



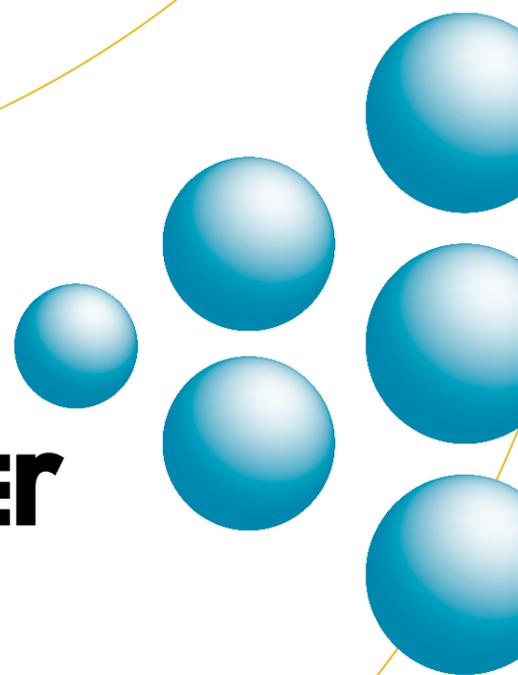
**Organisation
mondiale de la Santé**

RAPPORT DE L'OMS SUR L'ÉPIDÉMIE MONDIALE DE TABAGISME, 2009

Mise en place d'espaces non-fumeurs

Pour vivre sans tabac

mpower

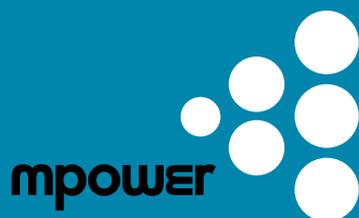




**Le tabagisme passif
tue 600 000 personnes
chaque année.**



**Il n'y a pas de seuil
au-dessous duquel
l'exposition à la fumée
secondaire est sans danger.**



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 pour le tabac, de la promotion et du parrainage

Raise **Augmenter** les taxes sur le tabac

**À l'échelle mondiale,
environ un tiers des
adultes sont régulièrement
exposés à la fumée
secondaire.**

Le Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme, 2009 : mise en place d'espaces non-fumeurs est le deuxième rapport de l'Organisation sur la situation de l'épidémie de tabagisme et sur l'impact des interventions destinées à la stopper.

Catalogage à la Source : Bibliothèque de l'OMS

Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme, 2009 :
mise en place d'espaces non-fumeurs.

1.Tabagisme - prévention et contrôle. 2.Pollution fumée tabac
- prévention et contrôle. 3.Pollution fumée tabac - législation.
4.Politique sanitaire. I.Organisation mondiale de la Santé.

ISBN 978 92 4 256391 7

(NLM classification: WM 290)

© **Organisation mondiale de la Santé 2010**

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.



**Organisation
mondiale de la Santé**

Rapport de l'OMS sur l'épidémie
mondiale de tabagisme, 2009

Mise en place d'espaces non-fumeurs

Publié avec l'appui financier de
Bloomberg Philanthropies

Table des matières

7 DES PROGRÈS SONT RÉALISÉS – EN 2008, PRÈS DE 400 MILLIONS DE PERSONNES SUPPLÉMENTAIRES ONT BÉNÉFICIÉ DE MESURES ANTITABAC

Une lettre du Directeur général adjoint de l'OMS

8 RÉSUMÉ

12 CONVENTION-CADRE DE L'OMS POUR LA LUTTE ANTITABAC

14 Article 8 – Protection contre l'exposition à la fumée du tabac

14 Directives concernant l'application de l'article 8

14 Recommandations de l'OMS

18 PROTÉGER LA POPULATION CONTRE LA FUMÉE DU TABAC

18 Le tabagisme passif est dangereux pour la santé

20 Tabagisme passif et mortalité prématurée

22 Le tabagisme passif entraîne de graves problèmes de santé

24 Le péril économique du tabagisme passif

25 Les lois antitabac réduisent le tabagisme passif

26 Contrôler l'application des lois antitabac est indispensable à la protection contre le tabagisme passif

27 La ventilation et les fumoirs séparés sont inefficaces

28 Les lois antitabac et leur incidence sanitaire

29 Autres avantages de la réglementation antitabac

30 Les lois antitabac sont appréciées du public

31 Les lois antitabac ne sont pas mauvaises pour l'activité économique

32 Efforts déployés par l'industrie du tabac pour éviter la mise en place de législations antitabac complètes

33 Principales recommandations



34 DES MESURES EFFICACES SONT DE PLUS EN PLUS SOUVENT MISES EN ŒUVRE

- 34 Suivre la consommation de tabac et les politiques de prévention
- 38 Protéger contre la fumée du tabac
- 44 Offrir une aide à ceux qui veulent renoncer au tabac
- 48 Mettre en garde contre les dangers du tabagisme
- 52 Faire respecter l'interdiction de la publicité pour le tabac, de la promotion et du parrainage
- 56 Augmenter les taxes sur le tabac
- 60 Programmes nationaux de lutte antitabac et capacités des pays

64 CONCLUSION

ABRÉVIATIONS

AFRO	Bureau régional OMS de l'Afrique
AMRO	Bureau régional OMS des Amériques
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
COP	Conférence des Parties
EMRO	Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale
EURO	Bureau régional OMS de l'Europe
FCTC	Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac
NRT	Thérapies de substitution à base de nicotine
OMS	Organisation mondiale de la Santé
SEARO	Bureau régional OMS de l'Asie du Sud-Est
STEPS	Approche par étapes de la surveillance mise au point par l'OMS
US \$	Dollar des États-Unis
WPRO	Bureau régional OMS du Pacifique occidental



Malgré les progrès réalisés, seuls 9 % des pays exigent que leurs bars et restaurants soient non-fumeurs, et 65 pays indiquent qu'aucune politique antitabac n'a été mise en place au niveau national.

Les gouvernements du monde entier, avec l'aide de la société civile, doivent poursuivre avec détermination la lutte contre l'épidémie de tabagisme, principale cause de décès évitable.

Dr Ala Alwan, Directeur général adjoint, Organisation mondiale de la Santé

DES PROGRÈS SONT RÉALISÉS EN 2008, PRÈS DE 400 MILLIONS DE PERSONNES SUPPLÉMENTAIRES ONT BÉNÉFICIÉ DE MESURES ANTITABAC

Depuis l'entrée en vigueur de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, la lutte contre l'épidémie de tabagisme a beaucoup progressé. Les résultats présentés dans ce *Rapport sur l'épidémie mondiale de tabagisme, 2009* – la deuxième enquête menée sur ce sujet au niveau des pays – nous permettent de savoir quels pays ont mis en œuvre des mesures efficaces pour réduire la demande de tabac, lesquels doivent renforcer leurs actions pour protéger leurs populations contre ce produit, et lesquels peuvent servir de modèle.

Chaque année, le tabac continue de tuer plus de 5 millions de personnes dans le monde, et ce chiffre devrait encore augmenter. La charge liée à la consommation de tabac est plus élevée dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, où elle devrait augmenter plus rapidement au cours des prochaines décennies. Il faut poursuivre et renforcer les efforts pour réduire le tabagisme.

La lutte antitabac est relativement peu onéreuse tandis que les bénéfices qui

en découlent sont considérables. La consommation de tabac tue ou handicape de nombreuses personnes au cours de leurs années de vie les plus productives, ce qui prive les familles de leurs principaux apporteurs de revenus, ampute leur budget, augmente les coûts associés aux soins de santé et ralentit le développement économique. Les programmes de lutte antitabac ne sont pas sans coûts, mais il est possible de les compenser largement par l'augmentation des taxes, dont l'effet est très dissuasif. Les progrès récemment obtenus ont montré qu'il était possible de mettre en place des espaces non-fumeurs et ont incité à les promouvoir davantage à travers le monde.

Ce document fait état des nombreuses avancées réalisées l'année dernière en matière de lutte antitabac. Grâce aux mesures prises par 17 pays pour lutter contre l'épidémie de tabagisme, environ 400 millions de personnes supplémentaires sont aujourd'hui couvertes par au moins une mesure complète du programme MPOWER. Les progrès ont été particulièrement

remarquables s'agissant de la mise en place d'espaces non-fumeurs, élément central de ce rapport.

En 2008, sept pays, pour la plupart au revenu intermédiaire, ont adopté des lois non-fumeurs complètes. Plusieurs d'entre eux sont passés d'une absence totale de législation nationale, ou d'une protection minimum dans certains espaces publics ou lieux de travail, à une protection complète dans tous les environnements. Mais les données du rapport indiquent également que beaucoup reste à faire. En effet, seuls 9 % des pays exigent que leurs bars et restaurants soient non-fumeurs et 65 pays indiquent qu'aucune politique antitabac n'a été mise en place au niveau national.

La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac place la barre haut et imprime une dynamique à l'échelle mondiale. Cependant, le présent rapport montre que, si des progrès sont bien réalisés, nous pouvons et devons faire plus. Les gouvernements du monde entier, avec l'aide de la société civile, doivent poursuivre avec détermination la lutte contre l'épidémie de tabagisme, principale cause de décès évitable dans le monde. En continuant de faire de ce combat une priorité absolue, nous pourrions nous appuyer sur nos succès et parvenir à un monde sans tabac.



Dr Ala Alwan
Directeur général adjoint
Organisation mondiale de la Santé

Résumé

La consommation de tabac est la principale cause de décès évitable, et on estime qu'elle tue chaque année plus de 5 millions de personnes dans le monde. La plupart de ces décès surviennent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Si rien n'est fait, la différence entre le nombre de décès relevés dans ces pays et le nombre de décès dans les pays à revenu élevé devrait encore s'accroître dans les prochaines décennies. Si les tendances se confirment, le tabac fera chaque année plus de 8 millions de victimes dans le monde d'ici à 2030, 80 % de ces décès prématurés survenant dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Si l'on n'agit pas plus vite, le tabac pourrait faucher un milliard de vies, voire plus, d'ici la fin du siècle.

Le succès rencontré par la Convention-cadre de l'OMS – qui, en juillet 2009, comptait plus de 160 Parties et couvrait ainsi 86 % de la population du globe – témoigne d'une volonté politique mondiale de rendre la lutte antitabac à la fois plus complète et

plus efficace. La Convention-cadre et les directives qui lui sont associées forment, pour les pays, un socle leur permettant de mettre en œuvre et d'administrer les programmes antitabac. Pour contribuer à concrétiser leur volonté d'action, l'OMS a présenté l'an dernier l'ensemble de mesures MPOWER. Ce programme vise à aider les pays à mettre en œuvre les mesures efficaces de réduction de la demande de tabac prévues par la Convention-cadre. Alors que la Conférence des Parties poursuit ses travaux, les mesures MPOWER apportent aux pays une aide pratique dans les domaines couverts par la Convention-cadre. Le programme MPOWER se concentre sur la réduction de la demande, même si l'OMS reconnaît également qu'il est important de mettre en œuvre les mesures de la Convention-cadre relatives à l'offre, et s'y emploie.

Dans le présent *Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme*, toutes les données sur la mise en œuvre des six

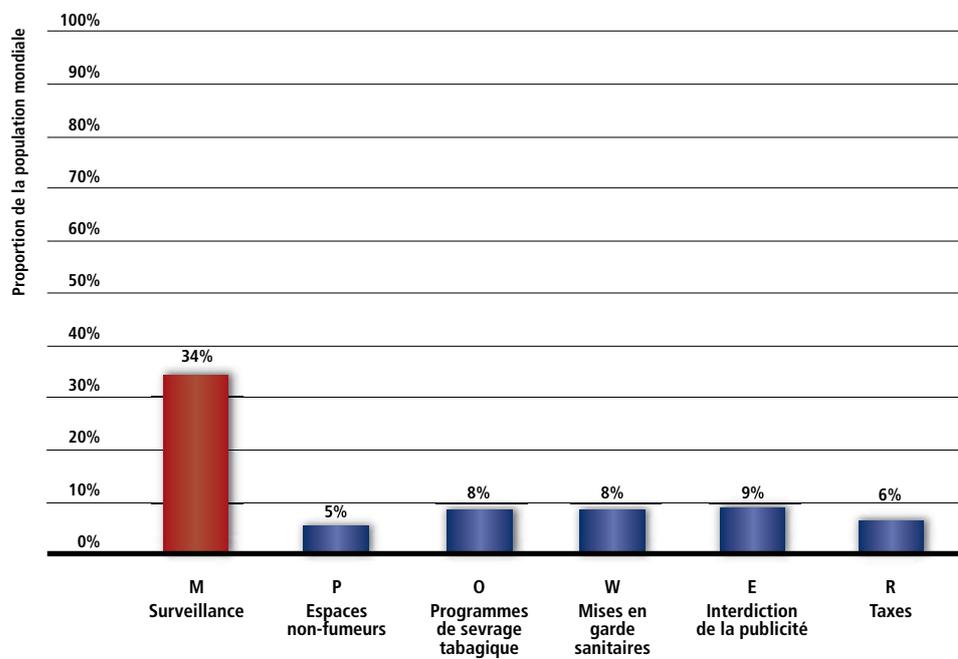
mesures MPOWER ont été actualisées pour 2008, et des données complémentaires ont été recueillies dans certains domaines (voir à ce sujet la note technique I). Les catégories de réalisations ont été affinées et, lorsque possible, mises en conformité avec les nouvelles directives de la Convention-cadre de l'OMS. Les données de l'année précédente ont été analysées de nouveau, afin de les intégrer aux nouvelles catégories et d'établir des comparaisons entre 2007 et 2008. La présentation du rapport 2009 a également été simplifiée. Pour consulter toutes les données de pays, voir www.who.int/tobacco/mpower.

Le rapport offre un panorama général des moyens mis en œuvre pour protéger les populations des effets nocifs du tabagisme passif, par l'intermédiaire de la législation et de son application. Une attention particulière est aussi accordée aux progrès de la mise en œuvre des politiques antitabac, car des données détaillées ont pour la première fois été recueillies tant

En 2008, 154 millions de personnes supplémentaires ont été couvertes par des lois antitabac complètes, en grande partie dans des pays à revenu faible ou intermédiaire.



PROPORTION DE LA POPULATION MONDIALE COUVERTE PAR DES POLITIQUES ANTITABAC, 2008



au niveau national qu'infranational, et ce dans le monde entier. Des analyses complémentaires de la législation antitabac ont été réalisées pour mieux saisir les progrès accomplis et les futurs défis à relever dans ce domaine.

Les mesures MPOWER ont été mieux appliquées ; ainsi, cette année, le nombre de personnes couvertes par au moins une mesure complète s'est accru de près de 400 millions. Mais beaucoup reste à faire : moins de 10 % de la population mondiale est concernée par l'une de ces mesures.

Le rapport montre que, concernant la législation antitabac, beaucoup de progrès doivent encore être accomplis. En 2008, 154 millions de personnes supplémentaires ont été couvertes par des lois antitabac complètes, principalement dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Au niveau infranational, les politiques d'interdiction de fumer sont de plus en plus courantes mais, comme au niveau national, il faut aller plus loin et encourager les efforts en ce sens. Sur les 100 plus grandes villes du monde, seules

22 sont entièrement non-fumeurs, mais la tendance est favorable. En effet, depuis la collecte des données pour ce rapport, trois nouvelles grandes villes du Brésil (Rio de Janeiro, Salvador et São Paulo) ont adopté une législation antitabac complète. Les villes et les autres collectivités locales peuvent protéger leurs habitants avant même qu'une législation nationale soit adoptée. Malgré ces signes positifs, plus de 90 % de la population mondiale n'est pas protégée par des politiques antitabac complètes. De plus, les lois en la matière sont peu respectées : seuls 2 % de la population mondiale vit dans des pays dotés d'une législation antitabac complète et bien respectée.

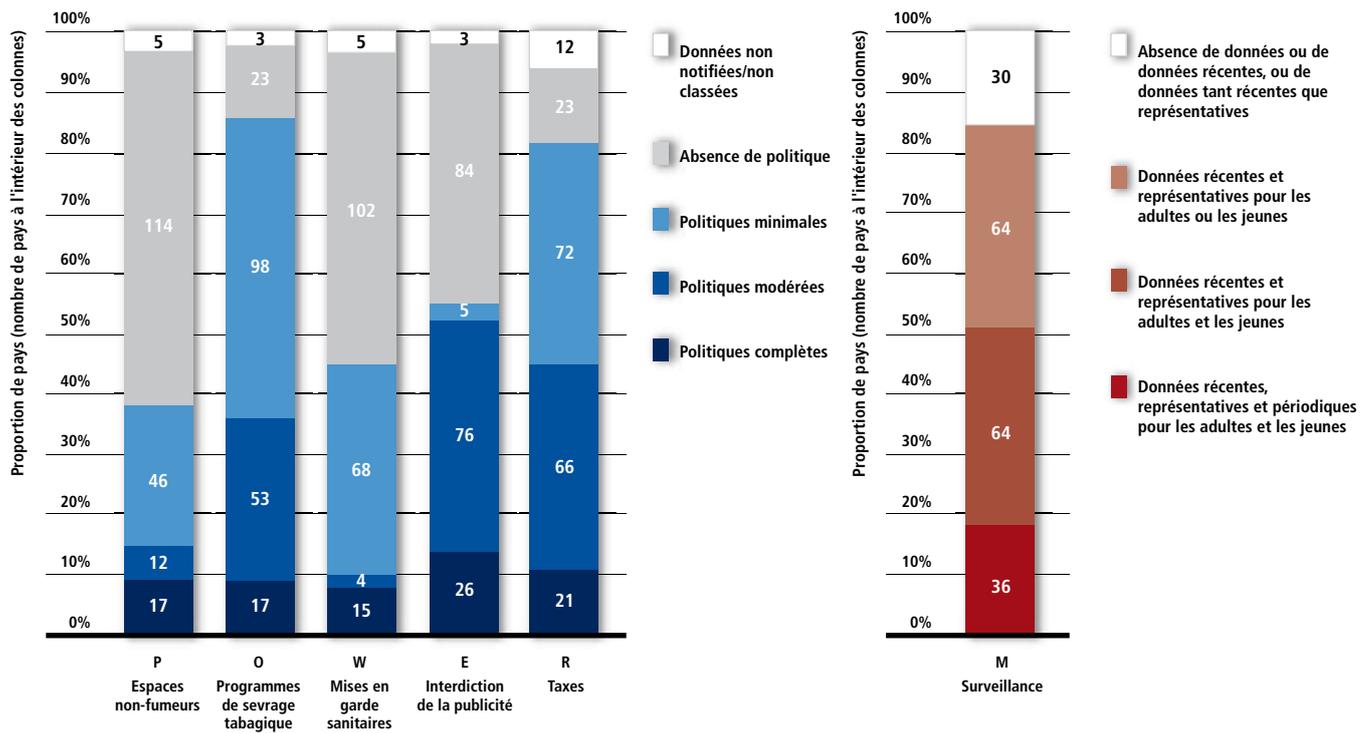
Fait préoccupant, presque aucun progrès n'a été obtenu en 2008 concernant l'interdiction de la publicité et de la promotion en faveur du tabac. Seul le Panama a passé une nouvelle loi prohibant la publicité ; ainsi, plus de 91 % de la population mondiale n'est toujours pas protégée par une interdiction totale en la matière. Les taxes, en outre, augmentent trop lentement : certains pays ont beaucoup

progressé en ce sens ; d'autres, au contraire, ont régressé. Près de 94 % de la population mondiale vit dans un pays où les taxes représentent moins de 75 % du prix du paquet de cigarettes. En cette période de difficultés économiques, la hausse des taxes sur le tabac apparaît universellement bénéfique : elle permet aux gouvernements d'augmenter leurs recettes et de fortement réduire la prévalence du tabagisme. La lutte antitabac reste très insuffisamment financée et les niveaux actuels de taxation ne suffisent pas à remédier à ce problème. Dans le monde, le produit des taxes sur le tabac est plus de 170 fois supérieur aux dépenses engagées pour lutter contre ce fléau.

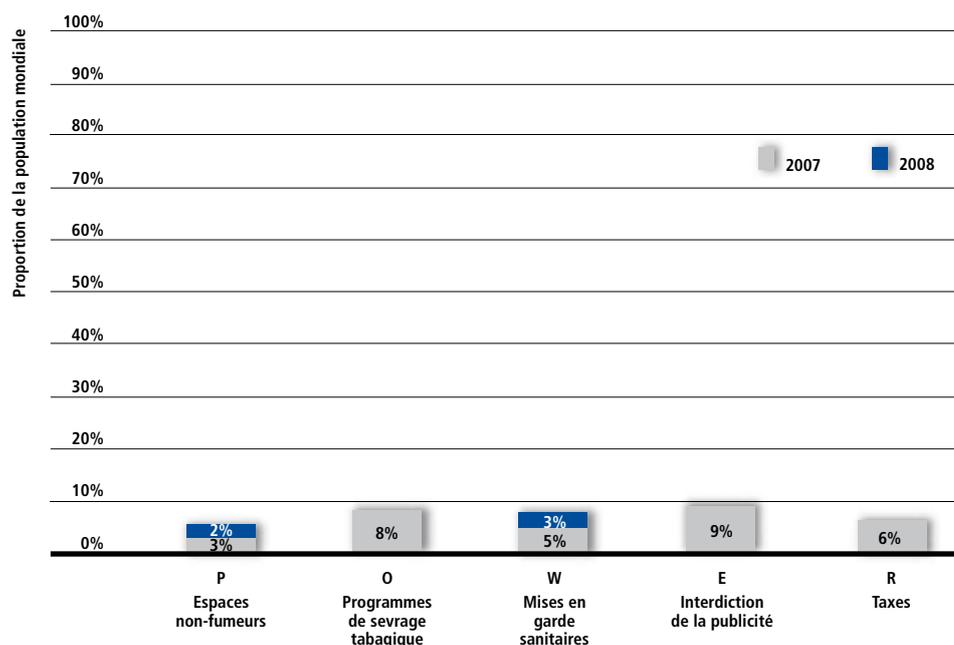
**Beaucoup reste à faire.
Moins de 10 % de la population mondiale est couverte par l'une quelconque des mesures MPOWER.**



LE POINT SUR CERTAINES POLITIQUES ANTITABAC DANS LE MONDE, 2008



HAUSSE DE LA PROPORTION DE LA POPULATION MONDIALE COUVERTE PAR CERTAINES POLITIQUES ANTITABAC DEPUIS 2007



Remarques : le graphique rend compte des changements d'au moins 1 %.
 Les données sur le suivi n'apparaissent pas sur le graphique car elles ne permettent pas d'établir de comparaisons entre 2007 et 2008.

Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac

La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (FCTC), élaborée pour répondre à la mondialisation de l'épidémie de tabagisme, est le premier traité négocié par les États Membres de l'OMS en vertu des pouvoirs que leur confère la Constitution de l'Organisation. Instrument prééminent de la lutte antitabac au niveau mondial, elle impose à ses Parties des obligations juridiquement contraignantes, sert de référence pour réduire l'offre et la demande de tabac, et donne une orientation globale aux politiques de lutte antitabac à tous les niveaux. L'organe directeur du traité est la Conférence des Parties (COP), qui se compose de toutes les Parties. Cette entité intergouvernementale

est chargée de superviser l'application de la Convention.

De manière à couvrir l'ensemble complexe des déterminants de la consommation de tabac, les négociateurs de la Convention y ont intégré des mesures destinées à réduire aussi bien l'offre que la demande. Les principales dispositions visant à réduire la demande sont énoncées aux articles 6 et 8 à 14 :

Article 6. Mesures financières et fiscales visant à réduire la demande de tabac.

Article 8. Protection contre l'exposition à la fumée du tabac.

Article 9. Réglementation de la composition des produits du tabac.

Article 10. Réglementation des informations sur les produits du tabac à communiquer.

Article 11. Conditionnement et étiquetage des produits du tabac.

Article 12. Éducation, communication, formation et sensibilisation du public.

Article 13. Publicité en faveur du tabac, promotion et parrainage.

Article 14. Mesures visant à réduire la demande en rapport avec la dépendance à l'égard du tabac et le sevrage tabagique.

Les principales dispositions visant à réduire l'offre se trouvent dans les articles 15 à 17 :

Article 15. Commerce illicite des produits du tabac.

**Il est clairement établi,
sur des bases scientifiques,
que l'exposition à la fumée
du tabac entraîne la maladie,
l'incapacité et la mort.**





Article 16. Vente aux mineurs et par les mineurs.

Article 17. Fourniture d'un appui à des activités de remplacement économiquement viables.

En adoptant la Convention-cadre, les États Membres de l'OMS :

- ont défini une norme internationale pour lutter de manière concertée contre l'épidémie de tabagisme ;
- ont réaffirmé le droit de tous les peuples

à bénéficier du niveau de santé le plus élevé possible ; et

- ont renforcé le rôle du droit international dans la prévention de la maladie et la promotion de la santé.

Depuis son entrée en vigueur le 27 février 2005, la Convention-cadre est devenue l'un des traités emportant la plus large adhésion dans l'histoire des Nations Unies, puisqu'elle compte plus de 160 Parties et couvre

plus de 86 % de la population mondiale. Le traité tire sa force non seulement des obligations qu'il impose et auxquelles toutes les Parties sont tenues, mais également de l'engagement mondial dont il est l'expression officielle en matière de lutte contre la consommation de tabac, fléau qui, chaque année, fait des millions de victimes et entraîne plusieurs milliards de dollars de pertes financières.



Article 8 – Protection contre l'exposition à la fumée du tabac

Les très nombreuses preuves scientifiques démontrant les effets bénéfiques des espaces non-fumeurs ont motivé la rédaction de l'article 8 de la Convention-cadre (Protection contre l'exposition à la fumée du tabac), qui comporte un énoncé de portée générale selon lequel il est « clairement établi, sur des bases

scientifiques, que l'exposition à la fumée du tabac entraîne la maladie, l'incapacité et la mort » (1). L'article 8 sert de fondement aux actions menées au niveau international en vue de réduire la charge de morbidité imputable au tabagisme passif. Il revêt une importance particulière en cela qu'il crée pour les Parties une obligation

juridique à prendre des mesures. La force du vocabulaire employé dans cet article, et celle des obligations qui y sont énoncées, ont permis, au niveau mondial, d'améliorer de manière quantifiable la protection des individus à l'exposition à la fumée du tabac, même si beaucoup reste à faire dans la plupart des pays et dans toutes les Régions.

Directives concernant l'application de l'article 8

Les objectifs de ces directives sont de « permettre aux Parties de s'acquitter de leurs obligations en vertu de l'article 8 de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, en tenant compte des données scientifiques relatives à l'exposition à la fumée de tabac secondaire et des meilleures pratiques mondiales concernant l'application de mesures destinées à promouvoir les environnements sans tabac (...) [et de] recenser les éléments clés d'une législation visant à protéger efficacement la population contre l'exposition à la fumée du tabac conformément à l'article 8 » (2).

Les directives relatives à l'article 8 ont pu être rapidement élaborées. Ainsi, en

juillet 2007, à sa deuxième session, le groupe de travail a présenté un ensemble complet de projets de directives, adopté à l'unanimité par la Conférence des Parties, qui est composée de toutes les Parties à la Convention-cadre (2, 3).

Les directives de la Conférence des Parties s'appuient sur des données scientifiques et sont étayées par tout un ensemble de meilleures pratiques. Le document impose aux Parties des critères stricts pour rendre compte de leur application du traité. Il établit également certains principes et définit une série de termes. Les directives relatives à l'article 8 se retrouvent dans quatre sections :

Portée d'une législation efficace

Dans cette section, les directives obligent les Parties à adopter des mesures de protection *universelle* contre la fumée du tabac dans tous les lieux publics intérieurs et lieux de travail intérieurs ainsi que dans tous les transports publics. Par ailleurs, aucune exception à cette règle ne peut

Il n'y a pas de seuil au-dessous duquel l'exposition à la fumée des autres est sans danger. Chaque personne doit en être protégée.



être justifiée par des arguments sanitaires ou juridiques. Chaque Partie doit s'efforcer d'assurer une protection universelle dans les cinq ans suivant la date à laquelle la Convention-cadre de l'OMS entre en vigueur pour elle. De plus, les directives précisent que l'article 8 oblige les Parties à adopter des mesures de protection contre l'exposition à la fumée du tabac dans « d'autres lieux publics », « le cas échéant » (3). Les Parties sont encouragées à prendre en compte les données disponibles quant aux risques pour la santé et à étudier quelles mesures de protection pourraient être offertes à leurs populations lorsqu'elles choisissent de se rendre en ces lieux.

Informier le public, le consulter et l'associer pour gagner son soutien et faciliter l'application de la législation

Cette section aborde le problème central de la sensibilisation du public et de son soutien à la législation antitabac. D'après les directives, les Parties devraient associer toutes les parties prenantes à

l'élaboration de la législation non-fumeurs, et en particulier les entreprises qui seront concernées par ladite législation. Associer des niveaux élevés de sensibilisation et de soutien à une application stricte des lois facilite le lancement de vastes campagnes d'éducation, dont les principaux messages porteraient sur :

1. les dommages causés par l'exposition à la fumée secondaire ;
2. l'élimination de la fumée à l'intérieur des locaux, seule solution scientifiquement valable pour assurer une protection complète contre l'exposition à cette fumée ;
3. le droit de tous les travailleurs à une égale protection de la loi ; et
4. le fait que les environnements sans tabac ne nuisent pas aux intérêts économiques, en particulier à ceux du secteur hôtelier ; au contraire, les données font part de retombées économiques dans tous les secteurs, en plus des bénéfices pour la santé.

Application de la loi et répression des infractions

Cette section indique que les Parties devraient adopter une législation obligeant les entreprises et les fumeurs à

respecter la loi. Les entreprises seraient notamment contraintes d'afficher des avertissements indiquant qu'il est interdit de fumer, de retirer tous les cendriers, de veiller à l'observation des règles et de prendre certaines mesures à l'encontre des contrevenants. Les sanctions en cas d'infractions devraient plutôt viser les entreprises commerciales que le fumeur individuel et être suffisamment lourdes et/ou sévères pour dissuader les auteurs de violation. En outre, la législation devrait préciser quelle est l'autorité chargée de la faire respecter et mettre en place un système permettant à la fois de surveiller son application et de poursuivre les contrevenants. Une des stratégies consiste à appliquer dans un premier temps la législation « avec souplesse ». Immédiatement après son adoption, les contrevenants sont simplement mis en garde. On passe ensuite à une application stricte des textes, en vue d'en garantir le respect futur. Souvent, avec le temps, c'est le public lui-même qui vient à assurer l'application des lois sur les environnements sans tabac. Celles-ci doivent prévoir des modalités de signalement des infractions, qui peuvent constituer l'une des formes principales d'application, et aussi l'une des



plus efficaces.

Suivi et évaluation des mesures

Il est indispensable de suivre et d'évaluer les résultats des mesures relevant de l'article 8 pour qu'elles demeurent présentes à l'esprit du public et qu'il continue de les soutenir, ainsi que pour analyser les meilleures

pratiques et tirer les enseignements de l'expérience, et pour lever le voile sur les actions entreprises par l'industrie du tabac pour compromettre l'application des politiques antitabac. Les directives fournissent à ce titre huit principaux indicateurs de processus et de résultats (3).

Plus important encore, peut-être, les directives de la Conférence des Parties sur l'application de l'article 8 rappellent qu'il

n'existe pas de seuil au-dessous duquel l'exposition à la fumée des autres est sans danger, et que chaque personne doit en être protégée. Ces principes inspirent le présent rapport, qui s'intéresse plus particulièrement au tabagisme passif et aux protections que les gouvernements du monde entier fournissent à leurs citoyens face à cette menace sanitaire.

Recommandations de l'OMS

À l'appui de l'élaboration et de la rédaction des directives sur l'article 8 de la Conférence des Parties, l'OMS a publié des recommandations détaillées au niveau des pays, qui visent à faciliter le passage de lois antitabac et leur application ainsi que la répression des infractions (4). Les

politiques non-fumeurs se sont révélées économiquement efficaces, faisables et populaires, et un nombre croissant de pays du monde entier les appliquent avec succès. Partant, l'OMS a formulé les quatre grandes recommandations suivantes pour protéger les travailleurs et le public du tabagisme passif (4) :

1. Supprimer la source de la pollution, à savoir la fumée du tabac, en mettant en place des environnements à 100 % non-fumeurs. Il s'agit de la seule stratégie efficace pour réduire le tabagisme passif, ramener à un niveau sûr l'exposition à la fumée du tabac dans les environnements clos et assurer une protection convenable



contre les risques liés à l'exposition. La ventilation et les espaces fumeurs, que ces derniers soient ou non ventilés séparément des espaces non-fumeurs, ne permettent pas d'atteindre un niveau acceptable de risque et ne sont pas recommandés.

2. Adopter une législation exigeant que tous les lieux de travail intérieurs et les lieux publics soient 100 % non-fumeurs. Les lois doivent garantir une protection universelle et égale pour tous. Les politiques librement consenties ne permettent pas d'assurer une protection suffisante. Dans certains cas, l'application du principe de protection universelle et effective peut nécessiter que certains lieux de travail extérieurs ou semi-ouverts soient non-fumeurs.

3. Appliquer la loi et réprimer les infractions. Passer des lois antitabac ne suffit pas. Les efforts et les moyens nécessaires pour en assurer la bonne application et réprimer convenablement les infractions sont relativement modestes, mais doivent absolument être déployés.

4. Mettre en œuvre des politiques d'éducation afin de réduire l'exposition

à la fumée secondaire au sein des foyers, sachant que l'existence d'une législation antitabac sur le lieu de travail augmente les chances que les personnes (fumeurs et non-fumeurs) suppriment totalement la fumée de tabac de leur domicile.

Ces recommandations et d'autres s'inscrivent dans le cadre du programme plus vaste de lutte antitabac de l'OMS régi par la Convention-cadre. En vue de fournir une aide technique aux États Membres pour qu'ils se conforment à leurs engagements au titre du traité, l'OMS a proposé l'ensemble de mesures MPOWER. Le programme MPOWER favorise l'application de six mesures efficaces de lutte antitabac, dont il est prouvé qu'elles diminuent la consommation : 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 (5). Chacune correspond à une ou plusieurs dispositions de la Convention-cadre. Ensemble, elles donnent une impulsion décisive pour renforcer les efforts destinés à réduire la demande de tabac.

Dans le cadre de MPOWER, l'OMS élabore actuellement du matériel pratique de formation ainsi que des outils d'évaluation, de surveillance et de contrôle pour promouvoir la Convention-cadre et ses directives. MPOWER fait partie intégrante du plan d'action de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles qui, approuvé à la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé, en 2008, traduit l'engagement des États Membres de l'OMS à appliquer la Convention-cadre.



Protéger la population contre la fumée du tabac

Le tabagisme passif est dangereux pour la santé

La fumée secondaire désigne celle émanant du bout allumé d'une cigarette (fumée latérale) ou d'autres produits du tabac, généralement combinée à la fumée principale exhalée par le fumeur. Elle contient les mêmes composants que la fumée principale ou la fumée inhalée (6). Cependant, elle est de trois à quatre fois plus toxique par gramme de matière particulaire que la fumée principale, et la toxicité de la fumée latérale est supérieure à la somme des toxicités de ses constituants (7).

On a identifié plus de 4000 substances chimiques dans la fumée du tabac : au moins 250 d'entre elles sont dangereuses et plus de 50 provoquent le cancer (8,9). Les personnes qui évoluent dans des lieux où il

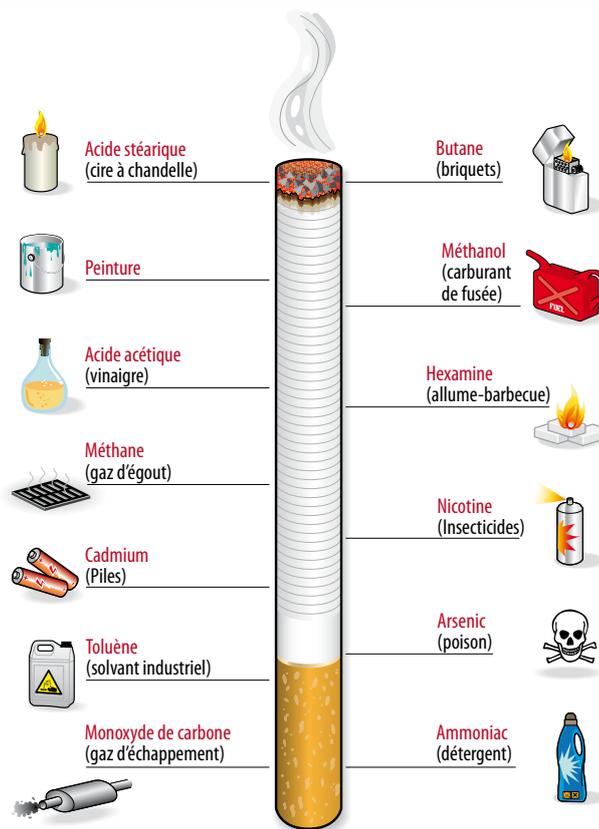
est autorisé de fumer peuvent être sujettes à des quantités de toxines significatives. En effet, la pollution liée à la fumée du tabac peut atteindre des taux beaucoup plus élevés que celle associée à d'autres toxines environnementales telles que les particules émanant des pots d'échappement. Des études ont montré que, dans les espaces clos où le tabagisme est permis, les taux de pollution sont plus élevés que ceux observés sur les routes à forte circulation, dans les garages fermés et pendant des incendies dévastateurs (10).

La fumée secondaire du tabac peut se répandre d'une pièce à l'autre à l'intérieur d'un bâtiment, même si les portes de l'espace fumeurs sont fermées. Les

substances chimiques toxiques provenant de la contamination par la fumée du tabac secondaire demeurent bien après la période de tabagisme actif et s'accrochent aux tapis, rideaux, vêtements, aliments, meubles, etc. Ces toxines peuvent rester des semaines, voire des mois, après que quelqu'un a fumé dans la pièce (11, 12), même si les fenêtres sont ouvertes ou que des ventilateurs ou des filtres à air sont utilisés. Il est possible que ces substances chimiques se déposent sur les filtres et soient recyclées dans l'air de la pièce plutôt qu'évacuées. On utilise parfois l'expression « fumée tertiaire » (13) pour parler des toxines du tabac qui s'accumulent ainsi au fil du temps et couvrent la surface des différents éléments et matériaux de la pièce et des effets personnels des fumeurs.



SUBSTANCES CHIMIQUES CONTENUES DANS LA FUMÉE DU TABAC SECONDAIRE (LISTE NON EXHAUSTIVE)



**Plus de 4 000 substances chimiques
ont été identifiées dans la fumée du tabac.**



Tabagisme passif et mortalité prématurée

La fumée secondaire de tabac est présente dans presque tous les lieux publics où il est autorisé de fumer (14), et il n'y a pas de seuil au-dessous duquel l'exposition à celle-ci est sans danger (15).

À l'échelle mondiale, on estime qu'environ un tiers des adultes subissent régulièrement la fumée secondaire (16). Dans l'Union européenne, 14 % des non-fumeurs sont exposés à la fumée des autres à leur domicile et un tiers des adultes actifs le sont au moins une partie du temps passé sur le lieu de travail (17). Au Canada, environ un quart de non-fumeurs font état d'une exposition régulière à leur domicile, dans un véhicule ou dans un lieu public (18).

On estime que, dans le monde, 700 millions d'enfants (soit quelque 40 % du total de cette tranche d'âge) subissent la fumée des autres (19). À l'échelle planétaire, les

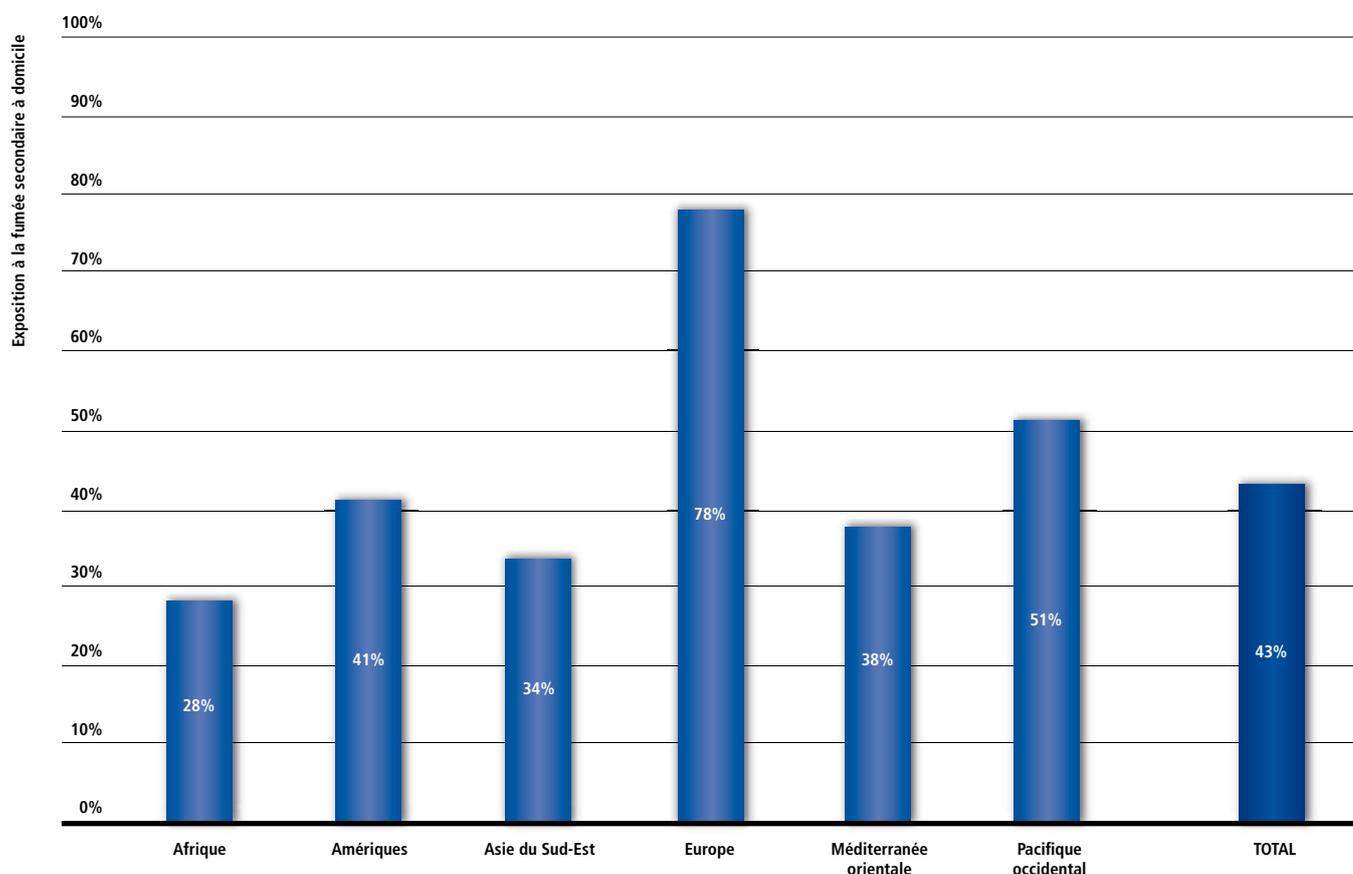
enfants dont un des deux parents au moins fume seraient en moyenne 43 %, si l'on suit la définition donnée par l'Enquête mondiale sur le tabagisme chez les jeunes (GYTS) (20). Selon cette enquête, près de la moitié des jeunes de 13 à 15 ans n'ayant jamais fumé sont exposés à la fumée secondaire chez eux, et la même proportion la subit en dehors du domicile. Ces jeunes sont entre 1,5 et 2 fois plus susceptibles de commencer à fumer que ceux qui ne sont pas exposés à la fumée secondaire (20).

À l'échelle mondiale, le tabagisme passif serait à l'origine d'environ 600 000 décès prématurés chaque année (16), un nombre proche de celui des décès par rougeole ou des décès de femmes durant l'accouchement (21). Trente et un pour cent de l'ensemble des décès imputables au tabagisme passif concernent les enfants et 64 %, les femmes (16). Chaque année aux

États-Unis, environ 50 000 décès sont dus au tabagisme passif, soit quelque 11 % de l'ensemble des décès liés au tabac (22). Dans l'Union européenne, on estime que le tabagisme passif sur le lieu de travail entraîne quelque 7 600 décès par an, auxquels s'ajoutent 72 100 décès liés au tabagisme passif à domicile (23).



POURCENTAGE MOYEN DES 13-15 ANS VIVANT DANS UN FOYER OÙ D'AUTRES PERSONNES FUMENT, PAR RÉGION DE L'OMS, 2008



Source : (20).



À l'échelle mondiale, on estime qu'environ un tiers des adultes sont régulièrement exposés au tabagisme passif.

Le tabagisme passif entraîne de graves problèmes de santé

Cela fait plus de 50 ans que les dangers du tabagisme pour la santé ont été prouvés scientifiquement (24). Cependant, les fumeurs ne sont pas les seuls qui tombent malades ou décèdent à cause du tabac : les non-fumeurs victimes du tabagisme passif sont également confrontés à un risque de morbidité et de mortalité accru.

Durant les 25 années qui ont suivi la confirmation des risques sanitaires du tabagisme passif (25-27), 14 rapports scientifiques ont été publiés par presque toutes les principales organisations scientifiques et médicales concernées, notamment le Centre international de Recherche sur le Cancer (CIRC) de l'OMS (6), l'United States Surgeon General (28), l'Agence de protection environnementale de

Californie (29) et le Comité scientifique sur le Tabac et la Santé du Royaume-Uni (30). Ils ne laissent aucun doute quant au fait que le tabagisme passif provoque chez les non-fumeurs un éventail de maladies graves et souvent mortelles.

De nombreuses études confirment que le tabagisme passif entraîne de nombreuses maladies et, partant, morbidité, incapacité et mortalité (31). Il est responsable d'environ 1 % de la charge de morbidité mondiale et représente quelque 10 à 15 % de la charge de morbidité provoquée par le tabagisme actif (16). Le tabagisme passif est également associé, chez des personnes n'ayant jamais fumé, à une baisse de la qualité de vie sur le plan de la santé : plus l'exposition au tabagisme passif est grande,

moins celle-là sera bonne (32). Même les animaux de compagnie ont plus de risques de développer un cancer s'ils vivent dans des foyers de fumeurs (33-35).

Chez les nourrissons qui sont exposés au tabagisme *in utero* ou après la naissance, les risques de prématurité (36) et de faible poids de naissance (37) augmentent et celui de mort subite du nourrisson est doublé (38). Parmi les enfants exposés au tabagisme passif, le risque de maladie respiratoire aiguë est supérieur de 50 à 100 % (39) et la fréquence des infections de l'oreille est plus forte (28) de même que la probabilité de présenter des incapacités liées au développement et des troubles du comportement (40, 41).



MALADIES CAUSÉES PAR LE TABAGISME PASSIF

Le tabagisme passif a des conséquences graves et souvent mortelles sur la santé.

FILLES

Tumeurs cérébrales*

Maladie de l'oreille moyenne (otorrhée)

Lymphome*

Symptômes respiratoires, atteinte de la fonction respiratoire

Asthme*

Mort subite du nourrisson (MSN)

Leucémie*

Infection des voies respiratoires basses

FEMMES ADULTES

Accident vasculaire cérébral*

Irritations du nez, cancer des sinus*

Cancer du sein*

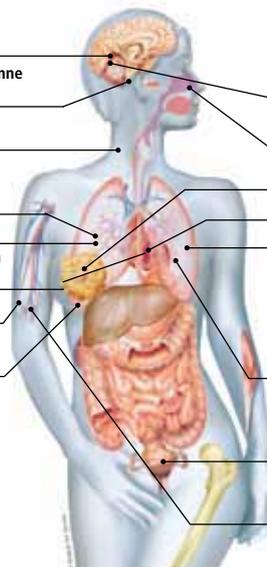
Cardiopathie coronarienne

Cancer du poumon

Broncho-pneumopathie chronique obstructive (MPOC)*, symptômes respiratoires chroniques*, asthme*, atteinte de la fonction respiratoire*

Effets sur la reproduction chez la femme: faible poids de naissance, accouchement prématuré*

Athérosclérose *



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

GARÇONS

Tumeurs cérébrales*

Maladie de l'oreille moyenne (otorrhée)

Lymphome*

Symptômes respiratoires, atteinte de la fonction respiratoire

Asthme*

Mort subite du nourrisson (MSN)

Leucémie*

Infection des voies respiratoires basses

HOMMES ADULTES

Accident vasculaire cérébral*

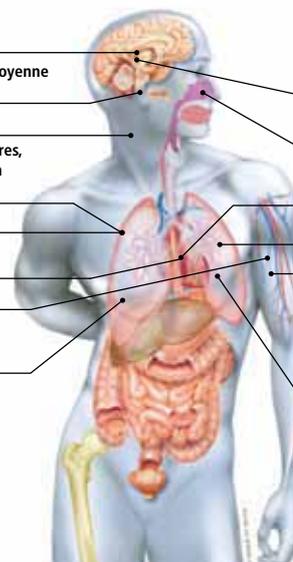
Irritations du nez, cancer des sinus*

Cardiopathie coronarienne

Cancer du poumon

Athérosclérose *

Broncho-pneumopathie chronique obstructive (MPOC)*, symptômes respiratoires chroniques*, asthme*, atteinte de la fonction respiratoire*



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



Source: (28).

Le péril économique du tabagisme passif

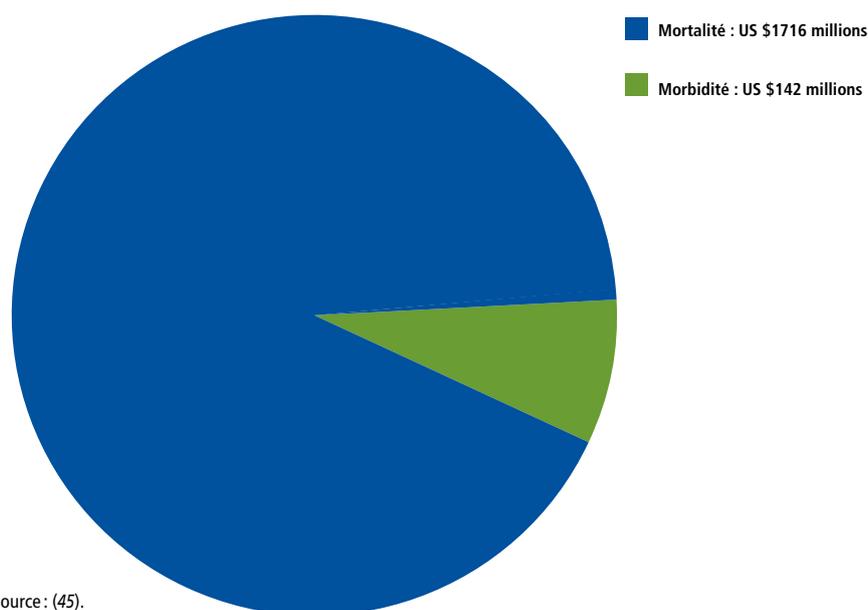
En plus d'induire une charge importante et croissante pour la santé, le tabagisme passif impose un fardeau économique sur les individus et sur les pays, qu'il s'agisse de coûts directs, pour les soins de santé, ou de coûts indirects associés à la baisse de la productivité. Aux États-Unis, on estime qu'à lui seul le phénomène coûte chaque année US \$5 milliards de soins médicaux directs et US \$5 milliards de coûts indirects (pertes de productivité dues aux pertes de salaire découlant des incapacités et décès prématurés) (42). L'Occupational Health and Safety Administration des États-Unis d'Amérique a estimé en 1994 qu'un air pur augmentait la productivité de 3 % (43).

Selon plusieurs recherches, 10 % du coût économique total du tabagisme seraient imputables au tabagisme passif (44). Aux États-Unis, le coût économique du tabagisme se monte à environ US \$193 milliards par an (US \$96 milliards de soins de santé et US \$97 milliards de pertes de productivité) (22).

Des études ont été réalisées dans d'autres pays sur le coût économique du tabagisme, mais la plupart ne mesurent pas spécifiquement la charge associée au tabagisme passif. Lorsque des données existent, cette dernière apparaît assez proche de ce qui est observé aux

États-Unis. Par exemple, en Chine, dans la Région administrative spéciale de Hong Kong, les soins médicaux directs, les soins à long terme et la perte de productivité imputables à la fumée des autres représentent chaque année quelque US \$156 millions (environ US \$24 par habitant ou 23 % du total des coûts associés au tabagisme) (45).

COÛTS DE LA MORBIDITÉ ET DE LA MORTALITÉ LIÉES AU TABAGISME. CHINE, RÉGION ADMINISTRATIVE SPÉCIALE DE HONG KONG, 1998



Source : (45).

Les lois antitabac réduisent le tabagisme passif

Selon les conclusions du Centre international de Recherche sur le Cancer, « des éléments suffisants démontrent que la mise en œuvre des politiques antitabac a fortement réduit le tabagisme passif » (46). Les études menées sur les effets de ces mesures montrent invariablement qu'elles font reculer le tabagisme passif de 80 à 90 % dans les lieux très exposés et qu'elles peuvent entraîner une baisse de l'exposition globale allant jusqu'à 40 % (47). Les personnes qui travaillent dans des lieux non-fumeurs sont entre 3 et 8 fois moins exposées à la fumée des

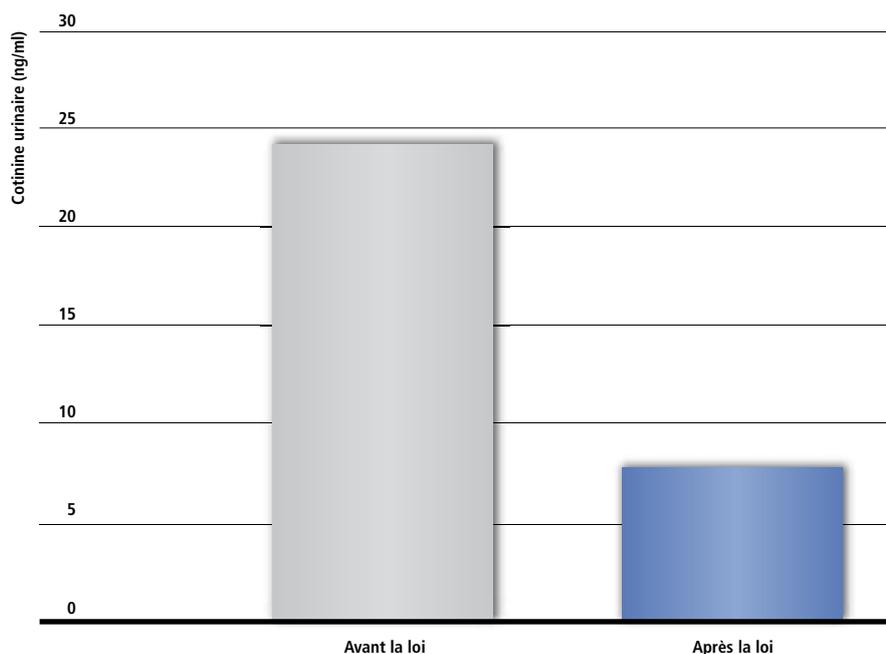
autres que les autres travailleurs (48). Les adultes non-fumeurs qui vivent dans des communautés dotées de lois antitabac complètes sont entre 5 et 10 fois moins susceptibles de subir la fumée secondaire que ceux qui vivent dans des endroits sans législation en la matière (49). L'exemple de l'Irlande illustre de façon probante les effets de la baisse de l'exposition. La loi sur l'interdiction de fumer a été adoptée dans ce pays en 2004. Après son entrée en vigueur, les concentrations de nicotine et de matières particulaires dans l'air ambiant ont diminué de 83 % dans les lieux intérieurs

contrôlés. On a également constaté une baisse de 79 % du taux de monoxyde de carbone dans l'air expiré et un recul de 81 % du taux de cotinine* présent dans la salive des employés de bars. Les employés de bars ne sont plus du tout exposés à la fumée secondaire, alors qu'ils l'étaient auparavant 30 heures par semaine (50, 51).

Des résultats semblables ont été observés dans de nombreux autres endroits ayant mis en place une législation non-fumeurs exhaustive. À Toronto (Canada), une loi antitabac complète, entrée en vigueur en

Les lois non-fumeurs font baisser le tabagisme passif de 80 à 90 % dans les lieux très exposés au tabac.

TAUX DE COTININE URINAIRE CHEZ LES EMPLOYÉS DE BARS DE TORONTO (CANADA), AVANT ET APRÈS L'INTRODUCTION D'UNE LÉGISLATION ANTITABAC COMPLÈTE



Source : (52).

* On utilise l'analyse des concentrations de cotinine dans l'urine ou dans la salive comme marqueur biologique pour mesurer l'exposition à la fumée secondaire.

2004, a entraîné en un mois une baisse de 68 % du taux de cotinine urinaire* des employés de bars, alors que ceux qui travaillaient dans une région témoin sans législation de ce type n'ont connu aucun changement significatif sur ce plan (52). En Écosse, l'instauration d'une législation antitabac complète, en 2006, a entraîné une baisse de 86 % des concentrations de matières particulaires en suspension dans

les pubs (53) et un recul de 39 % des taux de cotinine dans la salive des adultes non-fumeurs (47).

Dans l'État de New York, l'année suivant l'entrée en vigueur de l'interdiction complète de fumer (2003), les taux de cotinine présents dans la salive chez les adultes non-fumeurs avaient baissé de 47 % (54); en Nouvelle-Zélande, la

législation non-fumeurs complète de 2004 semble avoir fait reculer d'environ 90 % l'exposition à la fumée secondaire des clients de bars (55); et en Finlande, la loi non-fumeurs nationale a fait chuter le tabagisme passif dans les lieux de travail visés, l'exposition telle que notifiée par les salariés passant de 51 % à 12 % trois ans après son entrée en vigueur (56).

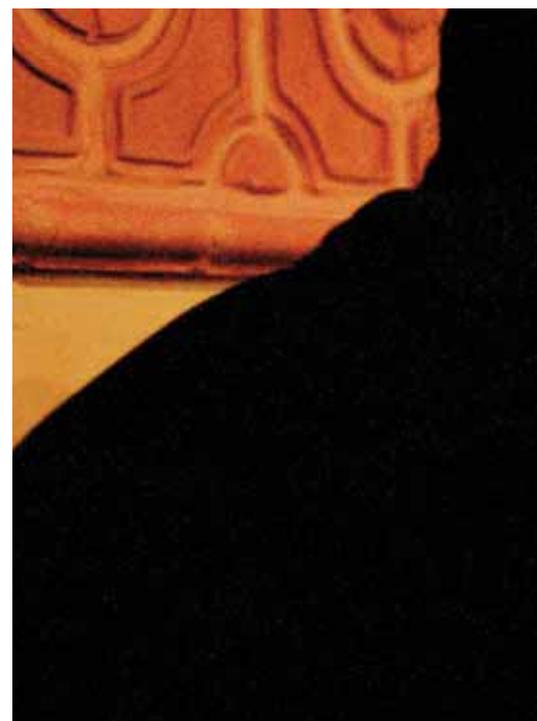
Contrôler l'application des lois antitabac est indispensable à la protection contre le tabagisme passif

Sur la base de preuves scientifiques, la Conférence des Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac a conclu que seuls les espaces 100 % non-fumeurs protègent efficacement la santé contre les effets nocifs du tabagisme passif, parce qu'aucun seuil d'exposition n'est acceptable (2).

Une fois les lois antitabac adoptées, les gouvernements doivent continuellement veiller à ce qu'elles soient observées de manière uniforme et bien respectées, au moins jusqu'à ce que le public lui-même en assure l'application. Bien que les pays soient de plus en plus nombreux à adopter des lois

créant des espaces non-fumeurs, l'écrasante majorité d'entre eux n'est pas dotée de lois antitabac, ne dispose que d'une législation très limitée ou l'applique mal. Une législation complète mais mal respectée ne protège pas contre le tabagisme passif; une législation qui ne s'applique pas partout,

Il est prouvé que seuls les espaces non-fumeurs à 100 % protègent efficacement la santé des effets nocifs du tabagisme passif.



même si elle est bien respectée, n'apporte pas non plus de protection suffisante.

La stricte application des lois antitabac est indispensable à leur crédibilité. Cela est particulièrement vrai immédiatement après leur adoption (57), où il peut être nécessaire que les gouvernements prennent publiquement des mesures résolues afin de démontrer leur engagement. Des inspections à l'improviste par un organisme public compétent pourraient à cet égard se révéler très efficaces.

Une fois la loi bien observée, les autorités peuvent se montrer moins répressives dans la mesure où, lorsque le public et les entreprises sont favorables aux politiques et législations antitabac, ce sont principalement eux qui assurent le respect des espaces non-fumeurs. Placer la responsabilité de l'application des lois sur le propriétaire et les responsables de l'établissement constitue la manière la plus efficace de s'assurer qu'elles soient respectées. Dans de nombreux pays, les propriétaires sont dans l'obligation juridique

de mettre à disposition de leurs employés un lieu de travail sûr. Condamner les propriétaires à une amende et à d'autres sanctions est plus efficace que de punir les fumeurs.

L'application et l'incidence de la législation devraient être régulièrement contrôlées. Montrer au public que l'adoption des lois antitabac ne nuit pas à l'activité économique permettra de les faire mieux accepter et respecter.

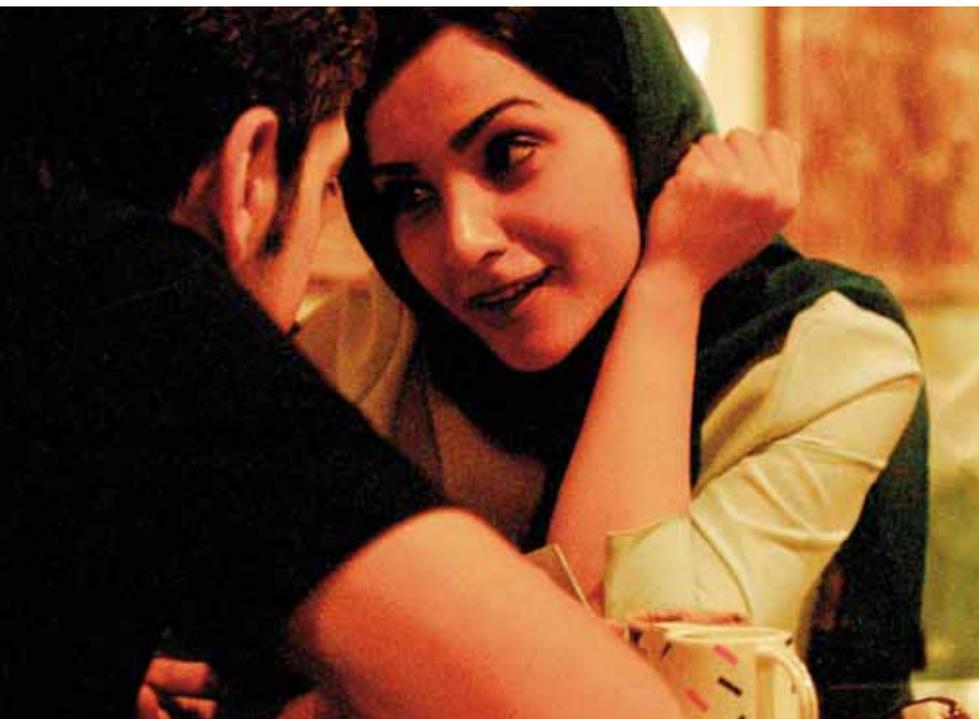
La ventilation et les fumoirs séparés sont inefficaces

Fumer en quelque partie que ce soit d'un bâtiment augmente considérablement les concentrations de fumée secondaire, même dans les parties du bâtiment où l'on ne fume pas (58). Séparer physiquement les fumeurs des non-fumeurs en permettant de consommer du tabac uniquement dans des fumoirs séparés ne réduit le tabagisme

passif que de moitié, et n'apporte donc qu'une protection partielle (59).

En 2005, l'American Society of Heating, Refrigerating and Air-Conditioning Engineers a conclu que des lois antitabac complètes étaient le seul moyen efficace d'éliminer les risques associés au tabagisme

passif, et qu'on ne devait pas compter sur les techniques de ventilation pour maîtriser les risques sanitaires de cette exposition (60, 61). Cette prise de position rejoint les résultats d'autres études qui montrent que la ventilation et les fumoirs séparés n'empêchent pas le tabagisme passif (62, 63).



**La ventilation
et les fumoirs
séparés
n'empêchent
pas le tabagisme
passif.**

Les lois antitabac et leur incidence sanitaire

Les lois antitabac réduisent les symptômes respiratoires

Immédiatement après leur entrée en vigueur, les lois antitabac entraînent une baisse des taux de pollution et d'exposition à la fumée secondaire (64) et l'on observe ensuite très rapidement une amélioration de la santé respiratoire. Dans les trois mois suivant l'adoption d'une législation antitabac complète par l'Écosse, les symptômes respiratoires ont reculé de 26 % chez les employés de bars, et l'inflammation des voies aériennes de ceux qui, parmi eux, souffraient d'asthme a également chuté (65). En Californie, chez les barmen, les symptômes respiratoires ont reculé de 59 % et les symptômes d'irritation sensorielle de 78 % dans les huit semaines suivant la mise en application de la loi qui oblige les bars à devenir non-fumeurs (66).

Les lois non-fumeurs font baisser le nombre de cardiopathies

Même une faible exposition à la fumée secondaire a, du point de vue clinique, un effet significatif sur les risques de maladies cardio-vasculaires (67). Les espaces non-fumeurs réduisent presque immédiatement l'incidence des crises cardiaques dans l'ensemble de la population, même les tout

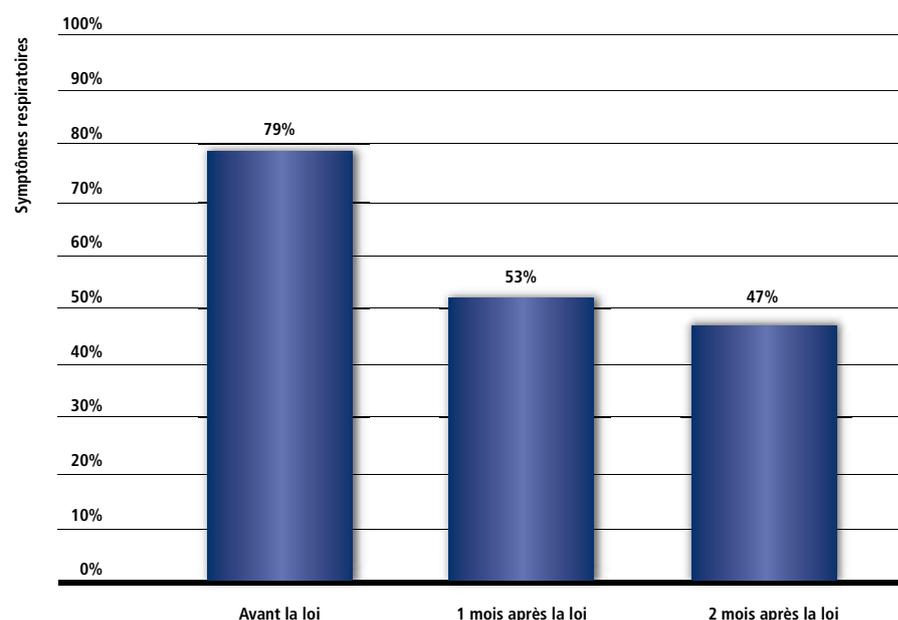
premiers mois suivant leur mise en place (68). Plusieurs études ont confirmé que les admissions à l'hôpital pour crise cardiaque reculent après l'adoption d'une législation antitabac complète (69-74). De surcroît, de nombreuses études ont été conduites dans des circonscriptions (États, provinces et villes) non régies par une législation antitabac nationale. Elles montrent non seulement que ces lois ont une forte incidence, mais aussi qu'il peut être utile d'adopter des lois locales lorsqu'aucune interdiction nationale n'est en place.

Les lois antitabac devraient réduire le nombre de cancers du poumon

Beaucoup de temps s'écoule entre l'exposition à la fumée secondaire et le

développement du cancer du poumon. On ne dispose donc pas de données complètes sur le rôle joué par les politiques antitabac dans le recul du cancer du poumon. Entre 1988 et 2004, période durant laquelle l'État de Californie a adopté une législation antitabac complète, le nombre de cancers du poumon et bronchiques a baissé quatre fois plus rapidement en Californie qu'ailleurs aux États-Unis, bien que ces chiffres puissent s'expliquer en partie par la prévalence du tabagisme qui a, depuis le début des années 1980, davantage chuté dans cet État que dans le reste du pays (75).

SYMPTÔMES RESPIRATOIRES CHEZ LES EMPLOYÉS DE BARS EN ÉCOSSE, AVANT ET APRÈS L'INTRODUCTION D'UNE LÉGISLATION ANTITABAC COMPLÈTE



Source : (65).

Autres avantages de la réglementation antitabac

Les lois antitabac aident les fumeurs à freiner leur consommation de tabac, voire à arrêter

Non seulement les espaces non-fumeurs protègent ceux qui ne fument pas, mais ils font baisser la consommation des fumeurs réguliers de deux à quatre cigarettes par jour (76) et aident les personnes à se sevrer et, à long terme, les anciens fumeurs qui ont déjà arrêté à ne pas reprendre. Aux États-Unis, la consommation de cigarettes par habitant est de 5 à 20 % plus faible dans les États qui ont adopté des lois antitabac

complètes que dans les autres (77).

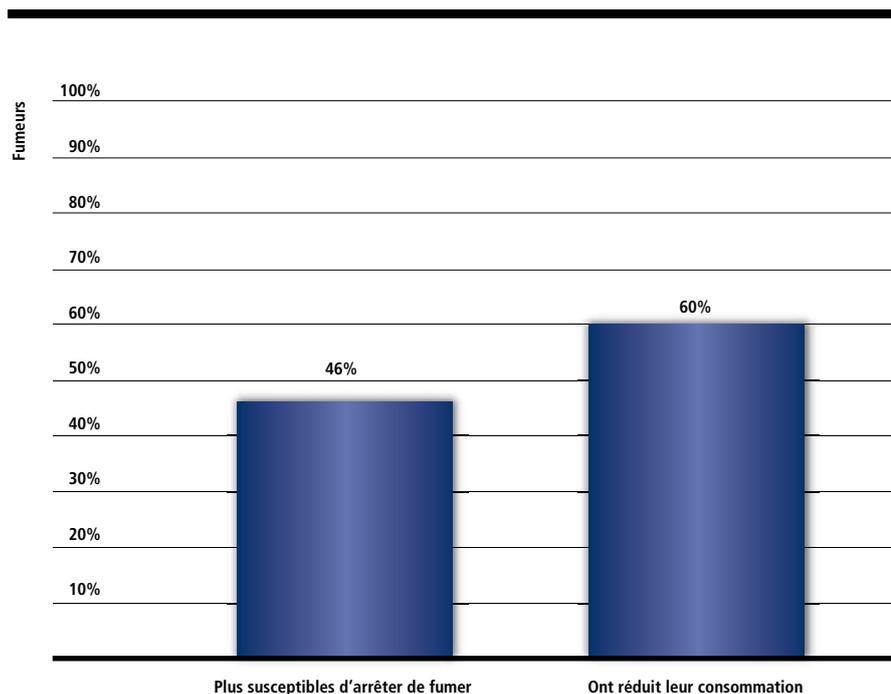
On estime que l'interdiction complète de fumer sur le lieu de travail décidée dans plusieurs pays industrialisés a fait baisser de 3,8 % en moyenne la prévalence du tabagisme chez les travailleurs, diminué de 3,1 cigarettes par jour la consommation des travailleurs qui ont continué de fumer et réduit de 29 % en moyenne la consommation totale de tabac des travailleurs (78). Les personnes qui travaillent dans des lieux où des lois antitabac sont appliquées sont deux fois plus nombreuses à arrêter de fumer que

les autres. Lorsqu'elles continuent de fumer, elles diminuent leur consommation quotidienne moyenne d'environ quatre cigarettes (79).

Après l'adoption par l'Irlande d'une législation antitabac complète, environ 46 % des fumeurs ont déclaré que celle-ci les incitait à arrêter. Parmi ceux qui se sont sevrés, 80 % ont déclaré que la loi les y avait aidés et 88 % qu'elle les avait aidés à ne pas reprendre (80). En Écosse, 44 % des personnes qui ont arrêté ont indiqué que la législation avait contribué à leur sevrage (81).

Non seulement les espaces non-fumeurs protègent les non-fumeurs, mais ils font baisser la consommation des fumeurs réguliers et les aident à arrêter.

EFFETS DE LA LOI ANTITABAC IRLANDAISE SUR LE COMPORTEMENT DES FUMEURS



Source : (80).

Les lois non-fumeurs incitent les personnes à ne pas fumer à domicile

Les lois qui instaurent des espaces publics non-fumeurs incitent également les familles à bannir la cigarette de leur domicile (82), ce qui protège les enfants et les autres membres de la famille du tabagisme passif (83). En Australie, l'adoption de lois interdisant de fumer sur le lieu de travail,

dans les années 1990, s'est accompagnée d'une forte augmentation du nombre d'adultes qui, chez eux, évitent d'exposer leurs enfants à la fumée secondaire (84). Après l'adoption d'une législation antitabac complète, même les fumeurs sont plus nombreux à ne pas accepter que l'on consomme du tabac à leur domicile (85, 86).

Décider volontairement de bannir la cigarette du domicile réduit également la

consommation des adultes et des jeunes. Interdire cette pratique réduit le nombre de jeunes qui essaient la cigarette parmi ceux qui vivent avec des non-fumeurs. Les adolescents qui habitent dans des foyers où il est permis de fumer ont presque deux fois plus de chances de commencer, même si les adultes sont eux-mêmes non-fumeurs, que ceux pour qui cela est interdit (87).

Les lois antitabac sont appréciées du public

Les sondages d'opinion montrent que, où qu'elles soient adoptées, les lois antitabac bénéficient d'une très bonne image, même chez les fumeurs, et cette adhésion a tendance à se renforcer au fil du temps. On soutient plus largement l'application de ces mesures dans les hôpitaux et les établissements de santé, tandis que l'on y est le moins favorable pour les bars et les cafés (88-90).

En 2006, l'Uruguay est devenu le premier pays des Amériques à devenir 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. La loi a été approuvée par huit Uruguayens sur dix, et notamment par près des deux tiers des fumeurs (91). Après que la Nouvelle-Zélande a adopté des lois non-fumeurs, en 2004, 69 % de la population a déclaré soutenir le droit à travailler dans un espace sans tabac (92).

En Irlande, 96 % de la population et 89 % des fumeurs ont jugé que les lois non-fumeurs

adoptées en mars 2004 ont été une réussite (93). En Californie, des lois interdisant de fumer sur le lieu de travail, y compris les restaurants et les bars, ont été adoptées en 1998; dans les années qui ont suivi, 75 % de la population les approuvait (94).

Alors que peu de lieux publics sont non-fumeurs en Chine, 90 % des habitants des grandes villes – fumeurs et non-fumeurs confondus – soutiennent une interdiction dans les transports publics, les écoles et les hôpitaux (95). En Chine, plus de 80 % des



Dans tous les pays qui ont adopté une législation antitabac complète, les espaces non-fumeurs sont bien appréciés du public et ils ont un effet neutre, voire positif sur l'activité économique.

citadins sont en faveur de lois non-fumeurs sur le lieu de travail et environ la moitié sont favorables à une interdiction dans les

restaurants et les bars (95). En Russie, où là aussi peu de restrictions s'appliquent au tabagisme dans les lieux publics, près

d'un tiers de la population serait d'accord pour interdire totalement de fumer dans les restaurants (96).

Les lois antitabac ne sont pas mauvaises pour l'activité économique

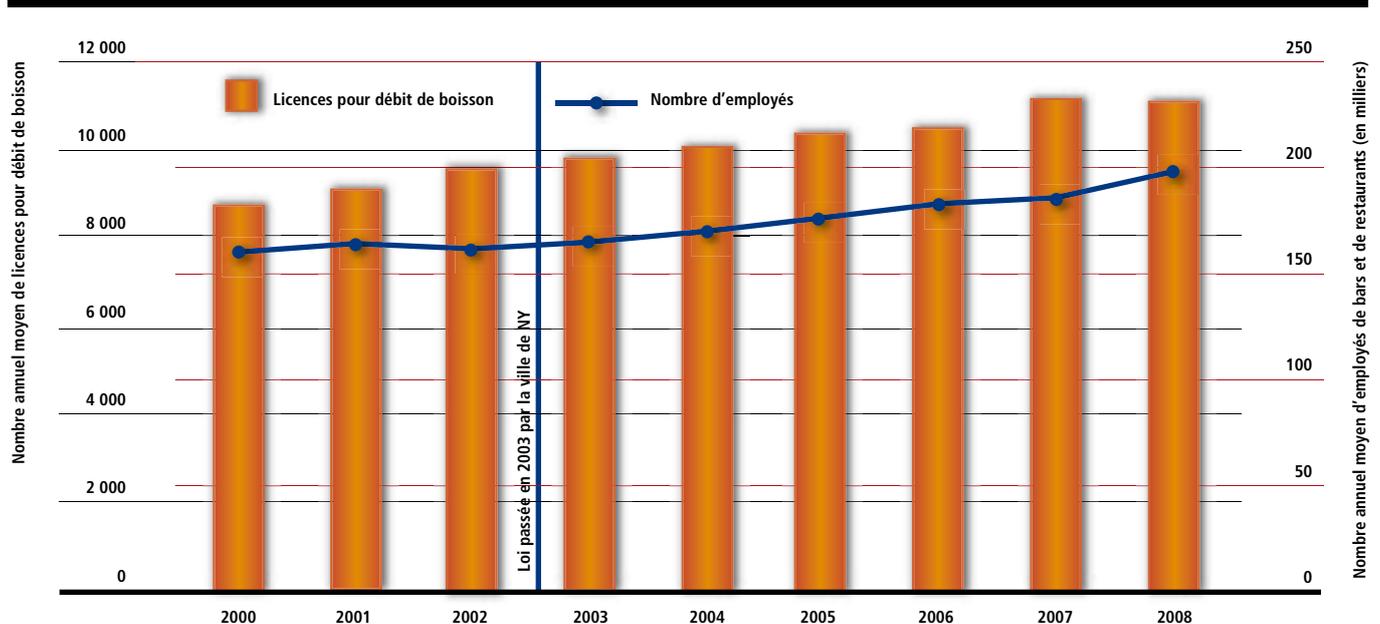
En dépit de ce que prétendent l'industrie du tabac et le secteur de l'hôtellerie et de la restauration, l'expérience montre que, dans tous les pays qui ont adopté une législation antitabac complète, l'interdiction de fumer est bien perçue, facile à instaurer et à faire respecter, et qu'elle a un effet neutre voire positif sur l'activité économique, y compris dans le secteur de l'hôtellerie et de la restauration (97, 98). Ces conclusions valent partout où des études ont été menées, y compris en Australie, au Canada, au Royaume-Uni et aux États-Unis (99); en Norvège (100); en Nouvelle Zélande (101); dans l'État de Californie (102); dans la ville de New York (103); et dans de nombreux États et municipalités des États-Unis (104).

Dans la ville de New York, la législation non-fumeurs a été mise en place en deux temps, d'abord en 1995 dans la plus grande partie des lieux de travail (y compris la plupart des restaurants), puis en 2003 dans les bars et les restaurants restants. Le nombre d'employés de restaurants a augmenté après l'entrée en vigueur de la loi de 1995 (105). Les embauches et les recettes cumulées des bars et des restaurants ont également progressé l'année suivant l'adoption de l'ordonnance de 2003 (103) et continuent de croître depuis.

Après l'entrée en vigueur d'une législation antitabac complète, les indicateurs économiques du secteur de l'hôtellerie et de la restauration n'ont enregistré aucun

changement statistiquement significatif dans le Massachusetts (106), l'activité des bars et des restaurants n'a pas chuté à Lexington, ville moyenne du Kentucky (107), et le tourisme en Floride n'a souffert d'aucune incidence économique (108). Le cas échéant, les bars situés dans des zones couvertes par des lois non-fumeurs ont été vendus à des prix similaires à ceux payés pour des établissements du même type situés dans d'autres zones (109). Des données économiques probantes de ce type peuvent être utilisées pour battre en brèche les affirmations fallacieuses de l'industrie du tabac, qui prétend que la création d'espaces non-fumeurs a des répercussions économiques négatives (97, 110).

NOMBRE ANNUEL MOYEN D'EMPLOYÉS DE BARS ET DE RESTAURANTS DANS LA VILLE DE NEW YORK, AVANT ET APRÈS LA MISE EN APPLICATION D'UNE LÉGISLATION ANTITABAC COMPLÈTE



Source : (103), et données supplémentaires non publiées fournies par la New York State Liquor Authority et la New York City Economic Development Corporation.
Remarque : nombre annuel moyen calculé à partir de chiffres mensuels.

Année

Efforts déployés par l'industrie du tabac pour éviter la mise en place de législations antitabac complètes

L'industrie du tabac sait depuis longtemps que la fumée du tabac secondaire contient des concentrations plus élevées de substances cancérigènes que la fumée principale (7). Dans un rapport confidentiel de 1978, elle décrit les inquiétudes du public vis-à-vis du tabagisme passif comme étant « l'évolution la plus dangereuse jamais observée pour la pérennité de l'industrie du tabac » (111). Elle-même reconnaît l'efficacité des espaces 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 (112).

À plusieurs reprises, l'industrie du tabac a créé des controverses prétendument scientifiques pour s'opposer aux mesures visant à restreindre la consommation de tabac. Le but ultime de ce type d'initiatives

est d'entretenir l'impression qu'il est socialement acceptable de fumer, et d'empêcher que des lois antitabac efficaces soient adoptées pour les lieux publics et les lieux de travail (113). Des mesures comme la ventilation ou les fumoirs séparés, des compromis qualifiés de « raisonnables » par l'industrie du tabac, portent également atteinte aux effets recherchés par les mesures législatives car elles n'empêchent pas le tabagisme passif et incitent moins les fumeurs à renoncer au tabac (114).

Bien que les preuves scientifiques des dangers du tabagisme passif soient irréfutables, l'industrie du tabac est allée jusqu'à les qualifier de « science de pacotille » pour essayer de les discréditer (115). Elle a également instrumentalisé certains groupes pour convaincre la population de rejeter ces résultats. L'industrie du tabac est à l'origine de nombreuses manœuvres pour discréditer les études scientifiques sur les effets sanitaires du tabagisme passif. Elle rédige et publie notamment ses propres recherches sur le sujet, qui minimisent les effets néfastes de la fumée secondaire. Elle craint en effet que restreindre le tabagisme ne fasse reculer ses

ventes et ses profits (116-119). Elle a aussi attaqué des chercheurs qui travaillaient sur le sujet en mettant en cause leurs motivations et leurs qualifications, tout en admettant, en interne, la validité de leurs conclusions (120, 121).

Les chercheurs financés ou affiliés à l'industrie du tabac sont près de 100 fois plus susceptibles que les chercheurs indépendants de conclure que le tabagisme passif n'est pas nocif pour la santé (122). La plus grande partie des recherches financées par l'industrie du tabac n'est pas publiée dans des revues scientifiques à comité de lecture, est de mauvaise qualité scientifique et ne devrait pas être utilisée dans un cadre scientifique, juridique ou législatif, à moins d'avoir été évaluée par des chercheurs indépendants (123). L'industrie du tabac a même tenté de créer sa propre revue médicale à comité de lecture dans le but de publier sur les effets du tabagisme passif des articles qui favorisent ses intérêts (124). Une cour fédérale américaine a d'ailleurs décrété que les assertions de l'industrie du tabac selon lesquelles le tabagisme passif ne provoquait pas de maladies étaient « abusives » (125).

À plusieurs reprises, l'industrie du tabac a créé des controverses prétendument scientifiques afin de s'opposer aux mesures visant à restreindre la consommation de tabac.

Principales recommandations

Ces principales recommandations, conformes aux directives sur l'article 8 de la Convention-cadre de l'OMS, se basent sur les enseignements de nombreux pays et de centaines de circonscriptions infranationales et locales qui ont réussi à appliquer des lois exigeant que les lieux de travail intérieurs et les espaces publics soient 100 % non-fumeurs. Elles sont énoncées ci-après (4) :

1. Pour protéger la santé publique, il est nécessaire de disposer non de politiques librement consenties, mais de lois qui obligent à créer des espaces entièrement non-fumeurs.
2. La législation doit être simple, claire, applicable et complète.
3. Des dispositions doivent être prises à tous les niveaux juridictionnels où une législation efficace peut être mise en place.
4. Il est essentiel d'anticiper et de réagir face à l'opposition de l'industrie du tabac, qui se mobilise souvent par le truchement de tiers.
5. Il est essentiel de faire participer la société civile pour parvenir à une législation efficace.
6. L'éducation comme la concertation avec les parties prenantes sont nécessaires à une mise en application harmonieuse.
7. Pour une bonne application de cette législation, il est indispensable de disposer d'un programme de mise en application et de sanctions et d'une infrastructure qui permette d'engager des poursuites pénales médiatisées et d'imposer des amendes ou, en cas de violations répétées, de prononcer la fermeture des établissements.
8. Il est primordial de contrôler l'application et le respect des lois et d'évaluer l'incidence

des espaces non-fumeurs ; dans l'idéal, les résultats devraient être enregistrés et mis à la disposition d'autres juridictions pour les soutenir dans leurs efforts visant à mettre en place la législation et à l'appliquer efficacement.

9. Séparer physiquement les fumeurs des non-fumeurs (en créant, par exemple, des fumeurs séparés) ou garantir la ventilation d'une zone fumeurs n'élimine pas le risque sanitaire qu'induit le tabagisme passif.

Les fumeurs comme les non-fumeurs sont vulnérables aux effets nocifs du tabagisme passif et les gouvernements sont donc dans l'obligation de protéger leur santé, qui est un droit humain fondamental (3). Ce devoir procède implicitement du droit à la vie et du droit de jouir du meilleur état de santé possible que reconnaissent de nombreux instruments juridiques internationaux, y compris le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes et la Convention relative aux droits de l'enfant. Ceux-ci sont énoncés dans le Préambule de la Convention-cadre de l'OMS et ratifiés dans la Constitution de plus de 100 pays. Les accords librement consentis, que l'industrie du tabac propose comme « compromis », se sont révélés insuffisants pour atteindre les objectifs de santé publique car ils n'éliminent pas, et au mieux réduisent seulement, le tabagisme passif (126). Une législation antitabac complète, accompagnée de mesures strictes pour en assurer le respect, est la meilleure stratégie pour réduire l'exposition à la fumée secondaire.

Les progrès récemment obtenus ont montré qu'il est possible de mettre en place des espaces non-fumeurs et ont incité à les promouvoir davantage à travers le monde. Beaucoup reste à faire,

mais les exemples d'évolutions positives sont nombreux en matière de politiques antitabac. Même les interdictions de fumer dans les restaurants, les bars et autres lieux d'accueil, généralement considérées comme les plus difficiles à appliquer, l'ont été avec succès dans de nombreux pays, où elles sont presque universellement respectées et bénéficient d'un fort soutien. D'autres pays peuvent s'en inspirer afin de créer et de développer des espaces non-fumeurs pour la grande majorité de la population mondiale qui n'est toujours pas protégée contre le tabagisme passif.

Il n'existe pas de seuil au-dessous duquel l'exposition à la fumée du tabac serait sans danger. Les risques sanitaires qui découlent du tabagisme passif sont la principale raison d'interdire la consommation de tabac sur les lieux de travail et dans les lieux publics, car la décision d'une personne de fumer porte atteinte aux autres. Les espaces 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.

Des mesures efficaces sont de plus en plus souvent mises en œuvre



Suivre la consommation de tabac et les politiques de prévention

Le suivi doit être effectué sur des échantillons représentatifs et à intervalles réguliers

La surveillance, le suivi et l'évaluation sont indispensables pour élaborer une politique antitabac éclairée. Plusieurs articles de la Convention-cadre imposent de collecter des données, mais ce sont les articles 20 (*Recherche, surveillance et échange d'informations*) et 21 (*Notification et*

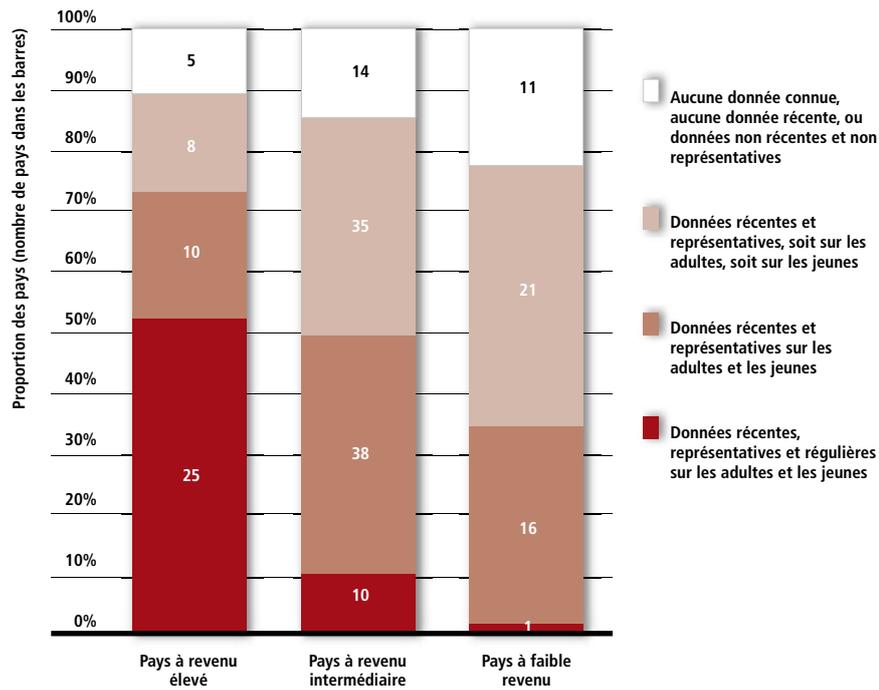
échange d'informations) qui définissent le cadre général des mesures de suivi.

Les systèmes de surveillance, de suivi et d'évaluation doivent utiliser des mécanismes d'analyse et de collecte des données uniformisés et scientifiquement valables. Lorsqu'elles utilisent des échantillons aléatoires, représentatifs et suffisamment larges, les études de population peuvent suffire à fournir les estimations nécessaires. Elles peuvent porter uniquement sur la

consommation de tabac ou être associées à des enquêtes sur d'autres problèmes sanitaires prioritaires et présentant un intérêt pour le ministère de la santé. Elles devraient être menées à intervalles réguliers, contenir les mêmes questions et utiliser les mêmes échantillons et techniques d'analyse et de communication des données. Pour évaluer et suivre précisément l'incidence des interventions antitabac au fil du temps, il convient d'utiliser des données comparables mais recueillies à des périodes différentes.

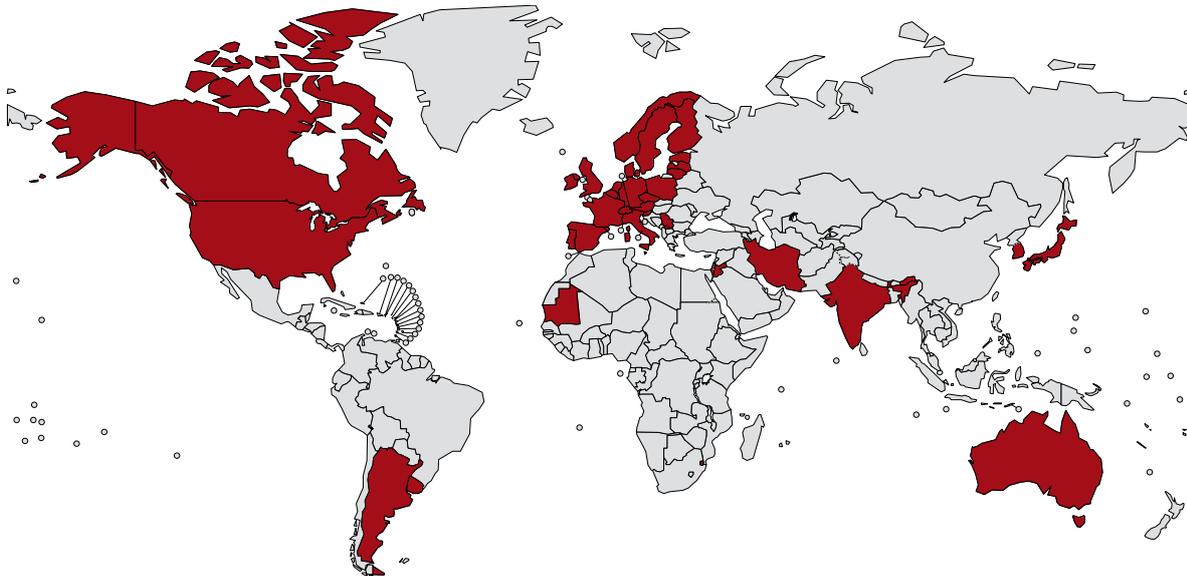


SUIVI



Les activités de suivi peuvent fournir des arguments décisifs démontrant la nécessité de renforcer la lutte antitabac.

SUIVRE LA PRÉVALENCE DE LA CONSOMMATION DE TABAC
(PAYS AYANT OBTENU LES MEILLEURS RÉSULTATS, 2008)



Des questions type sur le tabagisme peuvent être intégrées aux études ou aux recensements existants.

D'autres activités de suivi doivent être conduites pour évaluer si les pouvoirs publics veillent à la bonne application des politiques antitabac et si la société les respecte. Il s'agit notamment de surveiller que les taxes soient collectées, de lutter contre la fraude fiscale, de contrôler les espaces non-fumeurs, et de s'assurer que les interdictions relatives à la publicité et au marketing soient respectées.

Il convient également de surveiller l'ampleur et la nature des activités de publicité, de promotion et de marketing en faveur du tabac, notamment le parrainage d'événements publics et privés par l'industrie du tabac. L'article 5.3 de la Convention-cadre reconnaît qu'il faut, pour combattre le fléau, se dégager de l'influence de cette dernière. Il dispose ainsi que les Parties doivent « veiller à ce que ces politiques [de santé publique] ne soient pas influencées par les intérêts commerciaux et autres de l'industrie du tabac ». En

novembre 2008, reconnaissant que cette disposition est essentielle à une lutte antitabac efficace, la Conférence des Parties a adopté par consensus des directives permettant son application (3).

Les activités de suivi peuvent fournir des arguments décisifs pour démontrer la nécessité de renforcer la lutte antitabac. Il convient de les étendre afin que les pouvoirs publics, les dirigeants des pays et la société civile puissent s'en servir pour concevoir des politiques antitabac et accroître les moyens déployés pour mettre en œuvre efficacement les autres interventions MPOWER.

Seul un tiers des pays disposent de données de suivi récentes, représentatives et recueillies à intervalles réguliers

■ D'une manière générale, les activités de suivi sont plus développées dans les pays à revenu élevé. Des progrès doivent plus particulièrement être

réalisés dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, où la consommation de tabac augmente le plus rapidement.

- Plus de 20 % des pays à revenu faible et environ 15 % de ceux à revenu intermédiaire ne disposent d'aucune donnée nationale sur la prévalence du tabagisme chez les adultes ou les jeunes, ou ont des données qui ne sont pas récentes et/ou représentatives.
- Cent pays au total, représentant 55 % de la population mondiale (contre 48 % en 2007), disposent de données récentes et représentatives sur la prévalence du tabagisme chez les adultes et les jeunes, recueillies en 2003 ou après. Néanmoins, seuls 36 pays, représentant 34 % de la population mondiale, collectent également des données périodiques (c'est-à-dire tous les cinq ans ou moins).

La surveillance, le suivi et l'évaluation sont indispensables pour élaborer une politique antitabac éclairée.

La Turquie étend ses enquêtes sur le tabagisme

Pour élaborer des programmes antitabac efficaces, il faut absolument disposer de données récentes et représentatives sur la prévalence du tabagisme et son évolution chez les adultes et les jeunes au sein de la population nationale. La Turquie a montré qu'elle était décidée à assurer une surveillance en ce domaine. Elle a tout d'abord mené pour la première fois en 2003 l'enquête mondiale sur le tabagisme chez les jeunes (GYTS), sur un échantillon représentatif aux plans national et régional constitué d'élèves âgés de 13 à 15 ans, et participé la même année à l'enquête de l'OMS sur la santé dans le monde.

En 2009, la Turquie a mené une nouvelle enquête sur le modèle GYTS en utilisant des échantillons représentatifs aux plans national et régional issus de quatre régions du pays (les trois plus grandes villes – Ankara, Istanbul et Izmir – et le reste du pays). Cela permettra d'établir des comparaisons directes entre les données de 2003 et de 2009, et de rendre compte des progrès réalisés par le pays dans la lutte antitabac comme des difficultés rencontrées.

En décembre 2008, la Turquie est devenu le premier pays à avoir collecté des données pour l'enquête sur le tabagisme chez les adultes dans le monde (GATS), le nouveau volet du Système mondial de surveillance du tabagisme du CDC/OMS. L'enquête GATS a été menée dans 14 pays à revenu faible ou intermédiaire, où vivent un nombre élevé de fumeurs. Il s'agit d'une enquête normalisée sur la consommation de tabac, réalisée auprès des ménages chez des adultes de 15 ans et plus. Elle porte sur la prévalence et l'évolution du tabagisme, le tabagisme passif, les tentatives de sevrage et l'exposition aux médias, et cherche également à évaluer les connaissances, les attitudes et les sentiments des personnes à l'égard des dangers du tabagisme et des mesures antitabac.

Les résultats de cette enquête montrent qu'en Turquie, 31 % des adultes âgés de 15 ans et plus (48 % des hommes et 15 % des femmes) sont fumeurs. C'est chez les 25-44 ans que le tabagisme est le plus répandu : 40 % d'entre eux se déclarent fumeurs. Plus de la moitié des adultes turcs n'ont jamais fumé et 95 % ont remarqué les mises en garde sanitaires apposées sur les paquets de cigarettes.



Suivre les activités de l'industrie du tabac au Nigéria

S'il est important de collecter des données sur la prévalence du tabagisme et d'autres indicateurs, il convient également de suivre les activités de l'industrie du tabac. Ces dernières années, en Afrique, le secteur a beaucoup renforcé sa présence et s'est livré à des campagnes de marketing agressives qui ciblent plus particulièrement les jeunes.

Au Nigéria, l'organisation non gouvernementale Environmental Rights Action/Friends of the Earth (Nigeria ERA/FOTEN) a montré que l'industrie du tabac crée et instrumentalise certains groupes pour l'aider à mener à bien ses activités. Nigeria ERA/FOTEN a mis en évidence ses pratiques déloyales à l'encontre des cultivateurs de tabac, son indifférence vis-à-vis du travail des enfants, et révélé

qu'elle parrainait plusieurs concerts et autres événements prisés des jeunes et y distribuait gratuitement des cigarettes et d'autres articles. Elle a, en outre, dévoilé l'existence de programmes de coopération entre l'industrie du tabac et diverses institutions gouvernementales et initiatives de responsabilité sociale d'entreprise.

L'ONG a également renforcé la capacité de nombreuses petites organisations à suivre les activités de l'industrie du tabac et à mener des actions de sensibilisation auprès des citoyens. Enfin, elle est à l'origine de la création de la Nigeria Tobacco Control Alliance, une coalition d'organisations non gouvernementales qui luttent activement contre le tabagisme.

Protéger contre la fumée du tabac

Progrès dans l'application des mesures antitabac

Entre 2007 et 2008, de grands progrès ont été réalisés pour protéger la population contre les méfaits du tabagisme passif. Sept pays supplémentaires (Colombie, Djibouti, Guatemala, Maurice, Panama, Turquie et Zambie) ont rejoint en 2008 le groupe de ceux dotés de politiques antitabac complètes, qui compte désormais 17 membres.

Au niveau mondial, la population totale couverte par les lois antitabac est passée de 3,1 à 5,4 % en seulement un an, de telle sorte que, dans le monde, 154 millions de personnes supplémentaires sont protégées des dangers du tabagisme passif. Plusieurs d'entre elles sont passées d'une absence totale de législation nationale, ou d'une protection minimum dans certains espaces publics ou lieux de travail, à une protection complète dans tous les environnements.

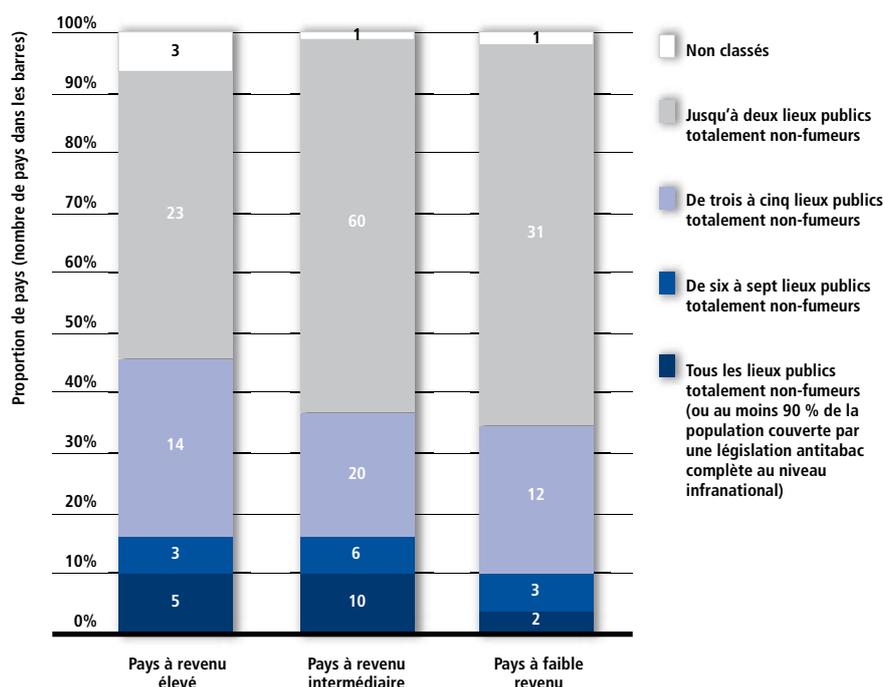
Cependant, 114 pays, situés à tous les niveaux de développement économique, présentent encore le degré de protection juridique le plus faible : aucune mesure antitabac n'y a été instaurée, ou les mesures ne s'appliquent qu'à une ou deux des huit catégories de lieux publics. Près de la moitié des pays à revenu élevé, et près des deux tiers des pays à faible revenu ou intermédiaire, affichent le degré de protection le plus faible. Plus d'un tiers des pays à revenu élevé, environ un quart de ceux à revenu intermédiaire et environ un tiers de ceux à faible revenu ont atteint un niveau intermédiaire : au moins trois catégories de lieux publics et de travail, mais pas toutes, y sont devenues entièrement non-fumeurs.

Concernant l'adoption de lois antitabac complètes, ce sont les pays à revenu intermédiaire qui ont réalisé les plus grands progrès : six des sept nouveaux pays de cette catégorie ont adopté

des lois applicables dans tous les lieux publics.

Dans plusieurs pays, pour stimuler la création de lieux non-fumeurs, y compris restaurants et bars, il était politiquement nécessaire de prévoir des exceptions pour des espaces fumeurs séparés. Les exigences applicables à ces fumeurs étaient tellement rigoureuses et techniquement complexes que l'on pensait que, pour des raisons pratiques, peu d'établissements, voire aucun, décideraient de les installer. Comme aucune donnée n'est exigée sur le nombre de fumeurs réellement créés, il est impossible de savoir si cela a bien été le cas. Les quelques pays concernés par ces exceptions ne sont donc pas analysés dans cette section. À l'avenir, les collectes de données porteront également sur ces mesures ainsi que sur la bonne application de la législation. Comme on l'a vu au début du rapport, ainsi qu'à l'article 8 de la Convention-cadre de l'OMS et dans de

LÉGISLATION ANTITABAC



nombreux rapports gouvernementaux et non gouvernementaux, les espaces ventilés et les autres formes de zones fumeurs ne protègent pas complètement des dangers du tabagisme passif. Les seules lois qui procurent une protection complète sont celles qui empêchent totalement de fumer dans tous les lieux publics.

Les législations antitabac s'appliquent à certains endroits plus qu'à d'autres

Seuls 17 pays sont actuellement dotés de mesures antitabac qui fournissent une protection universelle et efficace contre le tabagisme passif. Dans la grande majorité des pays, les travailleurs et le public ne sont pas protégés équitablement contre le

tabagisme passif, de telle sorte que dans de nombreux cas, certains travailleurs sont encore exposés à ses effets toxiques.

Environ la moitié de la population mondiale (49 %) est actuellement couverte par des lois antitabac nationales s'appliquant aux établissements de santé et d'enseignement, mais seulement 5 % l'est par des lois qui s'étendent aux restaurants, aux pubs et aux bars.

Environ un tiers des pays protègent leur population du tabagisme passif dans les universités, environ 30 % dans les services publics, mais seuls 22 % protègent les personnes travaillant dans les bureaux. Dans quelque 30 % des pays, la législation antitabac s'applique également aux transports en commun. S'il est fréquemment

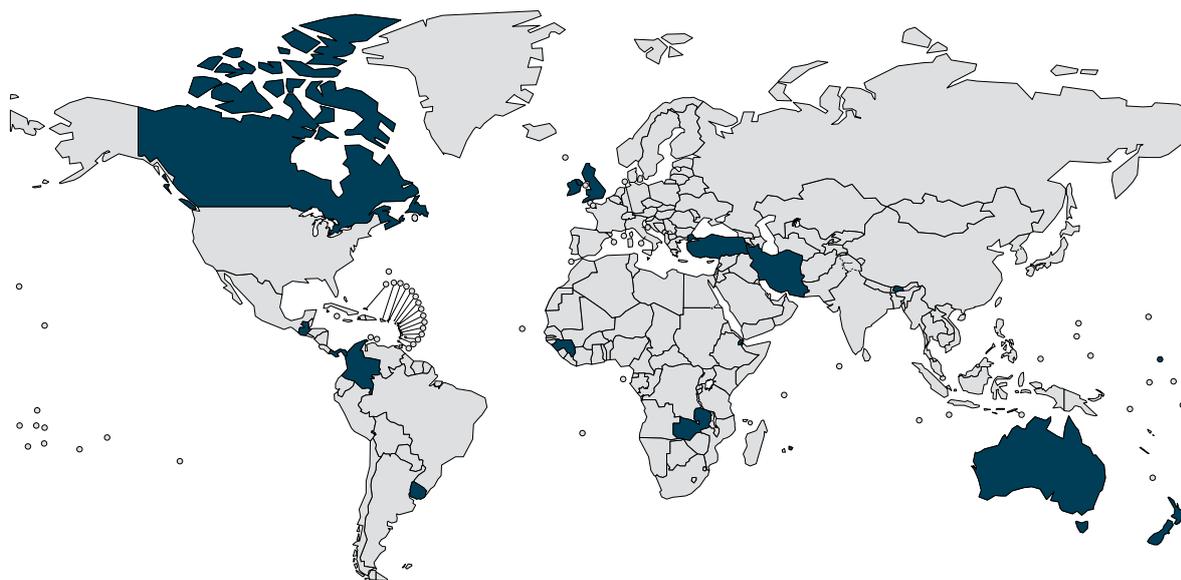
interdit de fumer dans les véhicules de transport, cela est souvent permis dans les gares ainsi que dans les véhicules semi privés tels que les taxis.

Rares sont les pays dotés d'une législation antitabac complète et bien respectée

Aussi bonnes soient-elles, les politiques ne protègent pas la population des dangers du tabagisme passif lorsqu'elles sont insuffisamment observées. Si l'on veut que la population soit protégée dans la pratique et pas seulement en théorie, il ne suffit pas de mettre en place des politiques, il faut également veiller à leur stricte application. Le respect des mesures antitabac varie considérablement selon les pays et les

Seuls 17 pays possèdent actuellement des politiques antitabac qui apportent une protection universelle et efficace contre le tabagisme passif.

ESPACES NON-FUMEURS – PAYS AYANT OBTENU LES MEILLEURS RÉSULTATS, 2008



interdictions complètes sont souvent mieux respectées que celles visant uniquement certains lieux publics. Ainsi, les pays non dotés d'une législation antitabac complète sont généralement ceux où les infractions sont les plus nombreuses.

C'est dans les pays les plus riches que les législations antitabac complètes sont généralement le mieux observées. Parmi les pays qui en sont dotés, quatre pays à revenu élevé sur cinq (un pays n'a pas fourni de données) et trois pays à revenu intermédiaire sur dix s'y plient largement alors que les deux pays à faible revenu s'y conforment insuffisamment, ce qui tend à indiquer que ces lois ne protègent pas complètement les citoyens.

Le respect des lois antitabac varie selon le lieu. Près de la moitié des pays qui ont mis en place des politiques en la matière indiquent qu'elles sont bien respectées, tous lieux confondus. Les environnements

où l'on s'y conforme le plus sont les transports publics (conformité élevée dans 50 % des pays), les bureaux (49 %), les établissements de santé (42 %), les établissements d'enseignement autres que les universités (38 %), les restaurants (32 %) et les bars (30 %).

Les pays dotés de lois antitabac complètes possèdent généralement des dispositions strictes sur leur application

Pour la première fois en 2008, des données ont été recueillies sur l'existence de dispositions légales d'application des lois antitabac. C'est dans les pays à revenu élevé que des mécanismes solides, y compris des amendes pour les entreprises ou les établissements contrevenants et des systèmes de signalement des infractions, sont généralement adoptés. Sur cinq pays

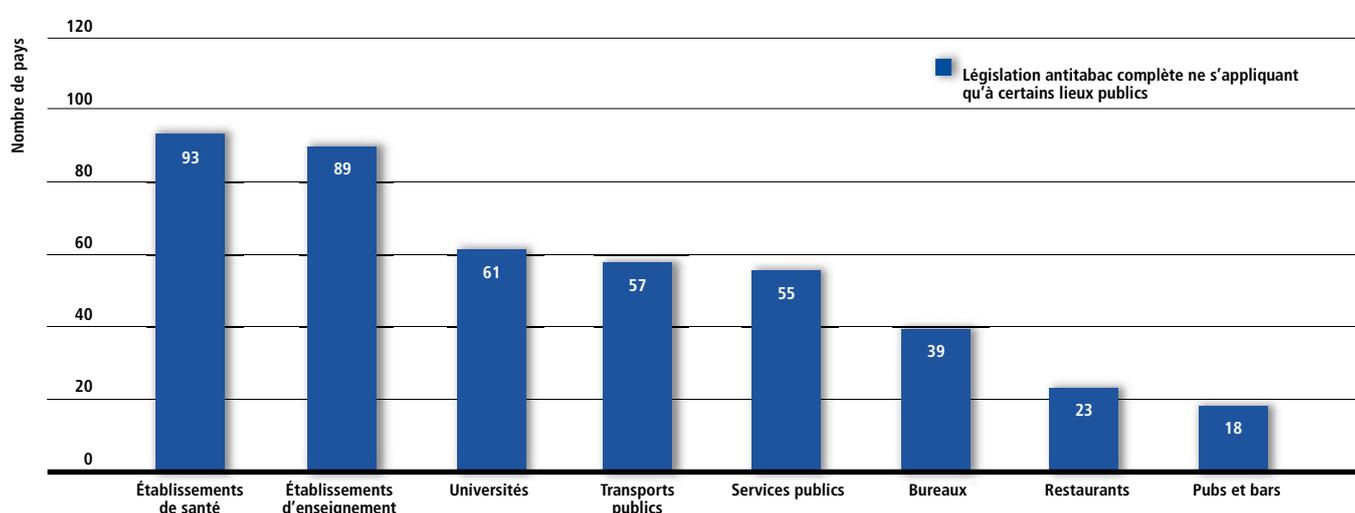
à revenu élevé dotés de lois antitabac complètes, trois possèdent des textes législatifs qui permettent de mettre en œuvre des mécanismes d'application simples et rigoureux. Dans le groupe des pays à revenu intermédiaire, huit des dix pays dotés de telles lois disposent de ces mécanismes, comme un des deux pays à faible revenu où tous les lieux publics sont non-fumeurs.

La législation antitabac au niveau infranational

En 2008, des données ont été recueillies pour la première fois sur l'application d'une législation antitabac au niveau infranational. Dans de nombreux pays, les autorités régionales et locales possèdent un pouvoir législatif important et elles ont la capacité de passer des lois antitabac (ainsi que d'autres) indépendamment du pouvoir national.

Le respect des mesures antitabac varie considérablement, et les interdictions complètes sont plus respectées que les restrictions partielles.

LE POINT SUR LA LÉGISLATION ANTITABAC DANS DIFFÉRENTS TYPES DE LIEUX PUBLICS



PAYS	POPULATION PROTÉGÉE PAR UNE LÉGISLATION ANTITABAC COMPLÈTE DANS LES GRANDES CIRCONSCRIPTIONS NATIONALES		POPULATION TOTALE (EN MILLIERS)
	POURCENTAGE	NOMBRE (EN MILLIERS)	
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	100	61 019	61 019
Canada	98	32 589	33 170
Australie	96	20 142	20 951
Émirats arabes unis	29	1 292	4 503
États-Unis d'Amérique	28	84 999	308 798
République centrafricaine	14	623	4 424
Iraq	14	4 069	29 492
Argentine	12	4 813	39 934
Mexique	8	8 605	107 801
Suisse	4	329	7 512
Venezuela (République bolivarienne du)	3	873	28 122
Chine	1	7 000	1 344 074
Total	3,4	226 320	Population mondiale : 6 741 434

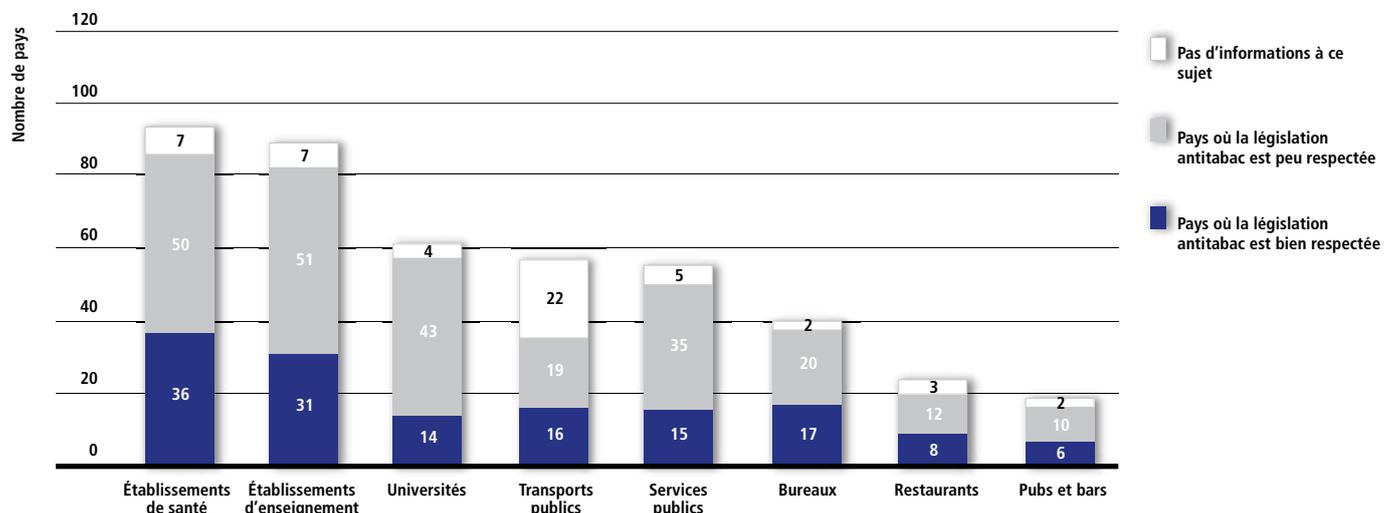
Au sein des nombreux pays qui n'ont pas adopté de législation antitabac complète au niveau national, certaines circonscriptions ont adopté leurs propres lois. Il est souvent plus facile sur le plan politique d'adopter des mesures qui ne couvrent qu'une petite partie de la population, par exemple une ville ou une province. Dans certains pays (notamment en Australie, au Canada et aux États-Unis), les instances régionales (États ou provinces) ont un pouvoir législatif étendu, qui, dans la plupart des autres pays, relève exclusivement du parlement national.

Actuellement, 7 % de la population des pays à revenu élevé sont protégés par une législation antitabac complète au niveau national, et 8 % au niveau infranational. Cependant, dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, presque aucune législation antitabac n'est entrée en vigueur au niveau infranational, alors que beaucoup de leurs circonscriptions disposent de l'autorité légale nécessaire.

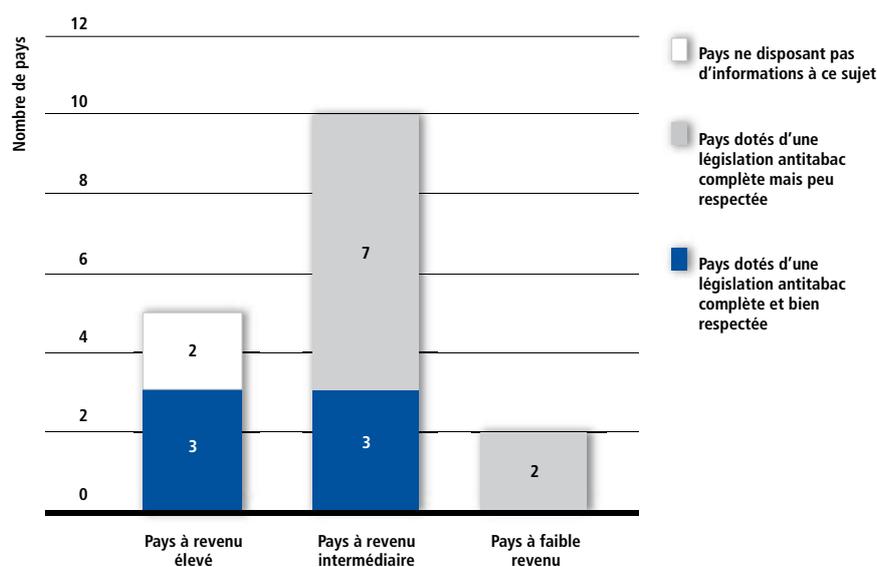
Si toutes les circonscriptions légalement autorisées à instaurer des mesures antitabac

complètes le faisaient, 3,3 milliards de personnes supplémentaires seraient protégées de la fumée secondaire. Cinquante-trois pour cent de la population qui, aujourd'hui, n'est pas protégée par les lois non-fumeurs, pourraient le devenir si une législation infranationale était adoptée.

RESPECT DE LA LÉGISLATION ANTITABAC SELON LE LIEU

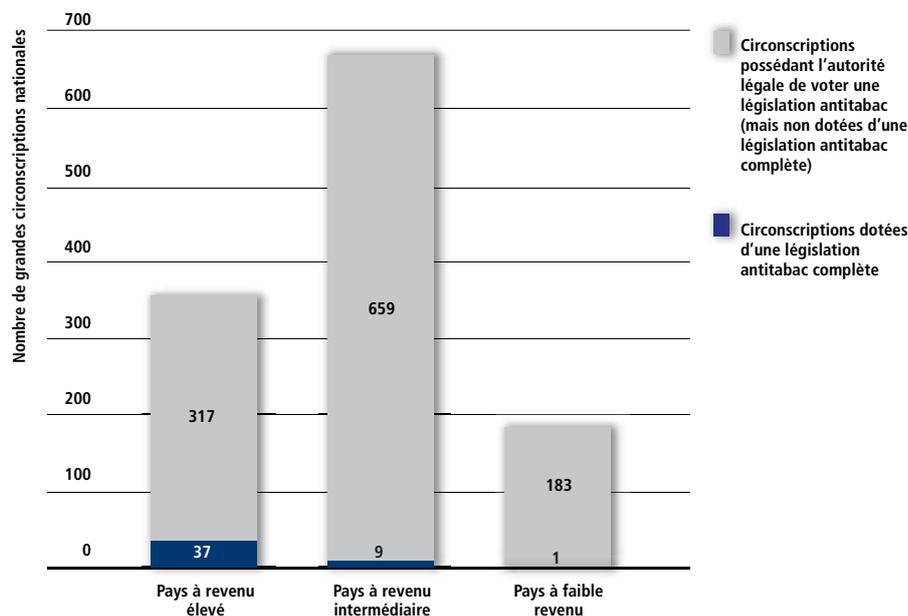


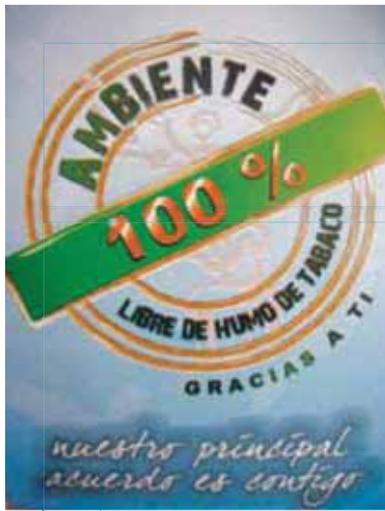
RESPECT DES LÉGISLATIONS ANTITABAC COMPLÈTES



Si l'on veut que la population soit protégée dans la pratique et pas seulement en théorie, il ne suffit pas de mettre en place des politiques, il faut également veiller à leur stricte application.

CAPACITÉ À PROTÉGER LES POPULATIONS DU TABAGISME PASSIF AU NIVEAU INFRANATIONAL





Le district fédéral de Mexico devient 100 % non-fumeurs

En février 2008, le District fédéral de la ville de Mexico, qui compte près de 9 millions d'habitants, a adopté une législation antitabac complète. Cette dernière interdit de fumer dans les lieux publics et les lieux de travail fermés, y compris les transports publics,

les restaurants et les bars. Elle interdit expressément les fumeurs. Avant le passage de la loi, près de 40 % des hommes et 17 % des femmes se déclaraient fumeurs, un taux bien plus élevé que dans le reste du pays. Bien que des interdictions limitées fussent en vigueur avant février 2008, elles étaient presque toutes ignorées.

Le chef de la municipalité de Mexico et l'assemblée législative, soutenus par des militants antitabac, ont veillé à ce que la loi de 2008 protège tous les habitants de Mexico du tabagisme passif. La municipalité et les militants antitabac ont travaillé ensemble pour mobiliser des soutiens solides, qui participent activement à tous les stades du processus politique, et pour s'assurer le concours des partenaires de la société civile chargés de coordonner les actions en faveur de la législation. Ils sont convenus d'une stratégie médiatique

d'envergure à laquelle ont efficacement participé les partisans de la loi issus du monde politique comme de la société civile. Enfin, ils ont mobilisé des ressources financières pour lancer des campagnes et conduire des enquêtes destinées à soutenir les programmes antitabac et à informer et sensibiliser la population à leur sujet.

Le public était déjà très favorable à la loi avant son adoption, et cette tendance n'a fait ensuite que se confirmer. Aujourd'hui, plus de 90 % des habitants de Mexico soutiennent les restrictions sur les lieux de travail, les restaurants et les hôtels, et plus de 70 % sont favorables à l'interdiction de fumer dans les bars. La proportion de personnes déclarant avoir été exposées au tabagisme passif au cours du dernier mois est passée de 80 % à un peu plus 50 %, et l'exposition quotidienne a chuté de 28 % à 12 %. Maintenant que les espaces non-fumeurs sont bien établis, 98 % des personnes interrogées conviennent que le tabagisme passif est dangereux, 97 % estiment que la loi est bénéfique à leur santé et 98 % s'accordent à dire que toute personne a le droit de respirer un air pur.

En rejoignant les autres grandes circonscriptions nationales devenues non-fumeurs, la ville de Mexico joue un rôle de catalyseur pour que des mesures semblables soient prises en Amérique latine et dans le monde.

En Nouvelle-Zélande, les lois antitabac sont bien perçues et bien appliquées

La Nouvelle-Zélande, dont les mesures de lutte antitabac comptent parmi les plus strictes au monde, a d'abord adopté en 1990 une législation nationale visant à restreindre l'usage de la cigarette, notamment sur les lieux de travail ou dans les écoles. En décembre 2004, une loi antitabac complète est entrée en vigueur. Elle a considérablement renforcé la législation existante en l'étendant à l'ensemble des lieux de travail intérieurs, y compris aux lieux d'accueil (pubs, bars, restaurants et casinos), sans prévoir de dispense pour des fumeurs séparés.

Une campagne d'information intensive a encouragé de nombreux fumeurs néo-zélandais à arrêter de fumer le jour de l'entrée en vigueur de la loi. On a ainsi pu constater, dans la période suivant immédiatement son adoption, une forte hausse des demandes faites auprès des services d'aide au sevrage tabagique. Le nombre d'appels reçus par les services téléphoniques d'aide au sevrage est monté en flèche, tandis que le nombre de personnes ayant reçu un traitement de substitution nicotinique pris en charge par l'État progressait de 20 %.

La loi antitabac a été bien acceptée par le public, qui y est de plus en plus favorable. En 2004, 61 % des Néo-Zélandais approuvaient

l'interdiction de fumer dans les bars, les pubs et les boîtes de nuit. Ils étaient 74 % en 2005 et 82 % en 2006.

La proportion de fumeurs qui soutiennent l'interdiction de fumer dans les bars a également augmenté de manière significative, passant de 29 % en 2004 à 64 % en 2006. En 2006, près de 90 % des personnes interrogées, et 75 % des fumeurs, étaient en faveur de l'interdiction dans les restaurants.

Les études ont montré que la loi antitabac était très bien respectée. Le nombre de personnes indiquant être exposées à la fumée secondaire sur leur lieu de travail est passé de 21 % en 2004 à 8 % en 2006, et l'exposition au tabagisme passif des clients de bars a chuté de quelque 90 %. Les autorités sanitaires ont engagé peu de poursuites judiciaires (moins de 10). Contrairement aux avertissements des opposants à la loi, selon lesquels celle-ci aurait de graves conséquences économiques sur le secteur de l'hôtellerie et de la restauration, aucune baisse de la fréquentation ni des recettes n'a été constatée.



Offrir une aide à ceux qui veulent renoncer au tabac

Le traitement de la dépendance au tabac aide les fumeurs à arrêter et soutient les autres initiatives de lutte antitabac

La planète compte plus d'un milliard de fumeurs pour qui il est difficile d'arrêter. Cependant, la plupart d'entre eux souhaitent se sevrer lorsqu'ils sont informés des risques sanitaires (127). Parmi ceux qui y parviennent, la plupart ne bénéficient pas d'aide extérieure, mais cette dernière accroît fortement les taux de réussite (128). En novembre 2008, la Conférence des Parties a demandé à un groupe de travail d'élaborer des lignes directrices pour aider les Parties à appliquer l'article 14 de la Convention-cadre, qui porte sur l'aide au sevrage, et d'en faire rapport à la Conférence de 2010 (129).

Le traitement de la dépendance tabagique relève essentiellement de la responsabilité du système de santé national (1). Bien que

les interventions de sevrage individuelles aient un moindre impact sur la population globale, elles ont une grande incidence sur la santé des individus et possèdent un bien meilleur rapport coût/efficacité que bien d'autres interventions (130). Les personnes qui arrêtent de fumer, quels que soient leur âge, leurs antécédents de tabagisme ou leur état de santé, ressentent immédiatement de profonds effets bénéfiques sur leur santé et peuvent réduire au bout de quelques années la plupart des risques associés à la cigarette (131, 132).

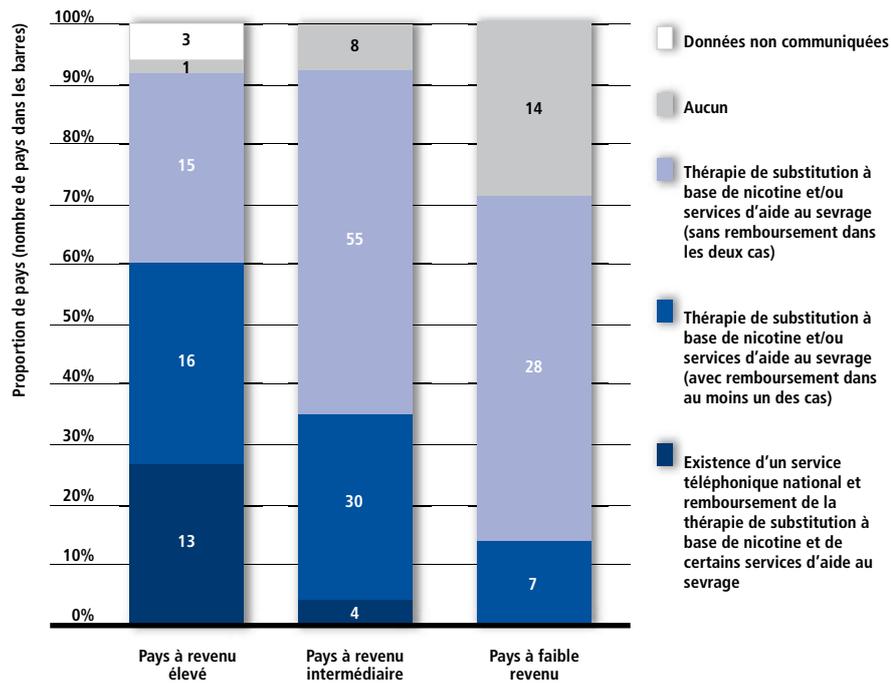
Le traitement de la dépendance tabagique englobe plusieurs méthodes, mais tout programme devrait comprendre : des conseils sur le sevrage intégrés aux services de soins de santé primaires ; un service téléphonique gratuit et facilement accessible ; et un accès à des médicaments de sevrage gratuits ou peu onéreux.

Pour pouvoir proposer de brèves séances de conseils sur le sevrage, le système

de soins de santé primaire doit être performant. Les mesures prises pour améliorer les soins de santé primaires peuvent s'inspirer des stratégies élaborées par l'OMS pour renforcer les six éléments constitutifs des systèmes de santé (direction et gouvernance, personnel de santé, information sanitaire, produits et technologies sanitaires, financement, et prestation de services) (133). Les séances de conseils sur le sevrage sont relativement peu coûteuses lorsqu'elles sont intégrées à un service de soins de santé existant. De plus, elles sont généralement bien accueillies par les patients et se révèlent très efficaces lorsque les conseils prodigués sont clairs, judicieux et personnalisés (128). De nombreuses possibilités existent pour intégrer ces séances aux services de soins de santé primaires. Des mesures sont déjà prises en ce sens dans les domaines de la prise en charge et de la prévention des maladies cardio-vasculaires et de la tuberculose (134, 135). Les médecins et autres personnels de santé devraient

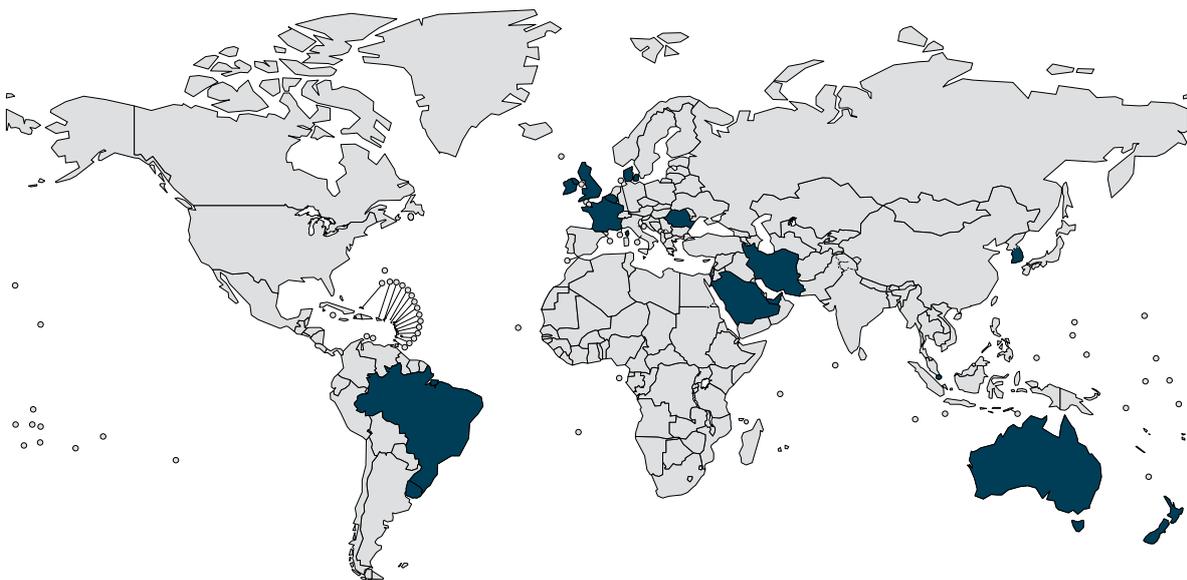


TRAITEMENT DE LA DÉPENDANCE TABAGIQUE



Les services d'aide au sevrage tabagique sont le plus efficace lorsqu'ils font partie d'un programme coordonné de lutte antitabac.

TRAITEMENT DE LA DÉPENDANCE TABAGIQUE – PAYS AYANT OBTENU LES MEILLEURS RÉSULTATS, 2008



également servir de modèles en s'abstenant eux-mêmes de fumer.

Les conseils peuvent également être prodigués par le biais de services téléphoniques spéciaux, qui devraient être gratuits et pouvoir être joints à des horaires pratiques (136).

Bien qu'efficaces en eux-mêmes, les traitements pharmacologiques de la dépendance nicotinique devraient de préférence être proposés en liaison avec des services de conseils (128). En effet, si les médicaments peuvent doubler les taux de réussite, ces derniers augmentent encore plus lorsque des services de conseils complètent le traitement. Les thérapies de substitution à base de nicotine ont récemment rejoint la seizième liste modèle OMS des médicaments essentiels car leur efficacité, leur sûreté et leur bon rapport coût/efficacité ont été solidement démontrés (137). Certaines d'entre elles au moins devraient être disponibles à grande échelle et à des prix très raisonnables pour les fumeurs qui souhaitent arrêter.

Les services d'aide au sevrage tabagique sont très efficaces lorsqu'ils font partie d'un programme coordonné de lutte antitabac. Les pays riches dotés de ressources financières importantes auront sans doute la possibilité d'en proposer un éventail complet, à un coût nul ou minimum, tandis que les pays à revenu faible ou intermédiaire pourront au moins mettre en place certains d'entre eux. La plupart des pays peuvent avoir recours à des services de conseils, moins onéreux, même lorsque leur budget ne leur permet pas de financer les médicaments. L'Uruguay – un pays à revenu intermédiaire qui fait preuve d'un engagement résolu dans la lutte antitabac – a mis en place certains éléments d'un programme de sevrage complet. Du fait de contraintes budgétaires, le pays rembourse certaines thérapies de substitution nicotinique et d'autres médicaments, mais ne peut le faire pour tous. Il a élaboré des directives thérapeutiques nationales et

propose des services de conseils complets. Mais il n'existe à ce jour aucun service téléphonique national d'aide au sevrage, ni aucun mécanisme formel pour solliciter les conseils d'un médecin dans le cadre des soins primaires. Il est toutefois prévu de mettre en place ces services dans un futur proche, dès qu'un financement sera possible. Les gouvernements peuvent utiliser les recettes des taxes sur le tabac pour financer des services téléphoniques et subventionner des services cliniques d'aide au sevrage. En outre, apporter un soutien au sevrage permet de réduire l'opposition aux autres politiques antitabac.

Seuls 17 pays donnent accès à une aide complète au sevrage tabagique

- En 2008, trois pays (Israël, Roumanie et Émirats arabes unis) ont rejoint le groupe de ceux qui proposent une aide complète au sevrage. Ainsi, 17 pays sont aujourd'hui dotés d'un service téléphonique national et prennent en charge le coût des thérapies et de certains services d'aide au sevrage. Ils représentent 8,2 % de la population mondiale (contre 7,7 % en 2007).
- Ce sont les pays à revenu élevé qui ont réalisé les plus grands progrès pour aider ceux qui le souhaitent à arrêter de fumer. Vingt-sept pour cent d'entre eux ont mis en place un service téléphonique national et prennent en charge au moins en partie le coût des thérapies et de certains services d'aide au sevrage. Les pays à revenu élevé sont les plus à même de supporter ces coûts.
- Environ un tiers des pays à revenu intermédiaire et moins de 15 % des pays à faible revenu prennent en charge le coût des thérapies de substitution à base de nicotine et/ou des services d'aide au sevrage. Seuls quatre pays à revenu intermédiaire mettent à disposition un service téléphonique

national gratuit et prennent en charge le coût des thérapies et des services d'aide au sevrage. Ce n'est le cas d'aucun pays à faible revenu.

- Dans la grande majorité des pays à revenu faible ou intermédiaire, le coût des services d'aide au sevrage n'est pas pris en charge par l'État. Huit pour cent des pays à revenu intermédiaire et 29 % de ceux à faible revenu ne fournissent aucune aide aux fumeurs.



L'Angleterre propose à tous un traitement complet et gratuit de la dépendance tabagique

Les quatre pays qui composent le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord possèdent un service national de traitement de la dépendance tabagique dont tous les fumeurs peuvent bénéficier, en général gratuitement, par l'intermédiaire du Service national de santé (NHS).

En Angleterre, par exemple, les thérapies de substitution à base de nicotine sont disponibles sans prescription dans les pharmacies et dans d'autres magasins (par exemple supermarchés ou épiceries). Ces thérapies ainsi que d'autres médicaments de sevrage peuvent également être achetés sur ordonnance à prix réduit. Comme les personnes à faible revenu sont exemptées des frais d'ordonnance, tous les médicaments prescrits, y compris les thérapies de substitution à base de nicotine, le bupropion et la varénicline, sont gratuits pour environ la moitié de la population anglaise, l'autre moitié ne payant qu'une somme réduite d'environ US \$10 pour un mois de prescription (bien que cela puisse varier).

Il existe également deux services téléphoniques nationaux gratuits, l'un administré par le NHS et l'autre par Quit, un organisme indépendant. Le service téléphonique du NHS est disponible 16 heures par jour, 7 jours par semaine. Les personnes qui appellent reçoivent des conseils téléphoniques ; on les rappelle, leur envoie des courriers électroniques ou des messages textes pour les soutenir et les motiver sur la durée. On les renseigne également sur les services

de traitement disponibles près de chez eux. Le NHS propose une ligne d'assistance spéciale pour les Asiatiques. Ouverte un jour par semaine, elle offre les mêmes services dans cinq langues (bengali, gujarati, hindi, punjabi et urdu).

N'importe quel fumeur peut consulter son médecin traitant qui l'orientera vers un traitement spécialisé ou directement vers un centre thérapeutique, le tout gratuitement. Pour améliorer ses services de traitement, l'Angleterre a ouvert un centre national qui sera chargé, d'une part, d'élaborer, de commander et d'agréer des formations pour les conseillers antitabac et leurs supérieurs et, de l'autre, d'évaluer les compétences fondamentales des conseillers et de les certifier. Une évaluation a montré qu'à l'inverse de ce qui est habituellement observé en matière de promotion de la santé, ces services de traitement concernent beaucoup plus les fumeurs à faible revenu et viennent donc en aide à ceux qui en ont le plus besoin. Pour plus d'informations sur le traitement de la dépendance tabagique en Angleterre, voir <http://smokefree.nhs.uk/>.

Cet exemple montre ce qu'il est possible de faire en engageant d'importantes ressources. Comme on l'a vu plus haut pour l'Uruguay, les pays à revenu faible ou intermédiaire qui n'ont pas les moyens financiers de mettre en place des programmes de sevrage complets peuvent déjà prendre certaines mesures tandis qu'ils élaborent des initiatives plus larges.

Mettre en garde contre les dangers du tabagisme

Les mises en garde apposées sur les produits du tabac et les campagnes chocs dans les grands médias donnent les informations nécessaires sur les dangers du tabagisme pour la santé

Bien qu'il existe des preuves irréfutables sur les dangers du tabac, les fumeurs qui les mesurent pleinement sont relativement peu nombreux dans le monde (138). Ils ont tendance à sous-estimer les risques du tabagisme pour leur santé et celle des autres. L'article 11 de la Convention-cadre (*Conditionnement et étiquetage des produits du tabac*) oblige les Parties à se conformer à des normes mondiales relatives à l'apposition de mises en garde. Ces dernières doivent décrire clairement les dangers du tabagisme, dans la principale langue nationale, ne pas couvrir moins de 30 % des faces principales des produits et être utilisées tour à tour. La Conférence des

Parties a élaboré et adopté des directives pour appliquer l'article 11 (3).

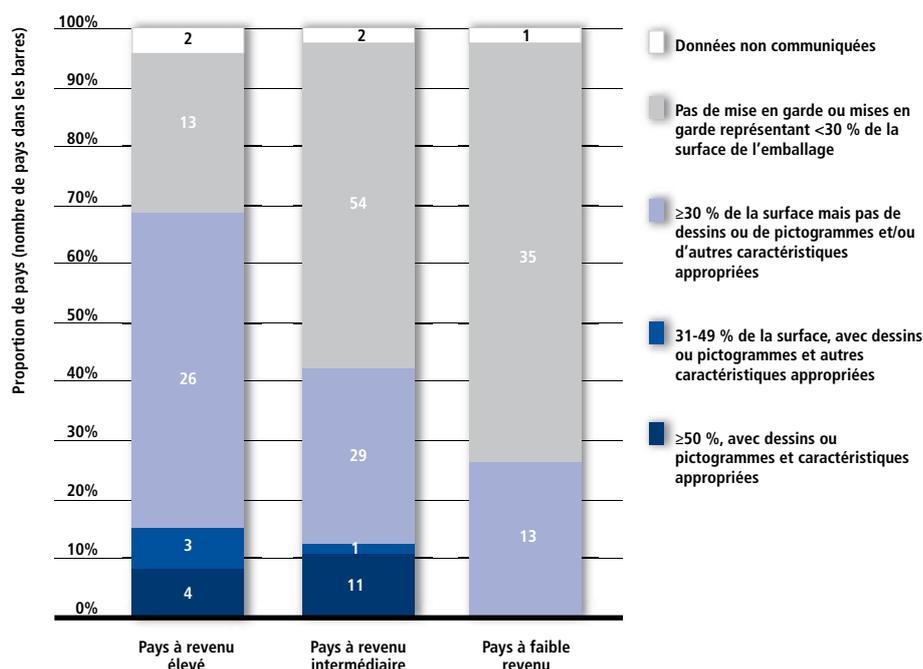
Des avertissements complets sur les dangers du tabac sont indispensables pour changer l'image du produit, surtout chez les adolescents et les jeunes adultes, âges auxquels la plupart des gens commencent à fumer (139). À terme, l'objectif des campagnes d'information et de contre-publicité est de changer les normes sociales qui entourent l'usage du tabac. Elles permettront que beaucoup de personnes choisissent de ne pas fumer et renforceront le soutien apporté à d'autres mesures de lutte antitabac. L'article 12 de la Convention-cadre (*Éducation, communication, formation et sensibilisation du public*) vient encore y concourir en créant pour les Parties l'obligation légale de promouvoir l'accès à l'information sur les dangers du tabagisme et les avantages du sevrage. À cette fin, un groupe de travail élabore actuellement les directives relatives à l'application de

l'article 12, en vue de son adoption par la Conférence des Parties (140).

C'est l'apposition de mises en garde très visibles sur le conditionnement des produits du tabac qui diffuse les messages sanitaires les plus directs aux fumeurs comme aux non-fumeurs (138, 141-143). Elles encouragent les premiers à arrêter et dissuadent les seconds de commencer. La mesure présente de surcroît l'avantage d'être bien perçue par la population et de ne presque rien coûter aux gouvernements. Il est très important que des mises en garde de même taille figurent des deux côtés de l'emballage, afin que les fumeurs ne puissent les ignorer, mais la plupart des pays ne l'exigent pas.

Les avertissements devraient décrire les maladies et les conséquences sanitaires du tabagisme et être présentés tour à tour, de sorte à maintenir l'attention du public. Les mises en garde illustrées sont plus

MISES EN GARDE SANITAIRES



efficaces (143) et sont indispensables pour les analphabètes et les enfants des fumeurs. De plus, les termes trompeurs tels que « à faible teneur en goudrons », « légères » ou « douces » devraient être interdits, car ils laissent entendre que certains produits sont moins dangereux (144).

La diffusion de publicités antitabac dans tous les médias peut contribuer à attirer l'attention de la population sur les dangers du produit et lutter contre la norme sociale que représente son usage. Lorsqu'ils sont exposés à des messages adaptés à la télévision, les adolescents sont deux fois moins susceptibles de devenir des fumeurs réguliers (145) et les adultes fumeurs ont plus de chances d'arrêter (146). Les campagnes chocs qui montrent de manière explicite les dégâts physiques du tabagisme sont particulièrement efficaces pour convaincre les fumeurs d'arrêter (147). L'industrie du tabac a créé ses propres publicités antitabac, mais elles sont inefficaces : elles ne font pas s'arrêter les fumeurs et pourraient même augmenter la consommation de tabac, en particulier chez les jeunes (148). Outre la publicité payante, il est également possible de

compléter efficacement et à peu de frais les campagnes d'information antitabac par des opérations de relations publiques, qui offrent une couverture médiatique gratuite (« *earned media* ») (149).

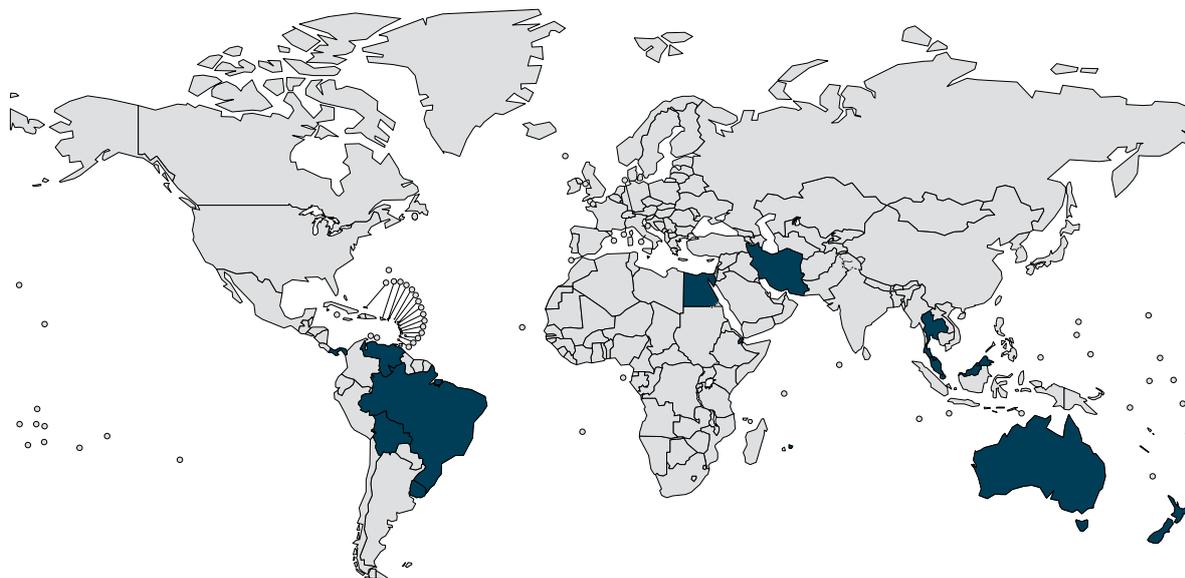
Seuls 8 % de la population mondiale vivent dans un pays où des mises en garde explicites sont apposées sur les paquets

- En 2008, cinq pays (Djibouti, Égypte, Iran, Malaisie et Maurice, ce qui représente 178 millions de personnes) ont rejoint le groupe de ceux qui, s'agissant de l'apposition de mises en garde sur les paquets, se conforment pleinement aux directives de l'article 11 de la Convention-cadre. Quinze pays, représentant 7,6 % de la population mondiale (contre 4,9 % en 2007), exigent dorénavant des mises en garde qui couvrent au moins la moitié des deux faces du paquet et comportent des dessins et toutes les autres caractéristiques citées.
- En 2008, tous les pays qui exigeaient

pour la première fois la présence de mises en garde sur les paquets étaient à revenu intermédiaire.

- Moins de 10 % des pays à revenu élevé exigent que les paquets présentent des mises en garde comportant toutes les caractéristiques appropriées. Dans plus d'un quart des pays à faible revenu, les mises en garde couvrent plus de 30 % de l'emballage. Mais dans tous ceux de cette catégorie, des caractéristiques importantes sont absentes, notamment les dessins ou pictogrammes qui peuvent facilement être compris par les personnes moins éduquées ou analphabètes.
- Plus de 70 % des pays à faible revenu et près de 55 % de ceux à revenu intermédiaire n'exigent aucune mise en garde ou des avertissements couvrant moins de 30 % du paquet.
- Dans la plupart des pays, aucune mise en garde sanitaire ne figure sur les produits du tabac autres que sur les cigarettes manufacturées (bidis, kréteks, tabac à rouler et tabac pour narguilé). Un seul pays à revenu élevé et six pays à revenu intermédiaire exigent que soient apposées des mises en garde sanitaires percutantes sur ces autres produits du tabac.

METTRE EN GARDE CONTRE LES DANGERS DU TABAGISME PAYS AYANT OBTENU LES MEILLEURS RÉSULTATS, 2008



Cinq pays, représentant 178 millions de personnes, ont adopté des mises en garde explicites sur les paquets de cigarettes en 2008.

Campagne dans les médias en Inde

En Inde, où vivent 10 % des fumeurs du monde, près d'un million de personnes meurent chaque année d'une maladie liée au tabagisme. Près d'un tiers de la population masculine fume des cigarettes ou des bidis et plus de la moitié fume ou consomme du tabac à chiquer. Bien que traditionnellement faible, la consommation de tabac est en augmentation chez les femmes, tout comme les taux de tabagisme chez les jeunes.



Image issue de la campagne télévisée « Sponge » (Inde). « Les poumons sont comme des éponges. Ceux des fumeurs sont comme des éponges pleines de goudrons. »

Afin de renforcer l'efficacité de son programme de lutte antitabac, l'Inde a lancé plusieurs campagnes de publicité dans les médias. Elles sont destinées à sensibiliser le public sur les effets nocifs du tabagisme et du tabagisme passif ainsi qu'à modifier les comportements de consommation et inciter les fumeurs à arrêter. Comme les mises en garde apposées sur les paquets, les communiqués des autorités doivent être diffusés tour à tour afin de maintenir leur influence.

Lors de sa dernière campagne, l'Inde a diffusé une publicité montrant une éponge, créée à l'origine par le Cancer Institute New South Wales (Australie). On y voit la quantité de goudrons cancérigènes qu'absorbe un fumeur moyen en une année seulement. Le film démontre de manière saisissante que les effets nocifs du tabagisme sont bien plus graves que ce que beaucoup de fumeurs imaginent.

La campagne a été adaptée et diffusée en cinq langues : anglais, pour la version originale, et bengali, gujarati, hindi et tamoul pour la traduction. Le Gouvernement indien a dépensé quelque US \$1 million d'achat d'espace pour cette publicité, qui est passée sur 40 chaînes de télévision nationales et régionales pendant six semaines en juin et juillet 2009.

On a rigoureusement sondé 24 groupes locaux au sujet de la campagne, afin de s'assurer que le message aurait un impact similaire sur le public indien. Parmi les 10 publicités antitabac évaluées, celle de l'éponge a obtenu le meilleur résultat sur le plan des indicateurs comportementaux (sensibilisation des fumeurs à leur tabagisme, incitation au sevrage, propension à évoquer la question du sevrage).

Cette phase d'évaluation avant diffusion dans un pays est essentielle pour qu'une campagne médiatique soit un succès, car les différences culturelles et les systèmes de croyance peuvent modifier la perception d'un message et doivent être pris en compte en amont.

Mobiliser les médias pour lutter contre la promotion du tabac et le parrainage en Indonésie

En Indonésie, l'industrie du tabac est très mal réglementée. La législation interdisant la publicité et le marketing est insuffisante, tout comme les lois sur les espaces non-fumeurs et les avertissements sur les paquets de cigarettes. Par ailleurs, les intérêts de l'industrie sont bien représentés au sein du Gouvernement. Par conséquent, les grandes multinationales du secteur peuvent recourir à des stratégies marketing qui sont interdites dans d'autres pays.

Le parrainage d'événements destinés aux jeunes et aux jeunes adultes peut s'avérer particulièrement difficile à contrôler et à réglementer, même dans des pays disposant d'une législation antitabac stricte. Pour y faire face, plusieurs organisations non gouvernementales indonésiennes ont élaboré et mis en œuvre avec succès des stratégies médiatiques consistant à relayer leur action auprès des journalistes de la presse, de la radio et de la télévision.

En juillet 2008, elles ont ainsi demandé à la célèbre chanteuse Alicia Keys que son concert à Jakarta ne soit plus parrainé par l'industrie du tabac et qu'elle prenne position contre le secteur. L'anecdote a été largement reprise dans les médias internationaux et locaux. Grâce à

cet écho, Alicia Keys a immédiatement demandé à Philip Morris International de cesser de parrainer l'événement. La société a accepté de retirer les panneaux d'affichage et les affiches où la marque était citée.

Cette stratégie a permis d'obtenir d'autres succès, comme par exemple de mettre un terme aux activités promotionnelles et aux distributions gratuites de cigarettes lors des concerts, d'obliger des sociétés du secteur à ne plus parrainer certains grands festivals de musique et de dévoiler des opérations de marketing de produits du tabac visant directement les enfants.



L'Iran appose des mises en garde percutantes sur ses paquets de cigarettes



Mise en garde sur un paquet de cigarettes en Iran

Afin de lutter contre l'éternel problème que pose la consommation de tabac, la République islamique d'Iran a adopté en 2006 une loi antitabac complète. Elle a créé un programme de lutte antitabac national placé sous l'égide du Ministère de la Santé, interdit toute forme de publicité et de marketing direct et indirect en faveur du tabac, prévu une hausse graduelle des taxes, et exigé l'apposition de mises en garde sanitaires percutantes sur les paquets de cigarettes.

En 2008, la République islamique d'Iran a renforcé sa législation. Le pays exige qu'à compter de janvier 2009, des mises en garde illustrées figurent sur tous les paquets de cigarettes vendus dans le pays. Ces avertissements recouvrent la moitié des faces avant et arrière des paquets de cigarettes et comportent des images explicites en couleur illustrant les maladies causées par le tabagisme. Huit mises en garde sanitaires ont été acceptées. Elles seront placées tour à tour sur les paquets de cigarettes pendant deux ans, avant d'être remplacées par une autre série. L'utilisation de termes fallacieux tels que « douce » et « légère » est également interdite. Les règles imposées par l'Iran sont donc aujourd'hui parfaitement conformes aux directives de l'article 11 de la Convention-cadre concernant la taille, le contenu et la présentation des avertissements. Elles préviennent efficacement les fumeurs des risques pour leur santé.

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

Interdire la publicité en faveur du tabac, la promotion et le parrainage diminue le tabagisme et contribue à sa dénormalisation

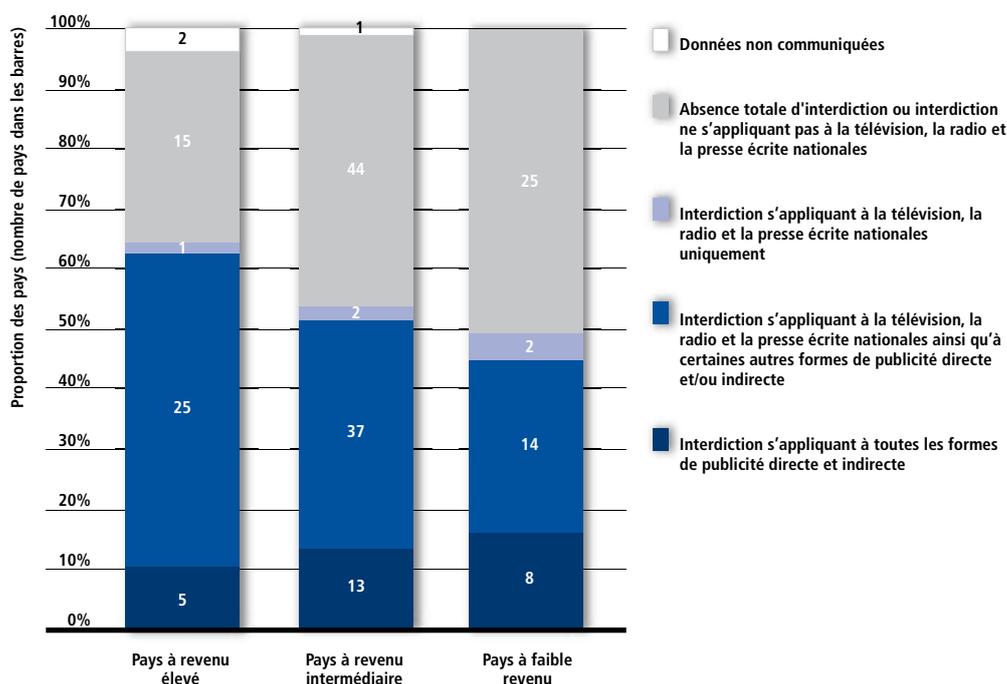
L'industrie du tabac dépense chaque année des dizaines de milliards de dollars dans le monde en publicité, promotion et parrainage (150). Pour y faire face, l'article 13 de la Convention-cadre (*Publicité en faveur du tabac, promotion et parrainage*) demande une interdiction globale de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage, dans le respect des principes constitutionnels de chaque pays (1). Afin d'aider les pays à parvenir à cet objectif, la Conférence des Parties a adopté les directives en vue de l'application de l'article 13 (3).

La publicité en faveur du tabac, la promotion et le parrainage peuvent apporter une justification sociale au tabagisme, entraver les efforts de sensibilisation aux dangers du tabac et renforcer l'influence de l'industrie du tabac sur les médias et le monde du sport et du divertissement. Une interdiction totale de toute forme de publicité, promotion et parrainage protège les personnes des stratégies marketing de l'industrie du tabac et pourrait diminuer la consommation de tabac d'environ 7 %, indépendamment des autres interventions de lutte antitabac (151). Les interdictions totales empêchent les industriels de poursuivre leurs opérations de marketing auprès des jeunes non-fumeurs et des adultes fumeurs qui souhaitent s'arrêter. Les interdictions partielles n'ont aucun effet ou une incidence limitée : si la publicité

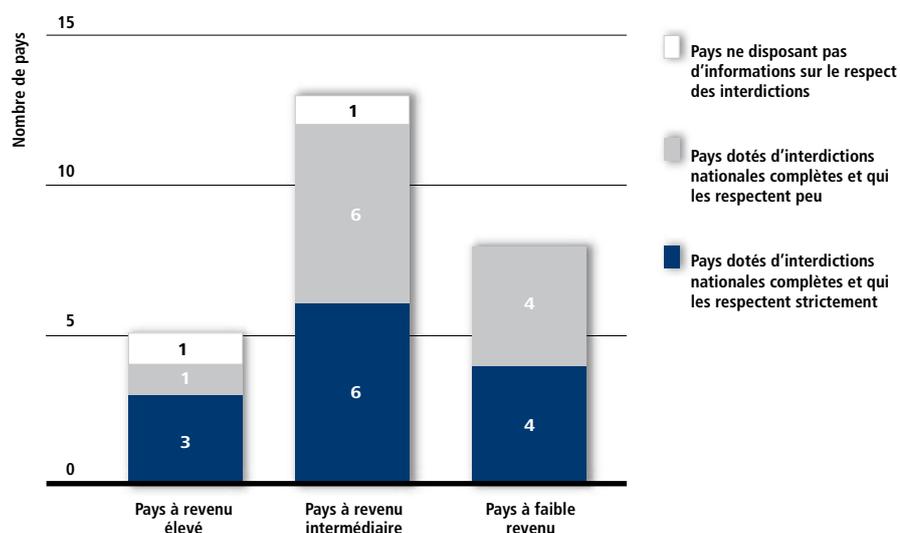
est interdite dans un média, l'industrie réaffectera ses ressources là où elle est autorisée (152, 153).

L'industrie du tabac est fermement opposée aux interdictions du marketing car elles réduisent très efficacement la consommation de tabac. Elle soutient souvent qu'il n'est pas nécessaire d'interdire totalement la publicité, la promotion et le parrainage et que les codes de déontologie librement consentis et l'autoréglementation sont suffisants. Cependant, des restrictions librement consenties sont inefficaces car il n'y a pas force de loi et au bout du compte, l'industrie enfreint les règles qu'elle a elle-même édictées (154). Il convient alors que les pouvoirs publics interviennent par le biais d'une législation bien conçue et correctement appliquée car l'industrie

INTERDICTION DE LA PUBLICITÉ, DE LA PROMOTION ET DU PARRAINAGE

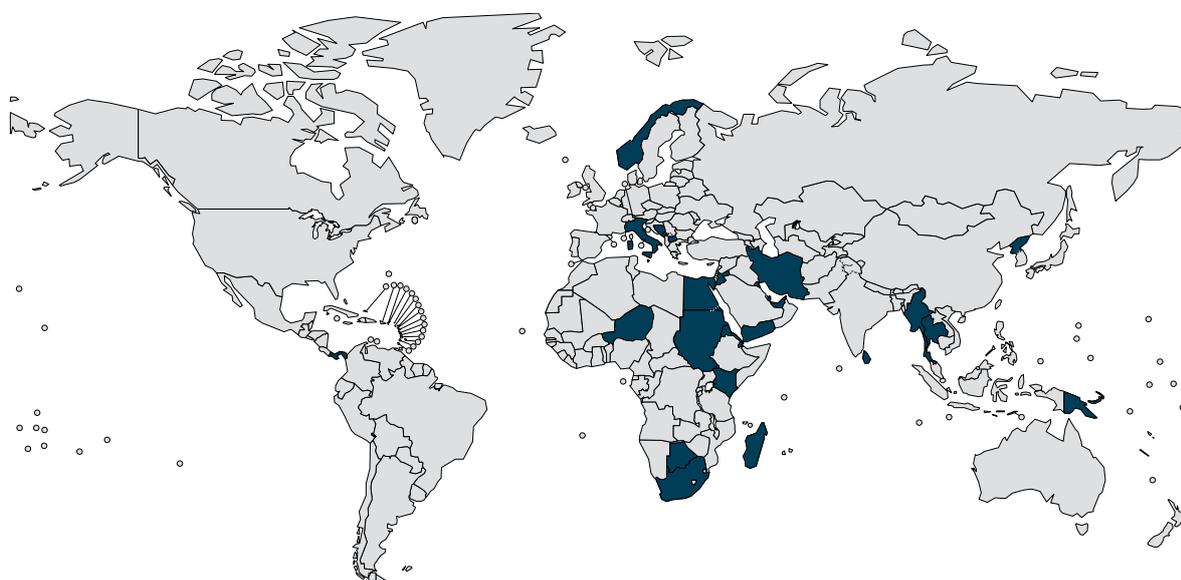


COUVERTURE ET RESPECT DES INTERDICTIONS TOTALES DE LA PUBLICITÉ EN FAVEUR DU TABAC, DE LA PROMOTION ET DU PARRAINAGE



Une interdiction totale de toutes formes de publicité, promotion et parrainage protège les personnes des stratégies de marketing de l'industrie du tabac et pourrait diminuer la consommation de tabac d'environ 7 %.

FAIRE RESPECTER L'INTERDICTION DE LA PUBLICITÉ EN FAVEUR DU TABAC, DE LA PROMOTION ET DU PARRAINAGE – PAYS AYANT OBTENU LE PLUS DE RÉSULTATS, 2008



dispose d'une grande expérience pour contourner les interdictions de la publicité.

En 2008, seul le Panama a mis en place une nouvelle interdiction de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage

■ En 2008, un pays (le Panama) a rejoint le groupe de ceux qui interdisent totalement toutes les formes de publicité, de promotion et de parrainage. Les pays qui interdisent totalement

toutes les formes de publicité et de marketing directs ou indirects sont donc aujourd'hui au nombre de 26. Ils représentent 8,8 % de la population mondiale, contre 8,7 % en 2007.

- Les pays à revenu intermédiaire ont davantage progressé vers l'interdiction totale de toutes formes de publicité, promotion et parrainage que les pays à revenu faible ou élevé.
- Plus de la moitié des pays à revenu élevé ont interdit la publicité en faveur du tabac à la radio, à la télévision et

dans la presse écrite mais n'interdisent que certaines des autres formes de publicité directe et indirecte. Les pays à revenu intermédiaire sont plus d'un tiers dans ce cas et les pays à faible revenu, environ 28 %.

- Parmi les pays qui interdisent totalement la publicité en faveur du tabac, la promotion et le parrainage, peu appliquent ces politiques de manière stricte. Seuls trois pays à revenu élevé, six à revenu intermédiaire et quatre à faible revenu y sont parvenus.

Les pays à revenu faible ou intermédiaire sont plus susceptibles que ceux à revenu élevé d'interdire totalement toutes les formes de publicité en faveur du tabac, de promotion et de parrainage.

La Jordanie renforce l'interdiction de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage

En 2008, la Jordanie, qui a pris ses premières mesures antitabac il y a plus de 30 ans, a renforcé son interdiction de la publicité, de la promotion et du parrainage. Depuis 1977, toutes les activités de publicité et de marketing en faveur du tabac sont en théorie interdites, mais ces règles, comme les autres mesures antitabac, n'ont généralement été que peu respectées. Même si l'interdiction du marketing et de la promotion des produits du tabac a été bien appliquée, la justice a eu tendance à ne pas poursuivre sérieusement les contrevenants et, souvent, à n'imposer que les sanctions minimums, d'où une hausse du nombre d'infractions.

La législation de 2008 a permis de clarifier et de renforcer les lois antitabac nationales, d'affecter des ressources supplémentaires à la lutte contre le fléau, et d'améliorer la formation des personnels chargés d'appliquer le programme antitabac. De plus, elle comprend de nouvelles dispositions visant à limiter le marketing dans les points de vente, en interdisant notamment la vente de cigarettes individuelles et dans les distributeurs automatiques.

Pour renforcer l'application de la législation, le Ministère de la Santé a formé 35 coordonnateurs sanitaires à la législation antitabac, à l'emploi de méthodes pratiques et adaptées d'application de la loi ainsi qu'aux procédures de contrôle. Ces coordonnateurs sont habilités à avertir la population de la législation existante, à la renseigner à son sujet, à confisquer tout matériel promotionnel interdit et à enclencher des poursuites en cas de violation.

La capitale du pays, Amman, où toutes les activités de promotion du tabac étaient auparavant omniprésentes, a été choisie comme ville pilote. Aujourd'hui, dans cette ville, les médias imprimés et électroniques ne diffusent plus de publicité pour le produit, les panneaux d'affichage ont disparu, les événements sportifs ou culturels ne sont plus parrainés par l'industrie du tabac, et les distributeurs automatiques ont disparu. Ce modèle a démontré son efficacité pour faire respecter l'interdiction de la publicité et du marketing. Il est maintenant prêt à être étendu au reste du pays.

Le Panama interdit toutes les formes de publicité en faveur du tabac, de promotion et de parrainage



Adoption de la législation

En 2008, le Panama est devenu le premier pays des Amériques à interdire totalement toutes les formes de publicité, de promotion et de parrainage des produits du tabac. Avant cette législation, le Panama n'interdisait en la matière presque aucune forme de publicité et de marketing. La nouvelle loi interdit totalement toutes les formes de publicité et de marketing direct ou indirect pour le produit, dont la distribution de vêtements et d'autres articles portant les logos des marques de tabac ainsi que le parrainage de compétitions sportives et d'autres événements populaires auxquels participent souvent des enfants. La publicité par le truchement des médias internationaux est elle aussi prohibée.

La législation du Panama interdit non seulement la publicité dans tous les médias, dont l'affichage extérieur (panneaux, par exemple), mais également la distribution gratuite de produits du tabac, les réductions de prix à but promotionnel et l'apparition des produits au cinéma et à la télévision. La restriction qui s'applique à la publicité et au marketing dans les points de vente revêt un intérêt particulier

car la plupart des pays, même ceux disposant d'interdictions totales, n'ont pas réussi à adopter une telle mesure. L'industrie du tabac a déjà trouvé des failles dans cette législation, ce qui témoigne de sa volonté de violer l'esprit de la loi pour commercialiser ses produits et montre également que les experts antitabac doivent étroitement surveiller ses activités.

Aussi complète soit-elle, l'interdiction de la publicité et du marketing n'aura que peu d'effet si des mesures ne sont pas prises pour la faire respecter. Bien qu'elle soit en place depuis moins de deux ans, la législation du Panama est très bien observée, avec un score de 95 points sur 100. L'application de la loi a été évaluée dans plusieurs quartiers de la ville de Panama ainsi que dans plusieurs zones rurales du pays. Dans tous les lieux visités, les enquêteurs n'ont observé aucune publicité ni aucune activité de parrainage ou de promotion indirecte. Seule une violation de l'interdiction du marketing dans les points de vente a été signalée.

Madagascar vote une loi interdisant toutes les formes de publicité en faveur du tabac, de promotion et de parrainage

Ces dernières années, Madagascar a appliqué des politiques antitabac relativement strictes. Il est interdit de fumer dans les lieux publics, des mises en garde sanitaires occupent la moitié du paquet de tabac, et toutes les activités de publicité, de promotion et de parrainage sont interdites. La publicité directe et le marketing indirect sont également prohibés.

La loi qui interdit la publicité en faveur du tabac, la promotion et le parrainage a été appliquée de manière très efficace et prévoit de lourdes sanctions en cas de violation. C'est pourquoi ces activités ont

totalement cessé. Sur toute l'île de Madagascar, on ne trouve aucune publicité en faveur de ces produits, que ce soit à la télévision, dans les journaux ou les magazines ou sur des affiches. De la même façon, le marketing sur Internet est prohibé. Les actions promotionnelles comme la distribution de cigarettes gratuites et les cadeaux à l'image des marques ont cessé. En vue de mieux contrôler l'application de la loi et sanctionner les contrevants, les autorités de santé publique et les autorités répressives locales collaborent étroitement avec le programme de lutte antitabac et le Ministère de la Santé afin de repérer les violations et d'ouvrir des enquêtes.

La majoration des prix du tabac est le moyen le plus efficace pour réduire le tabagisme

Relever le prix des produits du tabac en augmentant fortement les taxes constitue la seule mesure efficace pour diminuer la consommation de tabac et encourager les consommateurs à arrêter (155). De plus, la hausse des taxes parvient particulièrement bien à empêcher les jeunes de commencer à consommer du tabac et à réduire le tabagisme chez les pauvres (156), car ces deux groupes sont particulièrement sensibles aux variations de prix (155-157). L'article 6 (*Mesures financières et fiscales visant à réduire la demande de tabac*) de la Convention-cadre reconnaît l'efficacité des taxes élevées sur les produits du tabac.

Les gouvernements prélèvent de nombreuses taxes sur les produits du tabac, dont des droits d'accise, des taxes sur la valeur ajoutée et sur la vente, et des droits à l'importation. Les droits d'accise revêtent la plus grande importance, car ils relèvent plus particulièrement des produits du tabac. Il en existe deux types : l'accise spécifique (calculée sur la quantité, le poids et/ou d'autres caractéristiques) et l'accise *ad valorem* (calculée sur la valeur). Des droits d'accise élevés constituent le meilleur moyen de protéger la santé publique, car ils entraînent des prix relativement plus élevés et des différences de prix assez faibles entre les marques de qualité supérieure et inférieure, d'où une baisse de la consommation de tabac.

Les cigarettes doivent devenir moins abordables afin de réduire la consommation

Pour améliorer la santé publique, les taxes devraient également rendre les produits du

tabac progressivement moins abordables en neutralisant les effets combinés de l'inflation et de la hausse des revenus et du pouvoir d'achat. Cela implique d'augmenter de manière régulière les droits d'accise spécifiques afin qu'ils conservent leur efficacité. Dans de nombreux pays, les produits du tabac deviennent de plus en plus abordables car les taxes ne suivent pas l'inflation et la hausse des revenus.

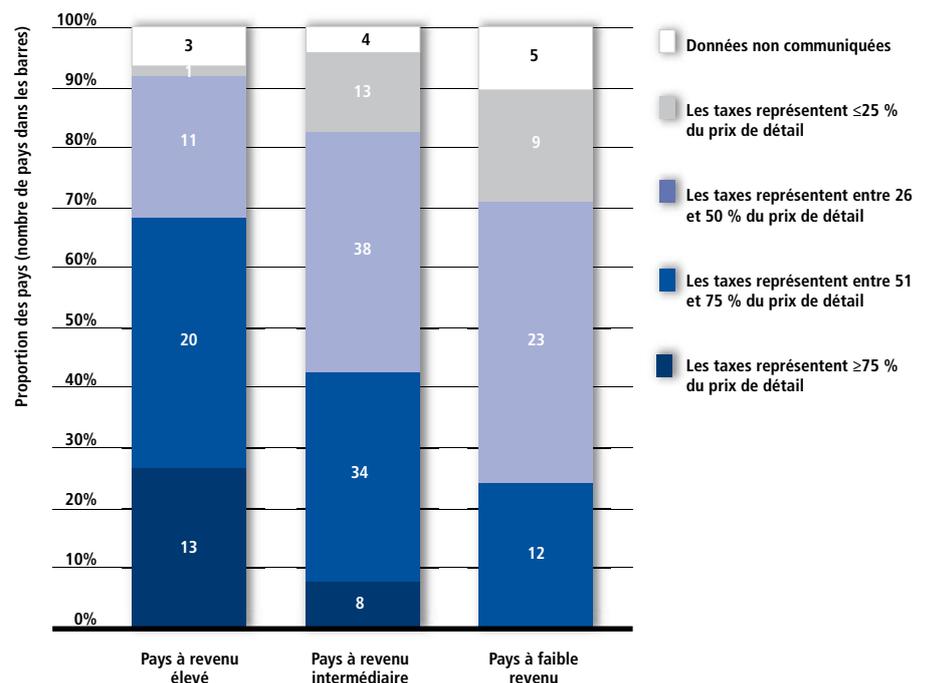
Comme l'on a observé pays après pays, l'augmentation des taxes sur le tabac accroît à court et à moyen terme les recettes fiscales associées, même si la consommation du produit diminue (155). La raison en est que la demande en tabac n'est que relativement peu sensible au prix. En effet, dans les pays à revenu élevé, une baisse de 10 % des prix du tabac réduit la consommation d'environ 4 % (158), tandis que les baisses devraient être plus importantes dans les pays à faible revenu où la sensibilité-prix est sans doute plus marquée. Les hausses de prix sont

particulièrement efficaces lorsque la part des taxes dans le prix de détail est faible.

Pour une efficacité maximale, le mécanisme général de taxation doit être simple et d'une mise en œuvre aisée. Un mécanisme complexe risquerait de favoriser la fraude et l'évasion fiscales. S'agissant des droits d'accise spécifiques, le risque d'évasion fiscale est plus élevé lorsque la taxe est assise sur les caractéristiques du produit (par exemple la longueur ou le poids) plutôt que sur la quantité. Les droits d'accise *ad valorem* conservent leur valeur quelle que soit l'inflation tandis que les droits d'accise spécifiques doivent être régulièrement réévalués en fonction de celle-ci, ce qu'à ce jour seuls deux pays (l'Australie et la Nouvelle-Zélande) font systématiquement.

Contrairement à ce que prétend l'industrie du tabac, une majoration des taxes n'entraîne pas automatiquement une recrudescence de la contrebande (159). De

MONTANT TOTAL DES TAXES SUR LES CIGARETTES



nombreux pays ont fortement relevé les prix et les taxes sans que cela n'ait d'effet important sur ce plan. Plusieurs facteurs ont une plus grande influence que les différences de taux d'imposition, comme l'insuffisance des contrôles aux frontières, la piètre qualité de l'administration fiscale, l'existence de canaux de distribution informels et la volonté même des individus d'acheter des produits de contrebande. Le phénomène est très peu développé dans beaucoup de pays qui appliquent des prix et des taxes élevés (par exemple la Finlande, la Norvège et la Suède), contrairement à plusieurs pays où ils sont faibles (par exemple l'Italie et l'Espagne) (159).

Un système centralisé, axé sur les fabricants, doté d'une administration fiscale forte et appliquant des mesures douanières strictes facilite le civisme fiscal. L'article 15 (*Commerce illicite des produits du tabac*) de la Convention-cadre dispose que le contrôle de la production et du commerce du tabac peut permettre de diminuer le commerce illicite. De plus, le projet de protocole en cours de négociation sur le commerce illicite des produits du tabac propose de contrôler et de surveiller la production et les échanges

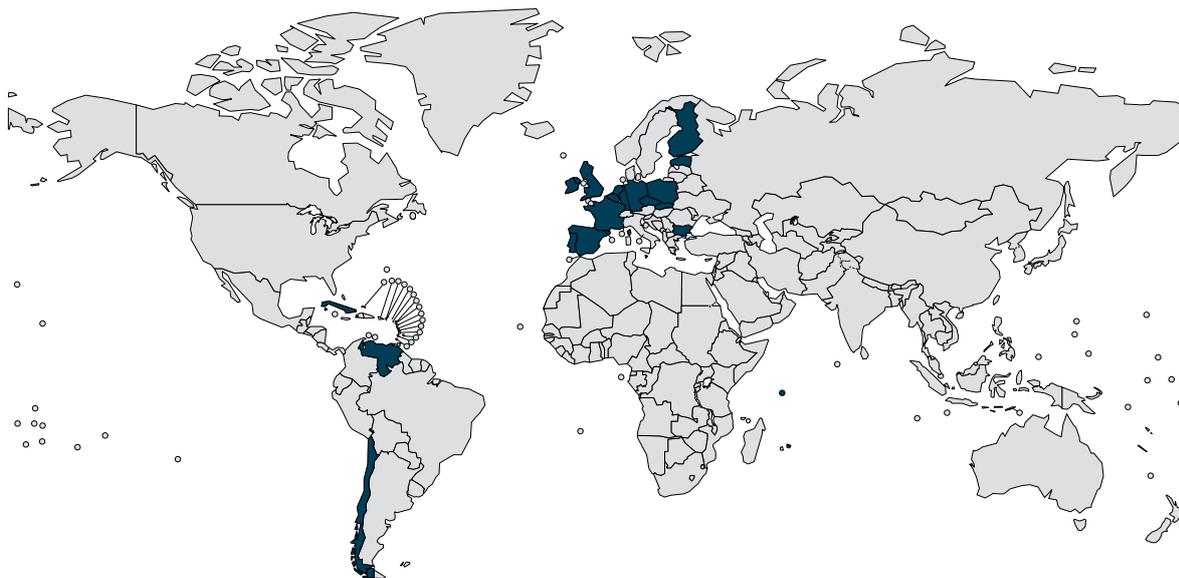
en vue d'éradiquer le commerce illicite (160).

En 2008, la proportion de la population mondiale couverte par des politiques fiscales efficaces a légèrement augmenté

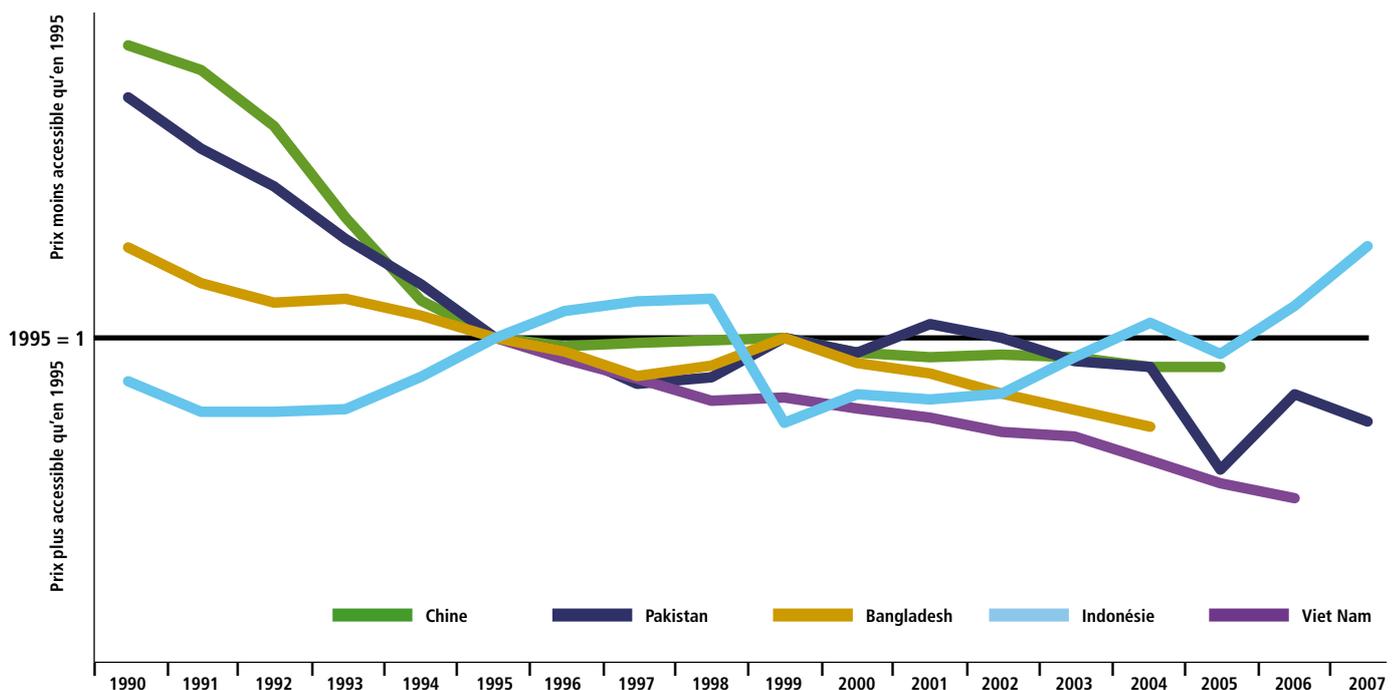
- En 2008, six pays supplémentaires (Estonie, Fidji, Finlande, Pays-Bas, République tchèque et Seychelles) ont rejoint le groupe de ceux où les taxes représentent plus de 75 % du prix de détail. Il compte aujourd'hui 21 pays, soit 6,2 % de la population mondiale (contre 5,7 % en 2007).
- En 2008, d'une manière générale, la part moyenne des taxes dans le prix de détail des produits du tabac était d'un peu moins de 50 %.
- Les taux d'imposition sont généralement plus hauts dans les pays à revenu élevé. La part moyenne du total des taxes dans le prix de détail des cigarettes s'établissait à respectivement 63 %, 49 % et 39 % dans les pays à revenu élevé, intermédiaire et faible.

- Environ 70 % des pays à revenu élevé prélèvent des taxes représentant au moins 50 % du prix de vente au détail taxes comprises, contre moins de la moitié de ceux à revenu intermédiaire et environ 25 % de ceux à revenu faible. Les pays où les droits d'accise et les autres taxes sur les cigarettes représentent au moins 75 % du prix de détail sont relativement peu nombreux : 13 pays à revenu élevé, 8 à revenu intermédiaire et aucun à revenu faible.
- Dans les pays à revenu élevé, les cigarettes coûtent près de deux fois plus cher que dans ceux à revenu intermédiaire et environ cinq fois plus cher que dans ceux à revenu faible.
- Sur 163 pays pour lesquels des données sur les droits d'accise des cigarettes sont disponibles, 55 prélèvent uniquement des droits d'accise spécifiques, 60 uniquement des droits d'accise *ad valorem*, 48 (principalement en Europe) appliquent les deux, et 19 n'imposent aucun droit d'accise mais plutôt des droits à l'importation.

AUGMENTER LES TAXES SUR LE TABAC – PAYS AYANT OBTENU LE PLUS DE RÉSULTATS, 2008



ÉVOLUTION DE L'ACCESSIBILITÉ ÉCONOMIQUE DES CIGARETTES DANS CERTAINS PAYS

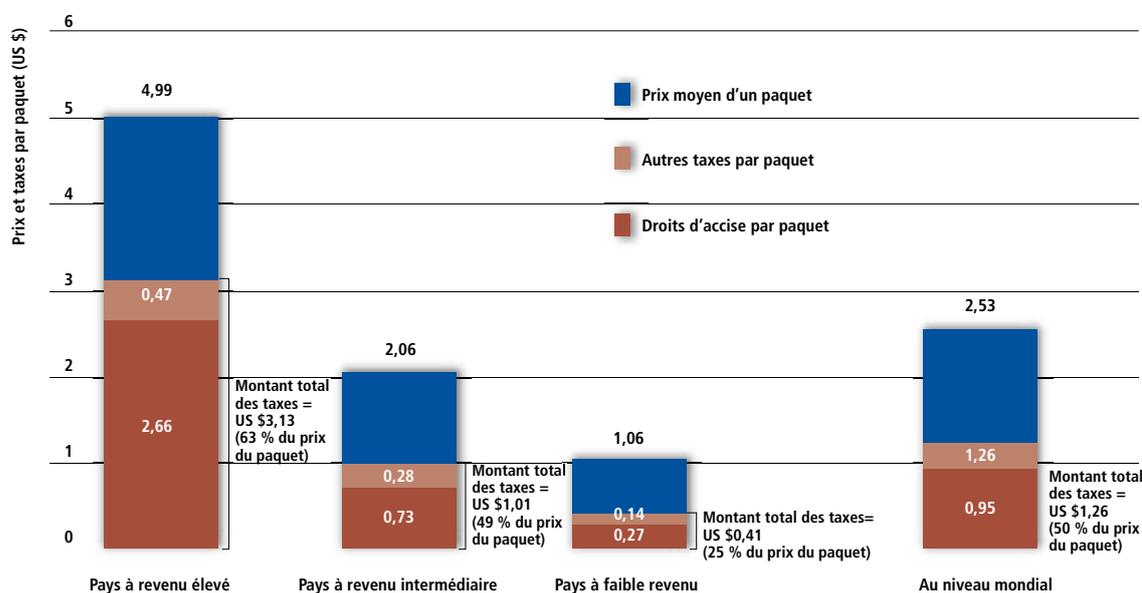


Source : les calculs de l'OMS utilisent les données provenant de documents élaborés dans le cadre de l'Initiative Bloomberg visant à réduire la consommation de tabac (Bloomberg Initiative to Reduce Tobacco Use) [<http://www.worldlungfoundation.org/publications.ph>]

Remarque : l'indice d'accessibilité économique s'obtient en divisant d'abord le prix de la marque la plus populaire par le revenu moyen par habitant (PIB/nombre d'habitants). La valeur retenue pour 1995 est de 1. Il s'agit de la valeur de référence pour les autres années. Les valeurs estimées supérieures à 1 indiquent que le prix des cigarettes était moins accessible qu'en 1995. De la même façon, les valeurs estimées inférieures à 1 indiquent que le prix des cigarettes était plus accessible qu'en 1995.

Augmenter le prix des produits du tabac à travers une hausse significative des taxes constitue la seule façon de réduire la consommation et d'encourager les fumeurs à s'arrêter.

PRIX DE DÉTAIL ET TAXES (DROITS D'ACCISE ET TOTAL DES TAXES) MOYENS DES MARQUES DE CIGARETTES LES PLUS VENDUES, 2008



La Thaïlande affecte les recettes fiscales perçues sur le tabac au financement de la lutte antitabac



สสส. สำนักงานกองทุนสนับสนุน
การสร้างความเสริมสุขภาพ

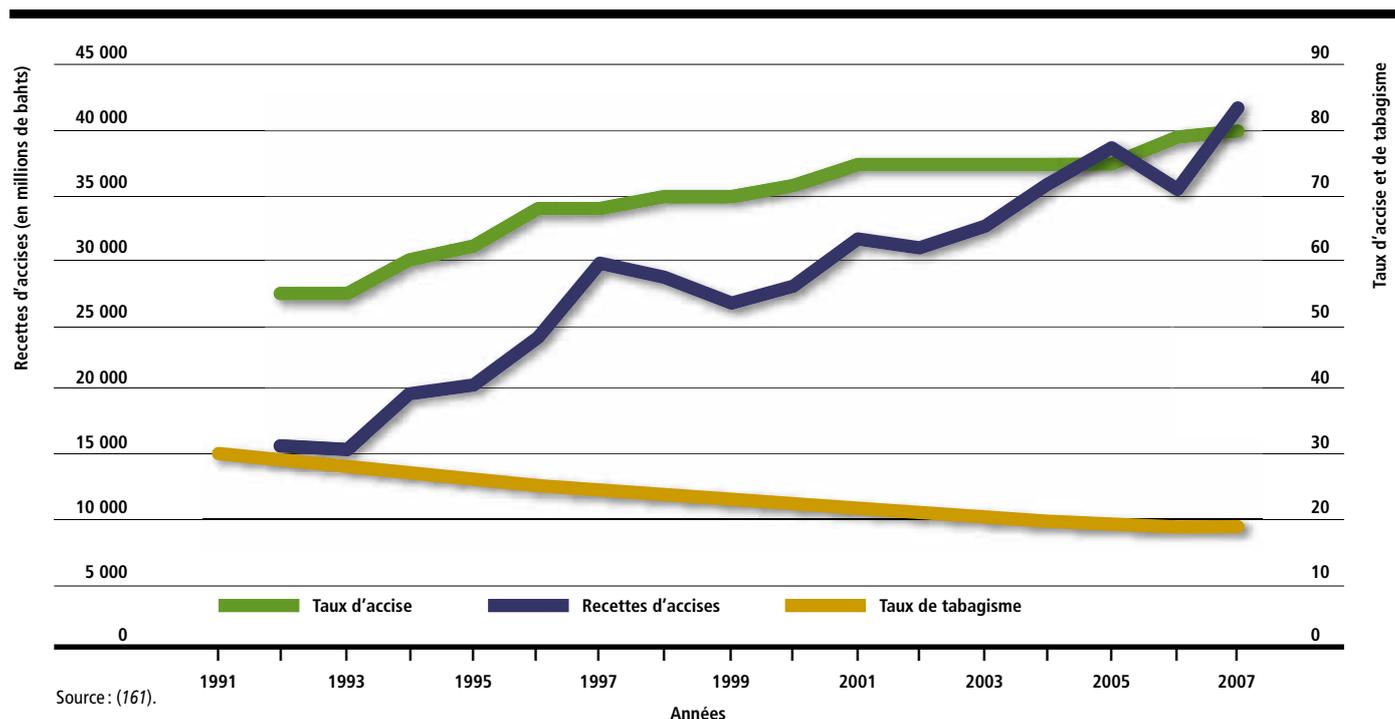
En Thaïlande, chef de file de la lutte antitabac, les droits d'accise obligatoires s'élèvent à 83,5 % sur les cigarettes, soit, en 2008, un taux d'imposition global de 57 % du prix de détail réel du paquet. Le système fiscal thaïlandais a comme spécificité une surtaxe de 2 % sur le tabac et l'alcool, qui sert à financer, à l'échelle nationale, un large éventail de programmes de promotion de la santé. Les droits d'accise de 2 % prévus par la loi sur la Fondation pour la promotion de la santé de 2001 (Health Promotion Foundation Act) assurent le financement de la Fondation pour la promotion de la santé (ThaiHealth) et permettent de dégager quelque US \$35 millions de recettes annuelles. Avec ce

concours, ThaiHealth cherche à réduire le nombre de maladies et de décès et à améliorer la qualité de vie globale.

Autre grande spécificité du système thaïlandais de taxation des cigarettes, les droits d'accise sur ce produit ont augmenté plus rapidement que le taux d'inflation. L'accessibilité économique relative des cigarettes a donc chuté. En janvier 1992, alors que la prévalence du tabagisme chez les adultes s'établissait à 30 % (près de 60 % chez les hommes), le taux d'accise était de 55 %. Il a ensuite été relevé huit fois pour atteindre son niveau actuel de 83,5 %, ce qui a entraîné une hausse d'environ 400 % du prix de détail de la marque la plus populaire et presque triplé les recettes fiscales annuelles liées au tabac. Le taux de tabagisme des adultes a chuté pour s'établir à 18 %, tandis que celui des jeunes est environ deux fois inférieur.

La Thaïlande applique un même taux d'imposition à tous les types de cigarettes, ce qui simplifie le calcul et la collecte des taxes. L'industrie du tabac nationale est contrôlée par l'État, qui peut donc fixer les prix de gros du secteur, ce qui empêche les fabricants de réduire les prix pour contrebalancer l'effet de la hausse des taxes. La manipulation des prix par l'industrie du tabac représente un problème majeur dans les pays qui ne perçoivent que des taxes *ad valorem* et où l'industrie du tabac n'est pas contrôlée par l'État.

TAUX D'ACCISE, RECETTES D'ACCISES ET PRÉVALENCE DU TABAGISME EN THAÏLANDE, 1991–2007



Programmes nationaux de lutte antitabac et capacités des pays

Des programmes nationaux sont nécessaires pour diriger les initiatives de lutte antitabac

Pour inverser le cours de l'épidémie de tabagisme, il est nécessaire de renforcer les capacités nationales afin de mener des programmes antitabac efficaces et durables, que les États, au titre de leurs obligations en vertu de la Convention-cadre, sont tenus de mettre en œuvre (7). Aux niveaux national et international, des organisations non gouvernementales ainsi que d'autres membres de la société civile non liés à l'industrie du tabac (professionnels de la santé; associations de femmes, de jeunes, de protection de l'environnement et de consommateurs; universités et organismes de santé) ont largement contribué aux efforts déployés dans la lutte contre ce fléau. Même s'il faut, pour en assurer

le succès, que de nombreux secteurs de l'État et de la société civile participent aux programmes nationaux de lutte antitabac, c'est le ministère de la santé qui doit les diriger et en assurer la planification stratégique (57). Dans les grands pays, les programmes peuvent être conçus pour une application souple par les autorités infranationales (57).

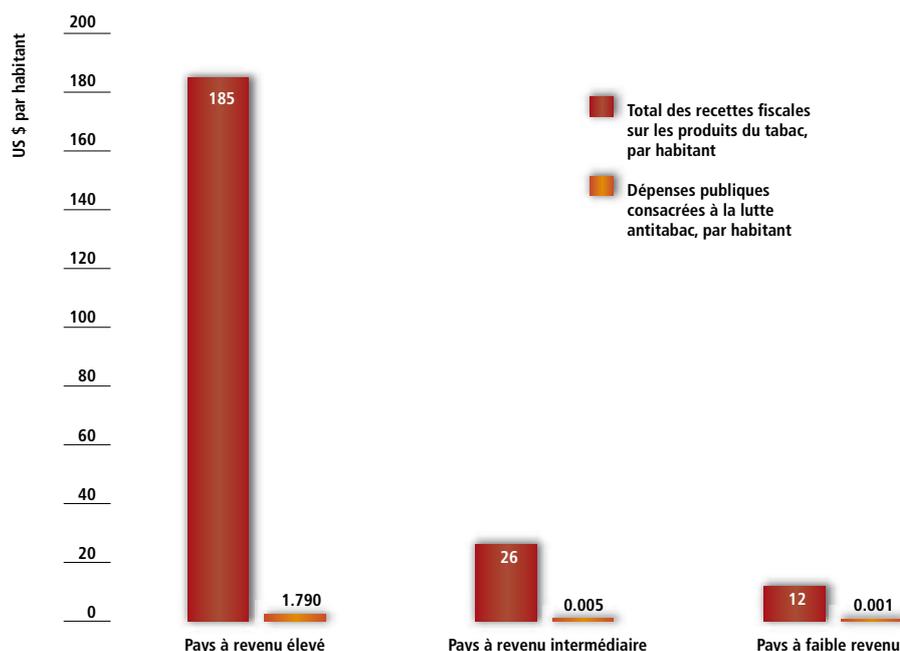
Si le programme de lutte antitabac national dispose de personnel spécialisé à temps plein (aux niveaux central et, le cas échéant, infranational), d'experts techniques et de spécialistes de la planification et de l'application, et qu'il bénéficie du soutien des responsables publics, il pourra gérer et diriger avec succès l'ensemble des initiatives. De plus, il faudrait que les plus hauts niveaux de l'État (ministère ou présidence) conviennent de créer un comité de

coordination national de lutte antitabac, composé de représentants de tous les groupes de la société civile et de l'État qui sont directement impliqués dans ce combat.

Il est essentiel que les gouvernements financent de manière régulière leurs programmes de lutte antitabac, aux niveaux national et, le cas échéant, infranational. Comme la plupart d'entre eux perçoivent actuellement cent ou mille fois plus de taxes sur le tabac qu'ils ne dépensent en actions contre le fléau, la marge pour augmenter les dépenses dans ce domaine est encore grande. Les fonds publics généraux ou les recettes fiscales perçues sur le tabac peuvent être employés, mais également les dons et les aides provenant d'organisations non gouvernementales nationales et internationales ou d'organismes philanthropiques.



LA LUTTE ANTITABAC EST INSUFFISAMMENT FINANCÉE



Remarque : d'après les informations de 55 pays sur les recettes fiscales des produits du tabac et les dépenses de lutte antitabac en 2007 et 2008

Les États perçoivent chaque année US \$167 milliards de recettes fiscales sur le tabac, mais ne dépensent que US \$965 millions pour lutter contre ce fléau.



D'après les données recueillies en 2007 et 2008 dans certains pays, l'ensemble des recettes fiscales perçues sur le tabac sont plus de 173 fois supérieures aux dépenses engagées pour la lutte antitabac. Les États perçoivent chaque année plus de US \$167 milliards de recettes sur le tabac, mais ne dépensent que US \$965 millions pour lutter contre ce fléau, 99 % de cette somme étant déboursée par 17 pays à revenu élevé. Les dépenses consacrées à la lutte antitabac, par an et par habitant, s'élèvent à un dixième de centime de dollar dans les pays à revenu faible, à la moitié

d'un centime de dollar dans ceux à revenu intermédiaire et à environ US \$1,80 dans ceux à revenu élevé.

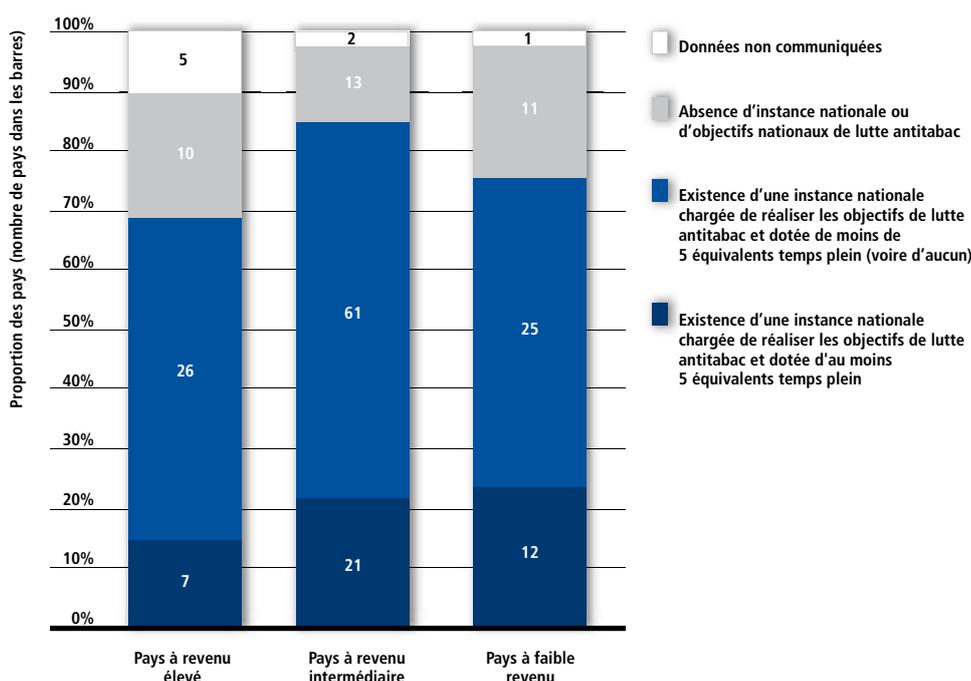
antitabac. C'est dans ceux à revenu faible ou intermédiaire qu'elles sont le plus courantes.

La plupart des pays disposent d'un programme de lutte antitabac mais beaucoup d'entre eux n'y affectent pas les effectifs nécessaires

- Environ 80 % des pays indiquent disposer d'une instance nationale chargée de réaliser les objectifs de lutte

- Moins de 15 % des pays à revenu élevé, 22 % des pays à revenu intermédiaire et 24 % des pays à revenu faible disposent d'une instance de ce type employant au moins cinq équivalents temps plein.

PROGRAMMES NATIONAUX DE LUTTE ANTITABAC



Il est essentiel que les États financent de manière régulière leurs programmes de lutte antitabac, aux niveaux national et le, cas échéant, infranational.

Le Brésil dispose de moyens importants pour ses programmes de lutte antitabac

Le Brésil accorde une priorité élevée à la lutte contre l'épidémie de tabagisme et se montre très impliqué à cet égard. Le pays a adopté une approche exhaustive, fondée sur un mécanisme de coordination sectorielle piloté par le programme national antitabac du Ministère de la Santé. Ce dernier joue le rôle de secrétariat de la commission sanitaire pour la lutte antitabac et de comité national chargé de l'application de la Convention-cadre. Les instances de surveillance

dépendant du Ministère de la Santé assurent le suivi des mesures de lutte antitabac et assument des fonctions de réglementation, d'application et d'évaluation.

En raison de la structure fédérale du pays (27 États et un district, composés de 5592 collectivités locales) et du caractère décentralisé du système de santé, ce sont les États et les collectivités qui sont

chargés de l'application des mesures et de la répression des infractions pour la plupart des politiques de lutte antitabac. Au niveau infranational, les services de santé et les organismes chargés de l'application sont dotés d'agents de liaison et de personnels spécialisés et forment un puissant réseau public pour combattre ce fléau. En 2005, tous les États et plus de deux tiers des collectivités avaient formé du personnel aux activités antitabac, et un tiers des collectivités, dont la plupart des grandes villes, avaient mis en œuvre des programmes et pris des mesures pour réprimer les violations.



Ministère de la Santé du Brésil

Conclusion

La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac est l'expression de l'engagement en faveur d'actions décisives pour lutter contre l'épidémie mondiale de tabagisme qui fait chaque année des millions de morts et handicape des millions d'autres gens. Plus de 160 Parties à la Convention-cadre, qui représentent 86 % de la population mondiale, ont pris un engagement juridiquement contraignant pour mettre en place des politiques efficaces de lutte antitabac. Contrairement à de nombreux problèmes de santé publique importants, nous sommes à même de réduire la consommation de tabac : grâce aux mesures spécifiques de réduction de la demande prévues dans le cadre de MPOWER et d'autres politiques de la Convention-cadre de l'OMS, les pays ont les outils nécessaires pour réduire la consommation de tabac et pour sauver des vies.

Les résultats présentés dans ce rapport montrent qu'il est possible d'accomplir des progrès et que nous avançons. Certains pays ayant réalisé des progrès rapides et ambitieux, ils peuvent servir de référence pour les pays qui doivent encore s'investir davantage pour protéger leurs populations des effets nocifs de la consommation de tabac. Si nous ne continuons pas d'étendre et d'intensifier les efforts de lutte antitabac, chaque année, des millions de personnes continueront à mourir de maladies évitables liées au tabac et des dizaines de milliards de dollars seront gaspillés en soins de santé évitables et en pertes de productivité.

Ce rapport montre que près de 400 millions de personnes supplémentaires bénéficient d'une politique de lutte antitabac ayant été mise en œuvre en 2008, mais aussi qu'il reste encore beaucoup à faire.

- Moins de 10 % de la population mondiale est couverte par l'une quelconque des mesures MPOWER visant à réduire la demande.
- L'application de l'interdiction de la publicité, de la promotion et du parrainage en faveur du tabac a cessé de progresser, laissant plus de 90 % de la population mondiale sans protection vis-à-vis du marketing de l'industrie du tabac.
- Les progrès concernant l'augmentation des taxes sur le tabac sont aussi au point mort. Ainsi, près de 95 % de la population mondiale vit dans des pays où les taxes représentent moins de 75 % du prix de vente au détail.
- La lutte antitabac demeure très insuffisamment financée : le produit des taxes sur le tabac est plus de 173 fois



supérieur aux dépenses engagées pour lutter contre ce fléau.

Des progrès ont été réalisés concernant les politiques sur l'interdiction de fumer sur lesquelles porte le présent rapport, mais l'essentiel de la population mondiale n'est toujours pas protégé des dangers du tabagisme passif.

- Plus de 154 millions de personnes supplémentaires (soit 2,3 % de la population mondiale) bénéficient depuis 2008 de lois sur l'interdiction de fumer. Pratiquement toutes vivent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire.
- Les politiques antitabac se généralisent au plan infranational. Sur les 100 plus grandes villes du monde, 22 sont non-fumeurs et trois autres, toutes situées au Brésil (Rio de Janeiro, Salvador et São Paulo) le sont

également devenues depuis que les données ont été collectées pour ce rapport.

- Les lois interdisant de fumer sont peu respectées. Seuls 2 % de la population mondiale vivent dans des pays où il existe en la matière des lois exhaustives et bien observées.

La crise économique mondiale actuelle rend plus impératif encore pour les pays de s'assurer qu'ils ont les moyens de financer des programmes de lutte antitabac efficaces. Non seulement la majoration des taxes réduit considérablement la prévalence du tabagisme, mais elle augmente les recettes perçues par les États et dégage des fonds qui pourront être alloués à la lutte antitabac et à d'autres initiatives de santé publique. Néanmoins, en dépit des taux de taxation actuels, la lutte contre ce

fléau reste très insuffisamment financée, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

Mais plus important encore, la lutte antitabac nécessite en plus des financements, l'engagement politique des plus hautes instances nationales. Si l'on n'agit pas au plus vite, le tabagisme pourrait faire plus d'un milliard de victimes pendant ce siècle. Le succès rencontré par la Convention-cadre prouve que cette volonté politique existe aux niveaux national et mondial et qu'elle peut faire bouger les choses. En s'efforçant de mettre en œuvre les mesures visant à réduire la consommation de tabac, les gouvernements et la société civile peuvent sauver chaque année des millions de vie, et c'est ce qu'ils feront.



Références bibliographiques

1. *Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003. (réimpression révisée, 2004, 2005, http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_french.pdf, consultée le 23 septembre 2009)
2. *Conférence des Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Deuxième session. Premier rapport de la Commission A*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007 (http://apps.who.int/gb/ctc/PDF/cop2/FCTC_COP2_17P-fr.pdf, consulté le 13 novembre 2009)
3. *Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac : directives pour l'application de l'article 5.3, de l'article 8, de l'article 11, et de l'article 13*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009. (http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242598223_fre.pdf, consulté le 18 septembre 2009)
4. *Protection from exposure to second-hand tobacco smoke. Policy recommendations*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241563413_eng.pdf, consulté le 9 février 2009).
5. *Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme, 2008 : le programme MPOWER*. Genève, Organisation mondiale de la Santé. (http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789242596281_fre.pdf)
6. *Tobacco smoke and involuntary smoking: summary of data reported and evaluation*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, Centre international de Recherche sur le Cancer (CIRC), 2002 (IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, Vol. 83; <http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol83/volume83.pdf>, consulté le 13 novembre 2009)
7. Schick S, Glantz S. Philip Morris toxicological experiments with fresh sidestream smoke: more toxic than mainstream smoke. *Tobacco Control*, 2005, 14:396–404.
8. *Report on carcinogens*, 11th ed. Research Triangle Park, NC, US Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Toxicology Program, 2005.
9. *Respiratory health effects of passive smoking*. Washington, DC, United States Environmental Protection Agency, 1992:Tableau 3-1.
10. Invernizzi G et al. Particulate matter from tobacco versus diesel car exhaust: an educational perspective. *Tobacco Control*, 2004, 13:219–221.
11. Singer BC et al. Gas-phase organics in environmental tobacco smoke. 1. Effects of smoking rate, ventilation, and furnishing level on emission factors. *Environmental Science and Technology*, 2002, 36:846–853.
12. Daisey JM et al. Toxic volatile organic compounds in simulated environmental tobacco smoke: emission factors for exposure assessment. *Journal of Exposure Analysis and Environmental Epidemiology*, 1998, 8:313–334.
13. Winickoff JP et al. Beliefs about the health effects of "thirdhand" smoke and home smoking bans. *Pediatrics*, 2009, 123:e74–79.
14. Navas-Acien A et al. Secondhand tobacco smoke in public places in Latin America, 2002–2003. *JAMA*, 2004, 291:2741–2745.
15. Hyland A et al. A 32-country comparison of tobacco smoke derived particle levels in indoor public places. *Tobacco Control*, 2008, 17:159–165.
16. Öberg M et al. Global estimate of the burden of disease from second-hand smoke. (non publié).
17. *Survey on tobacco – analytical report*. Bruxelles, Commission européenne, 2009 (Flash Eurobarometer Numéro. 253, The Gallup Organisation; http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_253_en.pdf, consulté le 27 août 2009).
18. Shields M. Smoking – prevalence, bans and exposure to second-hand smoke. Ottawa, Statistics Canada, 2007. Health Reports, Vol. 18, No. 3:67–85.
19. *International Consultation on Environmental Tobacco Smoke (ETS) and Child Health*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, Division of Noncommunicable Disease, Tobacco Free Initiative, 1999. (http://www.who.int/tobacco/research/en/ets_report.pdf, consulté le 13 novembre 2009).
20. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Global Youth Tobacco Surveillance, 2000–2007. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2007, 2008, 57: 1–21.
21. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 2006, 3: e442.
22. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and productivity losses – United States, 2000–2004. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2008, 57:1226–1228.
23. *Dissiper l'écran de fumée : 10 raisons de vivre sans tabac*. Bruxelles, The Smoke Free Partnership, 2006 (http://www.ersnet.org/ers/show/default.aspx?id_attach=16409).
24. Smoking and health: joint report of the Study Group on Smoking and Health. *Science*, 1957, 125:1129–1133.
25. White J, Froeb H. Small-airways dysfunction in nonsmokers chronically exposed to tobacco smoke. *New England Journal of Medicine*, 1980, 27:720–723.
26. Hirayama T. Non-smoking wives of heavy smokers have a higher risk of lung cancer: a study from Japan. *British Medical Journal*, 1981, 282:183–185.
27. Trichopoulos D et al. Lung cancer and passive smoking. *International Journal of Cancer*, 1981, 27:1–4.
28. *The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General*. Atlanta, GA, US 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 13 novembre 2009).
29. *Proposed identification of environmental tobacco smoke as a toxic air contaminant, Scientific Review Panel approved version. Part B – Health effects*. Sacramento, CA, California Environmental Protection Agency, Office of Environmental Health Hazard Assessment, 2005 (<ftp://ftp.arb.ca.gov/carbis/regact/ets2006/app3part%20b.pdf>, consulté le 27 août 2009).
30. *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?IdcService=GET_FILE&Id=13632&Rendition=Web, consulté le 13 novembre 2009).
31. Woodward A, Laugesen M. How many deaths are caused by second-hand cigarette smoke? *Tobacco Control*, 2001, 10:383–388.
32. Bridevaux PO et al. Secondhand smoke and health-related quality of life in never smokers: results from the SAPALDIA cohort study 2. *Archives of Internal Medicine*, 2007, 167:2516–2523.
33. Bertone ER et al. Environmental tobacco smoke and risk of malignant lymphoma in pet cats. *American Journal of Epidemiology*, 2002, 156:268–273.
34. Snyder LA et al. p53 expression and environmental tobacco smoke exposure in feline oral squamous cell carcinoma. *Veterinary Pathology*, 2004, 41:209–214.
35. Reif JS et al. Passive smoking and canine lung cancer risk. *American Journal of Epidemiology*, 1992, 135:234–239.
36. Fantuzzi G et al. Preterm delivery and exposure to active and passive smoking during pregnancy: a case-control study from Italy. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 2007, 21:194–200.
37. Fantuzzi G et al. Exposure to active and passive smoking during pregnancy and severe small for gestational age at term. *The Journal of Maternal-fetal and Neonatal Medicine*, 2008, 21:643–647.
38. Anderson HR, Cook DG. Passive smoking and sudden infant death syndrome: review of the epidemiological evidence. *Thorax*, 1997, 52:1003–1009.
39. Law MR, Hackshaw AK. Environmental tobacco smoke. *British Medical Bulletin*, 1996, 52:22–34.
40. Gilbert SG. *Scientific consensus statement on environmental agents associated with neurodevelopmental disorders*. Bolinas, CA, Collaborative on Health and the Environment, Learning and Developmental Disabilities Initiative, 2008 (<http://www.iceh.org/pdfs/LDDI/LDDIStatement.pdf>, consulté le 3 février 2009).
41. Herrmann M, King K, Weitzman M. Prenatal tobacco smoke and postnatal secondhand smoke exposure and child neurodevelopment. *Current Opinion in Pediatrics*, 2008, 20:184–190.
42. Behan DF et al. *Economic effects of environmental tobacco smoke*. Schaumburg, IL, Society of Actuaries, 2005 (<http://www.soa.org/research/life/research-economic-effect.aspx>, consulté le 13 novembre 2009).
43. *Indoor Air Quality 1994*, 59:15968-16039. Washington, DC, United States Department of Labor, Occupational Safety and Health Administration, 1994.

44. Adams KA et al. *The costs of environmental tobacco smoke (ETS): an international review*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1999 (WHO/NCD/TFI/99.11).
45. McGhee SM et al. Cost of tobacco-related diseases, including passive smoking, in Hong Kong. *Tobacco Control*, 2006, 15:125–130.
46. Pierce JP, León M. Effectiveness of smoke-free policies. *Lancet Oncology*, 2008, 9:614–615.
47. Haw SJ, Gruer L. Changes in exposure of adult non-smokers to secondhand smoke after implementation of smoke-free legislation in Scotland: national cross sectional survey. *British Medical Journal*, 2007, 335:549.
48. Borland R et al. Protection from environmental tobacco smoke in California. The case for a smoke-free workplace. *Journal of the American Medical Association*, 1992, 268:749–752.
49. Pickett MS et al. Smoke-free laws and secondhand smoke exposure in US non-smoking adults, 1999–2002. *Tobacco Control*, 2006, 15:302–307.
50. 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, 14:384–388.
51. Goodman P et al. Effects of the Irish smoking ban on respiratory health of bar workers and air quality in Dublin pubs. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 2007, 175:840–845.
52. Bondy SJ et al. Impact of an indoor smoking ban on bar workers' exposure to secondhand smoke. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 2009, 51:612–619.
53. Semple S et al. Secondhand smoke levels in Scottish pubs: the effect of smoke-free legislation. *Tobacco Control*, 2007, 16:127–132.
54. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Reduced secondhand smoke exposure after implementation of a comprehensive statewide smoking ban, New York, June 26, 2003–June 30, 2004. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2007, 56:705–708.
55. Fernando D et al. Legislation reduces exposure to second-hand tobacco smoke in New Zealand bars by about 90%. *Tobacco Control*, 2007, 16:235–238.
56. Heloma A, Jaakkola MS. Four-year follow-up of smoke exposure, attitudes and smoking behaviour following enactment of Finland's national smoke-free workplace law. *Addiction*, 2003, 98:1111–1117.
57. *Building blocks for Tobacco Control: a handbook*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004 (<http://www.who.int/entity/tobacco/resources/publications/general/HANDBOOK%20Lowres%20with%20cover.pdf>, consulté le 13 novembre 2009).
58. Gan Q et al. Effectiveness of a smoke-free policy in lowering secondhand smoke concentrations in offices in China. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 2008, 50:570–575.
59. Cains T et al. Designated "no smoking" areas provide from partial to no protection from environmental tobacco smoke. *Tobacco Control*, 2004, 13:17–22.
60. *Ventilation for acceptable indoor air quality*. Atlanta, GA, American Society of Heating, Refrigerating, and Air-Conditioning Engineers, Inc., 2004 (ANSI/ASHRAE Standard 62.1-2004).
61. *Environmental tobacco smoke. Position document approved by ASHRAE Board of Directors, 30 June 2005*. Atlanta, GA, American Society of Heating, Refrigerating, and Air-Conditioning Engineers, Inc., 2005.
62. *Health effects of exposure to environmental tobacco smoke*. Sacramento, CA, California Environmental Health Hazard Assessment, 1997 (http://www.oehha.org/air/environmental_tobacco/finalets.html, consulté le 13 novembre 2009).
63. *Institute for Health and Consumer Protection. Activity report 2003*. Ispra, Commission européenne, Direction générale, Centre commun de recherche, 2004 (http://ihcp.jrc.ec.europa.eu/docs/IHCP_annual_report/ihcp03.pdf, consulté le 13 novembre 2009).
64. Valente P et al. Exposure to fine and ultrafine particles from secondhand smoke in public places before and after the smoking ban, Italy 2005. *Tobacco Control*, 2007, 16:312–3.
65. Menzies D et al. Respiratory symptoms, pulmonary function, and markers of inflammation among bar workers before and after a legislative ban on smoking in public places. *Journal of the American Medical Association*, 2006, 296:1742–1748.
66. Eisner M, Smith A, Blanc P. Bartenders' respiratory health after establishment of smokefree bars and taverns. *Journal of the American Medical Association*, 1998, 280:1909–1914.
67. Venn A, Britton J. Exposure to secondhand smoke and biomarkers of cardiovascular disease risk in never-smoking adults. *Circulation*, 2007, 115:990–995.
68. Richiardi L et al. Cardiovascular benefits of smoking regulations: The effect of decreased exposure to passive smoking. *Preventive Medicine*, 2009, 48:167–172.
69. Pell JP et al. Smoke-free legislation and hospitalizations for acute coronary syndrome. *New England Journal of Medicine*, 2008, 359:482–491.
70. Bartecchi C et al. Reduction in the incidence of acute myocardial infarction associated with a citywide smoking ordinance. *Circulation*, 2006, 114:1490–1496.
71. Khuder SA et al. The impact of a smoking ban on hospital admissions for coronary heart disease. *Preventive Medicine*, 2007, 45:3–8.
72. Sargent RP et al. Reduced incidence of admissions for myocardial infarction associated with public smoking ban: before and after study. *British Medical Journal*, 2004, 328:977–980.
73. Lemstra M et al. Implications of a public smoking ban. *Canadian Journal of Public Health*, 2008, 99:62–65.
74. Meyers DG et al. Cardiovascular effect of bans on smoking in public places: a systematic review and meta-analysis. *J Am Coll Cardiol*, 2009, 29:54:1249-1255.
75. *California Tobacco Control update: the social norm change approach*. Sacramento, CA, California Department of Public Health, *Tobacco Control* Section, 2006 et 2009 (<http://www.cdph.ca.gov/programs/tobacco/Pages/CTCPPublications.aspx>, consulté le 27 août 2009).
76. Evans W et al. Do workplace smoking bans reduce smoking? *American Economic Review*, 1999, 89:728–747.
77. Levy D, Friend K. Clean air laws: a framework for evaluating and improving clean air laws. *Journal of Public Health Management and Practice*, 2001, 7:87–97.
78. Fichtenberg CM, Glantz SA. Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. *British Medical Journal*, 2002, 325:188.
79. 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.
80. 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.
81. Fowkes FJ et al. Scottish smoke-free legislation and trends in smoking cessation. *Addiction*, 2008, 103:1888–1895.
82. Borland RM et al. Determinants and consequences of smoke-free homes: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tobacco Control*, 2006, 15(Suppl. 3):iii42–iii50.
83. Wipfli H et al. Secondhand smoke exposure among women and children: evidence from 31 countries. *American Journal of Public Health* 2008, 98:672–679.
84. Borland R et al. Trends in environmental tobacco smoke restrictions in the home in Victoria, Australia. *Tobacco Control*, 1999, 8:266–271.
85. *After the smoke has cleared: evaluation of the impact of a new smokefree law*. Wellington, Ministère de la santé de la Nouvelle-Zélande, 2006 (<http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/A9D3734516F675ECC25723D00752D50>, consulté le 13 novembre 2009).
86. Evans D, Byrne C. *The 2004 Irish smoking ban: is there a "knock-on" effect on smoking in the home?* Dublin, Health Service Executive of the Republic of Ireland, Western Area, 2006.
87. Albers AB et al. Household smoking bans and adolescent antismoking attitudes and smoking initiation: findings from a longitudinal study of a Massachusetts youth cohort. *American Journal of Public Health*, 2008, 98:1886–1893.

88. Li Q et al. Support for smoke free policies among smokers and non-smokers in six cities in China. *Tobacco Control*, 13 août 2009 (publication en ligne avant impression).
89. *Major new poll shows public support across UK for comprehensive smokefree law*. Londres, Action on Smoking and Health, communiqué de presse du 30 décembre 2005 (http://www.ash.org.uk/ash_jf9oyumi.htm, consulté le 18 septembre 2009).
90. Sebrí EM et al. Smokefree environments in Latin America: on the road to real change? *Prevention and Control*, 2008, 3:21–35.
91. Equipos Mori. *Estudio de "Conocimiento y actitudes hacia el decreto 288/005" (Regulación de consumo de tabaco en lugares públicos y privados) [Regulation of snuff consumption in public and private places]*. Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud (Organisation panaméricaine de la Santé), 2006 (http://www.presidencia.gub.uy/_web/noticias/2006/12/informeo_dec268_mori.pdf, consulté le 13 novembre 2009).
92. *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 13 novembre 2009).
93. *Poll shows 98% of us believe Irish workplaces are healthier as a result of the smokefree law*. Naas, Office of Tobacco Control (Communiqué de presse du 28 mars 2005; <http://www.otc.ie/article.asp?article=267>, consulté le 13 novembre 2009).
94. *California bar patrons' Field Research Corporation polls*, March 1998 and September 2002. Sacramento, CA, California Department of Public Health, Tobacco Control Section, 2002.
95. *China Tobacco Control report*. Pékin, Ministère de la santé de la République populaire de Chine, 2007.
96. Danishevski K et al. Public attitudes towards smoking and Tobacco Control policy in Russia. *Tobacco Control*, 2008, 17:276–283.
97. 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, 12:13–20.
98. Scollo M, Lal A. *Summary of studies assessing the economic impact of smoke-free policies in the hospitality industry*. Carlton, VicHealth Centre for Tobacco Control, 2008 (<http://www.vctc.org.au/downloads/Hospitalitysummary.pdf>, consulté le 28 août 2009).
99. Borland R 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 Country Survey. *Tobacco Control*, 2006, 15(Suppl. 3):iii34–iii41.
100. Lund M. Smoke-free bars and restaurants in Norway. Oslo, National Institute for Alcohol and Drug Research (SIRUS), 2005 (<http://www.sirus.no/internet/tobakk/publication/375.html>, consulté le 13 novembre 2009).
101. Edwards R et al. After the smoke has cleared: evaluation of the impact of a new national smoke-free law in New Zealand. *Tobacco Control*, 2008, 17:e2.
102. 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, 13:87–89.
103. *The state of smoke-free New York City: a one-year review*. New York: New York City Department of Finance, New York City Department of Health & Mental Hygiene, New York City Department of Small Business Services, New York City Economic Development Corporation, 2004. (<http://www.nyc.gov/html/doh/downloads/pdf/smoke/sfaa-2004report.pdf>, consulté le 28 août 2009)
104. Eriksen M, Chaloupka F. The economic impact of clean indoor air laws. *CA: a Cancer Journal for Clinicians*, 2007, 57:367–378.
105. Hyland A, Cummings KM. Restaurant employment before and after the New York City Smoke-Free Air Act. *Journal of Public Health Management and Practice*, 1999, 5:22–27.
106. Alpert HR et al. Environmental and economic evaluation of the Massachusetts Smoke-Free Workplace Law. *Journal of Community Health*, 2007, 32:269–281.
107. Pyles MK et al. Economic effect of a smoke-free law in a tobacco-growing community. *Tobacco Control*, 2007, 16:66–68.
108. Dai C et al. *The economic impact of Florida's Smoke-Free Workplace Law*. Gainesville, FL, University of Florida, Warrington College of Business Administration, Bureau of Economic and Business Research, 2004.
109. Alamar B, Glantz SA. Effect of smoke-free laws on bar value and profits. *American Journal of Public Health*, 2007, 97:1400–1402.
110. Binkin N 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.
111. *A study of public attitudes toward cigarette smoking and the tobacco industry in 1978*, Vol. 1. Storrs: The Roper Organization, 1978 (<http://legacy.library.ucsf.edu/tid/qra99d00/pdf>, consulté le 13 novembre 2009).
112. Heironimus J. *Impact of workplace restrictions on consumption and incidence*. Tobacco Documents Online, 1992 (<http://tobaccodocuments.org/pm/2023914280-4284.html>, consulté le 13 novembre 2009).
113. Sebrí E, Glantz S. "Accommodating" smoke-free policies: tobacco industry's Courtesy of Choice programme in Latin America. *Tobacco Control*, 2007, 16:e6.
114. *Smoking in public places. House of Commons Health Committee, first report of session 2005–2006, Vol.II*. Londres, Chambre des Communes, 2005 (<http://www.parliament.uk/pa/cm200506/cmselect/cmhealth/485/485ii.pdf>, consulté le 13 novembre 2009).
115. Samet JM, Burke TA. Turning science into junk: the tobacco industry and passive smoking. *American Journal of Public Health*, 2001, 91:1742–1744.
116. Ong EK, Glantz SA. Tobacco industry efforts subverting International Agency for Research on Cancer's second-hand smoke study. *Lancet*, 2000, 355:1253–1259.
117. Ong EK, Glantz SA. Constructing "sound science" and "good epidemiology": tobacco, lawyers, and public relations firms. *American Journal of Public Health*, 2001, 91:1749–1757.
118. Tong EK, Glantz SA. Tobacco industry efforts undermining evidence linking secondhand smoke with cardiovascular disease. *Circulation*, 2007, 116:1845–1854.
119. Bornhauser A et al. German tobacco industry's successful efforts to maintain scientific and political respectability to prevent regulation of secondhand smoke. *Tobacco Control*, 2006, 15:e1.
120. Robinson JB. *ETS in Nordic countries*. Document présenté lors de la Conférence PM EEC ETS, Genève, du 12 au 14 novembre 1986. San Francisco, CA, University of California Legacy Tobacco Documents Library, 1986.
121. Tobacco Institute. *Embargoed for use in A.M. newspapers, Monday 8/10/615*. San Francisco, CA, University of California Legacy Tobacco Documents Library, 1981 (Philip Morris Collection; Bates No. 2015018011/8012; <http://legacy.library.ucsf.edu/tid/arl68e00>, consulté le 13 novembre 2009).
122. Barnes DE, Bero LA. Why review articles on the health effects of passive smoking reach different conclusions. *Journal of the American Medical Association*, 1998, 279:1566–1570.
123. Barnes DE, Bero LA. Scientific quality of original research articles on environmental tobacco smoke. *Tobacco Control*, 1997, 6:19–26.
124. Garne D et al. Environmental tobacco smoke research published in the journal *Indoor and Built Environment* and associations with the tobacco industry. *Lancet*, 2005, 365:804–809.
125. United States of America v. Philip Morris USA, Inc., et al., 449 F Supp 2d 1 (2006).
126. Siegel M. The effectiveness of state-level Tobacco Control interventions: a review of program implementation and behavioral outcomes. *Annual Review of Public Health*, 2002, 23:45–71.
127. Jones JM. *Smoking habits stable; most would like to quit*. Washington: Gallup, Inc., 2006. (<http://www.gallup.com/poll/23791/Smoking-Habits-Stable-Most-Would-Like-Quit.aspx>, consulté le 13 novembre 2009).
128. Fiore MC et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Clinical practice guideline. Rockville, MD, US Department of Health and Human Services, Public Health Service, 2008 (http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating_tobacco_use08.pdf, consulté le 13 novembre 2009).
129. Conférence des Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Troisième session. Décisions. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008 (http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop3/FCTC_COP3_DIV3-fr.pdf, consulté le 13 novembre 2009))
130. Cromwell J et al. Cost-effectiveness of the clinical practice recommendations in the AHCPR guideline for smoking cessation. Agency for Health Care Policy and Research. *Journal of the American Medical Association*, 1997, 278:1759–1766.
131. Doll R et al. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *British Medical Journal*, 2004, 328(7455):1519–1527.
132. *The health benefits of smoking cessation: a report of the Surgeon General*. Rockville, MD, US Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1990 (http://profiles.nlm.nih.gov/NN/B/C/CT/_/nbnbct.pdf http://profiles.nlm.nih.gov/NN/B/B/CT/_/nbnbct.pdf, consulté le 18 septembre 2009).
133. *Everybody's business – Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007 (http://www.searo.who.int/LinkFiles/Health_Systems_EverybodyBusinessHSS.pdf, consulté le 13 novembre 2009).

134. WHO CVD-risk management package for low- and medium-resource settings. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545852.pdf>, consulté le 13 novembre 2009).
135. WHO/The Union monograph on TB and Tobacco Control: joining efforts to control two related global epidemics. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007 (http://www.who.int/tobacco/resources/publications/tb_tobac_monograph.pdf, consulté le 13 novembre 2009).
136. Stead LF et al. A systematic review of interventions for smokers who contact quitlines. *Tobacco Control*, 2007, 16(Suppl. 1):i13–i18.
137. WHO Model List of Essential Medicines: 16th list, March 2009. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009 (version non modifiée, 30 avril 2009) (http://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/17/WEB_unedited_16th_LIST.pdf, consulté le 20 octobre 2009).
138. 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.
139. Youth and tobacco: Preventing tobacco use among young people. A report of the Surgeon General. Rockville, MD, US 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, 1994.
140. Conférence des Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Deuxième session. Élaboration de directives pour l'application des articles 5.3, 9 et 10, 11, 12 and 14 (décision FCTC/COP2(14)). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007 (http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop2/FCTC_COP2_DIV9-fr.pdf).
141. 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. [76% are in favor of pictures on cigarette packs that illustrate the problems caused by smoking, 67% of smokers saw the pictures and say they made them want to stop smoking] *Opinião pública*, 2002.
142. Tobacco warning labels. Genève, Framework Convention Alliance for Tobacco Control, 2005 (fiche d'information numéro 7; <http://tobaccofreekids.org/campaign/global/docs/7.pdf>, consultée le 13 novembre 2009).
143. Thrasher JF et al. Smokers' reactions to cigarette package warnings with graphic imagery and with only text: a comparison between Mexico and Canada. *Salud Pública de México*, 2007, 49 (Suppl. 2):S233–S240.
144. Up in smoke: the truth about tar and nicotine ratings. Washington, DC, Federal Trade Commission, Bureau of Consumer Protection, Office of Consumer and Business Education, 2000 (FTC Consumer Alert; <http://www.ftc.gov/bcp/edu/pubs/consumer/alerts/alt069.shtm>, consulté le 13 novembre 2009).
145. 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.
146. 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, 9:273–282.
147. Dunlop SM et al. The contribution of antismoking advertising to quitting: intra- and interpersonal processes. *Journal of Health Communication*, 2008;13:250–266.
148. 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.
149. 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.
150. Cigarette report for 2003. Washington, DC, Federal Trade Commission, 2005 (<http://www.ftc.gov/reports/cigarette05/050809cigrpt.pdf>, consulté le 13 novembre 2009).
151. Saffer H, Chaloupka F. The effect of tobacco advertising bans on tobacco consumption. *Journal of Health Economics*, 2000, 19:1117–1137.
152. Jha P, Chaloupka FJ, eds. *Curbing the epidemic: governments and the economics of Tobacco Control*. Washington, DC, Banque mondiale, 1999 (<http://www.usaid.gov/policy/ads/200/tobacco.pdf>, consulté le 13 novembre 2009).
153. Crofton J, Simpson D. *Tobacco: a global threat*. Hong Kong, Macmillan Education, 2002.
154. Select Committee on Health, second report. Londres, Chambre des Communes, 2000 (<http://www.parliament.the-stationery-office.co.uk/pa/cm199900/cmselect/cmhealth/27/2702.htm>, consulté le 13 novembre 2009).
155. Jha P et al. Tobacco addiction. In: Jamison D et al., eds. *Disease control priorities in developing countries*, 2e ed. Washington, DC, Banque mondiale, 2006:869–885 (<http://files.dcp2.org/pdf/DCP/DCP46.pdf>, consulté le 13 novembre 2009).
156. van Walbeek C. *Tobacco excise taxation in South Africa*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (http://www.who.int/tobacco/training/success_stories/en/best_practices_south_africa_taxation.pdf, consulté le 13 novembre 2009).
157. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 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.
158. Chaloupka FJ et al. The taxation of tobacco products. In: Jha P, Chaloupka FJ, eds. *Tobacco Control in developing countries*. New York, Oxford University Press, 2000:2737–2772.
159. 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, consulté le 13 novembre 2009).
160. Troisième session de l'organe intergouvernemental de négociation d'un protocole sur le commerce illicite des produits du tabac. Conférence des Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009 (http://www.who.int/fctc/inb/third_session_inb/fr/index.html).
161. Données fournies par le National Statistics Office et l'Excise Department, Thaïlande. Analyses par B. Sarunya et T. Lakkhana, *Tobacco Control Research and Knowledge Management Center (TRC)*, Mahidol University, 2007.
162. *Demographic Yearbook: Table 8. Population of capital cities and cities of 100 000 and more inhabitants, latest available year: 1988-2007*. New York, Nations Unies, Division de statistique de l'ONU, 2009 (<http://unstats.un.org/unsd/Demographic/Products/dyb/dyb2007.htm>, consulté le 3 novembre 2009).

Remerciements

Parmi le personnel de l'OMS, les personnes suivantes ont contribué au recueil, à l'analyse et à la présentation des informations :

Région africaine de l'OMS :

Jean-Pierre Baptiste, Tecla Butau, Deowan Mohee, Nivo Ramanandraibe.

Région OMS des Amériques :

Adriana Blanco, Maristela Monteiro, Rosa Sandoval, Mayte Vasquez.

Région OMS de l'Asie du Sud-Est :

Khalil Rahman, Kamar Rezwan, Dharendra N. Sinha.

Région européenne de l'OMS :

Yulia Kadirova, Rula Khoury, Kristina Mauer, Agis Tsauros.

Région OMS de la Méditerranée orientale :

Fatimah El-Awa, Majed Elehawi, Farrukh Qureshi.

Région OMS du Pacifique occidental :

Sarah England (China), Trinette Lee, Guangyuan Liu, Susan Mercado.

Siège de l'OMS à Genève :

Sundus Aladoofi, Zahra Ali Piazza, Ala Alwan, Alphasluck Bhatiasavi, Lubna Bhatti, Douglas Bettcher, Katherine DeLand, Christine Fares, Daniel Ferrante, Gillian Forbes, Omid Fotuhi, Dongbo Fu, Lejla Gagic, Bernardus Ganter, Jason Henderson, Gudrun Ingolfsdottir, Mie Inoue, Sun Goo Lee, Nima Mansouri, Raman Minhas, Ryan Moran, Simeon Niles, Timothy O'Leary, Alexandre Pascutto, Armando Peruga, Patrick Petit (formerly WHO), Luminita Sanda, Rosane Serrao, Brooke Trainum, Gulnoza Usmanova, Barbara Zolty.

Miriamjoy Aryee-Quansah, Catalin Iacobescu, Luis Madge,

Carolyn Patten, Elizabeth Tecson, Jennifer Volonnino ont apporté un soutien administratif.

Kerstin Schotte a coordonné la production du présent rapport avec l'aide de Katherine DeLand.

Christopher Fitzpatrick a contrôlé l'élaboration de son contenu sur le plan technique.

Alison Commar, Christopher Fitzpatrick, Gauri Khanna, Sameer Pujari, Kerstin Schotte et Erin Smith ont contrôlé la qualité des données fournies par les pays.

Armando Peruga a dirigé le processus d'examen juridique, auquel ont participé Dongbo Fu, Raman Minhas, Luminita Sanda, Erin Smith, Gemma Vestal et Barbara Zolty.

Les estimations de prévalence ont été calculées par Gauri Khanna et Edouard Tursan d'Espaignet.

L'examen et les analyses financières et économiques, notamment sur les prix du tabac et sa taxation, ont été fournis par Christopher Fitzpatrick (AFR et SEAR), Anne-Marie Perucic (AMR and EMR) et Ayda Yurekli (EUR and WPR), avec le soutien de Frank Chaloupka et Sofia Delipalla.

Alison Commar, Sameer Pujari et Shaun Takao se sont chargés de la gestion

des données, de l'assurance qualité et de la création des tableaux, graphiques et appendices.

Nous tenons à remercier Jennifer Ellis et Kelly Henning de la Bloomberg Initiative to Reduce Tobacco Use pour leur collaboration. Stella Bialous, Vera da Costa e Silva, Geoffrey T. Fong, John Pierce, Martin Raw et Jonathan Samet, entre autres, nous ont fait profiter de leurs réactions et observations et nous leur en sommes extrêmement reconnaissants. Merci également au Secrétariat de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, à Colin Mathers et à Gretchen Stevens, ainsi qu'à l'équipe de l'Office on Smoking and Health des Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis.

Drew Blakeman a aidé à la rédaction de ce rapport. Nous adressons également nos remerciements à Barbara Campanini, rédacteur et correcteur, ainsi qu'à Reda Sadki (infographiste) et à toute son équipe pour avoir permis à ce rapport d'être publié dans les temps.

La production de ce document OMS a été financée par un don de la World Lung Foundation avec l'appui financier de Bloomberg Philanthropies. Le contenu de ce document relève de la seule responsabilité de l'OMS et ne doit pas être considéré comme reflétant les positions de la World Lung Foundation.



Photographies et illustrations

© La Banque mondiale

Pages 8-9 – Photographe : Anvar Ilyasov
Page 10 – Photographe : Curt Carnemark
Pages 12-13 – Photographe : Curt Carnemark
Pages 16-17 – Photographe : Curt Carnemark
Page 20 – Photographe : Curt Carnemark
Pages 22-23 – Photographe : Curt Carnemark
Page 34 – Photographe : Anvar Ilyasov
Page 44 – Photographe : Bunyad Dinc
Page 60 – Photographe : Dominic Sansoni
Pages 64-65 – Photographe : Anvar Ilyasov
Page 128 – Photographe : Curt Carnemark
Page 134 – Photographe : Simone D. McCourtie

© Keystone

Pages 14-15 – Keystone/Laif
Page 18 – Keystone/Laif
Pages 26-27 – Keystone/Laif
Page 72 – Photographe : Martin Rüttschi
Page 96 – Keystone/Laif
Page 136 – Keystone/EPA

© Court Consulting

Page 19 – Illustration

© Medical Art Service

Page 23 – Illustrations
Page 7 – © Organisation mondiale de la Santé
Page 21 – © National Tobacco Control Program, Gouvernement de l'Inde
Page 30 – © World Lung Foundation
Page 37 – © Environmental Rights Action/Friends of the Earth, Nigeria
Page 47 – © National Health Service City and Hackney
Page 50 – © Cancer Institute New South Wales
Page 51 – © Hormozgan University of Medical Science, République islamique d'Iran
Page 63 – © Ministère de la Santé du Brésil

Conception graphique : **Estúdio Infinito**

Maquette PAO : **designisgood.info**

**Le Rapport de l'OMS sur
l'épidémie mondiale de
tabagisme, 2009 a été rendu
possible grâce au financement
de **Bloomberg Philanthropies****



**Organisation
mondiale de la Santé**

**20 Avenue Appia
CH-1211 Geneva 27
Switzerland
www.who.int/tobacco/mpower**

ISBN 978 92 4 256391 7



9 789242 563917