hospitality industry. *Tobacco Control*, 2003, 12(1):13-20.
58. Howell F. Smoke-free bars in Ireland: a runaway success. *Tobacco Control*, 2005, 14(2):73-74.
59. Fong GT et al. Reductions in tobacco smoke pollution and increases in support for smoke-free public places following the implementation of comprehensive smoke-free workplace legislation in the Republic of Ireland: findings from the International Tobacco Control (ITC) Ireland/UK Survey. *Tobacco Control*, 2006, 15(Suppl. 3):iii51-iii58.
60. Organización Panamericana de la Salud (Pan American Health Organization). *Estudio de « Conocimiento y actitudes hacia el decreto 288/005 ». (Regulación de consumo de tabaco en lugares públicos y privados)*. octobre 2006 ([http://www.presidencia.gub.uy/\\_web/noticias/2006/12/informe\\_dec268\\_mori.pdf](http://www.presidencia.gub.uy/_web/noticias/2006/12/informe_dec268_mori.pdf), consulté le 5 décembre 2007).
61. Asthma and Respiratory Foundation of New Zealand. *Aotearoa New Zealand smokefree workplaces: a 12-month report*. Wellington, Asthma and Respiratory Foundation of New Zealand, 2005 ([http://www.no-smoke.org/pdf/NZ\\_TwelveMonthReport.pdf](http://www.no-smoke.org/pdf/NZ_TwelveMonthReport.pdf), consulté le 5 décembre 2007).
62. California bar patrons field research corporation polls, March 1998 and septembre 2002. Sacramento, Tobacco Control Section, California Department of Health Services, novembre 2002.
63. Ministry of Health, People's Republic of China. *China tobacco control report*. Beijing, mai 2007.
64. ANSI/ASHRAE Standard 62.1-2004, Ventilation for acceptable indoor air quality.
65. Office of Environmental Health Hazard Assessment. *Health effects of exposure to environmental tobacco smoke*. Sacramento, Environmental Protection Agency, 1997.
66. Initiative de l'OMS pour un monde sans tabac. *Guide pour la mise en place de l'action antitabac*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006 ([http://www.who.int/tobacco/resources/publications/FR\\_handbook\\_lowres\\_with\\_cover\\_links.pdf](http://www.who.int/tobacco/resources/publications/FR_handbook_lowres_with_cover_links.pdf), consulté le 5 décembre 2007).
67. Borland RM et al. Support for and reported compliance with smoke-free restaurants and bars by smokers in four countries: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Countries Survey. *Tobacco Control*, 2006, 15(Suppl. 3):iii34-iii41.
68. Tang H et al. Changes of knowledge, attitudes, beliefs, and preference of bar owner and staff in response to a smoke-free bar law. *Tobacco Control*, 2004, 13(1):87-89.
69. Rudin A. *Zagat 2004 New York City restaurant survey finds local dining economy in comeback mode; 29,361 voters turn out for Zagat's 25th annual NY guide*. Press release, 20 octobre 2003 (<http://www.zagat.com/about/about.aspx?menu=PR18>, consulté le 6 décembre 2007).
70. Campaign for Tobacco-Free Kids. *Zagat restaurant survey provides more evidence that New York City's smoke-free law is not hurting business*. Press release, 21 octobre 2003 (<http://www.tobaccofreekids.org/Script/DisplayPressRelease.php3?Display=700>, consulté le 6 décembre 2007).
71. Saloojee Y, Dagli E. Tobacco industry tactics for resisting public policy on health. (Résumé en français : Comment l'industrie du tabac résiste aux politiques de santé publique.) *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 2000, 78(7):902-910.
72. Conférence des Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, Bangkok, directives adoptées en juillet 2007. Genève, Organisation mondiale de la Santé, Deuxième session de la Conférence des Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac ([http://www.who.int/mediacentre/events/2007/fctc\\_bangkok/fr/index.html](http://www.who.int/mediacentre/events/2007/fctc_bangkok/fr/index.html), consulté le 6 décembre 2007).
73. Jones JM. *Smoking habits stable; most would like to quit*. 18 July 2006 (<http://www.gallup.com/poll/23791/Smoking-Habits-Stable-Most-Would-Like-Quit.aspx>, consulté le 6 décembre 2007).
74. Solberg LI et al. Repeated tobacco-use screening and intervention in clinical practice: health impact and cost effectiveness. *American Journal of Preventive Medicine*, 2006, 31(1):62-71.
75. West R, Sohal T. « Catastrophic » pathways to smoking cessation: findings from national survey. *British Medical Journal*, 2006, 332(7539):458-460.
76. Fiore MC. *Treating tobacco use and dependence: a public health service clinical practice guideline*. Rockville, MD, U.S. Department of Health and Human Services, press briefing, 27 juin 2000 (<http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/mf062700.htm>, consulté le 16 décembre 2007).
77. Feenstra TL et al. Cost-effectiveness of face-to-face smoking cessation interventions: a dynamic modeling study. *Value in Health*, 2005, 8(3):178-190.
78. Bao Y, Duan N, Fox SA. Is some provider advice on smoking cessation better than no advice? An instrumental variable analysis of the 2001 National Health Interview Survey. *Health Services Research*, 2006, 41(6):2114-2135.
79. *An evaluation of the services of Asian Quitline*. London, South Asian Social Researchers' Forum, 2001.
80. Owen L. Impact of a telephone helpline for smokers who called during a mass media campaign. *Tobacco Control*, 2000, 9(2):148-154.
81. Pfizer for Professionals. Mechanism of action of CHANTIX™ (varenicline), 2007 ([https://www.pfizerpro.com/product\\_info/chantix\\_dual\\_action.jsp](https://www.pfizerpro.com/product_info/chantix_dual_action.jsp), consulté le 6 décembre 2007).
82. Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians. *Nicotine addiction in Britain; a report of the Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians*. London, Royal College of Physicians of London, 2000 (<http://www.rcplondon.ac.uk/pubs/books/nicotine>, consulté le 6 décembre 2007).
83. Hammond D et al. Effectiveness of cigarette warning labels in informing smokers about the risks of smoking: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tobacco Control*, 2006, 15(Suppl. 3):iii19-iii25.
84. Office of the Surgeon General. *Reducing the health consequences of smoking; 25 years of progress: a report of the Surgeon General*. Rockville, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1989.
85. Siahpush M et al. Socioeconomic and countries variations in knowledge of health risks of tobacco smoking and toxic constituents of smoke: results from the 2002 International Tobacco Control (ITC) Four Countries Survey. *Tobacco Control*, 2006, 15(Suppl. 3):iii65-iii70.
86. Assunta M, Chapman, S. Industry sponsored youth smoking prevention programme in Malaysia: a case study in duplicity. *Tobacco Control*, 2004, 13(Suppl. 2):ii37-ii42.

87. U.S. Department of Health and Human Services. *CDC recommended annual per capita funding levels for state programs, 2007*. Atlanta, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, 2007 ([http://www.cdc.gov/tobacco/tobacco\\_control\\_programs/stateandcommunity/best\\_practices/00\\_pdfs/2007/best\\_practices\\_sectionBpc.pdf](http://www.cdc.gov/tobacco/tobacco_control_programs/stateandcommunity/best_practices/00_pdfs/2007/best_practices_sectionBpc.pdf), consulté le 6 décembre 2007).
88. Borland R. Tobacco health warnings and smoking-related cognitions and behaviours. *Addiction*, 1997, 92(11): 1427-1435.
89. Datafolha Instituto de Pesquisas. *76% são a favor que embalagens de cigarros tragam imagens que ilustram males provocados pelo fumo; 67% dos fumantes que viram as imagens afirmam terem sentido vontade de parar de fumar*. Opinião pública, 2002 ([http://datafolha.folha.uol.com.br/po/fumo\\_21042002.shtml](http://datafolha.folha.uol.com.br/po/fumo_21042002.shtml), consulté le 6 décembre 2007).
90. Mahood G. Canadian tobacco package warning system. *Tobacco Control*, 1995, 4:10-14 (<http://tobaccocontrol.bmj.com/cgi/reprint/4/1/10>, consulté le 6 décembre 2007).
91. Saffer H, Chaloupka F. The effect of tobacco advertising bans on tobacco consumption. *Journal of Health Economics*, 2000, 19(6):1117-1137.
92. Saffer H. Tobacco advertising and promotion. In: Jha P, Chaloupka FJ, eds. *Tobacco control in developing countries*. Oxford, Oxford University Press, 2000: 215-236.
93. Basil MD, Basil DZ, Schooler C. Cigarette advertising to counter New Year's resolutions. *Journal of Health Communication*, 2000, 5(2):161-174.
94. Shafey O et al. Cigarette advertising and female smoking prevalence in Spain, 1982-1997: case studies in international tobacco surveillance. *Cancer*, 2004, 100(8):1744-1749.
95. Smee C et al. *Effect of tobacco advertising on tobacco consumption: a discussion document reviewing the evidence*. London, Economic and Operational Research Division, Department of Health, 1992.
96. *Country profiles*. Fifth WHO seminar for a Tobacco-Free Europe, Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la Santé, Varsovie, 26-28 octobre 1995.
97. Jha P, Chaloupka FJ. *Maîtriser l'épidémie : l'état et les aspects économiques de la lutte contre le tabagisme*. Washington, Banque mondiale, 2000 (<http://www.worldbank.org/tobacco/Curbing-Tobacco-French.pdf>, consulté le 6 décembre 2007).
98. La lutte antitabac – En un clin d'œil. *En quoi la réduction du tabagisme constitue-t-elle une priorité ?* Washington, Banque mondiale, 2003 (<http://siteresources.worldbank.org/INTPHAAG/Resources/AAGTobaccoFrJun03.pdf>, consulté le 6 décembre 2007).
99. Borland RM. Advertising, media and the tobacco epidemic. In: *China tobacco control report*. Beijing, Ministry of Health, People's Republic of China, mai 2007.
100. Willemsen MC, De Zwart WM. The effectiveness of policy and health education strategies for reducing adolescent smoking: a review of the evidence. *Journal of Adolescence*, 1999, 22(5):587-599.
101. Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la Santé. *It can be done: a smoke-free Europe*. Copenhagen, Organisation mondiale de la Santé, 1990.
102. Roemer R. *L'action législative contre l'épidémie mondiale de tabagisme*, deuxième éd., Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1993.
103. Campaign for Tobacco-Free Kids. *A long history of empty promises: the cigarette companies' ineffective youth anti-smoking programs*. Washington, DC, National Campaign for Tobacco-Free Kids, 1999 (<http://tobaccofreekids.org/research/factsheets/pdf/0010.pdf>, consulté le 6 décembre 2007).
104. Jha P et al. Tobacco Addiction. In: Jamison DT et al., eds. *Disease control priorities in developing countries*, 2<sup>nd</sup> ed. New York, Oxford University Press et Washington, Banque mondiale, 2006:869-885 (<http://files.dcp2.org/pdf/DCP/DCP46.pdf>, consulté le 16 décembre 2007).
105. Chaloupka FJ et al. The Taxation of tobacco products. In: Jha P, Chaloupka FJ, eds. *Tobacco control in developing countries*. Oxford, Oxford University Press, 2000:237-272.
106. Sunley et al. The design, administration, and potential revenue of tobacco excises. In: Jha P, Chaloupka FJ, eds. *Tobacco control in developing countries*. Oxford, Oxford University Press, 2000:409-426.
107. van Walbeek C. *Tobacco excise Taxation in South Africa: tools for advancing tobacco control in the XXIst century: success stories and lessons learned*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 ([http://www.who.int/tobacco/training/success\\_stories/en/best\\_practices\\_south\\_africa\\_taxation.pdf](http://www.who.int/tobacco/training/success_stories/en/best_practices_south_africa_taxation.pdf), consulté le 6 décembre 2007).
108. Joossens L. *Report on smuggling control in Spain*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 ([http://www.who.int/tobacco/training/success\\_stories/en/best\\_practices\\_spain\\_smuggling\\_control.pdf](http://www.who.int/tobacco/training/success_stories/en/best_practices_spain_smuggling_control.pdf), consulté le 6 décembre 2007).
109. Organisation mondiale de la Santé. *STEPwise approach to surveillance (STEPS)*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007 (<http://www.who.int/chp/steps/en/>, consulté le 6 décembre 2007).
110. Department of Health. *NHS Stop Smoking Services and Nicotine Replacement Therapy*, UK Department of Health, 2007 ([http://www.dh.gov.uk/en/Policyandguidance/Healthandsocialcaretopics/Tobacco/Tobaccogeneralinformation/DH\\_4002192](http://www.dh.gov.uk/en/Policyandguidance/Healthandsocialcaretopics/Tobacco/Tobaccogeneralinformation/DH_4002192), consulté le 6 décembre 2007).
111. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de prevenção e vigilância do câncer. Instituto Nacional de Câncer. *Relatório preliminar da implantação do tratamento do fumante no Sistema Único de Saúde - SUS*. Rio de Janeiro, Brasil Ministério da Saúde, Coordenação de prevenção e vigilância do câncer, 2007.
112. Bjartveit K. *Norway: ban on advertising and promotion*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 ([http://www.who.int/tobacco/training/success\\_stories/en/best\\_practices\\_norway\\_ban.pdf](http://www.who.int/tobacco/training/success_stories/en/best_practices_norway_ban.pdf), consulté le 6 décembre 2007).
113. Organisation mondiale de la Santé. *The WHO Global InfoBase*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007 (<http://www.who.int/infobase/report.aspx>, consulté le 6 décembre 2007).
114. Organisation mondiale de la Santé. *The European Tobacco control Report, 2007*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Europe, 2007 (<http://www.euro.who.int/document/e89842.pdf>, consulté le 6 décembre 2007).
115. Strong K et al. Tobacco use in the European Region. *European Journal of Cancer Prevention*. Sous presse.

## NOTES TECHNIQUES

NOTE TECHNIQUE I Evaluation des politiques existantes et de leur application

NOTE TECHNIQUE II Prévalence du tabagisme dans les Etats Membres de l'OMS

## APPENDICES

APPENDICE I Profils de pays

APPENDICE II Données sur les politiques antitabac dans le monde

APPENDICE III Estimations de la prévalence comparables au niveau international

APPENDICE IV Données de prévalence communiquées par les pays

APPENDICE V Données de l'enquête mondiale sur le tabagisme chez les jeunes

APPENDICE VI Etat présent de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac

# Evaluation des politiques existantes et de leur application

Pour le *Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme, 2008* on a évalué l'application des six politiques MPOWER dans les pays à l'aide d'un questionnaire de 32 questions rempli par le point focal national de l'initiative de l'OMS Pour un monde sans tabac et consultable en ligne à l'adresse [www.who.int/tobacco/mpower](http://www.who.int/tobacco/mpower). Le volume important d'informations recueillies dans le cadre de cette enquête ne pouvant être correctement présenté uniquement sous forme de texte, on a mis au point des indices synthétiques pour évaluer la mise en œuvre des politiques et les orienter.

Pour l'évaluation des politiques, on a classé les pays en quatre catégories dans chaque domaine (cinq catégories pour la surveillance), en tenant compte par ailleurs de la prévalence du tabagisme en pourcentage de la population adulte. Cette analyse visait à mettre en évidence dans chaque pays les domaines politiques dans lesquels il est le plus urgent d'agir, à faire porter les efforts sur ces domaines et à suivre les progrès dans le temps vers la pleine application du programme MPOWER.

Dans chaque pays, l'étude de l'application des politiques non-fumeurs et des interdictions de la publicité, de la promotion et du parrainage (marketing direct et indirect) a été confiée à un groupe de cinq experts locaux, qui ont déterminé si l'application de la législation de leur pays dans ces deux domaines était « minimale », « limitée » ou « rigoureuse ». Les cinq experts ont été sélectionnés par le point focal national de l'initiative de l'OMS Pour un monde sans tabac, chacun devant correspondre à l'un des profils suivants :

- responsable de la prévention du tabagisme au sein du ministère de la santé du pays ou plus haut responsable gouvernemental de la lutte antitabac ou des maladies liées au tabagisme ;
- dirigeant d'une ONG de renom qui se consacre à la lutte antitabac ;

- professionnel de la santé (médecin, infirmière, pharmacien ou dentiste) spécialiste des maladies liées au tabagisme ;
- membre d'une faculté de santé publique ;
- point focal de l'initiative Pour un monde sans tabac dans le bureau de pays de l'OMS.

Les experts ont travaillé de manière indépendante. L'OMS a calculé une note globale synthétisant les cinq appréciations individuelles selon un barème de deux points pour les politiques appliquées avec rigueur, un point pour les politiques dont l'application est limitée et zéro point pour les politiques dont l'application est minimale, la note minimum étant de zéro et la note maximum de 10. Expérimentée dans cette première édition du rapport, cette méthode sera revue dans les rapports suivants.

Les réponses données par les pays à chaque question de l'enquête sont répertoriées dans les tableaux 2.1.1 à 2.6.7. Les tableaux 2.1 à 2.6 récapitulent ces informations. Les notes obtenues pour l'application sont présentées séparément : l'application n'est pas prise en compte dans le calcul des quatre catégories. La définition des catégories et des niveaux d'application pourrait changer dans les rapports ultérieurs si d'autres données sont recueillies et d'autres analyses effectuées.

## Surveillance

Pour procéder à une évaluation complète des moyens de surveillance, on a d'abord rassemblé des données sur la prévalence du tabagisme au niveau national. Les informations disponibles ont été appréciées selon qu'elles étaient plus ou moins récentes, représentatives de la population du pays et qu'elles couvraient les adultes, les jeunes, ou ces deux groupes de population à la fois.

Afin de rendre compte des disparités de moyens de surveillance, on a attribué un point aux pays disposant d'informations récentes (datant de moins de cinq ans) sur la prévalence chez les adultes et un point supplémentaire si les données d'enquête étaient représentatives. La même méthode a été utilisée pour les données sur le tabagisme chez les jeunes, le maximum possible étant de quatre points. Les pays ont ensuite été regroupés selon le nombre de points obtenus.

	Données récentes mais non représentatives pour les adultes ou les jeunes
	Données récentes mais non représentatives pour les adultes et les jeunes ; ou données récentes et représentatives pour les adultes mais pas de données récentes pour les jeunes ; ou données récentes et représentatives pour les jeunes mais pas de données récentes pour les adultes
	Données récentes pour les adultes et les jeunes, mais manque de données représentatives pour les adultes ou les jeunes
	Données récentes et représentatives conformes aux critères minimaux pour les adultes et les jeunes
	... Absence de données ou de données récentes

## Espaces non-fumeurs

Il est possible d'interdire de fumer dans toutes sortes de lieux et d'établissements :

- établissements de santé ;
- établissements d'enseignement autres que les universités ;
- universités ;
- services publics ;
- bureaux ;
- restaurants ;
- pubs et bars ;
- autres lieux de travail intérieurs.

On a toutefois jugé que l'interdiction de fumer dans les écoles et les hôpitaux constituait d'une manière générale une protection minimum ; les pays qui n'interdisent pas de fumer dans l'un ou l'autre de ces types d'établissements ont été rangés dans la dernière catégorie. Les pays des catégories supérieures ont été classés en fonction du nombre (plutôt que du type) d'autres lieux et d'institutions réglementés.

Absence complète de législation non-fumeurs ou absence de législation interdisant de fumer dans les établissements de santé ou d'enseignement
Législation interdisant de fumer dans les établissements de santé et d'enseignement ainsi que dans un ou deux autres types de lieux ou d'institutions
Législation interdisant de fumer dans les établissements de santé et d'enseignement ainsi que dans trois, quatre ou cinq autres types de lieux et d'institutions
Législation interdisant de fumer dans tous les types de lieux et d'institutions
... Données non communiquées

## Traitement de la dépendance tabagique

Malgré le prix modique des services téléphoniques d'aide au sevrage tabagique, peu de pays autres que ceux à haut revenu ont de tels programmes. Par conséquent, si l'on avait fait figurer l'existence de services téléphoniques parmi les critères de classement dans l'avant-dernière catégorie, presque tous les pays auraient été relégués dans ce groupe et le classement n'aurait pas donné une idée juste des politiques existantes. Le remboursement du traitement n'a été pris en considération que pour la première catégorie compte tenu du budget

très limité de nombreux pays à bas revenu. Les trois catégories supérieures reflètent la mesure dans laquelle l'Etat contribue à la disponibilité de thérapies de substitution à base de nicotine et de services de conseils de base.

Absence de thérapies de substitution à base de nicotine ou de services d'aide au sevrage tabagique
Existence de thérapies de substitution à base de nicotine ou de certains services d'aide au sevrage ( <i>sans</i> remboursement <i>dans les deux cas</i> )
Existence de thérapies de substitution à base de nicotine et de certains services cliniques d'aide au sevrage ( <i>sans</i> remboursement <i>dans les deux cas</i> )
Existence d'un service téléphonique national d'aide au sevrage tabagique, ainsi que de thérapies de substitution à base de nicotine et de certains services cliniques d'aide au sevrage, avec remboursement <i>dans l'un ou l'autre cas</i>
... Données non communiquées

## Mises en garde sanitaires

Les mises en garde sur les paquets de cigarettes ont été évaluées en fonction de leur dimension, de leurs caractéristiques et de leur contenu, y compris l'interdiction d'employer des termes trompeurs. Les données recueillies portent donc sur la taille des mises en garde en pourcentage des principales faces du paquet, sur l'interdiction d'employer des termes trompeurs et sur les caractéristiques suivantes :

- loi exigeant des mises en garde sanitaires spécifiques ;
- mises en garde sanitaires figurant sur les paquets individuels ainsi que sur tout conditionnement et tout étiquetage utilisés au point de vente ;
- description des effets nocifs du tabagisme sur la santé ;
- mises en garde de grande dimension,

claires, visibles et lisibles (par exemple obligation d'utiliser certaines couleurs et tailles de caractères) ;

- mises en garde sanitaires apparaissant à tour de rôle ;
- mises en garde sanitaires rédigées dans toutes les langues principales du pays ;
- mises en garde sanitaires illustrées.

Le regroupement s'est fait de manière empirique : l'analyse des données a révélé des groupes distincts de pays, certains n'exigeant aucune mise en garde sur les paquets et d'autres appliquant des politiques minimales. La répartition dans les deux catégories supérieures s'est révélée plus complexe car beaucoup de pays dotés d'une législation en la matière exigent plusieurs des caractéristiques énumérées ci-dessus, notamment que les mises en garde couvrent au moins 30 % des faces principales du paquet, mais la plupart omettent l'une des plus importantes, à savoir des mises en garde illustrées. C'est pourquoi la deuxième catégorie comprend jusqu'à six de ces caractéristiques, et la première, toutes les caractéristiques en plus de l'interdiction d'employer des termes trompeurs.

Absence de mise en garde
Mise en garde couvrant moins de 30 % de la face principale du paquet
Mise en garde couvrant au moins 30 % de la face principale du paquet et conforme à un ou plusieurs des sept critères applicables aux mises en garde sur les paquets définis ci-dessus
Mise en garde couvrant au moins 50 % de la face principale du paquet et conforme aux sept critères applicables aux mises en garde sur les paquets définis ci-dessus, et interdiction des termes trompeurs
... Données non communiquées

## Interdiction de la publicité, de la promotion et du parrainage

L'interdiction du marketing direct et indirect dans les pays ne suit pas un schéma clair et progressif. L'interdiction du marketing direct passe généralement de l'interdiction dans les médias locaux à l'interdiction dans les médias internationaux, mais cette progression est loin d'être uniforme. Pour l'évaluation, on s'est fondé sur le nombre d'interdictions appliquées en tenant compte du retard général dans l'application d'interdictions indirectes par rapport aux interdictions directes. L'enquête a porté sur les interdictions concernant les pratiques de marketing direct :

- à la télévision et à la radio nationales ;
- dans les journaux et les magazines locaux ;
- sur les panneaux d'affichage et panneaux publicitaires ;
- au point de vente.

L'enquête a également porté sur l'application des interdictions du marketing indirect par les moyens suivants :

- distribution gratuite de produits du tabac par courrier ou par d'autres moyens ;
- rabais promotionnels ;
- Produits autres que le tabac portant une marque de produit du tabac (extensions de marque) ;
- marques de produits autres que le tabac utilisées pour des produits du tabac ;
- Apparition de produits du tabac à la télévision et/ou au cinéma ;
- parrainage d'événements.

Absence d'interdiction directe ou indirecte
Une, deux ou trois interdictions directes ou au moins une interdiction indirecte
Quatre, cinq ou six interdictions directes et au moins une interdiction indirecte
Interdictions directes et indirectes complètes
... Données non communiquées

## Taxes

Les pays ont été répartis en fonction du pourcentage que les taxes sur le tabac représentent dans le prix de détail de la marque locale la plus vendue. Il a été décidé d'inclure ou d'exclure telle ou telle taxe non pas selon sa définition légale mais selon son type d'impact sur le prix de détail. Suivant le contexte national, il peut s'agir de taxes directes, de droits d'importation ou de toute autre taxe propre aux cigarettes. Compte tenu du manque d'informations sur la marge bénéficiaire du détaillant par pays et par marque, on a considéré qu'elle était nulle afin de fixer une limite supérieure à la part que représentent les taxes dans le prix du paquet.

Taxe sur le tabac $\leq$ 25 % du prix de détail
Taxe sur le tabac comprise entre 26 et 50 % du prix de détail
Taxe sur le tabac comprise entre 51 et 75 % du prix de détail
Taxe sur le tabac $>$ 75 % du prix de détail
... Données non communiquées

## Prévalence

On a utilisé les estimations ajustées de la prévalence du tabagisme fournies par l'InfoBase de l'OMS<sup>113</sup> pour classer les pays. Voir à l'appendice III les données de prévalence par sexe.

$\geq$ 30 % des adultes fument
Entre 20 et 29,9 % des adultes fument
Entre 15 et 19,9 % des adultes fument
$<$ 15 % des adultes fument
... Absence de données comparables

# Prévalence du tabagisme dans les Etats Membres de l'OMS

Les données figurant dans le *Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme, 2008* sont tirées des enquêtes les plus récentes sur la prévalence du tabagisme dans chaque pays. Toutefois, les enquêtes sur le tabagisme diffèrent énormément : certaines ne portent que sur la cigarette, tandis que d'autres englobent la pipe ou le cigare ; certaines ne tiennent compte que des personnes qui fument quotidiennement, tandis que d'autres englobent aussi les fumeurs occasionnels ; les enquêtes peuvent aussi ne pas avoir été réalisées la même année. On ne peut donc comparer directement entre eux les chiffres de prévalence issus de ces enquêtes, et toute comparaison doit dûment tenir compte de ces différences en corrigeant les estimations pour les points suivants :

- date de l'enquête : les comparaisons doivent porter sur la même année ;
- méthode d'échantillonnage : des corrections peuvent être nécessaires si les enquêtes ne sont pas représentatives au niveau national ;
- définition du tabagisme : la comparaison du tabagisme quotidien dans un pays avec le tabagisme occasionnel dans un autre peut amener à des conclusions erronées ;
- tranches d'âge sur lesquelles portent les données : la comparaison du tabagisme chez les personnes de 35 ans et plus dans un pays avec celle observée chez les 18 ans et plus dans un autre induit en erreur ; le tabagisme est fortement associé à l'âge, et les différences de prévalence constatées peuvent tenir à l'âge de la population étudiée plutôt qu'à sa consommation de tabac ;
- pyramide des âges dans les pays : les taux de prévalence par âge peuvent être identiques dans deux populations, mais les taux de prévalence globale différents parce que la pyramide des âges n'est pas la même ; les écarts de prévalence peuvent

être attribués à tort aux politiques ou à d'autres facteurs, alors qu'ils sont d'origine purement démographique.

Les chiffres des enquêtes nationales sur la prévalence du tabagisme obtenus par collecte de données ont été comparés aux données de l'InfoBase mondiale de l'OMS afin de s'assurer que les informations les plus récentes avaient été communiquées. A l'issue de cette comparaison, on a retenu, pour le calcul des estimations, les données qui provenaient d'enquêtes :

- présentant des données synthétiques à l'échelle du pays pour une ou plusieurs définitions du fumeur : fumeur actuellement, fumeur actuellement des cigarettes, fumeur quotidiennement, ou fumeur quotidiennement des cigarettes ;
- portant sur un échantillon aléatoire et représentatif de la population générale ;
- présentant les chiffres de la prévalence par tranche d'âge et par sexe ;
- portant sur la population adulte de 15 ans et plus.

On a ainsi obtenu des estimations pour les quatre définitions ci-dessus. Ces catégories sont directement liées au risque individuel de maladie et de décès dus au tabagisme. Les données synthétiques sont tirées de toutes les sources de données et les statistiques de la prévalence du tabagisme ont été analysées en trois grandes étapes : on a utilisé des techniques d'analyse exploratoire des données pour apprécier d'une manière générale l'association entre l'âge et la prévalence ainsi que les relations entre les définitions du tabagisme utilisées, et pour repérer les erreurs de données ; on a ensuite appliqué des modèles aux données communiquées par les pays et calculé des estimations nationales ; on a enfin établi des estimations régionales et sous régionales en regroupant les estimations nationales selon

les désignations régionales et sous régionales de la Division de statistique de l'ONU.

En utilisant toutes les sources de données disponibles, on a examiné les liens entre fumeurs actuels et fumeurs quotidiens, d'une part, et, d'autre part, entre fumeurs

actuels de cigarettes et fumeurs quotidiens de cigarettes. Les résultats ont été appliqués aux pays n'ayant fourni des données que pour une définition. On a fait tourner les modèles de régression séparément pour les deux sexes et pour chacune des 18 sous régions définies par l'ONU. On a

utilisé la transformation logit pour obtenir des variables continues non bornées pour l'analyse de régression, puisque la prévalence est forcément comprise entre 0 et 1. Par exemple, les modèles de régression complets pour le tabagisme quotidien et actuel étaient les suivants :

$$\text{logit (prévalence du tabagisme quotidien)} = \alpha + \beta_1 * \text{logit (prévalence du tabagisme actuel)} + \beta_2 * \text{logit (prévalence du tabagisme actuel)} * \text{âge médian} + \beta_3 * \text{âge médian} + \varepsilon$$

$$\text{logit (prévalence du tabagisme actuel)} = \alpha + \beta_1 * \text{logit (prévalence du tabagisme quotidien)} + \beta_2 * \text{logit (prévalence du tabagisme quotidien)} * \text{âge médian} + \beta_3 * \text{âge médian} + \varepsilon$$

où **l'âge médian** correspond au milieu de la tranche d'âge en années pour chacune des observations et  $\varepsilon$  est le terme d'erreur, que l'on suppose normalement distribué. Le terme d'interaction a été omis par la suite s'il n'était pas un facteur prédictif statistiquement significatif du tabagisme actuel ou quotidien.

Pour estimer la prévalence dans les tranches d'âge standard (par exemple, tranches d'âge de cinq ans à partir de 15 ans), on a examiné, pour chaque pays et par sexe, l'association entre l'âge et la consommation de tabac au moyen de diagrammes de dispersion des données tirées des dernières enquêtes représentatives au plan national. Quand les données étaient suffisantes, on a appliqué, la fonction du deuxième ou troisième degré s'ajustant le mieux aux valeurs communiquées par les pays pour obtenir les valeurs de la prévalence dans les tranches d'âge standard pour chaque pays.

Les possibilités d'ajustement des données d'enquête communiquées par les pays ont été limitées par la disponibilité et la qualité de ces données. Les résultats des enquêtes récentes, représentatives et complètes du point de vue de la définition et des taux par âge et par sexe ne différaient que légèrement des données ajustées de l'OMS. En l'absence de données d'enquête pour un pays, aucune estimation n'a été faite. Les méthodes utilisées pour calculer ces estimations ont fait l'objet d'un examen collégial<sup>115</sup> et ont été publiées dans le European Tobacco Control Report.<sup>114</sup>

Pour les pays n'ayant pas de données d'enquête récentes ou dont les enquêtes

nationales les plus récentes n'indiquent pas la ventilation par âge et par sexe nécessaire pour faire ces calculs, on trouvera à l'appendice IV du *Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme, 2008* les données les plus récentes au niveau national, mais elles ne peuvent pas être comparées aux chiffres ajustés présentés ici. Quand il n'y a pas de données, rien n'est indiqué. Le nombre de pays dans chacune de ces trois catégories de données est le suivant :

Pays ayant des données ajustées et récentes comparables au niveau international	<b>135</b>
Pays ayant des données nationales qui ne sont ni récentes ni comparables au niveau international	<b>18</b>
Pays n'ayant pas de données	<b>41</b>

A l'appendice III, les tableaux 3a et 3b fournissent deux types d'estimations : les estimations ajustées et les estimations standardisées sur l'âge. Les estimations ajustées corrigent les données nationales brutes. On a utilisé les estimations standardisées sur l'âge figurant dans les tableaux de données pour regrouper les pays.

L'appendice IV présente les données nationales et indique leur source. La définition du tabagisme, les tranches d'âge, l'année d'enquête et la représentativité des enquêtes diffèrent selon les pays. Pour plus de précisions sur les données nationales, consulter le site [www.who.int/Infobase](http://www.who.int/Infobase).