

mpower UN PROGRAMME DE POLITIQUES
POUR INVERSER LE COURS DE L'ÉPIDÉMIE

mpower



**Organisation
mondiale de la Santé**

Catalogage à la source: Bibliothèque de l'OMS

**MPOWER : UN PROGRAMME DE POLITIQUES POUR INVERSER
LE COURS DE L'ÉPIDÉMIE.**

1.Tabagisme – prévention et contrôle. 2.Abus tabac – prévention et contrôle. 3.Arrêt tabac. 4.Politique sanitaire. I.Organisation mondiale de la Santé.

ISBN 978 92 4 259663 2 (NLM classification: WM 290)

© Organisation mondiale de la Santé 2008

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès des Editions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; adresse électronique : 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 Editions de l'OMS, à l'adresse ci dessus (télécopie : +41 22 791 4806 ; adresse électronique : 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 précautions raisonnables 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 Suisse.

UN PROGRAMME DE POLITIQUES
POUR INVERSER LE COURS DE L'ÉPIDÉMIE

mpower



**Organisation
mondiale de la Santé**

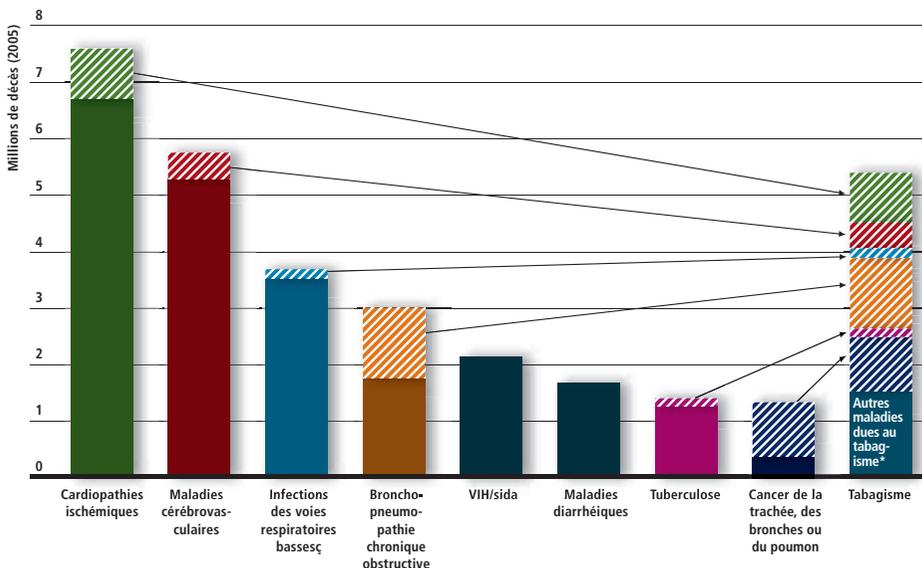


- M**onitor Surveiller la consommation de tabac et les politiques de prévention
- P**rotect Protéger la population contre la fumée du tabac
- O**ffer Offrir une aide à ceux qui veulent renoncer au tabac
- W**arn Mettre en garde contre les dangers du tabagisme
- E**nforce Faire respecter l'interdiction de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage
- R**aise Augmenter les taxes sur le tabac

Table des matières

- 7 INTRODUCTION
- 10 **mpower**: UNE CERTAINE CONCEPTION DE LA LUTTE ANTITABAC
- 13 LE PROGRAMME DE POLITIQUES ET D'INTERVENTIONS **mpower**
 - P**: Protéger la population contre la fumée du tabac
 - O**: Offrir une aide à ceux qui veulent renoncer au tabac
 - W**: Mettre en garde contre les dangers du tabagisme
 - E**: Faire respecter l'interdiction de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage
 - T**: Augmenter les taxes sur les produits du tabac
- 31 SURVEILLANCE, SUIVI ET EVALUATION AU TITRE DU PROGRAMME **mpower**
- 33 LES POLITIQUES **mpower** ET LES PROGRAMMES NATIONAUX DE LUTTE ANTITABAC
- 35 CONCLUSION
- 36 DEFINITIONS
- 37 REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

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'oesophage, 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.

Introduction

Le tabac est la première cause évitable de décès dans le monde aujourd'hui et il tue jusqu'à la moitié de ses consommateurs. Actuellement, plus d'un milliard de personnes dans le monde fument, soit un quart environ des adultes, et plus de 5 millions de personnes meurent chaque année des méfaits du tabagisme. La consommation de tabac continue d'augmenter dans les pays en développement sous l'effet de la forte croissance démographique et du marketing offensif de l'industrie du tabac.

Si les tendances actuelles se poursuivent, le tabac causera la mort de plus de 8 millions de personnes par an d'ici à 2030. D'ici la fin du siècle, il pourrait faire un milliard de victimes. On estime que plus des trois quarts de ces décès auront lieu dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.¹

Le tabagisme est un facteur de risque de six des huit premières causes de mortalité dans le monde. Fumer du tabac provoque, entre autres, cancers du poumon, du larynx, du rein, de la vessie, de l'estomac, du côlon, de la cavité buccale et de l'oesophage, leucémie, bronchite chronique, bronchopneumopathie chronique obstructive, cardiopathies ischémiques, accidents vasculaire cérébraux, fausses couches et accouchements avant terme, anomalies congénitales et stérilité, causant des souffrances humaines qui pourraient être évitées et sacrifiant de nombreuses années de vie productive. Le tabagisme a aussi des conséquences économiques fâcheuses sur les familles et les pays en raison du manque à gagner, de la baisse de la productivité et de l'augmentation des dépenses de santé qu'il entraîne.

Le tabagisme est souvent perçu, à tort, comme un simple choix personnel. En fait, même pleinement informés de ses conséquences sur la santé, la plupart des consommateurs de tabac veulent arrêter mais ont du mal à y parvenir à cause du pouvoir addictif de la nicotine. De plus, une industrie mondiale puissante consacre des dizaines de milliards de dollars chaque année au marketing et emploie des lobbyistes et des publicitaires accomplis pour entretenir la demande, voire la faire augmenter.²

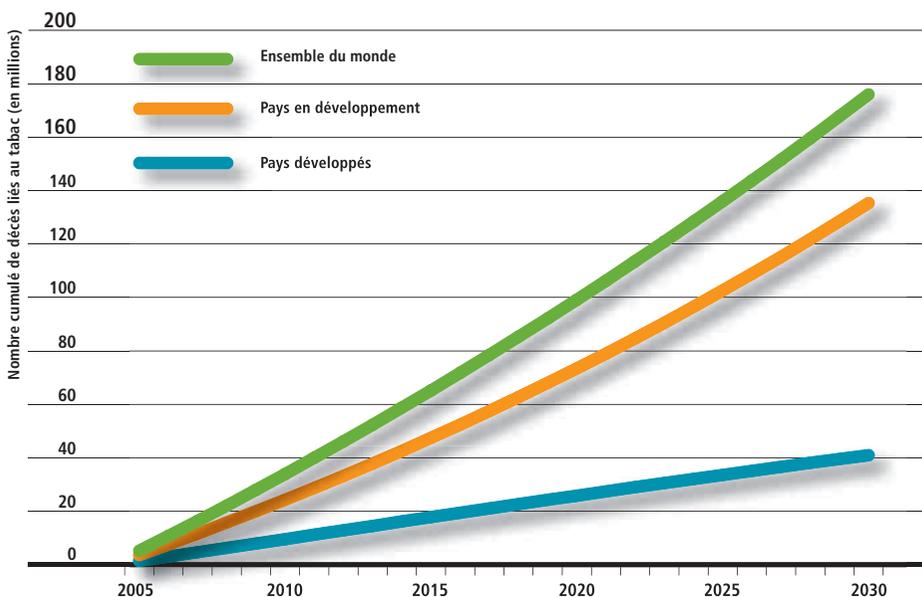
Il existe plusieurs stratégies éprouvées pour réduire la consommation de tabac. Pourtant, plus de 50 ans après que les dangers du tabagisme pour la santé ont été scientifiquement prouvés et plus de 20 ans après que les risques du

tabagisme passif ont été attestés, peu de pays appliquent des stratégies efficaces et reconnues contre l'épidémie de tabagisme. Les pays en développement sont encore moins nombreux à le faire ; les femmes et les jeunes adultes sont la cible de prédilection de l'industrie du tabac dans ces pays car ce sont eux qui offrent le plus grand potentiel d'augmentation des ventes et de profits.³ De plus, dans certains pays, l'Etat prend une part directe ou indirecte à la culture et à la fabrication du tabac, ce qui est un obstacle supplémentaire à l'action.

Grâce aux efforts déployés au niveau international sous la conduite de l'OMS, la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac,⁴ qui compte 168 signataires et plus de 150 Parties, est rapidement entrée en vigueur. La Convention-cadre définit les principes et le contexte de l'élaboration de politiques, de la planification d'interventions et de la mobilisation de ressources politiques et financières pour la lutte antitabac. La réalisation des objectifs de la lutte antitabac exigera une coordination au niveau des pays entre de nombreux

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.

organismes gouvernementaux, établissements universitaires, associations de professionnels et organisations de la société civile, ainsi que le soutien coordonné d'organismes internationaux de coopération et de développement.

Les Parties à la Convention-cadre se sont engagées à protéger la santé de leur population en s'associant à la lutte contre l'épidémie de tabagisme. Afin d'aider les pays à tenir la promesse de la Convention-cadre et à faire de ce consensus mondial une réalité mondiale, nous présentons ici le programme de politiques **mpower**, qui fait fond sur les mesures prévues par la Convention et connues pour réduire la prévalence du tabagisme.⁵

Le programme **mpower** fait partie intégrante du plan d'action de l'OMS contre les maladies non transmissibles qui sera présenté à la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé et qui fait suite à une résolution adoptée par la Cinquante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé en 2000, dans laquelle elle faisait de la lutte contre ces maladies une priorité.

La lutte antitabac demande une forte volonté politique ainsi que la participation de la société civile.⁶ Le présent document est destiné à servir de référence aux acteurs au niveau des pays pour les aider à appliquer concrètement les politiques antitabac du programme **mpower**. Il est censé aider à planifier et former des partenariats nationaux et internationaux et à les évaluer, tout en facilitant l'accès aux ressources financières nécessaires pour mener des activités de lutte antitabac. Il comprend quatre sections :

- **mpower**: une certaine conception de la lutte antitabac
- Le programme de politiques et d'interventions **mpower**
- La surveillance, le suivi et l'évaluation au titre du programme **mpower**
- Les politiques **mpower** et les programmes nationaux de lutte antitabac.

mpower: une certaine conception de la lutte antitabac

Le programme **mpower** encourage les responsables politiques et le reste de la société, y compris la société civile et les dispensateurs de soins, à imaginer un monde sans tabac. Il fournit en outre les outils nécessaires pour diminuer la consommation de tabac dans le monde en créant un contexte juridique et socio-économique propice à un mode de vie sans tabac. Le but est qu'aucun enfant ni aucun adulte dans le monde ne soit plus exposé à la fumée du tabac.

Le programme **mpower** destiné à diminuer la consommation de tabac dans le monde suppose d'appliquer des politiques et des interventions qui ont fait leurs preuves, en se basant sur les données recueillies dans le cadre d'enquêtes effectuées systématiquement pour cibler et affiner leur mise en oeuvre, et d'assurer un suivi rigoureux de ces politiques afin d'en apprécier l'impact. Le taux de couverture des interventions doit être élevé : une application partielle ne suffit généralement pas à diminuer la consommation de tabac dans la population. Pour appliquer le programme de politiques **mpower**, les pays doivent :

- **Monitor** Surveiller la consommation de tabac.
- **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 et de la promotion.
- **Raise** Augmenter les taxes sur les produits du tabac.

Le tableau ci-après récapitule les politiques et interventions du programme **mpower**. Les politiques sont complémentaires et synergiques. Ainsi, la majoration des taxes aidera les consommateurs à renoncer au tabac, réduira le nombre de nouveaux consommateurs et protégera les gens contre le tabagisme passif. L'interdiction de la promotion par l'industrie du tabac et la publicité antitabac sensibiliseront l'opinion aux risques que le tabagisme présente pour la santé, changeront la façon dont le tabagisme est perçu et faciliteront la prise de décisions politiques. Elles concourront aussi à faire respecter la législation fiscale, l'interdiction de la publicité et les lois non fumeurs. Un suivi rigoureux s'impose pour obtenir des données de référence, cibler les activités, mesurer les progrès et évaluer les résultats des interventions.



Elevons les enfants dans un environnement sans tabac

Politiques et interventions du programme mpower

<p>m</p> <p>SURVEILLER LA CONSOMMATION DE TABAC</p> <p>Activité trans- versale MI</p> <p>Obtenir des données périodiques et représentatives de la population nationale sur les principaux indicateurs du tabagisme chez les jeunes et les adultes</p>	<p>P</p> <p>PROTEGER LA POPULATION CONTRE LA FUMEE DU TABAC</p> <p>Intervention P1</p> <p>Instaurer et faire respecter l'interdiction complète de fumer dans les établissements de santé et d'enseignement et dans tous les lieux publics intérieurs, y compris les lieux de travail, les restaurants et les bars</p>
	<p>O</p> <p>OFFRIR UNE AIDE A CEUX QUI VEULENT ARRETER LE TABAC</p> <p>Intervention O1</p> <p>Renforcer les systèmes de santé afin qu'ils puissent assurer des services de conseil sur le sevrage tabagique dans le cadre des soins de santé primaires, de services téléphoniques et d'autres initiatives communautaires, en combinaison, s'il y a lieu, avec un traitement pharmacologique facilement accessible et peu coûteux</p>
	<p>W</p> <p>METTRE EN GARDE CONTRE LES DANGERS DU TABAGISME</p> <p>Intervention W1 Exiger des mises en garde efficaces sur les paquets</p> <p>Intervention W2 Faire de la contre-publicité</p> <p>Intervention W3 Obtenir une couverture médiatique gratuite des activités de lutte antitabac</p>
	<p>E</p> <p>FAIRE RESPECTER L'INTERDICTION DE LA PUBLICITE EN FAVEUR DU TABAC, DE LA PROMOTION ET DU PARRAINAGE</p> <p>Intervention E1 Adopter et appliquer une législation efficace qui interdit globalement toute forme directe de publicité, de promotion et de parrainage</p> <p>Intervention E2 Adopter et appliquer une législation efficace qui interdit la publicité, la promotion et le parrainage indirects</p>
	<p>R</p> <p>AUGMENTER LES TAXES SUR LES PRODUITS DU TABAC</p> <p>Intervention R1 Augmenter le taux d'imposition des produits du tabac et veiller à ce qu'il soit périodiquement ajusté en fonction de l'inflation et à ce qu'il augmente plus que le pouvoir d'achat du consommateur</p> <p>Intervention R2 Renforcer l'administration fiscale afin de limiter le commerce illicite de produits du tabac</p>

Le programme de politiques et d'interventions mpower

Figurent ci-après des stratégies dont il est établi qu'elles réduisent la consommation de tabac. Elles ont donné des résultats dans de nombreux pays et semblent avoir un effet synergique.



Protéger la population contre la fumée du tabac

Objectif: Interdiction complète de fumer dans tous les lieux publics et lieux de travail intérieurs, y compris les restaurants et les bars

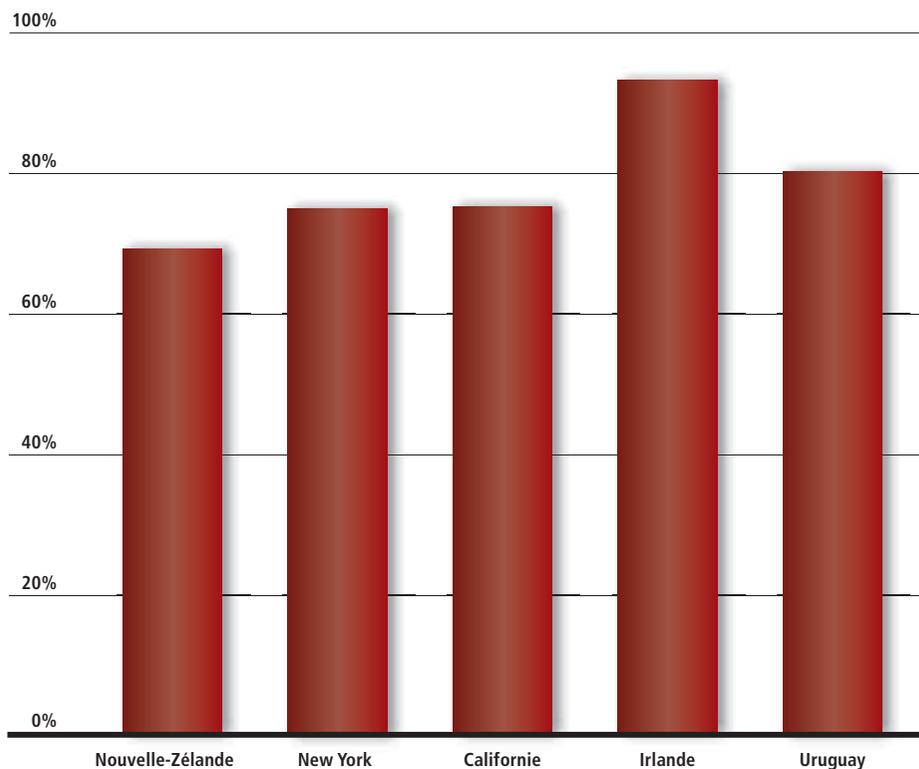
Le tabagisme passif cause un vaste ensemble de maladies, parmi lesquelles des cardiopathies, le cancer du poumon et d'autres affections respiratoires.⁷ Il n'y a pas de seuil au-dessous duquel l'exposition à la fumée des autres est sans danger. Les espaces entièrement non fumeurs sont le seul moyen attesté de protéger efficacement les non-fumeurs contre les effets nocifs du tabagisme passif. En plus de protéger les non fumeurs,⁸ ils aident les fumeurs à renoncer au tabac.⁹

Intervention P1. Instaurer et faire respecter l'interdiction complète de fumer dans les établissements de santé et d'enseignement et dans tous les lieux publics intérieurs, y compris les lieux de travail, les restaurants et les bars

Le tabagisme passif étant pathogène, il est inconcevable d'autoriser la cigarette où que ce soit dans un établissement de santé, qu'il s'agisse d'un poste de santé périphérique, d'un dispensaire ou d'un grand hôpital. Tous les lieux de soins intérieurs doivent être non fumeurs, aussi bien les services dépendant de l'Etat ou d'organisations non gouvernementales (ONG) que les services privés.

LES ESPACES NON-FUMEURS SONT APPRECIÉS

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, consulté le 5 décembre 2007).

New York

1. Chang C et al. The New York City Smoke-Free Air Act: secondhand 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 September 2002. Sacramento, Tobacco Control Section, California Department of Health Services, November 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, consulté le 5 novembre 2007).

Uruguay

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)*. October 2006 (http://www.presidencia.gub.uy/_web/noticias/2006/12/informeo_dec268_mori.pdf, consulté le 5 décembre 2007).

Outre les établissements de soins, tous les établissements d'enseignement doivent être non fumeurs. Il est particulièrement important d'interdire de fumer dans les universités pour protéger les jeunes adultes contre le tabagisme et la fumée de tabac ambiante.

La Convention-cadre souligne combien il est important que tous les lieux de travail intérieurs soit non fumeurs.¹⁰ Les Parties à la Convention-cadre ont adopté à l'unanimité des directives détaillées sur la protection contre l'exposition à la fumée du tabac.¹¹ Les lois non fumeurs protègent les travailleurs et la population et ne nuisent pas aux secteurs d'activité autres que celui du tabac.

Dans les pays à haut revenu, l'interdiction de fumer dans les lieux publics et sur les lieux de travail s'est traduite par une diminution de 3 à 4 % de la consommation de tabac.⁹ Les fumeurs qui travaillent dans des lieux non fumeurs ont plus du double de chances d'arrêter de fumer que ceux qui travaillent dans un lieu où la cigarette est autorisée.¹²

Les pouvoirs publics peuvent plus facilement interdire de fumer dans les lieux placés sous leur administration directe (comme les services publics). Mais, comme dans la plupart des pays les gens travaillent en grande majorité dans le secteur privé, il convient de légiférer pour interdire de fumer dans tous les lieux de travail intérieurs. Dans un secteur donné (par exemple les restaurants ou les bars), il vaut mieux interdire de fumer dans toutes les entités à la fois plutôt que s'en tenir à celles d'une taille déterminée ou présentant telle ou telle caractéristique. L'application uniforme de lois non fumeurs dans un secteur garantit l'égalité de traitement pour toutes les entreprises concernées. Le tabac doit également être proscrit dans les véhicules et les gares des transports publics, y compris les taxis.

Décréter l'interdiction de fumer dans les restaurants, les bars, les clubs et les casinos peut poser des difficultés. Mais, d'après l'expérience d'un nombre croissant de pays et d'entités infranationales, il est possible de promulguer et d'appliquer avec succès l'interdiction de fumer dans ces établissements : la mesure est bien perçue du public, elle ne nuit pas au secteur économique concerné et contribue à améliorer la santé.^{13,14,15} Les statistiques économiques sont un bon argument pour riposter à l'industrie du tabac, qui prétend à tort que l'interdiction de fumer dans ces lieux nuit à l'activité économique.^{16,17}

Il faut légiférer pour créer des espaces non fumeurs, car les politiques volontaires se sont avérées inefficaces. Les systèmes de ventilation et les fumeurs séparés ne ramènent pas l'exposition à la fumée à un niveau acceptable ou sans danger.^{18,19} Une bonne planification, des ressources suffisantes, une forte volonté politique, une utilisation fructueuse des médias, la rédaction soignée des textes de loi et la participation de la société civile sont cruciales.²⁰ Quand ils appliquent des lois non fumeurs, les pouvoirs publics doivent impérativement mener des campagnes de

sensibilisation pour obtenir le soutien de l'opinion publique.²¹ Par des campagnes destinées à convaincre les chefs d'entreprise des avantages que présentent des lieux de travail non fumeurs, et notamment que l'interdiction de fumer ne nuit pas à l'activité économique, ils peuvent aussi limiter l'hostilité du monde des entreprises.

Une fois les lois non fumeurs promulguées, il faut les faire respecter. Les pouvoirs publics peuvent être amenés à se montrer plus stricts dans l'application de l'interdiction de fumer immédiatement après l'adoption de la loi pour marquer leur volonté de la faire respecter. Une fois que la loi est bien respectée, ils pourront peut-être réduire les moyens de coercition, car le respect des espaces non fumeurs se fait en grande partie de lui-même quand l'opinion publique et le monde des entreprises sont favorables aux politiques et à la législation non fumeurs.

Le moyen le plus efficace de faire respecter ces lois est d'en confier la responsabilité aux propriétaires et aux gérants des établissements. Dans beaucoup de pays, les chefs d'entreprise sont juridiquement tenus d'offrir un lieu de travail sûr à leurs employés. Les amendes et autres sanctions à l'encontre des employeurs contribuent mieux à faire respecter la loi que celles punissant les fumeurs en infraction. Il faut contrôler régulièrement l'application de la loi et son impact. Les études et les campagnes d'information montrant que l'application de lois non fumeurs n'a pas d'effet négatif sur l'activité économique contribuent aussi à les faire mieux accepter et respecter.



Offrir une aide à ceux qui veulent renoncer au tabac

Objectif: Des services de prise en charge clinique de la dépendance tabagique faciles d'accès dans 100 % des centres de soins de santé primaires et dans le cadre des services communautaires

La plupart des consommateurs de tabac étant dépendants à la nicotine, substance addictive, ils ont du mal à renoncer au tabac, même s'ils essaient en groupe. Ceux qui savent que le tabagisme les expose à la maladie et à une mort prématurée sont plus nombreux à vouloir arrêter. Une fois la décision prise, la plupart arrêtent le tabac sans se faire aider, mais une aide augmente considérablement les taux de sevrage tabagique.^{22,23} Entre 90 et 95 % des fumeurs quotidiens qui essaient d'arrêter de fumer sans aucun secours récidivent.²²

La prise en charge de la dépendance tabagique incombe principalement au système de santé d'un pays, y compris les pouvoirs publics, la sécurité sociale, les ONG et les services cliniques privés.²⁴ Les interventions de prise en charge clinique étant axées sur l'individu, elles sont moins efficaces par rapport à leurs coûts pour diminuer la consommation de tabac en général que d'autres stratégies **mpower**. Elles sont néanmoins importantes pour aider les consommateurs à renoncer au tabac pour leur santé et pour leur durée de vie. De plus, elles ont bien plus d'effets sur la santé et sont bien plus rentables que la plupart des autres prestations du système de santé.²⁵

Les administrations publiques qui appliquent des mesures antitabac doivent aider les consommateurs de tabac à arrêter. Même quand elles appliquent des stratégies antitabac d'une efficacité avérée sur les taux de sevrage – hausse des prix, interdiction de toutes les formes de publicité, de marketing et de promotion, limitation des lieux où l'on peut fumer et sensibilisation des fumeurs aux dangers du tabac –, nombre de fumeurs ont du mal à renoncer au tabac. L'aide dont ils bénéficient peut aussi diminuer la résistance aux autres politiques du programme **mpower**. L'Etat peut subventionner les services d'aide au sevrage tabagique avec le revenu des taxes sur le tabac.

Il existe deux grandes interventions pour faciliter le sevrage tabagique. La première est le conseil, y compris les conseils donnés en face-à-face par un médecin ou un autre agent de santé lors des consultations ordinaires, au téléphone par des services spécialisés et dans le cadre de programmes communautaires. L'autre est la mise à disposition d'une pharmacothérapie peu coûteuse.

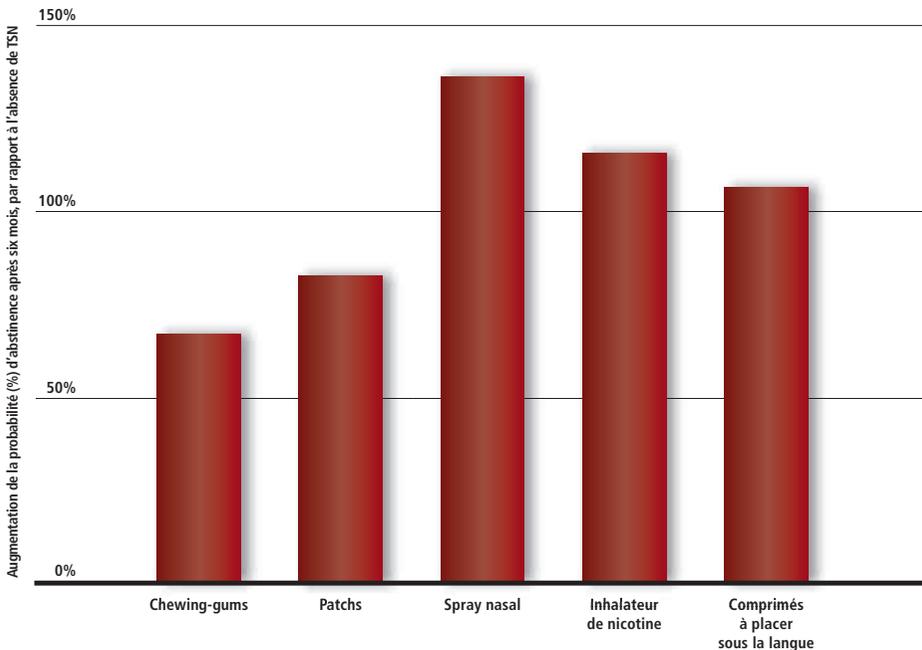
Intervention 01. Renforcer les systèmes de santé afin qu'ils puissent assurer des services de conseil sur le sevrage tabagique dans le cadre des soins de santé primaires, de services téléphoniques et d'autres initiatives communautaires, en combinaison, s'il y a lieu, avec un traitement pharmacologique facilement accessible et peu coûteux.

Repérer les consommateurs de tabac et leur prodiguer de brefs conseils devrait être une des prestations assurées au niveau des soins de santé primaires et pendant les consultations médicales de routine, avec des conseils continus pour affermir la volonté des patients d'arrêter le tabac. De brefs conseils sur le sevrage tabagique sont un service efficace et peu coûteux, plus efficace encore quand il est assuré par un professionnel de la santé qui donne des conseils clairs, convaincants et personnalisés dans le cadre des soins médicaux généraux.^{22,23} Les conseils d'un médecin peuvent être particulièrement influents quand ils sont

adaptés à la situation particulière du patient (par exemple femme enceinte, ou consultation pour des symptômes cardiaques ou respiratoires). Les patients sont généralement réceptifs aux mises en garde des professionnels de la santé, souvent très respectés, contre les risques du tabagisme. Le taux de sevrage est également plus élevé quand les conseils sont prodigués par plusieurs sortes d'agents de santé.²²

Le conseil sur le sevrage tabagique est une prestation relativement bon marché parce qu'assurée dans le cadre de services de santé préexistants que la plupart des gens consultent, ne serait-ce qu'occasionnellement. Il faut toutefois que les agents de santé, en particulier les médecins, soient motivés. Les agents de santé non professionnels, qui ne sont pas du métier mais qui ont été formés pour assurer des services de santé de base, pourraient aussi contribuer aux interventions d'éducation pour la santé et de sevrage tabagique. Les agents de santé peuvent prendre part aux activités locales et nationales de lutte antitabac ; tous les professionnels de la santé devraient se faire les avocats des politiques et des interventions **mpower**.

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



Source: Silagy C et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Database System Review 2004, (3):CD000146.

Les services de conseil sur le sevrage tabagique peuvent aussi être assurés ailleurs qu'en milieu médical, notamment par des services téléphoniques qui devraient être gratuits et consultables à des heures commodes, avec des conseillers répondant en direct plutôt que des messages préenregistrés. Les services téléphoniques d'aide au sevrage tabagique donnent de meilleurs résultats dans les pays où le réseau de téléphonie fixe ou mobile est étendu et les gens habitués à utiliser des services par téléphone ; il faut financer les services et former le personnel pour qu'il sache répondre aux appels, prodiguer des conseils adaptés ou renvoyer les clients vers des services spécialisés. Les services par téléphone devraient fournir des renseignements analogues à ceux donnés lors d'un entretien en face-à-face (raisons pour arrêter le tabac, préparation au sevrage et techniques pour résister au manque).

Les services téléphoniques les plus efficaces sont ceux qui rappellent leurs correspondants pour suivre leurs progrès et les encourager à renoncer au tabac, à ne pas rechuter ou à faire une nouvelle tentative en cas de rechute. La méthode des appels à intervalles réguliers est celle qui a le plus de chances de maintenir les patients décidés à renoncer au tabac pour de bon.²⁶ En outre, les groupes communautaires, les dispensateurs de services extérieurs au secteur de la santé et les dirigeants communautaires peuvent aussi informer les fumeurs et les inciter à arrêter de fumer.

Le traitement pharmacologique de la dépendance à la nicotine doit de préférence être associé à des services de conseil, bien qu'il demeure efficace quand il est prescrit séparément.^{22,23} Les médicaments pour arrêter de fumer peuvent doubler les chances de succès, qui sont plus grandes encore si cette thérapie s'accompagne de conseils. Au nombre de ces médicaments figurent les thérapies de substitution à base de nicotine (TSN), qui peuvent être vendues sans ordonnance sous la forme de timbres transdermiques, de pastilles, de chewing-gums, de comprimés à placer sous la langue, d'inhalateur oral ou de spray nasal. Il existe aussi des médicaments vendus sur ordonnance comme le bupropion et la varénicline. Les thérapies de substitution à base de nicotine réduisent les symptômes de sevrage en remplaçant une partie de la nicotine du tabac. Le bupropion est un antidépresseur qui atténue l'état de manque et les autres symptômes de sevrage. La varénicline supprime la sensation de plaisir que provoque la nicotine quand on fume. Le traitement peut généralement être arrêté dans un délai d'un à trois mois après le sevrage, encore que certains gros fumeurs peuvent avoir avantage à prolonger le traitement.

La plupart des pays peuvent recourir efficacement à des options de conseil peu coûteuses, même si leur budget ne leur permet pas de prendre en charge financièrement les médicaments. Les médicaments doivent cependant être autorisés à la vente même s'ils ne sont pas subventionnés par l'Etat.

Mettre en garde contre les dangers du tabagisme

Objectif: Bonne perception des risques du tabagisme pour la santé dans toutes les tranches d'âge, chez les deux sexes et dans tous les lieux de résidence afin que tous sachent que le tabagisme entraîne des souffrances, des déformations et un décès prématuré.

Malgré la somme d'éléments attestant les dangers du tabagisme, peu de consommateurs de tabac dans le monde mesurent pleinement les risques pour leur santé.²⁷ La plupart des gens savent généralement que le tabac est nocif mais ignorent précisément l'ensemble de maladies qu'il cause, les risques d'incapacité et de décès liés à un tabagisme prolongé, la rapidité ou l'intensité de la dépendance à la nicotine et les dangers du tabagisme passif. La plupart surestiment aussi leur capacité d'arrêter le tabac quand ils le souhaitent.

Ce sont les adolescents et les jeunes adultes qui risquent le plus de commencer à consommer du tabac.²⁸ Ils se soucient généralement moins des risques pour leur santé ou leur vie et ont davantage tendance à adopter des comportements risqués.²⁹ Ils sont aussi très influencés par la pression des pairs et la publicité.^{30,31} Ils risquent par ailleurs de devenir plus rapidement dépendants à la nicotine que des sujets plus âgés, même s'ils ne fument qu'occasionnellement.^{32,33}

Les campagnes médiatiques de sensibilisation aux dangers du tabagisme et du tabagisme passif pour la santé peuvent influencer sur la décision de commencer ou de continuer à fumer. Les interventions de sensibilisation importantes sont la diffusion d'informations sur les risques sanitaires à l'intention de la population générale, le ciblage de groupes particuliers qui consomment davantage de tabac ou qui sont plus ignorants de ses méfaits, et les mises en garde obligatoires sur les paquets de cigarettes et d'autres produits du tabac.

Le but ultime des campagnes antitabac et de la contre-publicité est de changer les normes sociales à l'égard du tabagisme. En cassant l'image séduisante que le marketing donne du tabac et en dénonçant l'idée erronée que le tabagisme présente peu de risques, la pression sociale incitera de nombreuses personnes à choisir de ne pas consommer de tabac. L'évolution des normes sociales en ce sens apporte également un soutien supplémentaire à d'autres initiatives de l'Etat visant à réduire la consommation de tabac.

Bien que les programmes antitabac s'adressant aux enfants soient bien vus politiquement et recueillent l'adhésion de l'opinion publique, ceux qui ont été menés dans le cadre des cours d'éducation pour la santé à l'école n'ont guère contribué à dissuader les jeunes d'essayer la cigarette et de commencer à fumer.^{34,35} Compte tenu de leur faible pouvoir de dissuasion et de leur peu d'effets à long terme, les programmes scolaires ne devraient être envisagés que dans le cadre d'un système d'évaluation rigoureux et seulement si les autres politiques et interventions **mpower** sont déjà en place. Le fait d'axer les initiatives de sensibilisation sur les enfants pourrait en affaiblir les effets alors qu'une action visant l'ensemble de la population pourrait avoir une influence à plus long terme.³⁶

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, consulté le 6 décembre 2007).

Intervention W1. Exiger des mises en garde efficaces sur les paquets

Les mises en garde sur les paquets de tabac sont une méthode à la fois efficace et économique pour sensibiliser aux dangers du tabagisme en avertissant directement les consommateurs de tabac, et ceux qui n'en consomment pas quand ils voient les paquets.^{37,38,39} Cette intervention peut être appliquée quasiment sans frais pour les pouvoirs publics.

Le contenu et la présentation des mises en garde devant figurer sur les paquets doivent être prescrits par la loi. Les mises en garde doivent être claires et visibles et occuper de préférence au moins la moitié des faces principales du paquet.⁴⁰ Elles doivent aussi décrire précisément les effets du tabagisme sur la santé et les maladies qu'il cause et apparaître par roulement périodique afin de continuer à attirer l'attention. Les avertissements illustrés sont efficaces auprès de tous les fumeurs et revêtent une importance particulière pour ceux qui ne savent pas lire ou pour les enfants dont les parents fument. De plus, il ne doit figurer sur l'étiquette aucun terme ni aucune indication donnant à penser qu'un produit du tabac est moins dangereux que d'autres, par exemple « à faible teneur en goudrons », « légère » ou « ultra-légère ». Aucune cigarette n'est sans danger et ces termes semblent indiquer à tort que certains produits sont moins nocifs.⁴¹

Les risques du tabagisme pour la santé étant amplement attestés, la législation rendant obligatoires les mises en garde peut généralement être adoptée sans que les consommateurs de tabac y soient hostiles. Mais l'industrie du tabac s'y oppose presque toujours, surtout s'il s'agit de mises en garde illustrées, explicites et de grande dimension. Si elle est contre, c'est justement parce que ces mises en garde sont efficaces.

Intervention W2. Faire de la contre-publicité

Les pouvoirs publics et la société civile, y compris les ONG, devraient faire des efforts coordonnés pour sensibiliser l'opinion publique et mobiliser une action contre le tabagisme.⁴² Les informations sur les risques du tabagisme pour la santé devraient être présentées de façon claire, être de la même qualité et aussi persuasives que la publicité et les matériels de promotion de l'industrie du tabac.

Il importe de faire appel aux services de professionnels de la publicité pour adapter ou concevoir et diffuser des matériels qui attirent suffisamment l'attention pour rivaliser avec les campagnes systématiques, multiformes et bien mieux financées des fabricants de tabac. Les campagnes de contre-publicité peuvent coûter cher. Toutefois, en adaptant les publicités existantes, en obtenant si possible gratuitement ou à prix réduit un temps d'antenne à la télévision et à

la radio à des heures de grande écoute et en augmentant le budget consacré à la lutte antitabac dans le pays, on peut diffuser pendant une période prolongée des messages percutants qui non seulement incitent nombre de consommateurs à renoncer au tabac, mais contribuent aussi à modifier le contexte et à augmenter ainsi les chances de succès de toutes les autres interventions **mpower**. Pour les jeunes adolescents qui voient à la télévision des spots antitabac percutants, le risque de devenir des fumeurs invétérés est ramené à moins de la moitié,⁴³ et, sous l'influence des campagnes antitabac, les fumeurs adultes sont plus nombreux à arrêter de fumer.⁴⁴ L'industrie du tabac a conçu sa propre publicité antitabac, souvent en réaction aux mesures gouvernementales visant à limiter ses pratiques commerciales, mais ces initiatives sont sans effet sur la consommation de tabac et peuvent même l'encourager, surtout chez les jeunes.⁴⁵

Intervention W3. Obtenir une couverture médiatique gratuite des activités de lutte antitabac

En plus de la publicité payante, on peut mener dans les médias des campagnes de sensibilisation aux dangers du tabac par des opérations de relations publiques privilégiant la couverture à la télévision et à la radio, la diffusion de nouvelles dans la presse, à la radio et dans les médias en ligne ainsi que les lettres aux rédactions et les articles d'opinion. On parle souvent à ce sujet de « médiatisation méritée », qui peut se révéler un moyen très efficace⁴⁶ et économique de sensibiliser aux méfaits du tabac, d'attirer l'attention sur les initiatives antitabac et de contrecarrer la diffusion d'informations fausses par l'industrie.

Des campagnes médiatiques bien conçues et la mise en oeuvre des politiques **mpower** comme l'interdiction de fumer dans certains lieux, le contre-marketing et les mises en garde sur les paquets de tabac peuvent bénéficier d'une couverture gratuite importante dans les médias. Il faut pour cela publier des communiqués de presse exposant les arguments sur lesquels reposent les politiques antitabac chaque fois qu'un fait nouveau se produit dans la lutte contre le tabac, par exemple à l'occasion de l'adoption ou de l'entrée en vigueur d'une loi ou de la publication des résultats de travaux de recherche. Comme les médias répercutent généralement les nouvelles de ce type, il importe que les reportages fassent une large place au plaidoyer contre le tabac. Ceux qui ont le plus de chances de retenir l'attention des médias et de leur public sont les reportages qui abordent des sujets d'intérêt local dans leur dimension humaine en s'appuyant sur des faits. Comme les programmes à l'intention des médias ont souvent plus de succès quand ils relèvent d'une démarche originale qui aborde le sujet sous un angle nouveau, les porte-parole de la lutte antitabac doivent faire preuve d'imagination pour éveiller l'intérêt des médias.

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

Objectif: Absence complète de publicité en faveur du tabac, de promotion et de 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 ;² par conséquent, l'un des éléments essentiels de la lutte antitabac est l'interdiction globale de toute forme de marketing des produits du tabac.⁴⁷ Les interdictions globales de la publicité, de la promotion et du parrainage contribuent beaucoup à diminuer la consommation de tabac parmi les personnes de tous revenus et de tous niveaux d'instruction.⁴⁸ Les interdictions partielles de la publicité n'ont guère d'effet, voire aucun, sur la prévalence du tabagisme.⁴⁹ Dans les pays à haut revenu, l'interdiction complète s'appliquant à tous les médias et à toutes les utilisations de noms de marque et de logos a entraîné une baisse de la consommation d'environ 7 %.⁴⁹

Les jeunes font partie du principal public visé par la publicité en faveur du tabac parce qu'ils risquent davantage de commencer à consommer du tabac et qu'une fois dépendants, ils resteront probablement des consommateurs réguliers pendant longtemps. Voyant aussi dans les femmes qui, dans la plupart des pays, ne consommaient pas de tabac jusqu'ici un immense marché potentiel en raison de leur indépendance financière et sociale croissante, l'industrie du tabac les a aussi choisies pour cible. L'interdiction de la publicité, de la promotion et du parrainage devrait prendre tout particulièrement en considération les circuits de marketing auxquels ces groupes sont exposés.

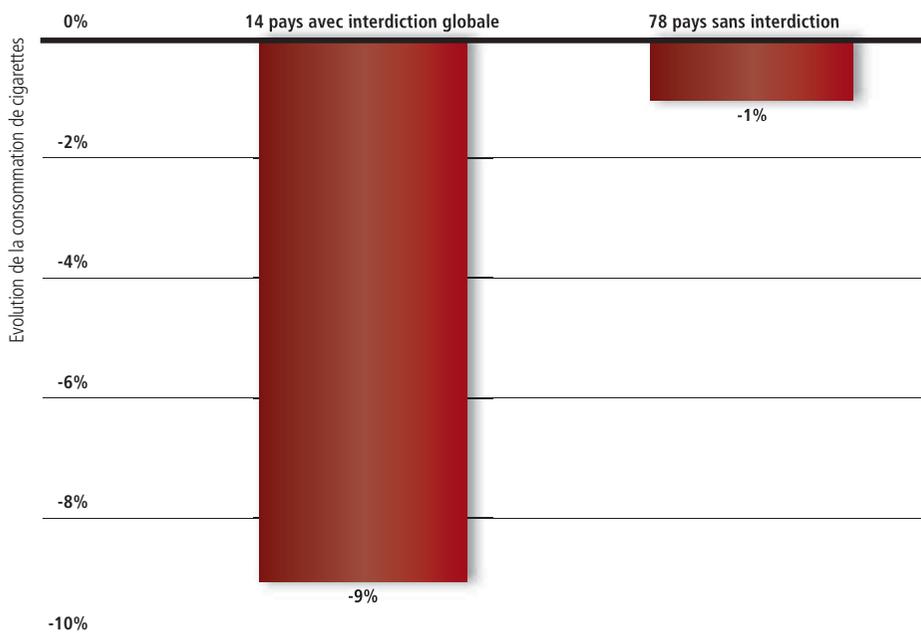
L'adoption d'une législation interdisant la publicité, la promotion et le parrainage par l'industrie du tabac peut se heurter à des résistances, car les dépenses publicitaires des cigarettiers profitent aussi à d'autres secteurs d'activité. Les lois de ce type sont toutefois faciles à maintenir et à appliquer si elles sont bien rédigées. Elles doivent avoir pour principaux éléments :

- l'interdiction de la publicité dans tous les types de médias ;
- des restrictions aux activités de marketing des importateurs et des détaillants ; et
- des restrictions aux activités promotionnelles impliquant les secteurs du sport et des divertissements.

Les restrictions volontaires au marketing et à la promotion sont sans effet ;⁵⁰ l'Etat doit intervenir sous la forme d'une législation bien rédigée et bien appliquée, car l'industrie du tabac est passée maître dans l'art de contourner les interdictions de la publicité. Elle essaie souvent de faire passer la publicité et la promotion pour des moyens de concurrence entre les marques sur le marché existant afin de masquer leur but premier, qui est d'attirer de nouveaux consommateurs. Pour être dissuasives, les sanctions en cas de non-respect de l'interdiction du marketing doivent être sévères. Les cigarettiers ont beaucoup d'argent, d'où la nécessité de les condamner à de lourdes peines financières pour qu'ils ne soient pas tentés de contourner la loi.

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.

* Le paragraphe 1 de l'article 13 de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac stipule : « Les Parties reconnaissent que l'interdiction globale de la publicité, de la promotion et du parrainage réduira la consommation des produits du tabac. ». Parallèlement, l'article 13 reconnaît que la capacité de certains pays d'appliquer des interdictions totales peut être limitée par leur constitution ou leurs principes constitutionnels.

Intervention E1. Adopter et appliquer une législation efficace qui interdise globalement toute forme directe de publicité, de promotion et de parrainage

Pour être efficace, l'interdiction de la publicité directe doit être globale et couvrir tous les types de supports et de réclame,⁵¹ sinon l'industrie du tabac trouvera d'autres canaux publicitaires pour faire parvenir son message au public visé.^{52,53} Si la publicité est interdite dans un média particulier, l'industrie du tabac se contente d'orienter ses dépenses vers des créneaux où la publicité est autorisée. L'interdiction doit s'appliquer, sans toutefois y être limitée, aux journaux et aux magazines, à la radio et à la télévision, aux panneaux d'affichage et à Internet.

Il importe également d'interdire la publicité dans les points de vente, y compris les présentoirs de produits et la signalisation.⁵⁴ De cette façon, on limite ou supprime la possibilité d'utiliser le marketing comme un signal appelant les consommateurs à acheter. Cette mesure peut être encore renforcée en exigeant que les cigarettes soient conservées derrière le comptoir, hors de la vue du client, afin qu'il soit obligé de demander si elles sont en vente dans le magasin. Ce petit effort supplémentaire exigé du client est une barrière importante à l'achat.

Intervention E2. Adopter et appliquer une législation efficace qui interdise la publicité, la promotion et le parrainage indirects

La publicité, la promotion et le parrainage indirects associent le tabagisme à des situations enviables ou à des environnements agréables : images de personnes fumant dans les films et à la télévision, parrainage de concerts et d'événements sportifs, recours à des produits à la mode ou à des personnes célèbres pour promouvoir le tabac et messages affirmant l'identité des produits (par exemple marques de tabac imprimées sur des vêtements). Le marketing indirect améliore l'image du tabac et des fabricants de tabac auprès du public.

Il est important de surveiller les stratégies de l'industrie du tabac pour prendre des contre-mesures efficaces. Une surveillance continue peut permettre de repérer les nouveaux types d'activités de marketing et de promotion qui contournent même les interdictions globales rédigées dans les termes les plus clairs. En plus de surveiller les médias et les circuits de marketing habituels, il faut observer les nouveaux types de médias et les nouvelles tendances sociales, par exemple la communication par messagerie texte et les boîtes de nuit alternatives qui ne se font connaître que par le bouche-à-oreille.

Augmenter les taxes sur les produits du tabac

Objectif: Des produits du tabac qui deviennent progressivement moins abordables

Le moyen le plus efficace de diminuer la consommation de tabac est d'augmenter le prix du tabac et des produits du tabac en majorant les taxes. La hausse du prix des cigarettes réduit le nombre de fumeurs et incite ceux qui continuent de fumer à diminuer leur consommation quotidienne de cigarettes. Comme la demande n'est pas élastique et que le total des taxes représente une petite portion du prix de détail, la majoration des taxes augmente les recettes fiscales du pays, du moins à court et moyen terme, même si l'on tient compte de la baisse de la consommation.⁵⁵ Certains pays imposent d'ailleurs le tabac à plus de 75 % du prix de détail.⁵

On estime que pour chaque augmentation de 10 % du prix de détail, la consommation diminue d'environ 4 % dans les pays à haut revenu et d'environ 8 % dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. La prévalence du tabagisme diminue dans une proportion avoisinant la moitié de ces taux,⁵⁶ avec des variations en fonction du revenu, de l'âge et d'autres facteurs démographiques. L'augmentation des taxes contribue tout particulièrement à prévenir et à réduire le tabagisme chez les jeunes et les démunis.^{57,58} En effet, les jeunes et les fumeurs à bas salaire sont deux à trois fois plus nombreux à renoncer au tabac ou à fumer moins que les autres fumeurs après une augmentation des prix, car ils sont plus sensibles économiquement au renchérissement des cigarettes.^{53,59}

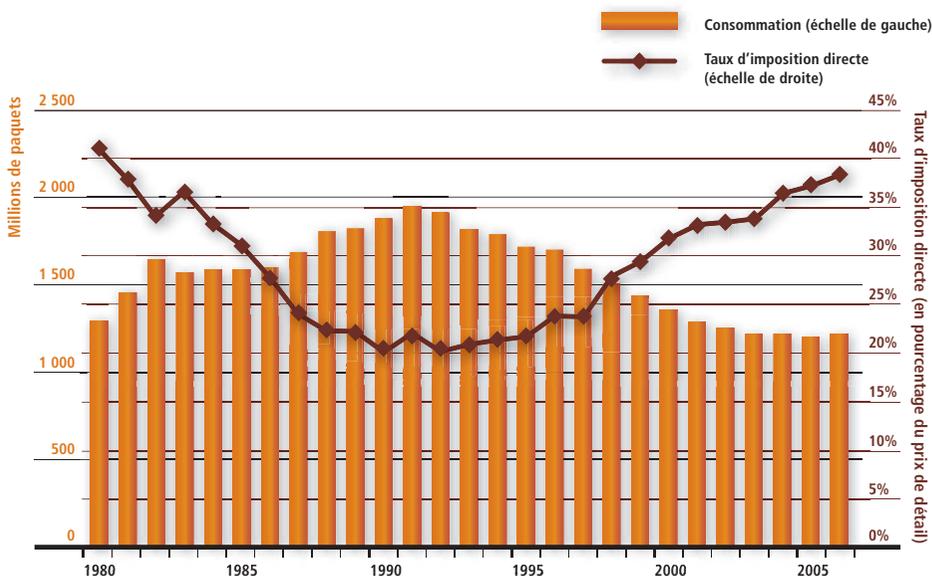
Intervention n°1. Augmenter le taux d'imposition des produits du tabac et veiller à ce qu'il soit périodiquement ajusté en fonction de l'inflation et à ce qu'il augmente plus que le pouvoir d'achat du consommateur

Le but de la taxation du tabac est de rendre les produits du tabac *progressivement moins abordables*. Pour cela, l'Etat doit majorer les taxes périodiquement afin que le prix réel des produits augmente plus vite que le pouvoir d'achat du consommateur, et ce pour tous les produits du tabac, y compris ceux qui sont le plus consommés et ceux qui coûtent le moins cher.

Si la majoration des taxes n'a pas de répercussions sur le prix réel des cigarettes et n'excède pas la hausse du pouvoir d'achat, le tabac devient relativement moins cher et donc plus abordable. Il en résulte une hausse de la consommation et de la prévalence du tabagisme. Par ailleurs, si les taxes augmentent le prix des produits haut de gamme sans sensiblement renchérir celui des produits bon marché, il y a moins de chances que les consommateurs à revenus modestes réduisent leur consommation puisqu'ils ont tendance à fumer des produits meilleur marché. Il se peut en outre que certains consommateurs optent pour des marques ou des produits moins chers, de sorte que les dépenses et l'apport de nicotine individuels restent constants et que la consommation de tabac ne diminue pas.⁶⁰ Ainsi les systèmes de taxation du tabac peuvent dégager le même volume de recettes mais réduire plus ou moins la consommation selon les produits taxés, les modalités et le taux de taxation.

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. (http://www.who.int/tobacco/training/success_stories/en/best_practices_south_africa_Taxes.pdf, consulté le 6 décembre 2007). Informations supplémentaires obtenues par communication personnelle avec C. van Walbeek.

Pour maximiser l'impact de la taxation en tant qu'intervention de santé publique, on peut consacrer une partie des recettes fiscales résultant de la hausse des taxes au financement de la lutte antitabac et d'autres programmes de santé publique et programmes sociaux. La majoration des taxes est alors mieux perçue encore par l'opinion publique, y compris les fumeurs. Dans la plupart des pays, les revenus des taxes sur le tabac sont plusieurs centaines voire plusieurs milliers de fois supérieurs aux fonds publics alloués à la lutte antitabac. En consacrant une plus grande partie de ces recettes à la lutte antitabac, on rend les taxes plus populaires et on augmente sensiblement les crédits affectés à la mise en oeuvre du programme **mpower** (campagnes de contre-publicité, services de conseil pour renoncer au tabac, etc.).

Les taxes directes s'appliquent en fonction du *nombre* (taxes à taux fixe ou spécifiques) ou de la *valeur* des articles (taxes *ad valorem*), ou des deux. Ces deux types de taxes directes ont leurs avantages et leurs inconvénients en ce qui concerne le prix de détail et les recettes fiscales ainsi que la variété et la qualité des produits. Les taxes spécifiques (par exemple un dollar ou l'équivalent en monnaie locale par paquet de 20 cigarettes) évitent que les recettes fiscales diminuent suite à une éventuelle baisse des prix du fabricant, sont faciles à calculer et peuvent être ajustées automatiquement. Elles réduisent davantage la consommation de tabac, surtout si elles sont automatiquement indexées sur l'inflation. Les taxes spécifiques doivent suivre l'inflation et être périodiquement ajustées en fonction de la hausse du pouvoir d'achat pour continuer à avoir le même effet sur la consommation. Les taxes *ad valorem*, en revanche, suivent automatiquement l'inflation et les recettes augmentent si l'industrie augmente ses prix. Toutefois, dans les pays où il y a d'importants écarts de prix entre les différents produits du tabac à fumer, l'augmentation des taxes *ad valorem* peut avant tout inciter les fumeurs à se rabattre sur des produits meilleur marché, ce qui limite les effets bénéfiques de la taxation sur la santé.

Le prélèvement au niveau du fabricant de taxes directes certifiées par un tampon sur les paquets de cigarettes est le moyen le plus pratique de percevoir les taxes. Ce procédé facilite la perception des taxes en réduisant la charge administrative pour les distributeurs et les détaillants qui, ayant un volume d'affaires plus modeste que celui des fabricants, n'ont généralement pas les moyens de rendre compte avec exactitude des taxes perçues. En ce qui concerne les importations de tabac, les taxes directes sont souvent prélevées au port d'entrée comme n'importe quel droit de douane. Les taxes sur les ventes ou sur la valeur ajoutée (TVA) peuvent aussi être perçues au port d'entrée ou au niveau du détaillant, comme pour d'autres produits.

Intervention F2. Renforcer l'administration fiscale afin de limiter le commerce illicite de produits du tabac

Un système centralisé de taxation axé sur les fabricants réduira aussi les possibilités de commerce illicite en facilitant les contrôles. Les pays devront peut-être renforcer les moyens de l'administration fiscale et les services des douanes, surtout si la contrebande et la fraude fiscale sont fréquentes.

Les inspections réalisées à l'aide de techniques de pointe, une meilleure communication entre les responsables des douanes et une application stricte sont nécessaires pour décourager le commerce illicite. En outre, l'apposition de timbres fiscaux sur tous les paquets destinés à être vendus au détail, une répression sévère s'appuyant sur une législation stricte, la bonne tenue des registres et la présence obligatoire sur les paquets de mises en garde en langue locale sont d'autres moyens efficaces de dissuader les fraudeurs. Toutes ces mesures demandent que les pouvoirs publics soient fermement décidés à lutter contre le commerce illicite.

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.



Surveillance, suivi et évaluation au titre du programme **mpower**



Objectif: Mise en place de systèmes efficaces de surveillance, de suivi et d'évaluation pour surveiller la consommation de tabac

Activité transversale M1: Obtenir des données périodiques et représentatives de la population nationale sur les principaux indicateurs du tabagisme chez les jeunes et les adultes

Plus de la moitié des pays n'ont pas même de données récentes et représentatives au niveau national sur la prévalence du tabagisme chez les jeunes et les adultes.

Les pays ont besoin de chiffres exacts sur la consommation de tabac pour bien planifier les stratégies et les interventions de lutte antitabac, les appliquer là où elles sont utiles, mesurer leur impact et les ajuster pour qu'elles donnent les meilleurs résultats possibles. Des données exactes permettent d'appliquer correctement les interventions, de mesurer leur impact efficacement et de les ajuster rapidement si nécessaire, ce qui augmente beaucoup les chances de succès. Tout système de surveillance, de suivi et d'évaluation doit employer des méthodes standardisées et scientifiquement valables de collecte et d'analyse des données. Les enquêtes en population sur un échantillon représentatif, aléatoire et de taille suffisante peuvent fournir de bonnes estimations de la consommation, avec une marge d'erreur acceptable. Elles peuvent ne porter que sur la consommation de tabac ou être combinées à des enquêtes sur d'autres problèmes de santé prioritaires.

Les enquêtes doivent être menées à intervalles réguliers. Les questions doivent rester les mêmes ainsi que les techniques d'échantillonnage, d'analyse et de notification des données afin de pouvoir comparer les données pour différentes années et apprécier avec exactitude l'impact des interventions antitabac dans le temps.

En plus des questions permettant de déterminer l'ampleur du tabagisme et les modes de consommation pour calculer la prévalence globale du tabagisme dans un pays ou dans des sous-populations, d'autres questions peuvent être posées pour se faire une idée des connaissances, des attitudes et des pratiques concernant le tabagisme dans la population générale et dans des groupes spécifiques et pour savoir comment les mesures de lutte antitabac sont perçues par l'opinion.⁶¹

On peut s'inspirer de l'enquête mondiale sur le tabagisme chez les jeunes et de l'enquête mondiale sur le tabagisme chez les adultes menées dans le cadre du système mondial de surveillance du tabagisme pour recueillir des données comparables au niveau international en suivant des protocoles d'enquête qui prévoient des méthodes communes d'échantillonnage, un questionnaire de base, des procédures pratiques et des dispositifs de gestion des données valables pour tous les pays. Les données de surveillance du tabagisme sont utiles pour concevoir, suivre et évaluer les interventions antitabac au niveau des pays.

Autre activité de suivi à entreprendre : apprécier l'application des politiques antitabac par les pouvoirs publics et leur respect par la société, y compris la perception des taxes et la fraude fiscale, les espaces non fumeurs et l'interdiction de la publicité et du marketing. On peut faire des études épidémiologiques pour déterminer la morbidité et la mortalité liées au tabac ainsi que l'influence des interventions antitabac sur la santé. Il est bon aussi de sonder l'opinion pour savoir si elle est favorable aux initiatives antitabac, y compris à la majoration des taxes et à la création d'espaces non fumeurs, et dans quelle mesure, d'après elle, les politiques sont respectées.

On peut également étudier le coût économique du tabagisme et du tabagisme passif d'après les dépenses médicales directes et les pertes de productivité. Il faut par ailleurs surveiller l'ampleur et le type d'activités de publicité, de marketing et de promotion menées par l'industrie du tabac, y compris le parrainage d'événements publics et privés.



Les politiques **mpower** et les programmes nationaux de lutte antitabac

Une action au niveau national est indispensable pour réaliser l'idéal de la Convention-cadre de l'OMS. Faire en sorte que les pays soient capables de mener à bien des programmes nationaux efficaces et viables contre le tabac est l'une des mesures les plus essentielles pour combattre l'épidémie de tabagisme. Pour aboutir, un programme national de lutte antitabac doit, par définition, couvrir l'ensemble de la population.

La planification stratégique du programme national de lutte antitabac a généralement lieu au niveau central, au sein du ministère de la santé. Dans les grands pays, le programme doit toutefois être suffisamment souple pour pouvoir décentraliser son application au niveau des régions, des Etats ou des municipalités et au niveau des comtés ou des villages, et faire ainsi en sorte que les interventions n'omettent personne.⁶²

Pour bien appliquer les politiques **mpower**, il faut mettre en place un mécanisme national de coordination chargé officiellement de dresser un plan d'action, de mettre sur pied l'infrastructure nationale indispensable à son exécution et d'en coordonner la mise en oeuvre. Les pays ayant une unité centrale de planification et d'élaboration des politiques au ministère de la santé ainsi que des unités locales d'application et d'exécution sont en bonne position pour mener des activités de lutte antitabac.

Une bonne mise en oeuvre des politiques **mpower** exige aussi le soutien de l'ensemble des hauts responsables gouvernementaux ainsi que des experts techniques et des spécialistes de la planification et de la mise en oeuvre. Un programme national de lutte antitabac bien doté en personnel aux niveaux central et local peut assurer une direction et une coordination très efficaces des activités concernant les questions juridiques, l'application, le marketing, les taxes, les aspects économiques, l'action de sensibilisation, la gestion des programmes et d'autres activités essentielles. Beaucoup de pays ont aussi besoin de bureaux infranationaux de lutte antitabac pour veiller à la bonne application des éléments du programme et faire en sorte que les interventions profitent à la population visée. Un personnel dévoué augmente beaucoup les chances de succès. Du personnel et des ressources sont nécessaires pour :

- la coordination du programme, y compris l'appui aux activités infranationales ;
- l'épidémiologie et la surveillance ;
- les aspects économiques et les taxes ;
- l'action de sensibilisation, les médias et les mises en garde sur les paquets ;
- les questions juridiques, y compris les mécanismes législatifs et les mesures de coercition pour créer des espaces non fumeurs et interdire la publicité, la promotion et le parrainage.

Un programme national de lutte antitabac performant et bien doté en personnel peut diriger la mise en oeuvre d'interventions propres à diminuer le nombre de consommateurs de tabac et à sauver des millions de vies. Pour établir des priorités dans la dotation en personnel, les pays peuvent suivre un ordre de recrutement établi d'après l'impact potentiel des interventions sur la prévalence du tabagisme : augmentation des taxes ; interdiction du marketing et de la promotion ; contre-publicité, y compris les mises en garde sur les paquets ; protection contre le tabagisme passif ; et aide à ceux qui veulent renoncer au tabac. Dans les petits pays où les ressources financières sont limitées, une personne peut exercer plusieurs fonctions.

En plus des ressources humaines, le programme national de lutte antitabac a besoin de ressources matérielles et financières. Aucun programme national ne peut fonctionner et appliquer efficacement les six politiques **mpower** sans un soutien logistique et des partenariats au sein du gouvernement d'une part, et entre le gouvernement et les parties extérieures intéressées d'autre part.

Le programme étant mis en oeuvre au niveau local, il faut, pour qu'il réussisse, lui allouer des ressources suffisantes et développer les capacités des professionnels de la santé publique et des responsables locaux.

Les taxes sur le tabac fournissent aux pays des fonds amplement suffisants pour couvrir les dépenses qu'entraînent du personnel et des programmes supplémentaires. D'après les données recueillies auprès de 70 pays, et qui couvrent les deux tiers de la population mondiale, les recettes fiscales provenant des taxes sur le tabac dans l'ensemble de ces pays sont plus de 500 fois supérieures aux dépenses pour la lutte antitabac. Les taxes sur le tabac rapportent plus de US \$200 milliards aux pouvoirs publics, qui ont donc 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.



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. L'épidémie peut être enrayerée, mais les pays devront 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 beaucoup plus que les riches, qu'au niveau international, les pays pauvres allant bientôt enregistrer plus de 80 % de la morbidité et de la mortalité imputables au tabac.

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 antitabac efficaces, 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.

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 pour appliquer le programme **mpower**, ils peuvent sauver des millions de vies. Pour appliquer le programme **mpower**, les pays doivent prendre des mesures spécifiques :

- **M**onitor Surveiller la consommation de tabac
- **P**rotect Protéger la population contre la fumée du tabac
- **O**ffer Offrir une aide à ceux qui veulent renoncer au tabac
- **W**arn Mettre en garde contre les dangers du tabagisme
- **E**nforce Faire respecter l'interdiction de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage
- **F**aïse Augmenter les taxes sur le tabac

Ce programme créera des conditions propices pour aider les consommateurs de tabac à renoncer au tabac, protéger la population contre le tabagisme passif et empêcher les jeunes de commencer à fumer. L'épidémie de tabagisme étant entièrement due à l'homme, c'est l'homme qui doit y mettre fin. Il faut agir maintenant.

DEFINITIONS	
Air exempt de fumée	Air 100 % exempt de fumée et dans lequel on ne voit, on ne sent, on ne perçoit ou on ne mesure aucune fumée
Fumer	Posséder un produit du tabac allumé ou en avoir le contrôle
Fumeur actuel	Toute personne qui fume actuellement n'importe quel produit du tabac occasionnellement ou quotidiennement
Industrie du tabac	Fabricants, grossistes et importateurs de produits du tabac
Lieu de travail	Tout lieu utilisé par des personnes dans le cadre de leur emploi ou de leur travail, même bénévole, y compris tous les espaces rattachés ou associés à ce lieu ainsi que les véhicules empruntés pendant le travail
Lieu public	Lieu que le public ou une partie du public a le droit d'utiliser ou utilise, ou qui est ouvert au public ou à une partie du public (contre rémunération, par affiliation à un organisme ou par un autre moyen)
Lieu public intérieur	Tout lieu accessible au public ou affecté à un usage collectif, quel qu'en soit le propriétaire et indépendamment du droit d'accès, couvert par un toit et délimité par un ou plusieurs murs ou côtés, quel que soit le matériau de construction utilisé et qu'il s'agisse d'une structure permanente ou temporaire
Moyen de transport public	Tout véhicule utilisé à n'importe quel moment par le public, y compris les taxis, en général contre une rémunération ou un bénéfice commercial
Parrainage par l'industrie du tabac	Toute forme de soutien apporté à une manifestation, à une activité ou à une personne ayant pour but, effet ou effet probable de promouvoir directement ou indirectement un produit du tabac ou l'usage du tabac
Produits du tabac	Produits constitués entièrement ou partiellement de feuilles de tabac et destinés à être fumés, sucés, mâchés ou prisés
Publicité en faveur du tabac et promotion	Toute forme de communication, de recommandation ou d'action de nature commerciale ayant pour but, effet ou effet probable de promouvoir directement ou indirectement un produit du tabac ou l'usage du tabac
Sevrage tabagique	Arrêt du tabac (pas de consommation de tabac pendant au moins trois mois)
Tabagisme passif	Exposition à la fumée exhalée par le fumeur et à la fumée secondaire s'échappant de l'extrémité allumée d'une cigarette ou d'un autre produit du tabac
Taxe ad valorem	Taxe sur la valeur des articles (par exemple en pourcentage du prix)
Taxe spécifique	Taxe sur les quantités unitaires d'un article (par exemple \$1 par paquet de 20 cigarettes)
TSN	Thérapie de substitution à base de nicotine

Références bibliographiques

- 1 Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 2006, 3(11):e442.
- 2 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).
- 3 Organisation mondiale de la Santé. *Gender and Tobacco Control: A Policy Brief*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007 (http://www.who.int/tobacco/resources/publications/general/policy_brief.pdf, consulté le 21 mars 2008).
- 4 Organisation mondiale de la Santé. *Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_french.pdf, consulté le 21 mars 2008).
- 5 Organisation mondiale de la Santé. *Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme : le programme MPOWER*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008 (sous presse).
- 6 Organisation mondiale de la Santé. *Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, article 4*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_french.pdf, consulté le 21 mars 2008).
- 7 U.S. Department of Health and Human Services. *The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General*. Atlanta, Public Health, Centers for Disease Control and Prevention, 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 20 février 2008).
- 8 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.
- 9 Fichtenberg CM, Glantz SA. Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. *British Medical Journal*, 2002, 325(7357):188.
- 10 Organisation mondiale de la Santé. *Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, article 8*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_french.pdf, consulté le 21 mars 2008).
- 11 Organisation mondiale de la Santé. Conférence des Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Deuxième session. *Premier rapport de la Commission A*. Juillet 2007 (http://www.who.int/gb/fctc/PDF/cop2/FCTC_COP2_17P-fr.pdf, consulté le 21 mars 2008).
- 12 Bauer JE et al. A longitudinal assessment of the impact of smoke-free worksite policies on tobacco use. *American Journal of Public Health* 2005;95:1024-1029.
- 13 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, consulté le 21 mars 2008).
- 14 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, consulté le 21 mars 2008).
- 15 Ministry of Health, People's Republic of China. China tobacco control report. Beijing, May 2007.
- 16 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.
- 17 Binkin N, Perra A, Aprile V, et al. Effects of a generalised ban on smoking in bars and restaurants, Italy. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease* 2007; 11:522-527.
- 18 Organisation mondiale de la Santé et Centre international de Recherche sur le Cancer. *Tobacco smoke and involuntary smoking: summary of data reported and evaluation*. IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. Volume 83. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002 (<http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol83/volume83.pdf>, consulté le 21 mars 2008).
- 19 California Environmental Agency. *Health effects of exposure to environmental tobacco smoke*. Sacramento, Office of Environmental Health Hazard Assessment, 1997 (http://www.oehha.org/air/environmental_tobacco/finalets.html, consulté le 21 mars 2008).
- 20 Organisation mondiale de la Santé. *Protection from exposure to second-hand tobacco smoke. Policy recommendations*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007 (http://www.who.int/tobacco/resources/publications/wntd/2007/who_protection_exposure_final_25June2007.pdf, consulté le 21 mars 2008).

- 21 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, consulté le 21 mars 2008).
- 22 Fiore MC et al. *Treating tobacco use and dependence: a clinical practice guideline*. Rockville, Maryland, U.S. Department of Health and Human Services (<http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/mf062700.htm>, consulté le 21 mars 2008).
- 23 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 23 mars 2008).
- 24 Organisation mondiale de la Santé. *Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, article 14*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_french.pdf, consulté le 21 mars 2008).
- 25 Cromwell J et al. Cost-effectiveness of the clinical practice recommendations in the AHCPH guideline for smoking cessation. *Agency for Health Care Policy and Research*, 278, 1759-1766. Cité dans Centers for Disease Control and Prevention (1997). Cigarette Smoking Among Adults – United States, 1995. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 46(51):1217-1220.
- 26 Stead LF, Perera R, Lancaster T. A systematic review of interventions for smokers who contact quitlines. *Tobacco Control* 2007;16 (Suppl. 1):13-18.
- 27 Siahpush M et al. Socio-economic variations in tobacco consumption, intention to quit and self-efficacy to quit among male smokers in Thailand and Malaysia: results from the International Tobacco Control-South-East Asia (ITC-SEA) survey. *Addiction*. 2008 Mar;103(3):502-508.
- 28 US Department of Health and Human Services. Atlanta, 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, 1994.
- 29 Steinberg L. Risk taking in adolescence: what changes, and why? *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2004;1021:51-58.
- 30 Hoffman BR et al. Perceived peer influence and peer selection on adolescent smoking. *Addiction Behaviour* 2007;32:1546-1554.
- 31 Pollay RW et al. The last straw? Cigarette advertising and realized market shares among youths and adults, 1979-1993. *Journal of Marketing* 1996;60:1-16.
- 32 DiFranza JR et al. Symptoms of tobacco dependence after brief intermittent use: the development and assessment of nicotine dependence in youth-2 study. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine* 2007;161:704-710.
- 33 Panday S et al. Nicotine dependence and withdrawal symptoms among occasional smokers. *Journal of Adolescent Health* 2007;40:144-150.
- 34 Wiehe SE et al. A systematic review of school-based smoking prevention trials with long-term follow-up. *Journal of Adolescent Health* 2005;36:162-169.
- 35 Thomas R, Perera R. School-based programmes for preventing smoking. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3. Art. No.: CD001293.
- 36 Warner KE. The need for, and value of, a multi-level approach to disease prevention: the case for tobacco control. In: Smedley BD, Syme SL, eds. *Promoting health: intervention strategies from social and behavioral research*. Washington, National Academies Press, 2000.
- 37 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.
- 38 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, consulté le 6 décembre 2007).
- 39 Organisation mondiale de la Santé. *Tobacco warning labels. Factsheet No 7*. Geneva, Framework Convention Alliance for Tobacco Control, 2005 (<http://tobaccofreekids.org/campaign/global/docs/7.pdf>, consulté le 25 février 2008).
- 40 Organisation mondiale de la Santé. *Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, article 11*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_french.pdf, consulté le 21 mars 2008).
- 41 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, consulté le 21 mars 2008).

- 42 Organisation mondiale de la Santé. *Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, article 12*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_french.pdf, consulté le 21 mars 2008).
- 43 Siegel M, Biener L. The impact of an antismoking media campaign on progression to established smoking: results of a longitudinal youth study. *American Journal of Public Health* 2000;90:380-386.
- 44 McVey D, Stapleton J. Can anti-smoking television advertising affect smoking behaviour? Controlled trial of the Health Education Authority for England's anti-smoking TV campaign. *Tobacco Control*. 2000 Sep;9(3):273-282.
- 45 Wakefield M et al. Effect of televised, tobacco company-funded smoking prevention advertising on youth smoking-related beliefs, intentions, and behavior. *American Journal of Public Health* 2006;96:2154-2160.
- 46 American Cancer Society. *American Cancer Society/UICC Tobacco Control Strategy Planning Guide #4. Enforcing Strong Smoke-free Laws: The Advocate's Guide to Enforcement Strategies*, Atlanta, American Cancer Society, 2006.
- 47 Organisation mondiale de la Santé. *Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, article 13*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_french.pdf, consulté le 21 mars 2008).
- 48 Borland RM. Advertising, media and the tobacco epidemic. in: *China tobacco control report*. Beijing, Ministry of Health, People's Republic of China, 2007. (http://tobaccofreecenter.org/files/pdfs/reports_articles/2007%20China%20MOH%20Tobacco%20Control%20Report.pdf, consulté le 21 février 2008).
- 49 Saffer H, Chaloupka F. The effect of tobacco advertising bans on tobacco consumption. *Journal of Health Economics* 2000;19:1117-1137.
- 50 Government of Great Britain. *Select Committee on Health*. Second report. London, House of Commons, 2000. (<http://www.parliament.the-stationery-office.co.uk/pa/cm199900/cmselect/cmhealth/27/2701.htm>, consulté le 25 février 2008).
- 51 Saffer H. Tobacco advertising and promotion. In: Jha P, Chaloupka FJ, eds. *Tobacco control in developing countries*. Oxford, Oxford University Press, 2000:215-236.
- 52 Banque mondiale. *La lutte antitabac – En un clin d'œil*. Washington, DC, Banque mondiale, 2003 (<http://siteresources.worldbank.org/INTPHAAG/Resources/AAGTobaccoFrJun03.pdf>, consulté le 25 février 2008).
- 53 Jha P, Chaloupka FJ, eds. *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 25 février 2008).
- 54 Organisation mondiale de la Santé. *Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme : le programme MPOWER*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008 (sous presse). Tableaux 2.1.2, 2.2.2, 2.3.2, 2.4.2, 2.5.2, 2.6.2.
- 55 Jha P et al. Tobacco Addiction. In: Jamison D et al., eds. *Disease control priorities in developing countries*. Washington, DC, Banque mondiale, 2006.
- 56 Chaloupka FJ et al. The taxation of tobacco products. In: Jha P, Chaloupka FJ, eds. *Tobacco control in developing countries*. Oxford, Oxford University Press, 2000:2737-2772.
- 57 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, consulté le 6 décembre 2007).
- 58 Organisation mondiale de la Santé. *Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, article 6*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_french.pdf, consulté le 21 mars 2008).
- 59 Centers for Disease Control and Prevention. Response to increases in cigarette prices by race/ethnicity, income, and age groups – United States, 1976-1993. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 1998;47:605-609.
- 60 White VM et al. How do smokers control their cigarette expenditures? *Nicotine and Tobacco Research*, 2005, 7(4):625-635.
- 61 Starr G et al. *Key outcome indicators for evaluating comprehensive tobacco control programs*. Atlanta, US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, 2005 (http://www.cdc.gov/tobacco/tobacco_control_programs/surveillance_evaluation/key_outcome/00_pdfs/Key_Indicators.pdf, consulté le 21 mars 2008).
- 62 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, consulté le 21 mars 2008).

Photographies et illustrations

© Big Stock Photos

Page 11 - Photographe: Brian Walter

© Panos Pictures

Page 30 - Photographe: G.M.B. Akash

Page 32 - Photographe: Andy Johnstone

© Banque mondiale

Page 34 - Photographe: Curt Carnemark

Création graphique: **Estúdio Infinito**

Maquette PAO: **designisgood.info**



