

**Organisation mondiale de la santé
Bureau régional de l'Europe**

RAPPORT SUR LA POLITIQUE DE LUTTE ANTITABAC EN EUROPE

**Évaluation de la mise en œuvre du Troisième plan d'action
pour une Europe sans tabac 1997–2001**

L'épidémie de tabagisme constitue l'un des plus graves problèmes de santé publique auxquels la Région européenne de l'OMS doit faire face. Le Troisième plan d'action pour une Europe sans tabac 1997–2001 a fixé des buts fondamentaux en vue de renforcer le mouvement européen en faveur de la réduction de la consommation de tabac, de promouvoir la santé, d'être gagnant sur le plan économique et de protéger la population des activités de l'industrie du tabac.

L'objet du présent rapport est d'offrir une vue d'ensemble de la prévalence du tabagisme ces dernières années et des mesures que les États membres ont prises pour atteindre certains buts énoncés dans le Troisième plan d'action. Il porte également sur l'action que le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe et d'importants partenaires internationaux ont menée pour mettre en œuvre ce plan d'action, et sur d'autres importantes évolutions récentes dans le domaine de la lutte internationale contre le tabac.

L'évaluation de la mise en œuvre du Troisième plan d'action met en évidence une situation complexe et contrastée de succès et d'échecs dans l'ensemble de la Région. Aucun but du Troisième plan d'action n'a été atteint par tous les États membres. Cependant, la majorité des pays ont atteint les buts dans certains domaines.

Ce rapport montre également de grandes faiblesses et d'importantes difficultés en matière de lutte contre le tabagisme dans la Région tout entière. Il faudra en tenir compte lors de la planification d'autres mesures dans la Région.

Mots clés

SMOKING – prevention and control – adverse effects
TOBACCO – legislation
PUBLIC POLICY
TOBACCO INDUSTRY
INTERNATIONAL COOPERATION
REGIONAL HEALTH PLANNING
EUROPE

ISBN 92 890 1076 2

© Organisation mondiale de la santé – 2002

Tous les droits relatifs au présent document sont réservés par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe. Toutefois, ce document peut être librement commenté, résumé, reproduit ou traduit dans une langue quelconque (mais non en vue d'une vente ou d'une utilisation à des fins commerciales), pour autant que la source soit dûment indiquée. Pour l'utilisation de l'emblème de l'OMS, il convient de demander l'autorisation du Bureau régional. Toute traduction doit inclure la mention suivante : *Le traducteur du présent document est responsable de la fidélité de la traduction.* Le Bureau régional souhaite recevoir trois exemplaires de toute traduction. Les opinions exprimées par des auteurs nommément désignés n'engagent que ces auteurs.



Sommaire

	<i>Page</i>
Résumé.....	i
Introduction.....	1
Généralités.....	1
Le Troisième plan d'action pour une Europe sans tabac 1997–2001.....	2
Sources d'information.....	3
Consommation de tabac dans la Région européenne de l'OMS.....	5
Prévalence de la consommation de tabac.....	5
Prévalence du tabagisme chez les adultes.....	5
Prévalence du tabagisme chez les jeunes.....	11
Différences entre groupes socioéconomiques.....	13
Consommation de cigarettes par habitant.....	13
Méfaits du tabac.....	14
Agir efficacement pour une Europe sans tabac.....	16
Réglementation du marché.....	16
Prix.....	16
Offre.....	18
Publicité.....	21
Lutte contre la contrebande.....	26
Contrôle, identification et information.....	27
Des environnements non-fumeurs.....	29
Aide au sevrage tabagique.....	32
Éducation, information et opinion publique.....	35
Actions en justice et responsabilité commerciale.....	36
Rôle des États membres.....	37
Comités de coordination à l'échelon des pays.....	37
Plans d'action à l'échelon des pays.....	39
Le réseau de coordonnateurs nationaux pour le Plan d'action pour une Europe sans tabac.....	39
Suivi et évaluation.....	39
Rôle des partenaires internationaux et du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe.....	41
Comité pour une Europe sans tabac.....	41
Organisations d'intégration et intergouvernementales.....	41
Organisations non gouvernementales.....	43
Professions de santé.....	44
Bureau régional de l'OMS pour l'Europe.....	45
Autres évolutions.....	49
Convention-cadre pour la lutte antitabac.....	49
La tactique de l'industrie du tabac.....	50
Conclusion.....	52
Références.....	53

Résumé

Ce document présente une vue d'ensemble de la situation en matière de prévalence du tabagisme dans la Région européenne de l'OMS ces dernières années et des politiques que les États membres ont adoptées pour atteindre les buts précis fixés dans le Troisième plan d'action pour une Europe sans tabac 1997–2001. Il porte également sur la contribution que le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe et d'importants partenaires internationaux ont apportée à sa mise en œuvre et sur d'autres évolutions en matière de lutte contre le tabagisme qui se sont produites dans la Région au cours de la période couverte par le Troisième plan d'action.

Les informations présentées dans ce document reposent dans une large mesure sur les données recueillies par le réseau de coordonnateurs nationaux pour le Plan d'action pour une Europe sans tabac, ainsi que sur d'autres données obtenues de réseaux et programmes de l'OMS, d'organisations internationales et de sources internationalement reconnues.

L'évaluation de la mise en œuvre du Troisième plan d'action pour une Europe sans tabac révèle une situation complexe et contrastée de réussites et d'échecs dans l'ensemble de la Région.

D'après les données disponibles, à la fin de la période du Troisième plan d'action, 30% environ de la population adulte de la Région fument régulièrement. La tendance globale est relativement stable, avec une légère baisse depuis le milieu des années 90. Actuellement, près de 38% des hommes de la Région fument et l'on observe un écart croissant entre l'est et l'ouest et un écart toujours important entre des groupes de pays ayant des taux de prévalence supérieurs à 50% (au moins 11 pays) et inférieurs à 30% (4 pays). Près de 23% des femmes fument et il existe à cet égard un écart légèrement décroissant entre l'est et l'ouest. La prévalence du tabagisme chez les jeunes est d'environ 27–30% dans l'ensemble de la Région, avec une légère tendance à l'augmentation. Elle n'a baissé dans aucun État membre pendant la période couverte par le Troisième plan d'action. Parmi les groupes socioéconomiques défavorisés, l'évolution est également peu encourageante et rien n'indique que le gradient socioéconomique en matière de consommation de tabac se réduit. Le taux comparatif de mortalité par cancer du poumon s'est stabilisé ou diminué légèrement dans les parties centrale et occidentale de la Région. Chez les femmes, le taux de mortalité continue d'augmenter car elles ont été, en règle générale, exposées au tabac plus tard que les hommes.

Depuis l'adoption du Troisième plan d'action, environ trois quarts des États membres européens ont renforcé leur politique de taxation du tabac ; deux tiers d'entre eux ont intensifié leur action contre la contrebande ; un pays sur trois assortit d'une limite d'âge l'achat de tabac ; et huit au moins interdisent ou restreignent fortement la publicité directe et ont considérablement renforcé la réglementation sur le tabagisme dans les lieux publics. Depuis 1997, près d'un tiers des États membres ont créé un comité intersectoriel de coordination et la moitié de ces derniers ont adopté un plan national antitabac. Dans la majorité des pays, l'éventail des produits de sevrage tabagique s'est élargi et la plupart d'entre eux sont désormais en vente libre dans les pharmacies.

À la fin de 2001, le degré d'exécution des principaux volets et buts d'une politique antitabac globale dans la Région se présente comme suit : environ 80% des États membres interdisent ou restreignent le tabagisme dans les lieux publics et les lieux de travail (avec toujours d'importantes différences dans le degré d'application effective de cette mesure) et proposent en vente libre, en pharmacie, des produits courants de substitution de la nicotine (bien que leur accessibilité soit généralement faible). Trois quarts des États membres ont institué des comités intersectoriels de coordination. Cependant, seulement près de la moitié des États membres ont adopté un plan d'action national et restreignent ou interdisent les formes directes et indirectes de publicité pour le tabac ; seul un tiers des pays mènent des campagnes d'information de longue durée et tenant compte des spécificités de chaque sexe ; près d'un quart des pays prélèvent des taxes sur le tabac et interdisent aux jeunes de moins de 18 ans l'accès aux produits à base de tabac (interdisant également toute méthode de vente impersonnelle) ; et presque aucun pays ne rembourse le coût du traitement de la dépendance tabagique, ne publie de rapport national complet sur la lutte antitabac et n'impose l'apposition d'avertissements et des taux de goudron et de nicotine conformes aux niveaux recommandés par le Troisième plan d'action.

La présente évaluation de la mise en œuvre du Troisième plan d'action a également révélé des obstacles et des difficultés dans l'ensemble de la Région. La plupart des pays ont adopté une politique relative à la taxation des produits à base de tabac, mais cette mesure n'est généralement pas liée à un souci de santé publique et, de ce fait, l'augmentation du prix réel du tabac, là où elle se produit, n'est pas aussi homogène qu'elle devrait l'être. Malgré l'amélioration – signalée par la majorité des États membres – des mesures et des instruments utilisés pour combattre la contrebande de produits à base de tabac, celle-ci continue de nuire à l'économie et à la santé publique dans l'ensemble de la Région. L'adoption de nouvelles législations et recommandations n'a pas toujours donné de résultats tangibles, plusieurs pays – principalement dans la partie orientale de la Région – n'en étant qu'aux premiers stades de leur application. En outre, l'absence de stratégie et de méthode caractérise encore au moins un tiers des politiques et activités antitabac nationales. Dans les autres pays, l'insuffisance des mécanismes de coordination, de financement et de suivi réduit l'efficacité des mesures prises au niveau national. Enfin, l'absence de soutien public et d'information continue à peser lourdement sur l'efficacité de nombreux programmes nationaux et locaux.

On soulignera encore que les progrès réalisés dans le suivi de l'évolution du tabagisme sont insuffisants par rapport aux nombreux problèmes nouveaux qui se posent. En raison du développement de la contrebande, de la fabrication illicite, des achats transfrontaliers et du développement de nouvelles formes de consommation de tabac (tabac roulé, non fumé, etc.), celle-ci est de plus en plus sous-estimée dans les statistiques. Qui plus est, de nombreuses enquêtes ne sont pas assez fiables (en raison de leur qualité et de leur méthodologie) pour permettre de comprendre et de suivre l'évolution du tabagisme, en particulier en vue d'une évaluation de la tendance à renoncer au tabac et d'un suivi des modes de tabagisme dans les différents groupes de la population.

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, le Comité pour une Europe sans tabac et d'importants partenaires internationaux jouent un rôle déterminant dans la mise en œuvre du Troisième plan d'action. La prochaine Conférence ministérielle européenne de l'OMS pour une Europe sans tabac sera l'occasion d'obtenir un soutien important pour la mise en place de partenariats régionaux dans le domaine de la lutte contre le tabagisme et d'associer la Région à la Convention-cadre pour la lutte antitabac et au prochain plan d'action régional.

Les négociations entamées récemment en vue de l'adoption d'une Convention-cadre pour la lutte antitabac représentent un tournant dans l'action menée au niveau international pour s'attaquer de façon efficace à l'épidémie de tabagisme. La très grande majorité des États membres européens participent à ce processus de négociation ; les consultations interpays entamées récemment et les efforts de consolidation réalisés montrent que la Région peut jouer un rôle moteur dans la mise au point définitive et l'adoption de la Convention-cadre.

Ce bilan serait incomplet si l'on ne mentionnait pas les tactiques récentes employées par l'industrie du tabac, qui représentent une autre caractéristique essentielle de la période couverte par le Troisième plan d'action. Malgré les nouvelles interdictions et les restrictions imposées à la publicité, l'industrie du tabac continue de mettre au point des stratégies peu scrupuleuses de commercialisation, en lançant des « programmes d'éducation antitabac pour la jeunesse », et a recours à des formes indirectes de publicité visant principalement les jeunes. Elle tente, parfois avec succès, d'influencer les politiques nationales et celles de l'Union européenne, afin de retarder, d'affaiblir, voire d'annuler les législations en préparation et déjà adoptées.

Il est à noter qu'aucun but du Troisième plan d'action n'a été atteint par tous les États membres. Cependant, la grande majorité des pays ont atteint les buts dans certains domaines. Le rapport met également en évidence des déficiences dans la mise en œuvre des politiques antitabac dans la Région. Un grand nombre de ces difficultés ont également été repérées lors de l'examen des précédents plans d'action européens antitabac. Pour y faire face de façon appropriée, il faut tirer les enseignements du passé et adopter des solutions novatrices. Il est tenu compte de ces aspects dans l'élaboration du prochain plan d'action pour une Europe sans tabac.

Introduction

Le présent document a pour objet de fournir une évaluation de la mise en œuvre du Troisième plan d'action pour une Europe sans tabac 1997–2001, adopté par le Comité régional de l'OMS pour l'Europe à sa quarante-septième session (1). Il décrit la situation dans la Région depuis quelques années en ce qui concerne la prévalence du tabagisme, ainsi que les mesures prises par les États membres pour atteindre les buts énoncés dans le Troisième plan d'action. Il aborde également la contribution apportée à sa mise en œuvre par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe et par ses principaux partenaires internationaux.

Le présent document fait suite à l'ouvrage *Smoking, drinking and drug taking in the European Region* (2) publié en 1997 par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe et regroupe les principaux aspects des politiques antitabac européennes.

Il revêt une importance particulière pour l'élaboration du Quatrième plan d'action pour une Europe sans tabac et pour les négociations préparatoires à la Convention-cadre pour la lutte antitabac. Il paraît à l'occasion de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS pour une Europe sans tabac (Varsovie, 18–19 février 2002), étape importante de la lutte antitabac au niveau de la Région européenne.

La structure du document suit celle du Troisième plan d'action, après une synthèse des informations récentes obtenues sur la prévalence du tabagisme et sur les conséquences sanitaires de la consommation de tabac dans la Région européenne de l'OMS. Une section y est en outre consacrée à d'autres importantes évolutions de la lutte antitabac recensées pendant la période 1997–2001.

Généralités

En 1987, l'Europe a été la première des régions de l'OMS à prendre l'initiative de lancer un plan d'action régional contre le tabac. Le Premier plan d'action européen contre le tabagisme 1987–1991 (3) préconisait une démarche intégrée associant une limitation de la production, de la distribution et de la promotion du tabac ; l'introduction d'une politique des prix ; la protection des non-fumeurs ; des programmes de promotion de la santé et d'éducation sanitaire ; une formation des professionnels au sevrage tabagique ; et une aide pratique à l'abandon du tabac. Il priait aussi instamment les pays de surveiller et d'évaluer ces mesures. En 1988, la Première conférence européenne sur la politique antitabac (tenue à Madrid) a fixé des orientations dans une Charte pour une vie sans tabac, soutenue par dix stratégies précises tendant à instaurer une Europe sans tabac.

Entre 1987 et 1991, 20 États membres ont modifié leur politique antitabac ou adopté une nouvelle politique, et neuf d'entre eux ont également adopté un programme national intégré. Pendant cette période, 12 États membres (principalement dans la partie occidentale de la Région) ont signalé une diminution de la consommation de tabac. D'autres pays, cependant, ne constataient aucune diminution, la prévalence du tabagisme chez les jeunes et les femmes augmentant globalement dans l'ensemble de la Région (4). On s'attendait à ce que le nombre de décès liés au tabagisme augmente en Europe, dépassant 1,2 million par an dès 1995 (5).

En 1992, 37 propositions d'action visant à renforcer l'engagement et les moyens des États membres ont été incorporées au Deuxième plan d'action pour une Europe sans tabac 1992–1996 (6). Ce

nouveau document soulignait la nécessité de former des alliances pour soutenir les politiques antitabac. Il énonçait des priorités concernant la promotion d'un environnement non-fumeur, d'un comportement non-fumeur chez les jeunes et la mise en œuvre d'activités de sevrage. Il recommandait aux États membres d'affecter davantage de ressources humaines et financières et d'intensifier la coopération avec les pays d'Europe centrale, orientale et méridionale. Il reconnaissait, enfin, que les problèmes liés au tabagisme ne menaçaient pas seulement l'Europe mais le monde entier, et que des mesures internationales s'imposaient pour éviter que les problèmes ne s'exportent dans d'autres régions du globe.

Sauf dans la plupart des pays membres de l'Union européenne, la mise en œuvre du Deuxième plan d'action a généralement été médiocre. Entre 1992 et 1996, la plupart des pays d'Europe centrale et orientale ont continué de connaître des bouleversements politiques, économiques et sociaux. Dans le même temps, tirant parti de la situation, les fabricants de tabac transnationaux ont acquis des intérêts dans la production locale de tabac et ont intensifié la publicité pour leurs produits. Dans les pays où la prévalence du tabagisme a culminé à la fin des années 80, l'impact combiné de la crise économique et de la commercialisation agressive menée par les fabricants de tabac a empêché la prévalence du tabagisme de diminuer chez les hommes (tendance généralement observée à ce stade de l'épidémie tabagique) et a contribué à faire augmenter cette prévalence chez les jeunes et les femmes.

Dans la partie occidentale de la Région, les pays membres de l'Union européenne ont appliqué les directives ayant force obligatoire édictées par la Communauté en matière de publicité, d'étiquetage et de fiscalité. Parfois, ils ont renforcé leur politique antitabac en appliquant à la taxation du tabac une augmentation supérieure à celle du taux moyen d'inflation.

Au milieu des années 90, 36% des adultes de la Région fumaient toujours quotidiennement. Sur les 36 pays pour lesquels on disposait de données, la consommation de cigarettes augmentait dans 15 (principalement des pays d'Europe centrale et orientale), diminuait dans 14 (principalement des pays d'Europe occidentale et nordiques) et était stable dans les sept autres. La prévalence du tabagisme féminin, généralement plus faible que chez les hommes, augmentait dans 15 pays. Dans les pays d'Europe occidentale, le nombre de décès liés au tabagisme diminuait chez les hommes, mais augmentait chez les femmes. Dans les pays d'Europe orientale, ce nombre augmentait tant chez les hommes que chez les femmes (7).

Le Troisième plan d'action pour une Europe sans tabac 1997–2001

Pour faire en sorte que soient prises des mesures plus efficaces qu'au cours des années précédentes, le Comité régional a adopté, à sa quarante-septième session, le Troisième plan d'action pour une Europe sans tabac (1997–2001). Celui-ci reposait sur une évaluation des résultats des premier et deuxième plans d'action, les données disponibles et les résolutions WHA39.14, WHA43.16, et WHA49.17, qui demandent la mise en œuvre de politiques globales de lutte contre le tabagisme et l'élaboration d'une Convention-cadre pour la lutte antitabac. Il soulignait le rôle spécifique que les États membres devraient jouer en instituant des comités intersectoriels nationaux dotés de budgets suffisants, en établissant des plans d'action nationaux et en surveillant efficacement les mesures prises pour lutter contre le tabagisme. Il proposait également de créer un Comité pour une Europe sans tabac chargé de conseiller et de soutenir activement les volets internationaux des politiques antitabac de la Région. Le Plan d'action mettait en évidence le rôle que devraient jouer les organisations d'intégration, intergouvernementales et non gouvernementales ainsi que les professions de santé dans la création de partenariats efficaces visant à renforcer la lutte antitabac en Europe. Enfin, il précisait le rôle que

le Bureau régional de l’OMS pour l’Europe devrait jouer, notamment en soutenant les plans d’action et réseaux de pays et en mobilisant des partenaires et les médias.

Sources d’information

Les informations présentées dans ce document émanent largement des données rassemblées par l’intermédiaire du réseau de coordonnateurs nationaux du Plan d’action pour une Europe sans tabac. Elles proviennent des questionnaires envoyés dans le contexte de la base de données et du système de surveillance régionaux de l’OMS ainsi que d’une enquête spécifique d’évaluation du Troisième plan d’action.

En 2001, l’Europe a été la première région de l’OMS à lancer l’élaboration, à l’échelle de l’ensemble de la Région, du système mondial de surveillance de la lutte contre le tabagisme. Ce système offrira une structure et une capacité normalisée et fiable, qui permettra de suivre et d’évaluer la situation en matière de tabagisme dans les différents pays et de diffuser ces informations à l’intention des décideurs, des fonctionnaires chargés de la prévention du tabagisme et de la lutte contre le tabac, des chercheurs et des partenaires mondiaux. Grâce aux informations qu’il génère, les États membres peuvent se situer par rapport aux autres pays en matière de lutte antitabac et exploiter les enseignements tirés pour améliorer leur propre politique.

En décembre 2001, 47 des 51 États membres européens de l’OMS avaient répondu au questionnaire du système régional de surveillance (tableau 1). Les données obtenues ont servi de principale source à la base de données européenne sur la lutte antitabac de l’OMS, créée entre juin et novembre 2001 (8). Elles ont également été utilisées pour produire les profils OMS de pays européens sur la lutte antitabac.

Une autre enquête, évaluant spécifiquement le degré de réalisation des buts du Troisième plan d’action, a été lancée en avril 2001. En novembre 2001, des réponses avaient été reçues de 27 coordonnateurs nationaux (tableau 1).

Tableau 1. Réponse des États membres aux demandes de données

Pays	Compilation régionale de données de pays	Questionnaire d’évaluation du Troisième plan d’action
Albanie	Oui	Oui
Allemagne	Oui	Oui
Andorre	Oui	Oui
Arménie	Oui	Non
Autriche	Oui	Oui
Azerbaïdjan	Oui	Non
Bélarus	Oui	Oui
Belgique	Oui	Non
Bosnie-Herzégovine	Oui	Oui
Bulgarie	Oui	Oui
Croatie	Oui	Non
Danemark	Oui	Oui
Espagne	Oui	Oui
Estonie	Oui	Oui
Ex-République yougoslave de Macédoine	Oui	Oui
Fédération de Russie	Oui	Oui
Finlande	Oui	Oui
France	Oui	Oui
Géorgie	Oui	Non
Grèce	Oui	Oui

Pays	Compilation régionale de données de pays	Questionnaire d'évaluation du Troisième plan d'action
Hongrie	Oui	Oui
Irlande	Oui	Non
Islande*	Oui	Non
Israël	Non	Non
Italie	Oui	Non
Kazakhstan	Oui	Oui
Kirghizistan	Oui	Oui
Lettonie	Oui	Non
Lituanie	Oui	Oui
Luxembourg	Non	Non
Malte	Oui	Oui
Monaco*	Non	Non
Norvège	Oui	Oui
Ouzbékistan	Oui	Non
Pays-Bas	Oui	Non
Pologne	Oui	Non
Portugal	Oui	Oui
République de Moldova	Oui	Oui
République tchèque	Oui	Oui
Roumanie	Oui	Non
Royaume-Uni	Oui	Oui
Saint-Marin*	Non	Non
Slovaquie	Oui	Non
Slovénie	Oui	Oui
Suède	Oui	Oui
Suisse	Oui	Non
Tadjikistan	Oui	Non
Turkménistan	Oui	Non
Turquie	Oui	Non
Ukraine	Oui	Non
Yugoslavie	Oui	Non

* N'a pas nommé de coordonnateur national.

Le présent rapport utilise des données obtenues du Siège de l'OMS, des programmes et réseaux du Bureau régional, y compris de la base de données de la Santé pour tous, de la Commission européenne, de la Banque mondiale, de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) d'autres organisations internationales et de sources internationalement reconnues.

Dans un exercice aussi vaste que celui-ci, il arrive que certaines des informations recueillies soient contradictoires. Le cas échéant, d'autres sources ont été utilisées pour comparer les données, et des décisions ont été prises au cas par cas en coopération avec les coordonnateurs nationaux. Les commentaires et suggestions de divers experts ont été pris en considération et incorporés.

Consommation de tabac dans la Région européenne de l'OMS

Résumé

D'après les données disponibles, on estime que, pendant la période du Troisième plan d'action (1997–2001), la prévalence moyenne du tabagisme chez les adultes des pays de la Région européenne s'est stabilisée aux alentours de 30% de la population adulte. Cependant, la prévalence semble diminuer, tant chez les hommes que chez les femmes, dans la partie occidentale de la Région, tandis qu'elle est stable dans la partie orientale. Sur l'ensemble de l'Europe, on estime à environ 30% la prévalence du tabagisme chez les jeunes (15–18 ans), avec une légère tendance à l'augmentation. À cet égard, aucune baisse n'a été observée dans aucun pays ces dernières années. Parmi les groupes socio-économiques défavorisés, l'évolution n'est pas encourageante et rien n'indique que le gradient socio-économique en matière de consommation de tabac se réduit. Le taux comparatif de mortalité par cancer du poumon chez les hommes s'est stabilisé ou a légèrement diminué dans les parties centrale et occidentale de la Région. Chez les femmes, le taux de mortalité continue d'augmenter car elles ont été, en règle générale, exposées au tabac plus tard que les hommes.

Prévalence de la consommation de tabac

La politique-cadre de la Santé pour tous dans la Région européenne de l'OMS (9) a fixé un but tendant à accroître sensiblement le nombre de non-fumeurs dans tous les États membres. En particulier, dans tous les pays, la proportion de non-fumeurs devrait être d'au moins 80% parmi les personnes âgées de plus de 15 ans et proche de 100% parmi les moins de 15 ans.

Il faut, lorsque l'on compare la prévalence de la consommation de tabac entre différents pays et différentes périodes, faire preuve de prudence. En règle générale, il est possible de suivre la prévalence au sein des pays si les informations émanent d'enquêtes régulières appliquant une méthode systématique. D'un pays à l'autre, cependant, les enquêtes diffèrent de nombreuses façons : définition des consommateurs de tabac (réguliers ou occasionnels, tabac fumé ou non), échantillon de population (national, local ou spécifique), groupes d'âge, taille, méthodologie et année d'obtention des informations. Ces différences prennent une importance particulière lorsque l'on compare la prévalence entre des groupes de population de différents pays.

Pour rendre les données aussi comparables que possible, elles sont regroupées, dans les tableaux 2 et 3 ci-dessous, en deux périodes – avant le Troisième plan d'action (1994–1998) ou au début de celui-ci et vers la fin de ce plan (1999–2001). Lorsque l'on disposait, pour chaque période, de plusieurs ensembles de données, la source la plus fiable a été retenue en coopération avec le coordonnateur national approprié. Pour la comparaison de données quantitatives entre deux périodes, seules les différences relatives supérieures à 10% ont été prises en compte aux fins de l'estimation des tendances à la hausse et à la baisse.

Prévalence du tabagisme chez les adultes

D'après les données disponibles, il semblerait que pendant la période du Troisième plan d'action, la prévalence du tabagisme chez les hommes ait diminué dans sept pays (Danemark, Estonie, Islande, Italie, Norvège, République tchèque et Slovaquie), augmenté dans trois autres (Albanie, Hongrie et Lituanie) et soit restée relativement stable dans 15 autres (Allemagne, Bélarus, Belgique, Croatie, Finlande, France, Géorgie, Grèce, Lettonie, Pays-Bas, Pologne, République de Moldova, Royaume-Uni, Suède et Ukraine) (tableau 2).

Tableau 2. Prévalence du tabagisme chez les adultes

Pays	Prévalence hommes adultes		Prévalence femmes adultes		Prévalence totale adultes		Définition et âge du fumeur, année et source des données
	1994–1998	1999–2001	1994–1998	1999–2001	1994–1998	1999–2001	
Albanie	44,4	60	6,6	18		39	Données de 1995 – 1996 : définition : fumeurs actuels ; âge : 20 à 44 ans Source : Priftanji, A.V. et al., 1999, Asthma and allergy in Albania, <i>Allergy</i> , 54, 1024 . 1047 Données pour 1999 – 2000 : les personnes interrogées définissaient elles-même en quoi consistait le tabagisme ; âge : 15 ans et plus Source : Enquête nationale portant sur 20 des 36 districts d'Albanie
Allemagne	43,2	38,9	30	30,6		34,5	Données pour 1997 : définition : fumeurs quotidiens de cigarettes ; âge : 18 à 59 ans Source : <i>Tobacco Control Country Profiles</i> , Atlanta, American Cancer Society, 2000 Données pour 2000 : aucune définition n'est disponible ; âge : 18 à 59 ans. Source : Enquête sur la consommation de substances psychoactives par la population adulte en Allemagne
Andorre	52,3		35,6				Données pour 1997 : aucune définition n'est disponible ; âge : 30 à 44 ans. (Pour 45 à 59 ans : hommes = 44,3%, femmes = 19,9% ; pour les personnes âgées de 60 ans et plus : hommes = 23,1%, femmes = 4,0%). Source : Enquête nationale sur la santé, 1997
Arménie	63,7				29		Données pour 1998 : définition : tabac fumé, groupe d'âge non disponible. Source : Institut national de statistiques (ancien ministère de la statistique, du registre de l'État et de l'analyse)
Autriche	29,6		18,7		23,9	29	Données pour 1997 : définition : fumeurs quotidiens ; âge : 15 ans et plus Source : base de données de la Santé pour tous de l'OMS Données pour 2000 : aucune définition et aucun âge ne sont disponibles. Source : E. Groman et al. : An Analysis of the Need of Diagnosis and Therapy of Tobacco Dependence In Austria. Wiener Medizinische Wochenschrift, p. 110-114, 6/2000
Azerbaïdjan		30,2			26,5		Données pour 1997 : définition : fumeurs quotidiens ; âge : 15 ans et plus Source : base de données de la Santé pour tous de l'OMS Données pour 1999 : définition : fumeurs quotidiens ; âge : 15 ans et plus Source : "Tobacco Control Country Profiles". Atlanta, American Cancer Society, 2000
Bélarus	54,8	53,7	3,6	4,8	27,5	26,3	Données pour 1995 : définition : fumeurs quotidiens ; âge : 15 ans et plus Source : base de données de la Santé pour tous de l'OMS Données pour 1999 : définition : fumeurs quotidiens ; âge : 15 ans et plus Source : base de données de la Santé pour tous de l'OMS
Belgique	34	36	27	26	30	31	Données pour 1996 : définition : fumeurs quotidiens ; âge : 18 ans et plus Source : étude réalisée par le Centre de recherche et d'information des organisations de consommateurs (CRIOC) Données pour 2000 : définition : fumeurs quotidiens ; âge : 18 ans et plus Source : enquête réalisée par le Centre de recherche et d'information des organisations de consommateurs (CRIOC)
Bosnie-Herzégovine							Données non disponibles
Bulgarie	49,2		23,8		35,6		Données pour 1996 : définition : fumeurs quotidiens, au moins 1-5 cigarettes par jour, âge : 15 ans et plus Source : enquête nationale, Institut national de statistique

Pays	Prévalence hommes adultes		Prévalence femmes adultes		Prévalence totale adultes		Définition et âge du fumeur, année et source des données
	1994–1998	1999–2001	1994–1998	1999–2001	1994–1998	1999–2001	
Croatie	34,1	34,1	31,6	26,6	32,6	30,3	Données pour 1995 : définition : tabac fumé ; âge : 18 à 65 ans. <i>Source</i> : Premier projet de santé de Croatie, Sous-projet sur la promotion de la santé, l'ampleur et le contexte des problèmes : Paramètres de base. Rapport, Zagreb Données pour 2000 : définition : tabac fumé ; âge : 18 à 65 ans. <i>Source</i> : Premier projet de santé de Croatie, Sous-projet sur la promotion de la santé, l'ampleur et le contexte des problèmes : Paramètres de baisse. Rapport, Zagreb
Danemark	39	32	35	29	37	30	Données pour 1994 : définition : fumeurs quotidiens ; âge : 15 ans et plus <i>Source</i> : base de données de la Santé pour tous de l'OMS Données pour 2000 : définition : fumeurs quotidiens ; âge : 15 ans et plus <i>Source</i> : base de données de la Santé pour tous de l'OMS
Espagne	42,1		24,7		33,1		Données pour 1997 : définition : fumeurs quotidiens ; âge : 16 ans et plus <i>Source</i> : enquête nationale sur la santé, Ministère de la santé et de la consommation
Estonie	52	44	24	20	36	29	Données pour 1994 : définition : fumeurs quotidiens ou occasionnels ; âge : 16 ans et plus <i>Source</i> : Smoking, drinking and drug taking in the European Region. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1997 Données pour 2000 : définition : fumeurs quotidiens ; âge : 16 à 64 ans <i>Source</i> : Health Behaviour among Estonian Adult Population, (éléments de l'enquête internationale FinBalt Health Monitor Finland, Estonia, Latvia, Lithuania)
Ex-République yougoslave de Macédoine							Données non disponibles
Fédération de Russie	63,2		9,7		36		Données pour 1992-1998 : définition : consommation actuelle de tabac ; âge : 20 ans et plus <i>Source</i> : Shalnova, S.A., et al. [Prévalence du tabagisme en Russie. Résultat d'une enquête sur un échantillon représentatif de la population nationale.] Profilaktika zabolovaniy i ukreplenie zdorov'ya, 3 (1998)
Finlande	29	27	19	20	24	23	Données pour 1995 : définition : fumeurs quotidiens ou occasionnels ; âge : 15 à 64 ans <i>Source</i> : Smoking, drinking and drug taking in the European Region. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1997 Données pour 2000 : définition : fumeurs quotidiens ou réguliers et consommateurs de tabac non fumé ; âge : 25 à 64 ans (exclut 1% des hommes qui étaient des consommateurs réguliers de tabac non fumé) <i>Source</i> : Comportement de santé dans la population adulte finlandaise, enquête nationale annuelle de santé publique, printemps 2000
France	35	33	21	21	28	27	Données pour 1996 et 2000 : définition : fumeurs quotidiens ; âge : 18 ans et plus <i>Source</i> : Insee. Enquêtes permanentes sur les conditions de vie, 1996, 2000 – indicateurs sociaux
Géorgie	53,2	54,4	11,92	15	32,56		Données pour 1998 : définition : fumeurs quotidiens ; âge : 15 ans et plus <i>Source</i> : base de données de la Santé pour tous de l'OMS Données pour 1999 : définition : fumeurs actuels ; âge : 40 à 65 ans <i>Source</i> : Tobacco Control Country Profiles, Atlanta, American Cancer Society, 2000

Pays	Prévalence hommes adultes		Prévalence femmes adultes		Prévalence totale adultes		Définition et âge du fumeur, année et source des données
	1994–1998	1999–2001	1994–1998	1999–2001	1994–1998	1999–2001	
Grèce	46	46,8	28	29	37	37,6	Données pour 1995 : aucune définition n'est disponible ; âge : 15 ans et plus <i>Source</i> : <i>Smoking, drinking and drug taking in the European Region. Copenhagen</i> , Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1997 Données pour 2000 : aucune définition et aucun âge ne sont disponibles <i>Source</i> : Kokkevi, A. et al., <i>Eur. Addict. Res.</i> 6(1): 42–49 (2000). Kokkevi, A. et al. <i>Drug. Alcohol. Depend.</i> 58(1–2): 181–188 (2000)
Hongrie	44	53,1	27	30,4		41,75	Données pour 1998 : définition : fumeurs réguliers ; âge : 18 ans et plus <i>Source</i> : <i>Tobacco Control Country Profiles</i> . Atlanta, American Cancer Society, 2000 Données pour 1999 : aucune définition n'est disponible ; âge : 18 ans et plus <i>Source</i> : <i>Smoking and Alcohol Consumption</i> . FACT Institute of Applied Social Studies, novembre 1999
Irlande	32		31		31		Données pour 1998 : définition : fumeurs quotidiens ; âge non disponible <i>Source</i> : Enquête nationale sur la santé et le mode de vie. Health Promotion Unit, Dept. of Health & Children, février 1999
Islande	30,3	25,3	30,6	22,9	30,4	24,1	Données pour 1996 : définition : fumeurs quotidiens ; âge : 18 à 69 ans <i>Source</i> : Prince Waterhouse Coopers, enquête de 1996. Données pour 2000 : fumeurs quotidiens ; âge : 18 à 69 ans (exclut 12% des hommes et 1,5% des femmes qui étaient des consommateurs réguliers de tabac non fumé) <i>Source</i> : Prince Waterhouse Coopers, enquête de 2000.
Israël	32		25		28		Données pour 1998 : aucune définition et aucun âge ne sont disponibles. <i>Source</i> : Dr Dov Tamir, Ministère de la santé (communication personnelle)
Italie	38	32,4	26	17,3	32	25	Données pour 1994 : définition : fumeurs quotidiens de cigarettes ; âge : 15 ans et plus. <i>Source</i> : <i>Smoking, drinking and drug taking in the European Region. Copenhagen</i> , Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1997 Données pour 1999 : définition : fumeurs quotidiens ; âge : 14 à 65 ans <i>Source</i> : ISTAT (Istituto Nazionale de Statistica), avril 2001
Kazakhstan	60		7				Données pour 1996 : définition : fumeurs quotidiens ; âge : 15 ans et plus <i>Source</i> : base de données de la Santé pour tous de l'OMS
Kirghizistan							Données non disponibles
Lettonie	53	49,1	18,4	13		29,2	Données pour 1998 : définition : fumeurs quotidiens ; âge : 16 à 64 ans <i>Source</i> : <i>Tobacco Control Country Profiles</i> . Atlanta, American Cancer Society, 2000 Données pour 1999 : aucune définition et aucun âge ne sont disponibles. <i>Source</i> : enquête FAFO 1999
Lituanie	43,3	51	6,3	15,8		32	Données pour 1994 : définition : fumeurs quotidiens ; âge : 15 ans et plus <i>Source</i> : base de données de la Santé pour tous de l'OMS Données pour 2000 : définition : fumeurs quotidiens ; âge : 15 ans et plus <i>Source</i> : base de données de la Santé pour tous de l'OMS
Luxembourg	39		27		32		Données pour 1998 : définition : fumeurs quotidiens ; âge : 15 ans et plus <i>Source</i> : Base de données de la Santé pour tous de l'OMS

Pays	Prévalence hommes adultes		Prévalence femmes adultes		Prévalence totale adultes		Définition et âge du fumeur, année et source des données
	1994–1998	1999–2001	1994–1998	1999–2001	1994–1998	1999–2001	
Malte	33,7		14,9		24,1		Données pour 1995 : définition : fumeurs quotidiens ; âge : 15 à 95 ans <i>Source</i> : Cohan, M. <i>Evidence base for tobacco control in Mediterranean countries</i> . 2001 (document de travail destiné à une consultation de l'OMS et de la Banque mondiale sur une collaboration efficace entre le secteur de la santé et le secteur financier en vue de la lutte contre le tabagisme, Malte, 7–8 septembre 2001)
Monaco							Données non disponibles
Norvège	36	31	36	32	36	32	Données pour 1994 : définition : fumeurs quotidiens ; âge : 16 à 74 ans <i>Source</i> : <i>Smoking, drinking and drug taking in the European Region</i> . Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1997 Données pour 1999-2000 : définition : fumeurs quotidiens ; âge : 16 à 74 ans <i>Source</i> : Enquête par interrogatoires : Statistics Norway.
Ouzbékistan							Données non disponibles
Pays-bas	36	37	29	29	33	33	Données pour 1994 : aucune définition n'est disponible ; âge : 15 ans et plus <i>Source</i> : <i>Smoking, drinking and drug taking in the European Region</i> . Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1997 Données pour 2000 : définition : fumeurs quotidiens ou occasionnels ; âge : 15 ans et plus <i>Source</i> : Jaarverslag Stivoro, 2000 (www.defacto-rookvrij.nl , site consulté le 20 décembre 2001)
Pologne	44	42	24	23			Données pour 1994–1996 : définition : fumeurs quotidiens ; âge : 15 ans et plus <i>Source</i> : Enquête nationale sur les comportements et les dispositions d'esprit concernant le tabagisme Données pour 1997–1999 : définition : fumeurs quotidiens ; âge : 15 ans et plus <i>Source</i> : enquête nationale sur les comportements et les dispositions d'esprit concernant le tabagisme
Portugal	29,4		6,4		17,2		Données pour 1995/96 : définition : fumeurs réguliers qui avaient fumé quotidiennement au cours des deux dernières semaines ; âge : 19 ans et plus <i>Source</i> : Enquête nationale sur la santé 1995/96
République de Moldova	43,9	46		18			Données pour 1998 : définition : fumeurs quotidiens ; âge : 15 ans et plus <i>Source</i> : <i>Tobacco Control Country Profiles</i> . Atlanta, American Cancer Society, 2000 Données pour 1999 : aucune définition et aucun groupe d'âge ne sont disponibles <i>Source</i> : Agence nationale du tabac
République tchèque	43	36,2	31	22	36	29,1	Données pour 1994 : définition : fumeurs quotidiens ou occasionnels ; âge : 15 ans et plus <i>Source</i> : <i>Smoking, drinking and drug taking in the European Region</i> . Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1997 Données pour 2000 : définition : fumeurs quotidiens ou occasionnels ; âge : 15 à 64 ans. <i>Source</i> : enquête de l'Institut national de santé publique sur la prévalence du tabagisme 2000
Roumanie	61,7		25				Données pour 1995 : définition : fumeurs quotidiens ; âge : 25 à 44 ans (pour les âges allant de 45 à 64 ans : hommes = 44,3%, femmes = 10,5% ; pour 65 ans et plus : hommes = 20,6%, femmes = 6,5%) <i>Source</i> : Enquête sur l'évaluation de l'état de santé, du degré d'autonomie des personnes handicapées et du comportement de la population à l'égard de sa propre santé (consommation de tabac et d'alcool). Centre de statistiques et de documentation médicales, Ministère de la santé

Pays	Prévalence hommes adultes		Prévalence femmes adultes		Prévalence totale adultes		Définition et âge du fumeur, année et source des données
	1994–1998	1999–2001	1994–1998	1999–2001	1994–1998	1999–2001	
Royaume-Uni	29	29	28	25	28	27	Données pour 1996 et 2000 : définition : fumeurs actuels ; âge : 16 ans et plus Source : Living in Britain: Results from the 2000 General Household Survey. Office for National Statistics (http://www.statistics.gov.uk/lib/index.html , site consulté le 20 décembre 2001)
Saint-Marin							Données non disponibles
Slovaquie	44,1		14,7		29		Données pour 1998 : définition : fumeurs quotidiens ; âge : 15 ans et plus. Source : base de données de la Santé pour tous de l'OMS
Slovénie	34,7	28	22,7	20,1	28,7	23,7	Données pour 1994 : aucune définition et aucun groupe d'âge ne sont disponibles Source : enquête d'opinion Données pour 2001 : définition : fumeurs quotidiens ; âge : 25 à 64 ans Source : Zakotnik-Mavcec, J. et al. Enquête d'opinion
Suède	17	17	22,3	21	19,1	19	Données pour 1998 : définition : fumeurs quotidiens (de tous les types de tabac) ; âge : 16 à 84 ans Source : Tobacco Control Country Profiles, Atlanta, American Cancer Society, 2000 Données pour 2000 : définition : fumeurs quotidiens ; âge : 16 à 84 ans (exclut 20% des hommes et 1% des femmes qui consomment régulièrement du tabac non fumé) Source : Drogutvecklingen i Sverige rapport. CAN et Institut national de santé publique
Suisse	39		28		33		Données pour 1997 : définition : fumeurs réguliers et occasionnels ; âge : 15 à 74 ans Source : Schmid, H. et al. SuchtMagazin, 25, 3–13 (1999) (Office fédéral suisse de statistiques, enquête suisse sur la santé)
Tadjikistan							Données non disponibles
Turkménistan							Données non disponibles
Turquie							Données non disponibles
Ukraine	48,5	51,1	20,5	19,4			Données pour 1995 : définition : fumeurs actuels ; âge : 20 à 59 ans Source : Tobacco Control Country Profiles. Atlanta, American Cancer Society, 2000 Données pour 1999 : aucune définition n'est disponible ; âge : 20 à 59 ans Source : Institut de cardiologie, Académie ukrainienne de sciences médicales, 1999
Yougoslavie							Données non disponibles

D'après les données disponibles les plus récentes, dans 11 pays, situés principalement dans la partie orientale de la Région, les hommes ont un taux de prévalence du tabagisme supérieur à 50% (Albanie, Andorre, Arménie, Bélarus, Fédération de Russie, Géorgie, Hongrie, Kazakhstan, Lituanie, Roumanie et Ukraine), même si certains d'entre eux ont vu leur niveau de consommation se stabiliser ces dernières années. D'après les chiffres de 1999–2001, cependant, dans cinq pays la prévalence dans la population masculine est inférieure à 30% (Finlande, Islande, Royaume-Uni, Slovaquie et Suède).

D'après les données de 25 pays (représentant de façon à peu près égale toutes les parties et près de 60% de la population de la Région) pour lesquels des données comparables existent avant et après l'adoption du Troisième plan d'action, la prévalence du tabagisme chez les hommes s'est

stabilisée aux alentours de 38% (39,3% pour la période 1994–1998 et 37,9% pour la période 1999–2001). Elle est maintenant d'environ 34% en Europe occidentale (en légère diminution par rapport à ce qu'elle était au milieu des années 90) et de 47% en Europe orientale (en légère augmentation par rapport au milieu des années 90). L'écart est-ouest est passé de 10 points au milieu des années 90 à 13 points en 2000.

D'après les données disponibles, pendant la période du Troisième plan d'action, la prévalence du tabagisme chez les femmes a diminué dans dix pays (Croatie, Danemark, Estonie, Islande, Italie, Lettonie, Norvège, Royaume-Uni, Slovaquie et République tchèque), augmenté dans quatre autres (Albanie, Géorgie, Hongrie et Lituanie) et a été relativement stable dans 10 autres (Allemagne, Bélarus, Belgique, Finlande, France, Grèce, Pays-Bas, Pologne, Suède et Ukraine). Dans cinq pays représentant essentiellement la partie occidentale de la Région, les taux de prévalence du tabagisme chez les femmes sont supérieurs à 30% (Allemagne, Andorre, Hongrie, Irlande et Norvège), même si certains d'entre eux ont vu leur niveau de consommation se stabiliser ou diminuer ces dernières années. Cependant, dans trois autres pays, la prévalence dans la population féminine est inférieure à 10% (Bélarus, Kazakhstan et Portugal).

D'après les données de 24 pays (représentant de façon à peu près égale toutes les parties et près de 60% de la population de la Région) pour lesquels des données comparables existent avant et après l'adoption du Troisième plan d'action, la prévalence du tabagisme chez les femmes s'est stabilisée aux alentours de 24% (24,9% pour la période 1994–1998 et 23,2% pour la période 1999–2001). Elle est maintenant d'environ 25% en Europe occidentale (en légère diminution par rapport à ce qu'elle était au milieu des années 90) et d'environ 20% en Europe orientale (identique à ce qu'elle était au milieu des années 90). L'écart est-ouest est d'environ 5 points, et donc en diminution par rapport aux 7 points relevés avant l'adoption du Troisième plan d'action.

À la fin des années 90, 32% des fumeurs de la partie orientale de la Région et 43% des fumeurs de la partie occidentale étaient des femmes. Six pays occidentaux (Danemark, Irlande, Islande, Norvège, Royaume-Uni et Suède) ne signalent actuellement aucune différence de prévalence du tabagisme entre les hommes et les femmes.

Prévalence du tabagisme chez les jeunes

Parmi les jeunes, le tabagisme est un comportement bien établi qui ne semble aucunement régresser (10).

Indépendamment de certaines enquêtes nationales, plusieurs États membres ont participé à deux grandes enquêtes d'ampleur régionale portant sur la prévalence du tabagisme chez les jeunes. L'Enquête de l'OMS sur le comportement de santé des écoliers (HDSC) porte sur toute une série de variables comportementales, sociales, environnementales et psychologiques et a été menée en 1993–1994 et en 1997–1998. Le Projet d'enquête pan-européenne sur l'alcool et d'autres drogues en milieu scolaire (ESPAD) a été organisé en 1995 et 1999, ce qui accroît son intérêt pour la période couverte par le Troisième plan d'action. Bien que les deux enquêtes portent sur un groupe d'âge presque identique (15 ans pour la première et 15–16 ans pour la seconde), il existe des différences dans les définitions de la prévalence du tabagisme. Dans le cadre de l'enquête ESPAD, le tabagisme correspondait à au moins 40 consommations de cigarettes, alors que pour l'enquête HDSC, il y avait prévalence lorsqu'au moins une cigarette était fumée par semaine.

L'enquête ESPAD (11) présente des données comparables concernant 18 pays (Croatie, Danemark, Estonie, Finlande, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lituanie, Malte, Norvège, Portugal, République tchèque, Royaume-Uni, Slovaquie, Slovaquie, Slovaquie, Slovaquie, Suède et Ukraine) représentant de façon

presque égale les différentes parties et près de 25% de la population des jeunes de la Région (tableau 3). La prévalence du tabagisme chez les jeunes de 15–16 ans s’est stabilisée autour de 27%, avec une légère tendance à l’augmentation. Elle est maintenant d’environ 26% pour les pays de la partie occidentale de la Région (pas de changement par rapport au milieu des années 90) et de 29% pour les pays de la partie orientale (légère augmentation par rapport au milieu des années 90). L’écart est-ouest s’est creusé pour passer de 1 point au milieu des années 90 à 3 points en 1999. Cet écart s’explique principalement par la prévalence accrue relevée chez les jeunes filles des pays d’Europe orientale, tandis que chez les garçons, la prévalence n’a évolué de façon significative ni à l’est ni à l’ouest. Sur la base de données ventilées par âge provenant de sources nationales et relatives à six pays (Fédération de Russie, Finlande, France, Pologne, Royaume-Uni et Ukraine), il est possible d’estimer que la prévalence du tabagisme chez les jeunes âgés de 16 à 18 ans est d’environ 20% supérieure à ce qu’elle est parmi les jeunes de 15–16 ans. En conséquence la prévalence du tabagisme dans le groupe d’âge des 15–18 ans de la Région peut être estimée à environ 30% de la population, soit une proportion identique que pour les adultes.

Bien qu’elle concerne des périodes antérieures, les données de l’enquête HBSC (12) font ressortir en général la même tendance que celle qui résulte de l’enquête ESPAD. Pour cinq pays (Autriche, Israël, Lettonie, Pologne et Suisse) représentant 7% de la population des jeunes de la Région, l’enquête HBSC est la seule source de données comparables pour les deux périodes. Il ne s’est produit aucune diminution du tabagisme hebdomadaire chez les jeunes de 15 ans depuis la réalisation d’une enquête similaire quatre ans auparavant, et la prévalence du tabagisme est passée de 18% en 1993–1994 à 24% en 1997–1998. La prévalence du tabagisme a augmenté tant chez les garçons que chez les filles (respectivement de 5 et 6 points) (tableau 3).

Tableau 3. Prévalence du tabagisme chez les jeunes

Pays	ESPAD		HBSC	
	1995	1999	1993–1994	1997–1998
Allemagne*			25	30,5
Autriche			30	33
Bulgarie		36		
Croatie	23	28		
Danemark	23	32	19	24
Espagne			23,5	
Estonie	25	27	14	18
Fédération de Russie*		42	14	23
Finlande**	35	39	28	27
France*			24	29,5
Grèce		27		18,5
Hongrie	28	28	22	32
Irlande	37	34		25
Islande	27	25		
Israël			9	19
Italie	25	25		
Lettonie		30	23,5	28
Lituanie	20	35	9,5	17
Malte	19	20		
Norvège	25	33	20,5	25,5
Pologne	20		18	23,5
Portugal	13	17		16,5
République tchèque	26	36	13	20
Royaume-Uni	27	26		
Slovaquie	20	30	12	23
Slovénie	16	26		

Pays	ESPAD		HBSC	
	1995	1999	1993–1994	1997–1998
Suède	28	25	17	21
Suisse			17,5	25
Ukraine	29	29		

* Dans les enquêtes HBSC, l'Allemagne, la Fédération de Russie et la France sont représentés par des régions.

** Selon une source nationale, la prévalence du tabagisme par les jeunes âgés de 14 à 18 ans en Finlande était de 25,5% en 1995 et de 24,5% en 1999.

Il ressort des données ci-dessus correspondant à 23 pays représentant de façon à peu près égale l'est et l'ouest et près d'un tiers de la population de la Région que la prévalence du tabagisme chez les jeunes a augmenté dans 12 pays (Croatie, Danemark, Israël, Lettonie, Lituanie, Norvège, Pologne, Portugal, République tchèque, Slovaquie, Slovénie et Suisse) et est restée relativement stable dans 11 autres (Autriche, Estonie, Finlande, Hongrie, Islande, Irlande, Italie, Malte, Royaume-Uni, Suède et Ukraine).

Depuis 1997, aucun État membre n'a constaté de diminution importante de la prévalence du tabagisme chez ses jeunes. Les comportements des jeunes en matière de tabagisme diffèrent de ceux des adultes. En premier lieu, les différences de prévalence du tabagisme entre pays et sous-régions sont moins importantes. Deuxièmement, dans la partie occidentale de la Région, les taux de prévalence du tabagisme chez les filles et les garçons sont très similaires, tandis que dans la partie orientale, l'écart entre garçons et filles diminue constamment, bien que les garçons continuent de déclarer fumer plus que les filles.

Différences entre groupes socioéconomiques

Dans la plupart des pays, aujourd'hui, les pauvres ont davantage tendance à fumer que les riches. Globalement, l'épidémie de tabagisme se déplace des hommes des pays à hauts revenus vers les femmes des pays à hauts revenus et les hommes des régions à faibles revenus. Les hommes financièrement aisés abandonnent de plus en plus le tabac, contrairement aux hommes économiquement défavorisés.

Aujourd'hui, dans la plupart des pays à hauts revenus, on relève d'importants écarts de prévalence du tabagisme entre les différents groupes socioéconomiques. Au Royaume-Uni, par exemple, seuls 10% des femmes et 12% (13) des hommes du groupe socioéconomique le plus favorisé fument ; dans le groupe socioéconomique le moins favorisé, les chiffres correspondants sont plus de trois fois plus élevés (35% et 40%). Une forte relation inverse s'observe également entre le niveau d'emploi et le tabagisme. Dans chaque pays pour lequel on dispose de données, les chômeurs ont davantage tendance à fumer que les individus ayant un emploi. En France, par exemple, la prévalence du tabagisme parmi les chômeurs masculins est de 52%, tandis qu'elle s'élève à 38% pour les hommes qui ont un emploi (14).

Jusqu'à une date récente, on pensait que dans les pays à faibles et moyens revenus, la situation était différente. Les recherches les plus récentes, cependant, montrent que là aussi, les hommes des groupes socioéconomiques défavorisés ont davantage tendance à fumer que ceux des groupes les plus aisés (13).

Consommation de cigarettes par habitant

Pendant de nombreuses années, la consommation de cigarettes par habitant a été utilisée comme indicateur comparable de prévalence du tabagisme. Actuellement, cependant, elle perd de sa

précision et de sa crédibilité, et ce pour deux raisons principales : a) le développement de la contrebande, de la fabrication illicite et des achats transfrontaliers, que l'on peut bien entendu difficilement mesurer ; b) elle n'est spécifique ni par sexe ni par âge, ce qui la rend moins informative compte tenu de l'évolution actuelle du tabagisme. Quoiqu'il en soit, on peut toujours, avec quelques précautions, l'utiliser pour regrouper les pays et s'en servir comme indicateur de moyennes régionales.

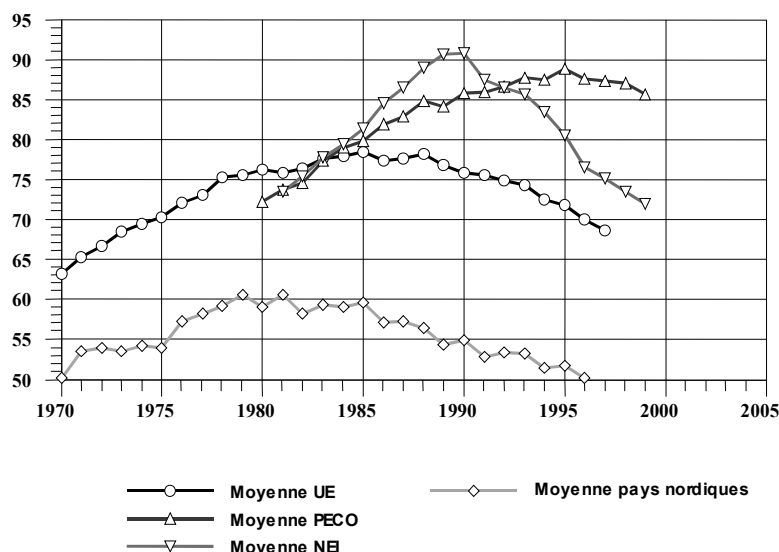
En 2000, sur les 47 pays qui ont renseigné la base de données de la Santé pour tous, la consommation de cigarettes par habitant était inférieure à 1000 cigarettes par individu âgé d'au moins 15 ans et par an dans sept pays, comprise entre 1000 et 1499 cigarettes dans 10 pays, entre 1500 et 1999 dans 18 autres et supérieure à 2000 dans 12 pays. Pour l'ensemble de la Région européenne, on estime à 1675 le nombre de cigarettes qui ont été consommées en moyenne par individu âgé de plus de 15 ans en 1999, soit à peu près la même quantité qu'en 1997 (1625 cigarettes).

Méfais du tabac

D'après Peto et al. (1994), la consommation de tabac cause chaque année, dans la Région européenne de l'OMS, plus de 1,2 million de décès dont 700 000 dans les pays d'Europe centrale et orientale et les nouveaux États indépendants. Deux tiers de ces derniers surviennent à un âge moyen, à la différence de l'Europe occidentale, où moins de la moitié des décès surviennent avant l'âge de 70 ans (5).

L'évolution de la mortalité liée aux cancers de la trachée, des bronches et du poumon (figures 1 et 2) peut être utilisée comme marqueur des tendances passées de la prévalence du tabagisme. Depuis 1985, le taux de mortalité masculin a légèrement baissé dans la partie occidentale de l'Europe et, depuis 1995, il s'est stabilisé dans les pays d'Europe centrale et orientale. Ces tendances pourraient étayer l'opinion selon laquelle la situation est voie de stabilisation parmi les hommes. La baisse apparente du taux comparatif de mortalité dans les nouveaux États indépendants peut résulter de nombreux facteurs, dont des changements démographiques et les mécanismes et conditions de communication des données au cours de la dernière décennie.

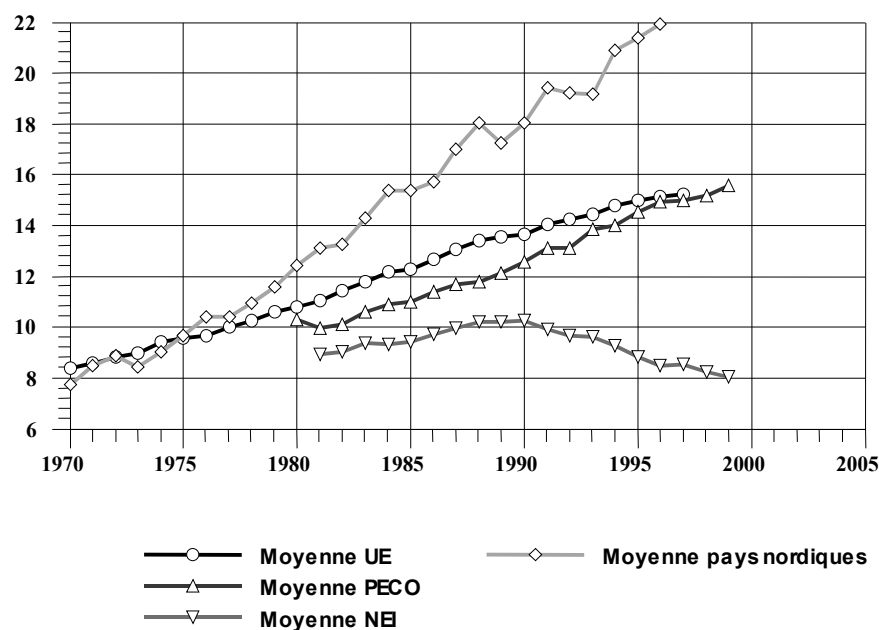
Fig. 1. Taux comparatifs de mortalité pour 100 000 habitants, cancer de la trachée, des bronches et du poumon, tous âges, hommes



Source : base de données de la Santé pour tous (15).

Bien que le taux de mortalité des femmes par cancer du poumon soit nettement inférieur à celui des hommes (sur l'ensemble de la Région, le taux comparatif de mortalité était de 13 pour 100 000 en 1998, contre 73 pour 100 000 chez les hommes), l'évolution constatée dans l'Union européenne et dans les pays d'Europe centrale et orientale n'est pas favorable. Compte tenu du délai qui s'écoule entre le tabagisme proprement dit et la manifestation de la maladie, il est impératif d'enrayer maintenant l'épidémie de tabagisme chez les femmes. Les tendances dans les nouveaux États indépendants doivent également être considérées eu égard aux facteurs décrits plus haut relatifs à la population masculine.

Fig. 2. Taux comparatifs de mortalité pour 100 000 habitants, cancer de la trachée, des bronches et du poumon, tous âges, femmes



Source : base de données de la Santé pour tous (15).

Agir efficacement pour une Europe sans tabac

Réglementation du marché

Prix

But du Troisième plan d'action : *D'ici à l'an 2001, tous les pays de la Région européenne devraient avoir mis en œuvre une politique de taxation des produits à base de tabac afin de réduire la consommation de cette substance, l'augmentation de son prix réel dépassant chaque année, à compter de cette date, le taux moyen d'inflation.*

Résumé

En règle générale, pendant la période du Troisième plan d'action, le niveau de taxation des produits à base de tabac a augmenté dans la Région, même si l'on ne peut pas parler explicitement (à l'exception de quelques pays) de lutte antitabac et de santé publique. Cependant, l'augmentation a été relativement irrégulière dans de nombreux pays d'Europe centrale et orientale et nouveaux États indépendants. Dans la partie occidentale de la Région, où l'ajustement des taux a commencé plus tôt (à la fin des années 80), de nombreux États membres risquent de devoir geler l'augmentation des taxes en raison des différences considérables de prix qui existent entre les pays. L'harmonisation des taxes sur le tabac entre les différents pays et produits n'a que peu progressé pendant la période du Troisième plan d'action. La plupart des pays ne prélèvent toujours aucune taxe sur le tabac aux fins de la lutte antitabac ou de la santé publique.

L'augmentation des taxes sur les produits à base de tabac est l'un des éléments les plus efficaces d'une politique antitabac globale. Une augmentation continue du prix réel des produits à base de tabac réduit la consommation de ces produits (16). La taxation du tabac est un instrument traditionnel utilisé pour générer des recettes au niveau national. Les taux de taxation prennent en compte les politiques budgétaire, agricole et relative à l'emploi ainsi que les accords internationaux et régionaux.

Aux termes du Troisième plan d'action : a) les taxes sur le tabac devraient être régulièrement ajustées d'un montant égal ou supérieur au taux d'inflation ; b) tous les produits à base de tabac devraient être taxés dans la mesure où un produit n'est pas remplacé par un autre ; c) les taxes sur le tabac peuvent servir à financer la lutte antitabac et les services de santé.

Dans la partie occidentale de la Région, de fortes augmentations du prix du tabac, supérieures au taux d'inflation, ont été opérées entre 1992 et 1996 au Danemark, en France, au Royaume-Uni, en Suède et en Finlande. Pendant la période du Troisième plan d'action, cependant, cet ajustement des prix s'est ralenti, et des différences de prix et de taxation demeurent entre les pays membres de l'Union européenne (une différence de près de quatre fois le prix sur les grandes marques, par exemple, entre le Royaume-Uni et l'Espagne). Seuls la France, le Royaume-Uni (jusqu'en 2001) et quelques pays où le prix du tabac est inférieur à la moyenne communautaire (Grèce et Italie) ont régulièrement augmenté les taxes dans une proportion supérieure au taux d'inflation. D'autres pays ont gelé l'augmentation des taxes au niveau de l'inflation (la Suède a même baissé ses taux de taxe de 17% depuis 1998, par crainte de la contrebande, suite à une forte augmentation l'année précédente). Au Danemark, le prix réel des cigarettes a diminué de 1% entre 1996 et 1999. Depuis 1997, les pays candidats à l'adhésion à l'Union européenne restructurent et accroissent leur imposition du tabac afin de se rapprocher de l'« acquis communautaire ». Ils sont en outre invités à porter une attention particulière aux objectifs plus vastes de la protection de la santé publique (conformément à l'article 152 du Traité de Maastricht).

Des réformes structurelles, visant pour certaines à améliorer l'administration des impôts et des douanes, ont été mises en œuvre depuis 1998 dans les nouveaux États indépendants. Dans le cadre du resserrement de la politique relative aux droits d'accise, l'administration des taxes sur le tabac a été réorganisée afin de générer des recettes fiscales stables et supplémentaires. En Fédération de Russie, les droits d'accise sur tous les produits à base de tabac ont été doublés ; sur de nombreux produits (tabac à pipe, cigares et cigarillos), l'augmentation a dépassé 150% (17). Dans d'autres nouveaux États indépendants, le prix des produits nationaux (dont le faible niveau était jugé discriminatoire à l'encontre des investisseurs étrangers) a également été relevé.

Cependant, tant dans les pays d'Europe centrale et orientale que dans les nouveaux États indépendants, rien n'indique que l'augmentation de la taxation est régulière et que de fortes augmentations ne sont pas suivies de quelque diminution. Ces fluctuations risquent d'atténuer l'impact des augmentations de prix sur la consommation de tabac.

Dans les pays de l'Union européenne, le droit d'accise sur les produits manufacturés à base de tabac autres que les cigarettes doit répondre à certains niveaux minima définis, qui sont réexaminés tous les trois ans (18, 19). Le dernier réexamen, cependant, a montré que les taux minima appliqués aux produits apparentés aux cigarettes et au tabac à fine coupe restent quelque peu inférieurs à ceux appliqués aux cigarettes (20). En règle générale, l'harmonisation de la taxation des différents produits à base de tabac n'a que peu progressé, même si la proposition très récente faite par la Commission européenne de resserrer les écarts en matière de droits d'accise entre les pays membres et les pays candidats à l'adhésion est encourageante. On ne dispose pas de données fiables pour d'autres pays.

Les prix des produits à base de tabac sont encore très différents d'un État membre à l'autre. Sur les plan de l'accessibilité économique (calculée en minutes de travail nécessaires pour l'achat d'un paquet de cigarettes), le prix de la marque locale la plus vendue varie de 40 à 55 minutes de travail en Hongrie, en Fédération de Russie, en Pologne et au Royaume-Uni, à moins de 15 minutes en Suisse, au Luxembourg et en Espagne (tableau 4). Lorsque l'on compare l'accessibilité économique d'un paquet de Marlboro, les différences sont encore plus importantes, puisque les prix varient de plus d'une heure en Hongrie et en Fédération de Russie et à moins de 20 minutes en Allemagne, au Luxembourg, aux Pays-Bas et en Suisse.

Tableau 4. Minutes de travail nécessaires pour l'achat d'un paquet de cigarettes*, septembre 2000

Pays	Marlboro	Marque locale
Allemagne	18,4	18,7
Autriche	21,8	20,0
Belgique	22,0	20,4
Danemark	23,0	23,0
Espagne	21,4	11,1
Fédération de Russie	71,3	42,8
Finlande	28,7	26,7
France	20,5	18,2
Grèce	24,0	17,1
Hongrie	71,4	54,5
Irlande	30,6	30,3
Israël	29,3	17,4
Italie	26,0	18,6
Luxembourg	12,0	10,0
Norvège	38,5	38,5

Pays	Marlboro	Marque locale
Pays-Bas	18,5	17,0
Pologne	55,7	40,2
Portugal	26,2	26,2
Royaume-Uni	39,7	39,7
Suède	27,6	26,8
Suisse	11,1	11,1
Turquie	30,0	22,3

*Prix observés dans la capitale, divisés par la rémunération horaire nette pondérée dans 12 professions.

Source : UBS and Economist Intelligence Unit, 2000.

L'affectation des taxes sur le tabac est considérée comme une importante source de financement de la lutte antitabac et de l'action sanitaire. D'après les données disponibles, seuls 12 pays de la Région (Autriche, Estonie, Finlande, France, Grèce, Irlande, Islande, Lettonie, Pologne, Portugal, Roumanie et Royaume-Uni) utilisent ces taxes à ces fins. Le niveau d'affectation est, dans la plupart des cas, inférieur à 1%, à l'exception de l'Estonie (3,5%), de la Lettonie (5%), de l'Irlande (16% pour 2000), du Portugal (1,1%) et de la Roumanie (2%).

Offre

But du Troisième plan d'action : *D'ici à l'an 2001, tous les pays de la Région européenne devraient avoir mis en œuvre une législation limitant l'accès des jeunes de moins de 18 ans aux produits à base de tabac en éliminant tout mode impersonnel de vente.*

Résumé

Il ressort des données disponibles que seuls 25% des pays de la Région sont parvenus partiellement à restreindre l'accès aux produits à base de tabac. Quarante pour cent des pays n'ont introduit que des restrictions partielles, et près d'un tiers n'ont pris que peu ou pas de mesures. En règle générale, les pays ont des difficultés à faire appliquer de façon rigoureuse les limites d'âge. Pendant la période du Troisième plan d'action, cependant, 15 pays supplémentaires (principalement dans la partie orientale de la Région) ont adopté ou renforcé des restrictions liées à l'âge.

Il ressort de l'expérience acquise dans différents pays que les restrictions liées à l'âge sont difficiles à appliquer et ne sont pas nécessairement efficaces lorsqu'elles ne sont pas complétées par une réglementation très stricte du commerce de détail, sous la forme de conditions d'octroi d'autorisations, qui peuvent être retirées en cas de violation de la loi (21).

D'après les informations disponibles, 30 pays assortissent d'une limite d'âge la vente de produits à base de tabac. Huit pays interdisent la vente aux jeunes de moins de 16 ans ; dans 22 autres, la loi est encore plus stricte, interdisant la vente aux moins de 18 ans. La plupart des pays qui imposent une limite d'âge prévoient aussi des sanctions en cas de vente à des mineurs, mais l'application de cette disposition est jugée insuffisante. Lorsque l'on compare la situation dans les différentes parties de la Région, la majorité des pays d'Europe centrale et orientale et des nouveaux États indépendants imposent des restrictions liées à l'âge, contre la moitié au plus des pays d'Europe occidentale (tableau 5).

Tableau 5. Différentes interdictions ou restrictions applicables à la vente de produits à base de tabac

Pays	Limite d'âge	Distrib. automat.	Libre-service	Vente par correspond.	Vente de cigarettes à l'unité/détail	Produits hors taxes	Échant. gratuits	Autoris. vente au détail
Albanie	Non	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Données non disponibles
Allemagne	Non	Accord	Aucune restriction	Aucune restriction	Interdiction totale	Restriction partielle	Restriction partielle	Oui
Andorre	Non	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Données non disponibles
Arménie	Non	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Oui
Autriche	16	Aucune restriction	Données non disponibles	Données non disponibles	Restriction partielle	Restriction partielle	Restriction partielle	Oui
Azerbaïdjan	Non	Restriction partielle	Restriction partielle	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Données non disponibles
Bélarus	18	Aucune restriction	Restriction partielle	Aucune restriction	Aucune restriction	Restriction partielle	Restriction partielle	Oui
Belgique	Non	Restriction partielle	Aucune restriction	Aucune restriction	Interdiction totale	Restriction partielle	Interdiction totale	Oui
Bosnie-Herzégovine	15	Restriction partielle	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Données non disponibles	Données non disponibles
Bulgarie	18	Aucune restriction	Interdiction totale	Aucune restriction	Interdiction totale	Aucune restriction	Interdiction totale	Oui
Croatie	18	Interdiction totale	Restriction partielle	Restriction partielle	Interdiction totale	Restriction partielle	Interdiction totale	Données non disponibles
Danemark	Non	Aucune restriction	Aucune restriction	Données non disponibles	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale	Non
Espagne	16	Restriction partielle	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Restriction partielle	Aucune restriction	Oui
Estonie	18	Interdiction totale	Aucune restriction	Aucune restriction	Interdiction totale	Aucune restriction	Aucune restriction	Non
Ex-République yougoslave de Macédoine	16	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Oui
Fédération de Russie	18	Interdiction totale	Aucune restriction	Aucune restriction	Interdiction totale	Aucune restriction	Aucune restriction	Non
Finlande	18	Restriction partielle	Restriction partielle	Aucune restriction	Interdiction totale	Restriction partielle	Interdiction totale	Données non disponibles
France	Non	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale	Restriction partielle	Interdiction totale	Oui
Géorgie	18	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Données non disponibles
Grèce	Non	Données non disponibles	Données non disponibles	Données non disponibles	Interdiction totale	Restriction partielle	Restriction partielle	Oui
Hongrie	18	Restriction partielle	Aucune restriction	Données non disponibles	Interdiction totale	Aucune restriction	Interdiction totale	Oui
Irlande	18	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Interdiction totale	Restriction partielle	Interdiction totale	Non
Islande	18	Interdiction totale	Interdiction totale	Aucune restriction	Interdiction totale	Aucune restriction	Interdiction totale	Oui
Israël	Données non disponibles	Données non disponibles	Données non disponibles	Données non disponibles	Données non disponibles	Données non disponibles	Données non disponibles	Données non disponibles
Italie	16	Aucune restriction	Interdiction totale	Aucune restriction	Interdiction totale	Restriction partielle	Interdiction totale	Oui

Outre une limite d'âge, certains pays ont adopté une réglementation des moyens impersonnels de vente. D'après les informations disponibles, quatre pays (France, Islande, République de Moldova et Slovaquie) interdisent la vente de produits à base de tabac en distributeurs automatiques et en libre-service. Onze autres pays ont interdit et neuf pays ont restreint un seul de ces moyens de vente. La moitié des États membres ont interdit ou restreint tant la vente de cigarettes à l'unité ou au détail que la distribution d'échantillons gratuits, et quelques-uns d'entre eux ont interdit ou restreint la vente par correspondance ou électronique. Près de la moitié des pays imposent des restrictions à la vente hors taxes de produits à base de tabac et ont subordonné la vente au détail à l'obtention d'une autorisation (tableau 5).

Publicité

But du Troisième plan d'action : *D'ici à l'an 2001, tous les pays de la Région européenne devraient avoir institué une interdiction totale de la publicité pour les produits à base de tabac.*

Résumé

Aucun pays de la Région n'est parvenu à interdire totalement la publicité. Cependant, près d'un quart des pays ont interdit les principaux moyens de publicité, tant directe qu'indirecte. Environ la moitié des États membres européens imposent une restriction partielle et une interdiction, tandis qu'un autre quart n'impose que peu, voire quasiment aucune restriction. Depuis l'adoption du Troisième plan d'action, des progrès ont été accomplis principalement en ce qui concerne l'interdiction de la publicité directe, et principalement dans la partie orientale de la Région. La situation en ce qui concerne les formes indirectes de publicité, à savoir la promotion et le parrainage, n'a pas beaucoup progressé ces dernières années, surtout par rapport aux ressources croissantes affectées par l'industrie du tabac.

Des données empiriques montrent que l'interdiction de la publicité est efficace lorsqu'elle est complète, englobant tous les médias et toutes les formes de publicité (directe ou indirecte), de promotion, de parrainage et d'utilisation de noms ou de caractéristiques de marques (22).

La résolution WHA43.16 de l'Assemblée mondiale de la santé datée de mai 1990 demandait instamment à tous les États membres « d'envisager d'inclure dans leurs stratégies de lutte anti-tabac des projets de dispositions législatives ou d'autres mesures efficaces au niveau gouvernemental approprié prévoyant [...] des restrictions progressives et des actions concertées visant à éliminer à terme toute publicité directe et indirecte et toutes les activités de promotion et de parrainage concernant le tabac ». Le nombre de mesures d'interdiction et de restriction prises par les États membres a augmenté depuis 1990.

Pendant la période du Troisième plan d'action, de nombreux États membres ont renforcé leur législation concernant la publicité directe soit en promulguant de nouvelles lois, soit en appliquant les dispositions existantes.

En 1998, les pays membres de l'Union européenne ont transposé la directive 89/552/CEE du Conseil imposant une interdiction de la publicité pour le tabac à la télévision. En juillet 1998, le Parlement européen a adopté la directive 98/43/CE, qui prévoyait une interdiction générale de la publicité et du parrainage des produits à base de tabac. Cette directive a été annulée en octobre 2000 pour défaut de fondement juridique par la Cour de justice des Communautés européennes. Depuis, la Commission a présenté une nouvelle proposition, actuellement à l'examen.

On soulignera, que pendant la période du Troisième plan d'action, la plupart des progrès réalisés sur le plan législatif ont été le fait de la partie orientale de la Région, même si certains pays d'Europe occidentale (l'Autriche et le Danemark, par exemple) ont également renforcé ou adopté une législation correspondante.

Il ressort des données disponibles qu'en 2001, 40 pays de la Région imposaient une interdiction totale de la publicité pour le tabac sur les chaînes de télévision nationales, tandis que huit autres imposaient des restrictions partielles. Trente-six pays interdisent complètement la publicité sur les programmes de radio nationaux, tandis que 11 autres imposent une interdiction partielle. Trente et un pays imposent une interdiction totale aux chaînes de télévision diffusées par câble et 11 imposent des restrictions partielles ou n'imposent aucune restriction. Les données concernant les autres médias sont moins encourageantes : seuls 25 pays imposent une interdiction totale de la publicité pour le tabac dans les cinémas, 23 dans les magazines ou journaux locaux, 21 sur les panneaux d'affichage, 10 aux points de vente et seuls quelques-uns dans les magazines internationaux (tableau 6).

Il importe également de signaler que 16 États membres interdisent l'ensemble ou les principaux modes de publicité directe (Belgique, Bulgarie, Croatie, Danemark, Estonie, Finlande, France, Hongrie, Italie, Islande, Lituanie, Luxembourg, Norvège, Pologne, Portugal et Suède). Vingt-deux autres pays prévoient que la publicité pour le tabac doit comporter un avertissement de santé.

Tableau 6. Législation relative à la publicité directe pour les produits à base de tabac

Pays	Télévision nationale	Télévision câblée	Radio nationale	Magazines & journaux locaux	Magazines & journaux internat.	Affichage public	Points de vente, kiosques	Cinéma
Albanie	Interdiction totale	Données non disponibles	Interdiction totale	Interdiction totale	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Accord
Allemagne	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale	Aucune restriction	Aucune restriction	Accord	Aucune restriction	Aucune restriction
Andorre	Aucune restriction	Données non disponibles	Aucune restriction	Aucune restriction	Données non disponibles	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction
Arménie	Restriction partielle	Restriction partielle	Restriction partielle	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction
Autriche	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale	Aucune restriction	Données non disponibles	Aucune restriction	Restriction partielle	Interdiction totale
Azerbaïdjan	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale	Données non disponibles	Interdiction totale	Interdiction totale
Bélarus	Restriction partielle	Restriction partielle	Restriction partielle	Restriction partielle	Aucune restriction	Restriction partielle	Aucune restriction	Aucune restriction
Belgique	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale	Restriction partielle	Interdiction totale	Restriction partielle	Interdiction totale
Bosnie-Herzégovine	Restriction partielle	Restriction partielle	Restriction partielle	Restriction partielle	Restriction partielle	Restriction partielle	Restriction partielle	Interdiction totale
Bulgarie	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale	Aucune restriction	Interdiction totale	Restriction partielle	Interdiction totale
Croatie	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale	Aucune restriction	Interdiction totale	Restriction partielle	Interdiction totale
Danemark	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale	Aucune restriction	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale
Espagne	Interdiction totale	Interdiction totale	Restriction partielle	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction
Estonie	Interdiction totale	Aucune restriction	Interdiction totale	Interdiction totale	Aucune restriction	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale
Ex-République yougoslave de Macédoine	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Interdiction totale
Fédération de Russie	Interdiction totale	Interdiction totale	Restriction partielle	Restriction partielle	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Restriction partielle

Pays	Télévision nationale	Télévision câblée	Radio nationale	Magazines & journaux locaux	Magazines & journaux internat.	Affichage public	Points de vente, kiosques	Cinéma
Finlande	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale	Aucune restriction	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale
France	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale	Restriction partielle	Interdiction totale
Géorgie	Restriction partielle	Restriction partielle	Restriction partielle	Restriction partielle	Aucune restriction	Restriction partielle	Aucune restriction	Aucune restriction
Grèce	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction
Hongrie	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale	Aucune restriction	Interdiction totale	Aucune restriction	Interdiction totale
Irlande	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale	Restriction partielle	Interdiction totale	Restriction partielle	Interdiction totale
Islande	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale	Aucune restriction	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale
Israël	Interdiction totale	Données non disponibles	Interdiction totale	Données non disponibles	Données non disponibles	Données non disponibles	Données non disponibles	Données non disponibles
Italie	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale
Kazakhstan	Restriction partielle	Aucune restriction	Restriction partielle	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction
Kirghizistan	Restriction partielle	Restriction partielle	Restriction partielle	Restriction partielle	Restriction partielle	Données non disponibles	Aucune restriction	Données non disponibles
Lettonie	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale	Restriction partielle	Aucune restriction	Interdiction totale	Aucune restriction	Aucune restriction
Lituanie	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale	Aucune restriction	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale
Luxembourg	Interdiction totale	Données non disponibles	Interdiction totale	Interdiction totale	Restriction partielle	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale
Malte	Interdiction totale	Aucune restriction	Interdiction totale	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Interdiction totale
Monaco	Données non disponibles	Données non disponibles	Données non disponibles	Données non disponibles	Données non disponibles	Données non disponibles	Données non disponibles	Données non disponibles
Norvège	Interdiction totale	Restriction partielle	Interdiction totale	Interdiction totale	Restriction partielle	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale
Ouzbékistan	Restriction partielle	Aucune restriction	Restriction partielle	Restriction partielle	Aucune restriction	Restriction partielle	Aucune restriction	Aucune restriction
Pays-Bas	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Accord
Pologne	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale	Restriction partielle	Interdiction totale
Portugal	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale	Aucune restriction	Interdiction totale	Restriction partielle	Interdiction totale
République de Moldova	Interdiction totale	Aucune restriction	Interdiction totale	Restriction partielle	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction
République tchèque	Interdiction totale	Interdiction totale	Restriction partielle	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction
Roumanie	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale	Restriction partielle	Aucune restriction	Restriction partielle	Aucune restriction	Restriction partielle
Royaume-Uni	Interdiction totale	Interdiction totale	Restriction partielle	Accord	Aucune restriction	Accord	Accord	Accord
Saint-Marin	Données non disponibles	Données non disponibles	Données non disponibles	Données non disponibles	Données non disponibles	Données non disponibles	Données non disponibles	Données non disponibles
Slovaquie	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale	Données non disponibles	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale
Slovénie	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale	Restriction partielle	Aucune restriction	Restriction partielle	Aucune restriction	Restriction partielle

Pays	Télévision nationale	Télévision câblée	Radio nationale	Magazines & journaux locaux	Magazines & journaux internat.	Affichage public	Points de vente, kiosques	Cinéma
Suède	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale	Aucune restriction	Interdiction totale	Restriction partielle	Interdiction totale
Suisse	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale	Restriction partielle	Aucune restriction	Restriction partielle	Restriction partielle	Restriction partielle
Tadjikistan	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction
Turkménistan	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction
Turquie	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale	Aucune restriction	Interdiction totale	Aucune restriction	Interdiction totale
Ukraine	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale	Restriction partielle	Données non disponibles	Restriction partielle	Aucune restriction	Accord
Yougoslavie	Interdiction totale	Données non disponibles	Interdiction totale	Interdiction totale	Données non disponibles	Interdiction totale	Données non disponibles	Interdiction totale

Si l'on prend en compte les principaux médias nationaux, 21 pays (Azerbaïdjan, Belgique, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Croatie, Danemark, Estonie, France, Finlande, Hongrie, Islande, Italie, Lituanie, Luxembourg, Norvège, Pologne, Portugal, Slovaquie, Suède, ex-République yougoslave de Macédoine et Turquie) imposent une interdiction totale de la publicité pour le tabac, même si la moitié d'entre eux n'ont adopté de dispositions législatives que récemment et ne les appliquent pas encore pleinement.

En ce qui concerne la promotion, le partage de marques et toutes les autres formes de publicité indirecte, qui mobilisent actuellement la plupart des ressources publicitaires de l'industrie du tabac, la situation est moins satisfaisante (tableau 7). Seuls huit pays (Bulgarie, Croatie, Finlande, France, Lituanie, Norvège, Pologne et Portugal) interdisent totalement toutes les formes de publicité indirecte. Vingt-cinq États membres ne restreignent que certaines de ces formes et 14 n'imposent pratiquement aucune restriction. Neuf pays interdisent ou restreignent plus de la moitié de ces formes. Il n'existe pas de différence considérable entre les parties orientale et occidentale de la Région dans ce domaine de la lutte antitabac.

Tableau 7. Législation relative à la promotion et à la publicité indirecte pour les produits à base de tabac

Pays	Placement de produits (TV & films)	Manifestation parrainée par une marque de tabac	Produits non-tabac avec marque de tabac	Marque non-tabac utilisée pour du tabac	Cadeaux publicitaires par corresp.	Remises de promotion
Albanie	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction
Allemagne	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Interdiction totale	Interdiction totale
Andorre	Données non disponibles	Données non disponibles	Données non disponibles	Données non disponibles	Données non disponibles	Données non disponibles
Arménie	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction
Autriche	Aucune restriction	Restriction partielle	Aucune restriction	Aucune restriction	Données non disponibles	Interdiction totale
Azerbaïdjan	Interdiction totale	Interdiction totale	Données non disponibles	Données non disponibles	Interdiction totale	Restriction partielle

Pays	Placement de produits (TV & films)	Manifestation parrainée par une marque de tabac	Produits non-tabac avec marque de tabac	Marque non-tabac utilisée pour du tabac	Cadeaux publicitaires par corresp.	Remises de promotion
Norvège	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale
Ouzbékistan	Aucune restriction	Aucune restriction	Restriction partielle	Données non disponibles	Aucune restriction	Aucune restriction
Pays-Bas	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Interdiction totale
Pologne	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale	Aucune restriction	Aucune restriction
Portugal	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale	Aucune restriction	Données non disponibles	Interdiction totale
République de Moldova	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction
République tchèque	Interdiction totale	Aucune restriction	Aucune restriction	Données non disponibles	Aucune restriction	Aucune restriction
Roumanie	Interdiction totale	Restriction partielle	Aucune restriction	Aucune restriction	Données non disponibles	Aucune restriction
Royaume-Uni	Restriction partielle	Accord	Aucune restriction	Aucune restriction	Accord	Accord
Saint-Marin	Données non disponibles	Données non disponibles	Données non disponibles	Données non disponibles	Données non disponibles	Données non disponibles
Slovaquie	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction
Slovénie	Interdiction totale	Restriction partielle	Interdiction totale	Interdiction totale	Aucune restriction	Aucune restriction
Suède	Restriction partielle	Restriction partielle	Aucune restriction	Aucune restriction	Interdiction totale	Restriction partielle
Suisse	Données non disponibles	Restriction partielle	Aucune restriction	Données non disponibles	Restriction partielle	Aucune restriction
Tadjikistan	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction
Turkménistan	Aucune restriction	Accord	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction
Turquie	Interdiction totale	Interdiction totale	Aucune restriction	Aucune restriction	Données non disponibles	Données non disponibles
Ukraine	Aucune restriction	Restriction partielle	Restriction partielle	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction
Yougoslavie	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction

Lutte contre la contrebande

But du Troisième plan d'action : *D'ici à l'an 2001, tous les pays de la Région européenne devraient avoir mis en œuvre des moyens efficaces de lutte contre la contrebande de produits à base de tabac.*

Résumé

Pendant la période du Troisième plan d'action, plus des deux tiers des États membres ont renforcé certains aspects de leur politique de lutte contre la contrebande. Malgré ces améliorations, les études économiques disponibles montrent que la contrebande du tabac demeure un grave problème dans la Région européenne. Pour obtenir une importante réduction, il faudrait introduire des peines plus lourdes, des procédures de contrôle renforcées et un système d'autorisation obligatoire complétés par une surveillance efficace des transactions au niveau international, à l'instar de ce qui existe au niveau international pour le commerce de marchandises spéciales et dangereuses.

En raison de l'ampleur des écarts de prix entre les produits à base de tabac taxés et non taxés et de l'intensification de la corruption (23), l'ampleur de la contrebande s'est aggravée dans l'ensemble de la Région depuis le début des années 90. Outre qu'elle représente une menace pour la santé publique en encourageant la consommation, la contrebande prive les gouvernements de recettes fiscales et soutient les organisations criminelles et la corruption. On s'inquiète de plus en plus de la possible participation de l'industrie du tabac à la contrebande. La Commission européenne a récemment intenté un procès contre deux grandes compagnies internationales de tabac pour la perte de milliards de dollars de taxes et de redevances par les États membres.

Depuis l'adoption du Troisième plan d'action, des progrès ont été accomplis en ce qui concerne :

- a) le rapprochement des taxes entre les pays ;
- b) la réorganisation du système de distribution et de vente de détail dans de nombreux nouveaux États indépendants ;
- c) le renforcement des politiques anticorruption par l'adoption d'une Convention spéciale par le Conseil de l'Europe ;
- d) l'adoption de timbres fiscaux par près de 80% des États membres.

Cependant, on estime que la part des cigarettes de contrebande dans les ventes et la consommation a continué d'augmenter ces dernières années dans la partie orientale de la Région. Dans la partie occidentale de la Région, l'Autriche, le Royaume-Uni, l'Allemagne, l'Espagne et l'Italie ont été les pays les plus touchés par la contrebande du tabac en 1997 (24). Par exemple, le Gouvernement britannique estime que 20% des cigarettes fumées et 80% du tabac à rouler utilisé sont passés en contrebande ou fabriqués illégalement (25). Cependant, des progrès sont signalés en Espagne, où l'étroite collaboration avec l'Office européen de lutte antifraude et les pays voisins, en particulier Andorre, a ramené le niveau des produits de contrebande à près de 5% du marché national des cigarettes. L'Office susmentionné a publié un rapport complet décrivant la contrebande de cigarettes dans l'Union européenne et dans de nombreux autres pays européens (26). D'après l'enquête régionale menée par l'OMS en 2001, 19 pays ont également réalisé des études concernant la contrebande de cigarettes.

Contrôle, identification et information

But du Troisième plan d'action : *D'ici à l'an 2001, tous les pays de la Région européenne devraient avoir institué une législation exigeant que des avertissements occupent au moins 20% de la face avant et 20% de la face arrière des paquets de tabac et fixant, d'ici à l'an 2005, le niveau maximum de goudron à 12 mg et celui de nicotine à 1 mg par cigarette.*

Résumé

Bien que des avertissements de santé soient obligatoires dans la majorité des pays et que plusieurs pays, situés principalement dans la partie orientale de l'Europe, aient adopté ces dernières années de nouvelles contraintes en matière d'avertissement, le but concernant leur taille n'a en général pas été atteint dans la Région. Près de 80% des pays réglementent la teneur en goudron et en nicotine, mais les teneurs maximales autorisées sont toujours supérieures au but fixé dans le Troisième plan d'action. La récente directive de l'Union européenne, cependant, pourra provoquer dans les domaines ci-dessus d'importants changements positifs dans l'ensemble de la Région d'ici à 2005.

Avertissements

L'obligation de faire figurer sur les paquets de cigarettes un avertissement concernant les risques pour la santé constitue l'une des mesures la plus souvent utilisée par les pouvoirs publics. Pour les consommateurs, cependant, l'avertissement n'est efficace que s'il est visible, précis et explicite.

Des avertissements sont obligatoires dans la majorité des pays de la Région (44). Dans une proportion importante de pays (70 à 80%), il existe des dispositions spéciales concernant l'emplacement et les langues de l'avertissement (38 pays), sa surface (35 pays), le nombre d'avertissements (33 pays), et la couleur, le contraste et la taille des caractères (32 pays). Dans 35 pays, le contenu des messages d'avertissement est spécifié. Cependant, la Région dans son ensemble est encore loin d'atteindre le but relatif à la surface occupée par l'avertissement (20% de la face avant et 20% de la face arrière des emballages des produits à base de tabac). Le chiffre moyen, dans la Région, est inférieur à 10% de chaque face importante du paquet. L'Islande et la Pologne constituent des exceptions notables, avec des avertissements visibles et à texte variable.

La directive de 2001 de l'Union européenne sur la fabrication, la vente et la présentation des produits à base de tabac pourra permettre d'importants progrès dans la mise en œuvre d'avertissements plus efficaces (27). D'ici à 2003, les pays membres de l'Union européenne devront en particulier apposer des avertissements généraux couvrant au moins 30% de la partie extérieure de la surface correspondante du paquet de tabac sur lequel ils sont imprimés, et un avertissement à texte variable supplémentaire couvrant au moins 40% de la surface. Une autre disposition importante sera, à compter de 2003, l'interdiction d'expressions trompeuses telles que « faible teneur en goudron », « ultra légères », « douces », suggérant qu'un produit particulier est moins nocif que d'autres. Cette directive pourra même avoir un impact dans l'ensemble de l'Europe, car tous les produits à base de tabac – tant commercialisés que fabriqués dans l'Union européenne – devront se conformer à la nouvelle norme.

Contrôle des composants toxiques et autres

On estime que la fumée de cigarette contient quelque 4000 substances chimiques, dont des éléments cancérigènes et toxiques sont bien connus. Pour réduire les risques, il faut analyser de façon plus précise les substances qu'absorbent les fumeurs.

Dans la majeure partie de la Région européenne, des réglementations nationales spécifient les teneurs maximales de goudron et de nicotine que peuvent receler les produits à base de tabac. Trente-huit pays réglementent le taux de goudron et de nicotine, mais seuls 12 pays en font de même pour les additifs et six pays pour le monoxyde de carbone. Dans les pays de l'Union européenne, ces niveaux ont été fixés en 1998 (12 mg par cigarette pour le goudron et 1,2 mg par cigarette pour la nicotine). Dans les pays de la partie orientale de la Région, les réglementations correspondantes ont été introduites, pour la plupart, pendant la période du Troisième plan d'action.

La directive de 2001 de l'Union européenne renforcera la réglementation des composants et ingrédients des produits à base de tabac et de leur fumée. Les nouvelles normes seront, à compter de 2004, de 10 mg par cigarette pour le goudron et de 1 mg par cigarette pour la nicotine. En outre, à compter de 2003, tous les pays membres de l'Union européenne imposeront aux fabricants et importateurs de soumettre une liste documentée de tous les ingrédients utilisés dans la fabrication de produits à base de tabac ainsi que des quantités correspondantes, par marque et par type. Ils devront également veiller à ce que la liste des ingrédients soit publiée. Là encore, cela pourra avoir des incidences positives dans toute l'Europe puisque les normes couvriront tous les produits à base de tabac fabriqués dans l'Union européenne ainsi que ceux qui en sont exportés.

Des environnements non-fumeurs

But du Troisième plan d'action : *D'ici à l'an 2001, tous les pays de la Région européenne devraient avoir institué une législation éliminant toute exposition involontaire à la fumée de tabac sur tous les lieux de travail, dans tous les établissements publics et dans toutes les formes de transport en commun.*

Résumé

En 2001, aucun État membre n'a atteint le but ambitieux qui avait été fixé d'éliminer toute exposition involontaire à la fumée de tabac dans les lieux publics. Quoiqu'il en soit, près de quatre cinquièmes d'entre eux ont interdit ou restreint le tabagisme dans les bâtiments publics et les transports en commun et imposent des restrictions au tabagisme sur le lieu de travail. Au moins huit États membres, principalement dans la partie orientale de la Région, ont considérablement amélioré leur réglementation depuis l'adoption du Troisième plan d'action.

La réglementation de la fumée de tabac ambiante modifie la perception sociale d'un comportement auparavant couramment accepté, dévalorise dans le même temps le tabagisme et favorise la réduction de la consommation moyenne. Cependant, l'efficacité de mesure de limitation du tabagisme dépend de leur application effective et de la mobilisation de l'opinion publique par de vastes campagnes d'information. La règle doit être que le tabagisme est complètement interdit dans tous les lieux publics, y compris les lieux de travail, les bâtiments publics et les transports en commun.

Depuis le lancement du Troisième plan d'action, la réglementation du tabagisme dans les lieux publics est devenue plus restrictive dans la Région européenne. D'une simple séparation des fumeurs et des non-fumeurs, on s'est orienté vers l'instauration d'espaces réellement non-fumeurs, l'objectif ultime étant de rendre tous les lieux publics non-fumeurs. Les principales raisons de cette évolution sont la nécessité croissante d'introduire une réglementation compte tenu de l'accumulation d'éléments montrant les risques d'exposition involontaire à la fumée de tabac (28) et le soutien apporté par le public à une réglementation dont la légitimité n'est discutée ni par les non-fumeurs, ni également par un nombre croissant de fumeurs (29).

Dans la Région européenne de l'OMS, plus de 80% des États membres ont indiqué qu'ils avaient adopté une législation interdisant ou restreignant fortement le tabagisme dans les principaux lieux publics – établissements de santé et d'enseignement, services publics, théâtres, cinémas et toutes formes de transports en commun nationaux (tableau 8). On notera que par ailleurs, de nombreux vols internationaux ont récemment été déclarés non-fumeurs bien qu'il s'agisse là d'un domaine qui échappe essentiellement à la compétence des gouvernements. Il ressort des données disponibles que cinq pays, situés principalement dans la partie orientale de la Région, ne

restreignent que peu, voire aucunement le tabagisme dans les lieux publics. Le Royaume-Uni s'est doté d'un « Code de pratique » qui recommande d'interdire le tabagisme dans les lieux publics. En ce qui concerne le tabagisme dans les lieux publics fréquentés par choix (restaurants, cafés et bars), seuls moins de la moitié des pays imposent des restrictions ou une interdiction.

Tableau 8. Restriction du tabagisme dans les lieux publics

Pays	Établissements de santé	Établissements d'enseignement	Services publics	Restaurants	Cafés et bars	Lieux de travail fermés et bureaux	Théâtres et cinémas
Albanie	Accord	Accord	Accord	Aucune restriction	Aucune restriction	Accord	Accord
Allemagne	Aucune restriction	Restriction partielle	Restriction partielle	Aucune restriction	Aucune restriction	Restriction partielle	Restriction partielle
Andorre	Données non disponibles	Interdiction totale	Interdiction totale	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Données non disponibles
Arménie	Restriction partielle	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction
Autriche	Restriction partielle	Restriction partielle	Restriction partielle	Aucune restriction	Aucune restriction	Restriction partielle	Interdiction totale
Azerbaïdjan	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale	Restriction partielle	Aucune restriction	Restriction partielle	Restriction partielle
Bélarus	Interdiction totale	Restriction partielle	Restriction partielle	Aucune restriction	Aucune restriction	Restriction partielle	Restriction partielle
Belgique	Interdiction totale	Interdiction totale	Restriction partielle	Restriction partielle	Restriction partielle	Restriction partielle	Interdiction totale
Bosnie-Herzégovine	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale	Restriction partielle	Restriction partielle	Restriction partielle	Interdiction totale
Bulgarie	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale	Restriction partielle	Restriction partielle	Interdiction totale	Interdiction totale
Croatie	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale	Restriction partielle	Restriction partielle	Interdiction totale	Interdiction totale
Danemark	Restriction partielle	Restriction partielle	Restriction partielle	Aucune restriction	Aucune restriction	Restriction partielle	Aucune restriction
Espagne	Interdiction totale	Interdiction totale	Restriction partielle	Aucune restriction	Aucune restriction	Restriction partielle	Interdiction totale
Estonie	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale	Restriction partielle	Restriction partielle	Interdiction totale	Interdiction totale
Ex-République yougoslave de Macédoine	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale	Aucune restriction	Aucune restriction	Interdiction totale	Interdiction totale
Fédération de Russie	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale	Aucune restriction	Aucune restriction	Interdiction totale	Interdiction totale
Finlande	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale	Restriction partielle	Restriction partielle	Interdiction totale	Interdiction totale
France	Restriction partielle	Restriction partielle	Restriction partielle	Restriction partielle	Restriction partielle	Restriction partielle	Restriction partielle
Géorgie	Aucune restriction	Restriction partielle	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction
Grèce	Interdiction totale	Interdiction totale	Restriction partielle	Aucune restriction	Aucune restriction	Restriction partielle	Interdiction totale
Hongrie	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale	Restriction partielle	Restriction partielle	Interdiction totale	Restriction partielle
Irlande	Restriction partielle	Restriction partielle	Restriction partielle	Restriction partielle	Aucune restriction	Restriction partielle	Restriction partielle

Pays	Établissements de santé	Établissements d'enseignement	Services publics	Restaurants	Cafés et bars	Lieux de travail fermés et bureaux	Théâtres et cinémas
Islande	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale	Restriction partielle	Restriction partielle	Interdiction totale	Interdiction totale
Israël	Interdiction totale	Restriction partielle	Interdiction totale	Restriction partielle	Restriction partielle	Interdiction totale	Restriction partielle
Italie	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale	Aucune restriction	Aucune restriction	Restriction partielle	Interdiction totale
Kazakhstan	Restriction partielle	Aucune restriction	Restriction partielle	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction
Kirghizistan	Interdiction totale	Interdiction totale	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Restriction partielle	Aucune restriction
Lettonie	Interdiction totale	Interdiction totale	Restriction partielle	Restriction partielle	Restriction partielle	Restriction partielle	Restriction partielle
Lituanie	Interdiction totale	Interdiction totale	Restriction partielle	Restriction partielle	Aucune restriction	Interdiction totale	Interdiction totale
Luxembourg	Interdiction totale	Interdiction totale	Données non disponibles	Données non disponibles	Données non disponibles	Données non disponibles	Interdiction totale
Malte	Interdiction totale	Restriction partielle	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Restriction partielle
Monaco	Données non disponibles	Données non disponibles	Données non disponibles	Données non disponibles	Données non disponibles	Données non disponibles	Données non disponibles
Norvège	Restriction partielle	Restriction partielle	Restriction partielle	Restriction partielle	Restriction partielle	Restriction partielle	Interdiction totale
Ouzbékistan	Restriction partielle	Restriction partielle	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Restriction partielle
Pays-Bas	Restriction partielle	Restriction partielle	Restriction partielle	Aucune restriction	Aucune restriction	Restriction partielle	Aucune restriction
Pologne	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale	Restriction partielle	Restriction partielle	Interdiction totale	Interdiction totale
Portugal	Restriction partielle	Restriction partielle	Restriction partielle	Aucune restriction	Aucune restriction	Restriction partielle	Interdiction totale
République de Moldova	Interdiction totale	Interdiction totale	Restriction partielle	Restriction partielle	Aucune restriction	Restriction partielle	Restriction partielle
République tchèque	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale	Restriction partielle	Restriction partielle	Interdiction totale	Interdiction totale
Roumanie	Interdiction totale	Interdiction totale	Données non disponibles	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Données non disponibles
Royaume-Uni	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Accord	Accord	Aucune restriction	Aucune restriction
Saint-Marin	Données non disponibles	Données non disponibles	Données non disponibles	Données non disponibles	Données non disponibles	Données non disponibles	Données non disponibles
Slovaquie	Restriction partielle	Interdiction totale	Interdiction totale	Restriction partielle	Restriction partielle	Interdiction totale	Restriction partielle
Slovénie	Interdiction totale	Interdiction totale	Restriction partielle	Restriction partielle	Aucune restriction	Restriction partielle	Interdiction totale
Suède	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale	Restriction partielle	Restriction partielle	Interdiction totale	Interdiction totale
Suisse	Accord	Accord	Restriction partielle	Aucune restriction	Aucune restriction	Restriction partielle	Aucune restriction
Tadjikistan	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction
Turkménistan	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale	Aucune restriction	Aucune restriction	Interdiction totale	Interdiction totale
Turquie	Interdiction totale	Interdiction totale	Interdiction totale	Aucune restriction	Aucune restriction	Restriction partielle	Interdiction totale

Pays	Établissements de santé	Établissements d'enseignement	Services publics	Restaurants	Cafés et bars	Lieux de travail fermés et bureaux	Théâtres et cinémas
Ukraine	Interdiction totale	Interdiction totale	Restriction partielle	Aucune restriction	Aucune restriction	Restriction partielle	Restriction partielle
Yougoslavie	Restriction partielle	Aucune restriction	Aucune restriction	Restriction partielle	Aucune restriction	Restriction partielle	Interdiction totale

Le cadre de travail semble être un lieu public relativement peu réglementé en termes de protection des droits des non-fumeurs. Trente-neuf États membres appliquent actuellement une législation interdisant ou restreignant le tabagisme dans les lieux de travail fermés. Dans la plupart des pays, cependant, les restrictions liées au tabagisme s'expliquent principalement par d'autres raisons – sécurité, qualité de l'air, ventilation et exposition à des substances toxiques ou cancérigènes (comme par exemple les directives de l'Union européenne (30, 31) visant à améliorer la sécurité et la santé sur le lieu de travail). La classification de la fumée de tabac ambiante comme cancérigène par les pays, à l'instar de ce qui a été réalisé au niveau international, pourrait renforcer la réglementation concernant l'interdiction du tabagisme dans les lieux publics. Jusqu'à présent, la Finlande est le seul pays européen à l'avoir fait (en 1999).

La clarification des données recueillies qui a résulté de consultations avec des représentants d'États membres a montré qu'il existe des différences considérables entre pays en ce qui concerne la définition des mesures restrictives et le niveau de leur mise en œuvre. Malheureusement, les données reçues des pays ne mettent pas en évidence toute cette complexité et diversité. Il est reconnu qu'une évaluation plus poussée des politiques relatives à la fumée de tabac ambiante et de leur application est nécessaire, pour pouvoir établir un bilan plus précis dans la Région.

Aide au sevrage tabagique

But du Troisième plan d'action : *D'ici à l'an 2001, tous les pays de la Région européenne devraient avoir institué, à l'intention des agents de soins primaires – médecins, infirmières, pharmaciens et dentistes –, des programmes de formation aux techniques du sevrage tabagique conformément à des normes convenues, ainsi que des mécanismes permettant de contrôler l'impact de ces programmes.*

Résumé

Un grand nombre de pays déclarent former les professionnels de santé aux méthodes de sevrage tabagique, mais il n'existe à ce jour aucune norme régionale convenue et l'on ne dispose d'aucune donnée comparable sur les recommandations utilisées tant pour le sevrage que pour la formation. Depuis l'adoption du Troisième plan d'action, la gamme des produits pharmaceutiques soutenant le sevrage tabagique s'est éteinte et les produits sont de plus en plus disponibles en pharmacie dans la majorité des États membres, même si quelques pays seulement remboursent le coût du traitement, y compris celui assuré en établissement spécialisé.

Les programmes de sevrage tabagique comprennent des conseils dispensés par un professionnel de santé, une consultation d'analyse du comportement et des produits tels que ceux utilisés dans le traitement de substitution nicotinique (TSN) et le bupropion. Les faits montrent qu'une brève

consultation suivie d'un soutien comportemental est efficace, que le recours au TSN accroît le taux de réussite et que ces traitements sont extrêmement rentables (32).

Des interventions visant à promouvoir le sevrage tabagique par la formation de professionnels de santé ou d'étudiants en médecine ont été signalées dans 31 pays de la Région (tableau 9). On dispose cependant de peu d'informations comparables sur le contenu et l'ampleur des formations proposées. L'Allemagne, la France et le Royaume-Uni, par exemple, ont élaboré à l'intention des professionnels de santé des programmes spécifiques de formation au sevrage tabagique. D'autres pays incorporent un module de lutte antitabac à la formation de premier cycle des médecins et des infirmières.

Tableau 9. Interventions de soutien au sevrage tabagique

Pays	Formation des agents de santé et étudiants en médecine	Centres de sevrage	Perm. tél.	Réduc. du coût du traitem.	Pharmacothérapies disponibles	Pharmacothérapies disponibles	
						Uniquement sur ordonnance	En pharmacie sans ordonnance
Albanie	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Allemagne	Oui	Données non disponibles	Oui	Données non disponibles	Oui	Le bupropion et l'inhalateur de nicotine ne sont délivrés que sur ordonnance	Oui
Andorre	Données non disponibles	Oui	Données non disponibles	Données non disponibles	Oui	Données non disponibles	Données non disponibles
Arménie	Oui	Non	Non	Non	Oui	Données non disponibles	Oui
Autriche	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Le bupropion et la nicotine nasale ne sont délivrés que sur ordonnance	Oui
Azerbaïdjan	Données non disponibles	Données non disponibles	Données non disponibles	Données non disponibles	Non	Non	Non
Bélarus	Non	Non	Oui	Non	Oui	Données non disponibles	Oui
Belgique	Données non disponibles	Données non disponibles	Données non disponibles	Données non disponibles	Oui	Le dispositif transdermique à la nicotine et le bupropion ne sont délivrés que sur ordonnance	Non
Bosnie-Herzégovine	Oui	Oui	Oui	Données non disponibles	Oui	Oui	Oui
Bulgarie	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Le bupropion n'est délivré que sur ordonnance	Oui
Croatie	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Données non disponibles	Oui
Danemark	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Le bupropion n'est délivré que sur ordonnance	Oui
Espagne	Oui	Oui	Données non disponibles	Données non disponibles	Oui	Le bupropion n'est délivré que sur ordonnance	Oui
Estonie	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Le bupropion n'est délivré que sur ordonnance	Oui
Ex-République yougoslave de Macédoine	Données non disponibles	Non	Données non disponibles	Non	Oui	Non	Oui
Fédération de Russie	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui
Finlande	Données non disponibles	Oui	Données non disponibles	Données non disponibles	Oui	Le bupropion et l'inhalateur de nicotine ne sont délivrés que sur ordonnance	Oui
France	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui
Géorgie	Données non disponibles	Oui	Oui	Données non disponibles	Oui	Non	Non
Grèce	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui
Hongrie	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Irlande	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	La nicotine nasale, l'inhalateur et le bupropion ne sont délivrés que sur ordonnance	Oui
Islande	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui

Pays	Formation des agents de santé et étudiants en médecine	Centres de sevrage	Perm. tél.	Réduc. du coût du traitem.	Pharmacothérapies disponibles	Pharmacothérapies disponibles	
						Uniquement sur ordonnance	En pharmacie sans ordonnance
Israël	Données non disponibles	Données non disponibles	Données non disponibles	Données non disponibles	Données non disponibles	Données non disponibles	Données non disponibles
Italie	Oui	Données non disponibles	Oui	Données non disponibles	Oui	Le bupropion n'est délivré que sur ordonnance	Oui
Kazakhstan	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Non	Oui
Kirghizistan	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Données non disponibles	Données non disponibles
Lettonie	Oui	Non	Données non disponibles	Non	Oui	Le bupropion n'est délivré que sur ordonnance	Oui
Lituanie	Oui	Oui	Données non disponibles	Non	Oui	Le bupropion n'est délivré que sur ordonnance	Oui
Luxembourg	Données non disponibles	Données non disponibles	Données non disponibles	Données non disponibles	Données non disponibles	Données non disponibles	Données non disponibles
Malte	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Le bupropion n'est délivré que sur ordonnance	Oui
Monaco	Données non disponibles	Données non disponibles	Données non disponibles	Données non disponibles	Données non disponibles	Données non disponibles	Données non disponibles
Norvège	Données non disponibles	Données non disponibles	Données non disponibles	Non	Oui	Le bupropion et la nicotine nasale ne sont délivrés que sur ordonnance	Oui
Ouzbékistan	Données non disponibles	Données non disponibles	Données non disponibles	Données non disponibles	Oui	Non	Oui
Pays-Bas	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Le bupropion n'est délivré que sur ordonnance	Oui
Pologne	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Bupropion ; il est prévu que l'inhalateur ou la nicotine nasale sera disponible en 2002	Oui
Portugal	Non	Oui	Non	Non	Oui	Le bupropion n'est délivré que sur ordonnance	Oui
République de Moldova	Non	Non	Non	Non	Oui	Données non disponibles	Oui
République tchèque	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Le bupropion n'est délivré que sur ordonnance	Oui
Roumanie	Non	Non	Non	Non	Oui	Données non disponibles	Oui
Royaume-Uni	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Le bupropion n'est délivré que sur ordonnance	Oui
Saint-Marin	Données non disponibles	Données non disponibles	Données non disponibles	Données non disponibles	Données non disponibles	Données non disponibles	Données non disponibles
Slovaquie	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Le bupropion n'est délivré que sur ordonnance	Oui
Slovénie	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui
Suède	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Le bupropion et la nicotine nasale ne sont délivrés que sur ordonnance	Oui
Suisse	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Le bupropion et l'inhalateur de nicotine ne sont délivrés que sur ordonnance	Oui
Tadjikistan	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Turkménistan	Données non disponibles	Non	Non	Non	Oui	Non	Oui
Turquie	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Données non disponibles	Oui
Ukraine	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Non	Oui
Yougoslavie	Données non disponibles	Données non disponibles	Données non disponibles	Données non disponibles	Oui	Données non disponibles	Oui

Une situation analogue existe pour ce qui est des recommandations destinées aux professionnels de santé. De nombreux pays signalent l'existence de recommandations, mais on dispose d'informations incomplètes sur la mesure dans laquelle ces recommandations sont fondées sur des données scientifiques et ont été approuvées par des professionnels de santé. Le Royaume-Uni a élaboré des recommandations cliniques qui se fondent sur les données scientifiques existantes et ont été approuvées par un grand nombre d'organisations nationales, dont le Royal College of Physicians, la British Medical Association et le Royal College of Nursing (33).

Des pays ont également signalé que des produits de TSN sont largement disponibles sans ordonnance dans les pharmacies de 40 États membres. Du bupropion et quelques autres produits de TSN sont disponibles uniquement sur ordonnance. S'il existe, cependant, une importante offre de produits, peu de pays ont adopté des mécanismes facilitant l'accès aux traitements pharmacologiques. Le Royaume-Uni et la France remboursent les produits de TSN et le bupropion et d'autres pays ont pris des mesures analogues à titre d'essai, mais la majorité des pays n'ont pas de telle politique.

Trente pays ont signalé l'existence de centres de sevrage tabagique, mais on note une grande diversité des services proposés. En outre, de nombreux centres fonctionnent à titre privé, ce qui signifie que les fumeurs doivent payer pour recevoir un traitement. Au Royaume-Uni et en France, dans le cadre de l'investissement global dans la politique antitabac, d'importants services et centres de sevrage tabagique ont été créés et sont financés par des fonds publics.

Moins de la moitié des pays de la Région (18) ont signalé l'existence d'une permanence téléphonique chargée d'aider les fumeurs à renoncer au tabac.

Éducation, information et opinion publique

But du Troisième plan d'action : *D'ici à l'an 2001, tous les pays de la Région européenne devraient avoir mené dans les médias des campagnes coordonnées et soutenues afin d'inciter la population à appuyer la politique des pouvoirs publics en matière de tabagisme, et mis en œuvre des programmes d'éducation efficaces dans toutes les écoles.*

Résumé

À peine plus d'un tiers des États membres ont mis en œuvre des campagnes d'information coordonnées, durables et tenant compte des spécificités des deux sexes afin de promouvoir la lutte antitabac. La majorité des pays, y compris ceux qui ont récemment adopté une législation plus rigoureuse en matière de lutte antitabac, n'ont toujours pas de stratégie d'information et d'éducation à long terme.

Il est généralement admis que les principaux problèmes d'éducation et d'information rencontrés en matière de lutte antitabac sont : a) comment gagner le soutien de l'opinion publique pour combattre efficacement l'influence de l'industrie du tabac ; b) comment inciter les gens à modifier durablement leur comportement. L'expérience tend à montrer que, sans une information préalable, permanente et intensive, les politiques antitabac perdent leur efficacité, surtout dans les pays où l'industrie du tabac continue de promouvoir ses produits (34).

Dans la plupart des pays de la partie occidentale de la Région, des programmes d'information et d'éducation existaient déjà avant 1997. Pendant la période du Troisième plan d'action, la plupart de ces pays ont mis au point, avec l'aide des pouvoirs publics, des campagnes d'information

visant à dissuader les jeunes et les femmes de fumer, à promouvoir le sevrage tabagique et à soutenir les restrictions imposées au tabagisme dans les lieux publics. Parmi les pays qui ont élaboré et mis en œuvre une telle politique, on peut citer le Danemark, la Finlande, la France, le Royaume-Uni et la Suède.

Dans la partie orientale de la Région, on a commencé à promouvoir la lutte antitabac auprès du public surtout après l'adoption du Troisième plan d'action (à l'exception de la Pologne, où une sensibilisation importante du public a eu lieu au début et au milieu des années 90). Cela s'est fait principalement en introduisant de nouvelles législations et en renforçant les politiques antitabac nationales, puis en lançant un important débat public concernant les différents aspects sanitaires, sociaux et économiques du tabac. Ce débat a accru la sensibilisation du public et stimulé la mobilisation des professionnels de santé et des éducateurs en faveur de la lutte antitabac. Dans le même temps, pour la majorité de ces pays, la célébration de la Journée mondiale sans tabac et la participation au programme « Renoncer, c'est gagner » de l'OMS forment l'essentiel des activités d'information, que complètent d'autres interventions limitées. Plus de 45 pays européens ont participé, au cours de la période 1997–2001, aux campagnes mondiales antitabac de l'OMS et plus de 30 pays ont pris part aux campagnes « Renoncer, c'est gagner » en 1998 et en 2000.

Presque tous les pays de la Région ont signalé avoir mis sur pied des programmes d'éducation en milieu scolaire. On ne dispose cependant pas de données suffisantes sur la mesure dans laquelle ces activités sont intégrées et systématiques, ni sur leur efficacité.

Actions en justice et responsabilité commerciale

Les actions en justice liées au tabac sont un phénomène très récent dans la Région européenne. Pendant la période du Troisième plan d'action, cependant, de nombreux procès ont été intentés aux fins suivantes :

- indemnisation par l'industrie d'individus victimes du tabagisme ou de leur famille (plaintes de fumeurs ou de leur famille et du système de santé) ;
- protection des consommateurs (plaintes d'organisations de consommateurs concernant des pratiques publicitaires ou commerciales illégales ou trompeuses de la part de l'industrie) ;
- protection du droit des non-fumeurs à ne pas être exposés à la fumée de tabac ambiante (plaintes de non-fumeurs ou d'organisations).

D'après les données disponibles, 15 États membres (Allemagne, Belgique, Bosnie-Herzégovine, Espagne, Fédération de Russie, Finlande, France, Irlande, Israël, Italie, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Royaume-Uni et Suède) ont signalé des actions en justice. Les procès en indemnisation intentés par des individus n'ont à ce jour pas abouti. Néanmoins, on relève un nombre croissant de procès où des plaintes hors indemnisation de consommateurs et de non-fumeurs ont abouti à des décisions renforçant l'application de la législation.

Rôle des États membres

Résumé

En 2001, la moitié environ des États membres européens de l'OMS disposent de plans d'action nationaux et trois quarts ont créé des organes de coordination intersectoriels, mais moins de la moitié disposent de ces deux éléments importants d'une politique antitabac globale. Depuis l'adoption du Troisième plan d'action, les progrès ont principalement eu lieu dans la partie orientale de la Région, même si la création de comités de coordination n'a pas toujours été suivie de l'adoption de plans d'action (principalement par manque de temps). L'affectation de fonds suffisants par les gouvernements demeure un facteur essentiel pour garantir la viabilité, la coordination, la surveillance et l'évaluation des programmes nationaux.

Comités de coordination à l'échelon des pays

But du Troisième plan d'action : *D'ici à 1998, des comités de coordination antitabac disposant de moyens financiers suffisants devraient être opérationnels dans tous les États membres.*

Une stratégie multisectorielle et globale est la clé de programmes antitabac nationaux efficaces. Une bonne coordination est par conséquent essentielle. Il est généralement admis que cette coordination passe par la création d'un mécanisme intersectoriel efficace ayant pour élément central un comité de haut niveau doté d'un financement suffisant. La direction de ce comité, qui réunira des représentants des organes gouvernementaux intéressés, reviendra au ministère de la santé.

D'après les données disponibles, 37 États membres ont mis sur pied un comité national de coordination de la lutte antitabac (tableau 10). La moitié de ces comités, créés principalement dans la partie orientale de la Région pendant la période du Troisième plan d'action, restent insuffisamment financés. On notera que deux pays (Hongrie et Italie) ont signalé ne pas avoir créé de comité national de coordination, alors qu'ils ont élaboré un plan d'action national.

Tableau 10. Plans d'action nationaux et organes de coordination

Pays	Plan d'action national antitabac	Fixation de buts précis	Organe national de coordination
Albanie	Non	Non	Non
Allemagne	Non	Non	Non
Andorre	Non	Données non disponibles	Non
Arménie	Oui	Oui	Oui
Autriche	Non	Non	Non
Azerbaïdjan	Oui	Oui	Oui
Bélarus	Non	Non	Oui
Belgique	Non	Non	Non
Bosnie-Herzégovine	Oui	Oui	Oui
Bulgarie	Non	Non	Oui
Croatie	Non	Oui	Oui
Danemark	Oui	Oui	Oui
Espagne	Oui	Oui	Oui
Estonie	Non	Non	Oui

Pays	Plan d'action national antitabac	Fixation de buts précis	Organe national de coordination
Ex-République yougoslave de Macédoine	Oui	Oui	Oui
Fédération de Russie	Oui	Oui	Oui
Finlande	Oui	Oui	Oui
France	Oui	Oui	Oui
Géorgie	Oui	Oui	Oui
Grèce	Non	Non	Oui
Hongrie	Oui	Oui	Non
Irlande	Oui	Oui	Oui
Islande	Oui	Oui	Oui
Israël	Données non disponibles	Données non disponibles	Données non disponibles
Italie	Oui	Oui	Non
Kazakhstan	Non	Non	Oui
Kirghizistan	Non	Oui	Oui
Lettonie	Non	Non	Oui
Lituanie	Oui	Oui	Oui
Luxembourg	Données non disponibles	Données non disponibles	Données non disponibles
Malte	Non	Non	Oui
Monaco	Données non disponibles	Données non disponibles	Données non disponibles
Norvège	Oui	Oui	Oui
Ouzbékistan	Non	Non	Non
Pays-Bas	Oui	Oui	Oui
Pologne	Oui	Oui	Oui
Portugal	Oui	Oui	Oui
République de Moldova	Non	Oui	Oui
République tchèque	Non	Non	Non
Roumanie	Non	Non	Oui
Royaume-Uni	Oui	Oui	Oui
Saint-Marin	Données non disponibles	Données non disponibles	Données non disponibles
Slovaquie	Oui	Oui	Oui
Slovénie	Oui	Oui	Oui
Suède	Oui	Oui	Oui
Suisse	Oui	Non	Oui
Tadjikistan	Non	Non	Oui
Turkménistan	Non	Non	Non
Turquie	Oui	Oui	Oui
Ukraine	Non	Données non disponibles	Oui
Yougoslavie	Oui	Données non disponibles	Oui

Plans d'action à l'échelon des pays

But du Troisième plan d'action : *D'ici à 1999, des plans antitabac disposant de moyens financiers suffisants devraient être élaborés à l'échelon des pays dans tous les États membres, en tenant compte de la nécessité des spécificités liées à l'âge et au sexe à tous les niveaux d'action..*

Vingt-six États membres ont signalé avoir élaboré un plan antitabac doté de buts précis. En outre, certains pays ont incorporé dans d'autres programmes de promotion de la santé des buts se rapportant spécifiquement au tabac. Dans au moins 11 pays (Biélorus, Bulgarie, Croatie, Estonie, Kazakhstan, Kirghizistan, Lettonie, République de Moldova, Roumanie, Tadjikistan et Ukraine) de la partie orientale de la Région où des comités de coordination intersectoriels n'ont été créés que pendant le Troisième plan d'action, des plans nationaux sont encore en cours d'élaboration et d'adoption (tableau 10).

À l'exception de la Finlande, de la France, de la Norvège, de la Pologne, du Royaume-Uni et de la Suède, on ne dispose d'aucune information précise sur la spécificité des plans d'action en ce qui concerne leur viabilité et leur orientation selon le sexe et l'âge. Différentes sources d'information, cependant, donnent à penser que la majorité des pays mettent en œuvre quelques éléments de programmes scolaires, d'interventions de soins primaires et de formation d'enseignants.

Le réseau de coordonnateurs nationaux pour le Plan d'action pour une Europe sans tabac

Le Bureau régional a facilité la création et a assuré le fonctionnement du réseau de coordonnateurs nationaux pour le Plan d'action. Comme la Région entre dans une phase particulièrement active de la lutte antitabac, 47 États membres ont confirmé ou désigné leur coordonnateur national au début de l'année 2001 à la demande du Bureau régional, ce qui donne au réseau un nouvel élan pour la période à venir.

Le réseau constitue un mécanisme et une ressource de plus en plus efficace grâce à ses réunions annuelles, qui permettent d'obtenir des données actualisées par pays et facilitent l'échange régulier d'informations, tout en procédant à des examens et en formulant des recommandations sur les aspects et les produits les plus importants des travaux du Bureau régional sur la lutte antitabac. Le réseau de coordonnateurs nationaux a joué un rôle important dans la création de la base de données européenne de l'OMS sur la lutte antitabac et les profils de pays, ainsi que dans l'élaboration et la rédaction de la Déclaration pour la Conférence ministérielle européenne de l'OMS pour une Europe sans tabac, qui aura lieu à Varsovie en février 2002. Un groupe de coordonnateurs nationaux désignés par le réseau lors de la récente réunion de Ljubljana en décembre 2001, a commencé la rédaction du prochain plan d'action pour une Europe sans tabac, en étroite collaboration avec le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe. Ce projet de plan d'action sera examiné lors de la prochaine réunion des coordonnateurs nationaux, en mai 2002.

Suivi et évaluation

But du Troisième plan d'action : *À compter de 1998, puis tous les deux ans, chaque pays de la Région européenne devrait établir et publier un rapport complet sur la consommation de produits à base de tabac, les dommages causés par ces substances, et la mise en œuvre de sa politique antitabac.*

Il est essentiel de disposer d'un budget suffisant pour réaliser un suivi lorsqu'on évalue les politiques en général et leur impact sur des groupes sociaux et démographiques en particulier. Seuls quelques pays de la Région sont parvenus à mettre sur pied un suivi et une évaluation intégrés des activités antitabac. Cette situation s'explique principalement par l'absence de financement et de méthodes de recherche appropriées. Dans de nombreux pays de la partie orientale de la Région, le problème est également lié au caractère récent de l'élaboration et de l'adoption de politiques globales, ce qui ne permet pas encore de rendre compte de résultats. De ce fait, la plupart des pays ne publient pas encore les rapports biennaux complets sur la lutte antitabac prévus dans le Troisième plan d'action.

Rôle des partenaires internationaux et du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

Comité pour une Europe sans tabac

Le Comité pour une Europe sans tabac (CET) a été créé en 1999, suite à l'adoption, deux ans plus tôt, de la résolution EUR/RC47/R8 par le Comité régional de l'OMS pour l'Europe. Le CET a pour but de prodiguer des conseils et de soutenir activement les aspects internationaux de la politique antitabac de la Région. Il regroupe d'éminents experts et des représentants d'organisations internationales, dont la Commission européenne, la Banque mondiale, l'Union internationale contre le cancer, l'Association européenne des ligues nationales contre le cancer, le Réseau européen pour la prévention du tabagisme et le Réseau international des femmes contre le tabac.

Ces dernières années, l'activité du CET s'est focalisée sur deux aspects essentiels de la politique antitabac internationale : les projets de protocoles à la Convention-cadre et la préparation de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS pour une Europe sans tabac. Le CET a examiné des documents de travail élaborés par ses membres sur les aspects techniques de deux éventuels protocoles à la Convention-cadre, l'un sur la publicité et le parrainage des produits à base de tabac, l'autre sur le traitement de la dépendance tabagique. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe s'est vu confier la responsabilité générale du secrétariat chargé d'élaborer ces protocoles. Le travail sur les protocoles se poursuivra lorsque des recommandations auront été élaborées par l'Organe intergouvernemental de négociation de la Convention-cadre. Le CET fait office de comité directeur international de la Conférence ministérielle de Varsovie, dont il a grandement facilité la préparation en prodiguant des conseils sur ses aspects techniques et internationaux.

Le Comité a également examiné le projet de base de données européenne sur la lutte antitabac et les résultats essentiels de l'évaluation de la mise en œuvre du Troisième plan d'action pour une Europe sans tabac ; par ailleurs, il élabore des recommandations concernant des éléments clés et la préparation du prochain Plan d'action européen (2002–2006). Le CET et le réseau des coordonnateurs nationaux ont estimé qu'il fallait améliorer la coordination entre ces deux structures parallèles pour mener en Europe une action plus efficace conformément aux besoins et politiques des États membres.

Organisations d'intégration et intergouvernementales

Dans la Région européenne, l'action multilatérale contre le tabac passe par les organisations d'intégration et intergouvernementales. Le Troisième plan d'action a souligné le rôle que doivent jouer l'Union européenne et le Conseil de l'Europe dans le soutien de l'action menée dans la Région. Ces dernières années, un autre acteur international important, la Banque mondiale, a considérablement renforcé son action dans le domaine de la lutte antitabac.

Les mesures prises par la Commission européenne visent non seulement à améliorer le fonctionnement du marché intérieur dans les pays membres de l'Union européenne, mais également à garantir un niveau élevé de santé humaine et de protection des consommateurs conformément à l'article 152 du Traité de Maastricht. Pendant la période du Troisième plan d'action, outre son travail sur l'harmonisation de la taxation des produits à base de tabac, la Commission a orienté sa politique de protection de la santé publique vers les jeunes, les fumeurs qui souhaitent arrêter et les non-fumeurs. Les jeunes auraient pu bénéficier de la directive 98/43/CE (qui imposait une

interdiction générale de la publicité et du parrainage du tabac) si celle-ci n'avait été récemment annulée. Les fumeurs devraient bénéficier, grâce à l'adoption de la directive 2001/37/CE (27), d'informations plus complètes sur les produits à base de tabac. En participant, récemment, à la Conférence européenne sur des lieux de travail non-fumeurs (Berlin, 10–11 mai 2001) (35), la Commission a renforcé son soutien à l'action visant à réduire l'exposition des non-fumeurs à la fumée des autres. Une proposition de la Commission, en préparation, vise notamment à améliorer la protection des non-fumeurs contre les effets du tabagisme passif.

Grâce aux déductions opérées sur la prime accordée aux cultivateurs de tabac, la Communauté a financé, dans le cadre du programme « L'Europe contre le cancer », des campagnes d'information sur les dangers liés au tabac et elle a soutenu différents réseaux européens de prévention du tabagisme. Une campagne communautaire triennale de prévention de la dépendance nicotinique chez les adolescents sera lancée en 2002.

Pendant la période du Troisième plan d'action, le processus d'élargissement de l'Union européenne a offert d'importantes occasions de soutenir l'élaboration de politiques antitabac dans la plupart des pays candidats à l'adhésion. Le récent échange de lettres entre la Commission européenne et l'OMS a permis de définir de nouvelles synergies en matière de politique antitabac, notamment en ce qui concerne la prévention du tabagisme chez les enfants et les jeunes.

Le Conseil de l'Europe soutient l'action antitabac dans la Région par ses programmes et ses résolutions destinées aux parlements et gouvernements de ses pays membres. Cette activité pourra avoir un impact très positif dans les mois à venir, lorsque d'importants documents internationaux tels que la Convention-cadre pour la lutte antitabac et le prochain Plan d'action européen aborderont leur phase critique de finalisation et d'adoption. En 2001, la Commission des affaires sociales, sanitaires et familiales de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe a entamé d'importantes auditions sur le tabagisme en coopération avec le Bureau régional de l'OMS, ce qui pourra déboucher sur une collaboration efficace dans l'optique d'une action européenne.

Depuis quelques années, la Banque mondiale intervient de plus en plus, en étroite collaboration avec l'OMS et d'autres organisations internationales, dans le domaine de la lutte antitabac. Tirant parti de l'avantage comparatif qu'elle détient sur les plans de l'économie et du dialogue politique, la Banque centre ses efforts sur l'économie de la lutte antitabac, notamment la taxation, l'impact économique et social (notamment sur les pauvres) des mesures antitabac et la rentabilité des interventions. En 1999, la Banque a publié un rapport (16) analysant et résumant les principaux problèmes économiques et sociaux que pose la lutte antitabac.

Une autre activité a consisté à renforcer les capacités locales de recherche sur l'économie de la lutte antitabac. La Banque mondiale a collaboré avec des chercheurs de plusieurs pays (Estonie, Lettonie, Pologne, Turquie et Ukraine) en vue de renforcer les moyens de recherche appliquée à l'élaboration de politiques, de soutenir la constitution de fonds de recherche, et de fournir un soutien technique et une formation pratique. Des recherches utilisant des données d'enquêtes réalisées auprès des ménages d'Arménie, de Bulgarie, du Kazakhstan et du Tadjikistan sont menées actuellement pour étudier l'impact distributif des politiques antitabac. Étant donné les tendances alarmantes relevées chez les jeunes, la Banque mondiale a analysé, pour la Pologne, la Fédération de Russie et l'Ukraine, les résultats de l'enquête mondiale sur le tabagisme des jeunes réalisée par l'OMS et les CDC.

La lutte antitabac a représenté, ces dernières années, un important volet des projets sanitaires mis en œuvre par la Banque mondiale dans de nombreux pays. Elle analyse notamment l'impact

probable d'une augmentation des taxes sur la consommation de tabac afin de faciliter la fixation de nouvelles taxes plus élevées ; soutient l'élaboration de politiques antitabac ; et met en œuvre des activités de promotion de la santé (information, mobilisation, promotion) et de surveillance. Elle a également évalué, dans le cadre d'un projet pilote, l'efficacité de traitements de sevrage tabagique chez les fumeurs pauvres ; mis au point des instruments permettant d'analyser de façon crédible les problèmes économiques posés par la lutte antitabac ; diffusé à l'échelon mondial les principaux résultats de son rapport de 1999 ; et instauré un dialogue politique avec de hauts responsables nationaux (Région européenne, Hongrie, Kirghizistan, Turquie ; sept pays méditerranéens ont également participé à des réunions de pays et régionales).

Organisations non gouvernementales

Les organisations non gouvernementales (ONG) jouent un rôle essentiel dans l'élaboration de politiques antitabac intégrées aux niveaux national et européen. Assurant le lien entre la société civile et les organes gouvernementaux, elles ont les moyens de mobiliser les individus, les organisations et les réseaux et, ce faisant, de créer une dynamique de changement.

Le Réseau européen pour la prévention du tabagisme (REPT) a pour but d'élaborer une stratégie d'action coordonnée entre les organisations spécialisées dans la lutte antitabac en Europe. Le Réseau, qui bénéficie d'un soutien financier de la Commission européenne, regroupe des alliances nationales mettant en œuvre des activités de prévention du tabagisme dans les 15 pays membres de l'Union européenne et des réseaux spécialisés intervenant au niveau européen. Des alliances nationales ont également été instituées en Estonie, en Hongrie, en Islande, en Norvège, en Pologne et en République tchèque. Le Réseau a pour objectifs de promouvoir et de faciliter l'action des alliances nationales, de partager des informations et des données d'expérience entre les membres du Réseau, et d'élaborer une stratégie coordonnée d'action des ONG. Le Réseau participe à la coordination de projets antitabac financés par l'Union européenne et permet à l'OMS et à d'autres organisations internationales de mieux connaître les politiques nationales.

L'Union internationale contre le cancer (UICC) est un autre acteur et partenaire important de l'OMS dans le mouvement des ONG. Elle place nettement l'accent sur la recherche et, partant, sur la lutte antitabac. Grâce à son bureau de liaison à Bruxelles, l'UICC a fait campagne activement pour l'adoption de directives européennes et a encouragé l'adoption de politiques efficaces relatives à la taxation, à la contrebande de cigarettes et à d'autres aspects de la lutte antitabac. L'UICC héberge GLOBALink, outil de communication Internet de plus en plus populaire auprès du mouvement antitabac international. Ce service dispose d'une importante bibliothèque et offre un accès rapide aux plus éminents spécialistes de tous les domaines de la lutte antitabac.

Le Réseau international des femmes contre le tabac soutient et rassemble les femmes dans le cadre d'actions visant à prévenir le tabagisme chez les femmes. Depuis cinq ans, il se fixe pour objectifs de favoriser la communication et l'échange d'informations, de dégager un consensus autour d'une stratégie antitabac axée sur les femmes, et de sensibiliser l'opinion à la lutte antitabac chez les femmes d'Europe. Dans le cadre de sa collaboration avec l'OMS, le Réseau a récemment participé à des réunions consacrées à la réglementation de la dépendance tabagique et des produits de traitement, ainsi qu'à l'épidémie de tabagisme chez les femmes et les jeunes. Il a contribué à une récente publication de l'OMS (36) et rédigé un important rapport contenant des recommandations destinées à divers organismes et réseaux féminins de lutte antitabac.

Le Réseau européen jeunes et tabac contribue à réduire le tabagisme chez les jeunes en favorisant, à l'échelon européen, la collaboration, l'échange d'information et l'élaboration de programmes. Le Réseau favorise la collaboration à différents niveaux : organisations internationales (Union européenne, OMS), pays européens et, surtout, autres ONG. On citera, à titre d'exemple, le concours européen « Classes non-fumeurs », qui est le plus important programme de prévention du tabagisme mis en œuvre dans la Région. Il a été organisé pour la première fois en 1997/1998 (dans sept pays). Depuis, le nombre de participants a augmenté ; en 2000/2001, 15 pays européens ont mis en œuvre le programme, associant 14 800 classes et quelque 370 000 écoliers.

L'Association européenne des ligues nationales contre le cancer, qui regroupe 40 associations européennes de lutte contre le cancer, a poursuivi son action antitabac entre 1997 et 2001. En collaboration avec l'UICC, l'Association a créé un bureau de liaison auprès de l'Union européenne à Bruxelles, pour favoriser l'adoption de dispositions législatives efficaces antitabac et coordonner les différentes campagnes de lutte contre le tabagisme. Ses membres ont fait pression, aux niveaux national et européen, pour que soit adoptée la directive interdisant la publicité et la promotion du tabac. L'Association a notamment envoyé aux responsables politiques et aux médias un grand nombre de lettres signées de chercheurs, de médecins et de non-spécialistes, publié des rapports étayant la directive, sensibilisé les médias et mobilisé les réseaux de consommateurs et d'associations confessionnelles et professionnelles. Une action similaire a été menée en faveur de la directive relative à la réglementation des produits à base de tabac. L'Association a également promu la Convention-cadre et la Journée mondiale sans tabac.

Des organisations non gouvernementales œuvrent dans l'ensemble de la Région avec l'OMS pour concevoir de solides politiques antitabac. Le mouvement antitabac mené par les ONG, cependant, reste relativement faible dans de nombreux des États membres, en particulier dans la partie orientale de la Région. Des ONG et réseaux internationaux expérimentés sont en mesure de susciter des alliances plus vigoureuses d'ONG nationales en faveur de la lutte antitabac dans ces pays. Cet effort de constitution d'alliances joue un rôle important dans l'adoption et l'application de dispositions législatives plus vigoureuses, des directives de l'Union européenne sur la réglementation de la publicité et du tabac, et la future Convention-cadre pour la lutte antitabac.

Professions de santé

Les associations de professionnels de santé ont été les premières à mobiliser leurs membres et à promouvoir efficacement une politique antitabac. Pendant la période du Troisième plan d'action, elles ont continué d'agir par l'intermédiaire de leurs forums européens professionnels spécifiques en collaboration officielle avec l'OMS. Elles ont pris d'importantes mesures pour soutenir le sevrage tabagique chez leurs membres.

Le Forum européen des associations de médecins et de l'OMS, en collaboration avec la British Medical Association et d'autres associations nationales de médecins et avec le soutien de la Commission européenne, a institué le premier Centre d'information sur la lutte antitabac. Le Centre fournit des informations pertinentes et coordonne l'action antitabac, associant les associations nationales de médecins et leurs membres. Il a testé et élaboré des enquêtes épidémiologiques sur le tabagisme des médecins dans 26 pays et publié, à l'intention des associations nationales de médecins, un manuel complet de lutte antitabac intitulé *Doctors and tobacco – Medicine's big challenge* (37). Il a également soutenu la politique antitabac du Forum en présentant des données scientifiques lors des auditions publiques sur la Convention-cadre organisées par l'OMS et en coordonnant la rédaction d'une lettre adressée par les 15 associations nationales de médecins de l'Union européenne aux députés européens à l'appui de la directive

relative à la publicité pour le tabac. Le Forum a soutenu les recommandations européennes de l'OMS concernant un traitement de la dépendance tabagique fondé sur des données scientifiques, que plusieurs associations nationales de médecins ont déjà publiées. La question du tabagisme est régulièrement inscrite au programme du Forum, qui a adopté des déclarations officielles sur la volonté des associations nationales de médecins de réduire la morbidité et la mortalité liées aux maladies provoquées par le tabac ; d'interdire la publicité ; de promouvoir l'instauration de lieux de santé, de vols, d'aéroports et d'autres endroits non-fumeurs ; de promouvoir l'éducation sur les dangers du tabac ; et de faciliter le sevrage tabagique.

Le Forum EuroPharm des associations nationales de pharmaciens et de l'OMS a soutenu des activités de sevrage tabagique dans la plupart des 15 pays membres de l'Union européenne. Les efforts visant à inciter les membres des associations à adopter un comportement professionnel non-fumeur ont donné des résultats encourageants ; les conclusions récentes d'une enquête menée dans les pays membres de l'Union européenne font apparaître une évolution favorable par rapport à 1992. Un protocole révisé intitulé *Pharmacists and action on tobacco* a été publié en 1999 (38) pour aider et informer les associations de pharmaciens de façon qu'elles puissent mener des actions coordonnées à l'échelon national. Pour accroître la mobilisation des professionnels au niveau national, des informations régulières sur la lutte antitabac sont diffusées dans le Flash d'information et le Bulletin du Forum EuroPharm.

Les professions de santé (associations de médecins, de pharmaciens et d'infirmières) ont lancé en Finlande et au Royaume-Uni un projet pilote sur l'élaboration de programmes coordonnés et multidisciplinaires. L'expérience finlandaise a été concluante et pourra, on l'espère, être appliquée ailleurs. Les Forums participent également aux diverses activités mises en œuvre dans le cadre du projet de Partenariat européen de réduction de la dépendance tabagique.

Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a contribué activement dans la mise en œuvre du Troisième plan d'action, le programme « Une Europe sans tabac » dirigeant la mise en œuvre et la coordination des activités menées tant avec les États membres et les partenaires internationaux qu'au sein du Bureau.

En 2001, la Région européenne a été la première région de l'OMS à lancer une version régionale du système de surveillance de la lutte antitabac prévu à l'échelon mondial. Ce système offrira une structure normalisée et fiable permettant de suivre et d'évaluer l'évolution de la lutte antitabac dans et entre les pays et de communiquer ces informations aux décideurs, aux administrateurs de programmes antitabac, aux chercheurs et aux partenaires internationaux. La base de données européenne de l'OMS sur les activités antitabac, produit régional indispensable au système de surveillance, a été constituée à la fin de 2001. Elle contient des informations complètes sur le tabagisme et l'action menée par 48 États membres et sera actualisée régulièrement. Des profils antitabac européens, établis à partir de la base de données et prêts à être publiés à la fin de 2001, pourront servir de source unique d'information aux États membres et aux partenaires internationaux pour l'élaboration, dans un avenir proche, de plans d'action régionaux et nationaux. La base de données et les profils de pays aideront aussi les autorités nationales à évaluer de façon critique leur propre situation en matière de lutte antitabac par rapport à l'expérience d'autres pays, traduisant les « enseignements tirés » en améliorations concrètes de leur politique antitabac.

Ces dernières années, le Bureau régional a préparé la Conférence ministérielle de l'OMS pour une Europe sans tabac, qui se tiendra à Varsovie en février 2002 et marquera un tournant de la lutte antitabac menée en Europe. La Conférence ministérielle mobilisera les responsables politiques en faveur de la Convention-cadre pour la lutte antitabac et du prochain Plan d'action pour une Europe sans tabac, et renforcera les partenariats conclus en Europe pour élaborer des politiques antitabac coordonnées et intégrées.

Le Bureau régional a collaboré activement avec les États membres, en particulier ceux de la partie orientale de la Région, pour les aider à renforcer et à suivre la mise en œuvre de leur politique antitabac. Trois conférences et réunions sous-régionales pour les républiques d'Asie centrale, la Communauté des États indépendants et les pays Baltes (2000–2001) et la Conférence sur les jeunes et le tabac dans les pays d'Europe centrale et orientale (Budapest, 2000) ont facilité la coordination interpays en matière de lutte antitabac. Le Bureau régional a accordé une attention particulière à la facilitation de la coopération interpays au cours du processus de négociation de la Convention-cadre pour la lutte antitabac.

Plusieurs projets de pays sont élaborés actuellement par l'OMS pour soutenir différents volets des politiques antitabac nationales (protection des jeunes contre le tabac en Ukraine ; protection contre la fumée de tabac ambiante en Lettonie et en Pologne). Trois pays de la Région (Fédération de Russie, Pologne et Ukraine) ont réalisé l'enquête mondiale sur le tabagisme des jeunes ; six autres (Bulgarie, Géorgie, Lettonie, Lituanie, République tchèque et Turquie) ont convenu de le faire très prochainement. À cet effet, leurs chercheurs ont reçu une formation au Siège de l'OMS. Le Bureau régional de l'Europe a soutenu ces activités et plusieurs autres par des missions et par l'échange régulier d'informations. Le Bureau régional a également coordonné et soutenu les campagnes annuelles de la Journée mondiale sans tabac dans la très grande majorité des États membres.

Le projet de Partenariat européen de réduction de la dépendance tabagique a été lancé par l'OMS en 1999 pour une période initiale de trois ans en vue de réduire la mortalité et la morbidité liées au tabac chez les fumeurs dépendants. Les partenaires sont notamment des organisations gouvernementales et non gouvernementales internationales, européennes et nationales, des représentants d'organisations professionnelles et scientifiques, des conseillers indépendants et le secteur pharmaceutique. Le projet porte sur l'action menée aux niveaux européen et de certains pays cibles – l'Allemagne, la France, la Pologne et le Royaume-Uni, rejoints en 2001 par la République tchèque. Au cours de ces trois années, le projet a produit plusieurs instruments visant à améliorer le traitement de la dépendance tabagique : des questions et une méthode d'enquête recommandées par l'OMS pour détecter chez les fumeurs une intention de changer ; des recommandations concernant les meilleures pratiques et un guide de réglementation des produits de traitement de la dépendance tabagique ; une analyse de la réglementation actuelle des produits à base de tabac en Europe ; des recommandations concernant la mise en œuvre d'une politique antitabac sur le lieu de travail ; des recommandations concernant le traitement de la dépendance tabagique ; un avis juridique concernant l'obligation contractuelle de fournir un traitement de la dépendance tabagique ; le dossier d'information « Helping smokers change » ; et des affiches incitant les fumeurs à renoncer au tabac (œuvres d'art commandées devant être affichées dans les établissements de soins primaires et les pharmacies). Dans le cadre de ce projet, le Bureau régional a conclu avec la Société de recherche sur la nicotine et le tabac (SRNT) un partenariat visant à publier, sur Internet, une base de données – Treatobacco.net – décrivant les traitements existants. Le Bureau régional a également produit, avec les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis, deux vidéos de qualité : l'une expliquant aux fumeurs l'intérêt de renoncer au tabac, l'autre la façon de procéder.

Outre le programme « Une Europe sans tabac », plusieurs programmes du Bureau régional ont contribué à la mise en œuvre du Troisième plan d'action.

Le Programme d'intervention intégré à l'échelle d'un pays contre les maladies non transmissibles (CINDI) a organisé trois enquêtes, qui ont porté sur la prévalence du tabagisme chez les adultes, les jeunes et les professionnels de santé, ainsi que sur les politiques et les interventions en matière de lutte contre le tabagisme dans les pays CINDI. Plusieurs programmes nationaux et locaux sur le tabagisme des professionnels de santé et des jeunes ont été organisés de 1997 à 2000.

Le programme (CINDI) a largement coopéré avec l'Institut national finlandais de santé publique (KTL) dans le cadre du projet international « Renoncer, c'est gagner », projet de sevrage tabagique de plus en plus populaire. Ce dernier a été lancé en 1994 avec la participation de 13 pays. La troisième campagne (1998) a rassemblé plus de 200 000 participants de 48 pays du monde entier, dont 31 pays et 91 000 participants de la Région européenne de l'OMS. Le nombre de participant de la Région européenne a presque doublé en 2000 (173 000) par rapport à la précédente compétition (Renoncer, c'est gagner), mais le nombre de pays organisant la campagne n'a pratiquement pas changé (33) ; en d'autres termes les campagnes ont mieux réussi à recruter des fumeurs. Des travaux de recherche montrent que le taux d'abandon du tabac résultant des campagnes « Renoncer, c'est gagner » restent approximativement constant (15–25%), quel que soit le nombre de participants à la compétition. Les pays européens qui ont participé à la dernière compétition étaient l'Allemagne, le Bélarus, la Belgique, la Bosnie-Herzégovine, la Bulgarie, la Croatie, le Danemark, l'Espagne, l'Estonie, la Fédération de Russie, la Finlande, la France, la Géorgie, la Grèce, la Hongrie, Israël, l'Italie, le Kazakhstan, le Kirghizistan, la Lettonie, la Lituanie, Malte, la Pologne, le Portugal, la République tchèque, la Roumanie, le Royaume-Uni, la Slovaquie, la Slovénie, la Suisse, le Turkménistan, l'Ukraine et la Yougoslavie.

La lutte antitabac est l'une des priorités du programme Villes-santé du Bureau régional depuis la création de ce programme. Au cours de la phase actuelle (1997–2001), les villes-santé ont été spécifiquement priées d'élaborer et de mettre en œuvre une stratégie antitabac. Les progrès de la lutte antitabac ont été évalués en 1997/1998 et une nouvelle évaluation aura lieu en 2001/2002. Lors de la dernière évaluation, la majorité des villes avaient mis sur pied des programmes d'éducation et de prévention du tabagisme ; des programmes de sevrage tabagique ; des programmes visant spécifiquement les enfants et les jeunes ; et des politiques (locales ou nationales) d'instauration de lieux publics non-fumeurs. En 1998, 25% des villes-santé étaient parvenues à interdire au niveau municipal la publicité pour le tabac. Certaines villes ont institué des groupes directeurs intersectoriels chargés de coordonner les activités et de lier les programmes ou stratégies anti-tabac aux autres stratégies, plans et programmes municipaux. Lorsqu'elles existent, la majorité des politiques antitabac accordent la priorité aux enfants, aux jeunes et aux femmes tout en plaçant l'accent sur l'équité. Il a été jugé qu'il serait nécessaire, à l'avenir, de mettre au point des systèmes de surveillance de la prévalence du tabagisme et du comportement des fumeurs ainsi qu'un mécanisme de publication d'informations.

Le réseau européen Écoles-santé, projet tripartite lancé par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, la Commission européenne et le Conseil de l'Europe, vise l'un des principaux déterminants de la santé : l'éducation. Les écoles participant ou associées à ce réseau abordent l'éducation sur le tabac sous plusieurs angles. Leurs activités donnent aujourd'hui de bons résultats pour ce qui est de retarder le début du tabagisme et de faciliter le sevrage. La méthode utilisée consiste à planifier le programme en rassemblant des données, à mettre en œuvre un programme intégré, et à suivre et évaluer ce programme. On notera que l'éducation sur le tabac se présente davantage comme une activité de promotion de l'absence de tabagisme que comme un combat

contre le tabac. Dans le cadre du programme, les écoles-santé s'efforcent de créer un environnement scolaire sûr et favorable à la santé ; d'inciter en permanence les adultes à renoncer au tabac ; et de développer les compétences et connaissances grâce à un programme d'éducation sanitaire. Les écoles-santé lient également le thème spécifique du tabagisme à des questions plus générales telles que la promotion de la santé mentale, l'éveil à la vie et la prévention de la consommation d'autres substances.

Au cours de la décennie écoulée, le projet Hôpitaux-santé de l'OMS, qui ne réunissait initialement que 20 hôpitaux d'un certain nombre de pays, est devenu un mouvement européen s'étendant à 500 hôpitaux situés dans 21 pays de la Région européenne de l'OMS. En ce qui concerne l'augmentation de la prévalence de maladies chroniques liées au tabagisme, les programmes d'éducation pour la santé et d'arrêt du tabac réalisés dans des hôpitaux peuvent avoir des effets importants en matière de santé publique. Pour les patients connaissant une période de mauvaise santé, il s'est avéré que les conseils de professionnels de santé étaient capables de changer le comportement en matière de tabagisme. Les hôpitaux doivent offrir un cadre sans tabac et fournir fréquemment des informations précises sur les effets du tabagisme et proposer des programmes d'arrêt du tabac à leur personnel (64 projets), aux patients (59 projets) et à la population locale qu'ils desservent (42 projets). Dans de nombreux pays, on a mis en place des réseaux nationaux ou régionaux pour favoriser le développement du projet d'Hôpitaux-santé, en tenant compte des besoins particuliers propres au contexte de chaque système de santé. Des réseaux nationaux ou régionaux d'Hôpitaux-santé existent en Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Danemark, Estonie, Fédération de Russie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Italie, Lituanie, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Royaume-Uni, Slovaquie, Suède et Suisse.

Le Centre européen de l'environnement et de la santé de l'OMS, à Rome, a commencé l'exécution d'un projet intitulé « Lutte contre la pollution par la fumée de tabac : création d'environnements sains et sûrs pour les enfants » dans deux « pays modèles », la Lettonie et la Pologne, en collaboration avec le Siège de l'OMS et des organismes partenaires aux États-Unis. Ce projet vise à sensibiliser les professionnels de santé, les parents et le grand public aux conséquences graves que l'exposition des enfants à la fumée de tabac ambiante représente pour les enfants, et a augmenté le nombre de lieux publics et de foyers sans fumée, en particulier là où des enfants sont présents. Les secteurs visés sont notamment les organismes publics, les notables locaux, l'Église, la police, les médecins, les infirmières, les agents de santé, les mouvements de jeunesse, les médias, les enseignants et les organisations de patients.

Autres évolutions

Convention-cadre pour la lutte antitabac

Le 24 mai 1999, l'organe directeur de l'Organisation mondiale de la santé, l'Assemblée mondiale de la santé, a ouvert la voie à des négociations multilatérales concernant un ensemble de règles qui limiteraient la progression et la propagation du tabac et des produits à base de tabac dans le monde au XXI^e siècle. Les 191 États composant l'Assemblée de la santé ont soutenu à l'unanimité une résolution (WHA52.18) appelant à entreprendre l'élaboration de la Convention-cadre pour la lutte antitabac (CCLAT). Des représentants de 50 pays – un record – sont intervenus pour promettre un soutien financier et politique à la Convention.

C'est la première fois que l'OMS utilise le mandat qui lui est imparti par sa Constitution pour faciliter l'élaboration d'une convention internationale. La CCLAT sera un instrument juridique international qui limitera la propagation du tabac et des produits à base de tabac dans le monde. Avec ses protocoles éventuels, elle complétera, au niveau mondial, l'action menée aux niveaux national et local. Par ailleurs, elle soutiendra et stimulera l'action menée par les États membres qui souhaitent renforcer leur politique antitabac.

Le Groupe de travail chargé de la CCLAT a tenu deux réunions qui, ensemble, ont rassemblé des participants d'un grand nombre de secteurs, dont des représentants de 153 États membres (soit 95% de la population mondiale) et de la Commission européenne ainsi que des organisations du système des Nations Unies et d'autres organisations intergouvernementales et non gouvernementales.

En mai 2000, l'Assemblée mondiale de la santé a adopté à l'unanimité la résolution WHA53.16 lançant officiellement les négociations politiques ; celles-ci ont débuté du 16 au 21 octobre 2000 à Genève (Suisse). À la première session, les États membres ont élu M. Amorim, ambassadeur du Brésil, président de l'Organe intergouvernemental de négociation (OIN) ainsi que des vice-présidents (Afrique du Sud, Australie, États-Unis, Inde, Iran et Turquie) représentant les six régions de l'OMS. Deux autres sessions de l'Organe tenues en 2001 ont donné lieu à d'importants progrès vers la Convention-cadre. Le texte du président et les documents de travail du coprésident servent maintenant de base à la poursuite des négociations. Mai 2003 est la date fixée pour l'adoption de ce premier traité sanitaire international par l'Assemblée mondiale de la santé.

La Région européenne de l'OMS a participé activement aux négociations de la CCLAT. Des délégations plus de 40 États membres et de la Commission européenne ont participé aux deuxième et troisième sessions de l'OIN, qui ont eu lieu en avril-mai et en novembre 2001. Des consultations régionales organisées avant et pendant les sessions de l'OIN favorisent la coopération interpays pendant les négociations. Plusieurs États membres ont également lancé, en coopération avec le Bureau régional, un processus de coordination et de consolidation sous-régionales des positions en vue de la Convention-cadre. Une réunion tenue à Moscou en septembre 2001 a ouvert la voie à l'adoption, par 11 pays de la CEI, d'une approche commune du « texte de négociation » de la CCLAT. Une réunion similaire des trois pays Baltes a été organisée à Tallinn (Estonie) en novembre 2001. Par ailleurs, un groupe de pays représentant différentes parties de la Région devraient avoir entamé des discussions sur la création éventuelle d'un forum européen qui facilitera la coordination interpays aux fins de la CCLAT. Enfin, un groupe de rédaction désigné par des représentants de tous les États membres européens a élaboré un projet de Déclaration de Varsovie appelant l'Europe à jouer un rôle moteur dans l'adoption

d'une solide Convention-cadre. Ce projet de Déclaration sera présenté en vue de son adoption à la Conférence ministérielle européenne de l'OMS pour une Europe sans tabac (février 2002).

La tactique de l'industrie du tabac

Pour protéger leur marché, les fabricants de cigarettes opposent, depuis le début des années 50, une résistance de plus en plus vigoureuse à toute réglementation justifiée par la défense de la santé publique. Dans la Région européenne, où la prévalence du tabagisme se stabilise, l'industrie du tabac mise désormais gros sur le renouvellement de la génération des fumeurs. Recruter de nouveaux fumeurs, en particulier chez les jeunes, et convaincre les gens que le tabagisme est socialement acceptable alors que la demande d'environnements non-fumeurs croît rapidement – tels ont été pendant toute la période du Troisième plan d'action les principaux objectifs de l'industrie.

Les méthodes mises au point et coordonnées dans la Région par les entreprises transnationales consistent notamment à nier les faits scientifiques, à exercer des pressions, à tenter d'influencer le public, à pratiquer la corruption et la propagande électorale, et à intenter des procès (39). La façon dont ces différents éléments se combinent au niveau national dépend de l'ampleur de la politique antitabac menée par chaque pays.

Dans les pays où la lutte antitabac demeure faible et où le débat public sur les effets nocifs du tabagisme n'en est qu'à ses premiers stades, l'industrie se concentre sur l'éventail le plus large possible de cibles (faiseurs d'opinion, médias, public, dirigeants, fonctionnaires, etc.). En règle générale, après avoir investi et pénétré les marchés nationaux, l'industrie crée la confusion afin de retarder l'action publique et de réduire l'efficacité des réglementations projetées. Dans les nouveaux États indépendants et les pays d'Europe du sud-est, par exemple, l'industrie s'est lancée dans l'« éducation des jeunes en matière de tabagisme » en proposant de financer et d'élaborer des campagnes d'information visant à dissuader les mineurs de fumer, cela afin d'éviter une limitation rigoureuse de la publicité. Une autre tactique fréquemment utilisée dans ces pays consiste à déplacer le débat du champ de la santé publique vers d'autres questions. Dans les pays qui disposent de mécanismes antitabac plus perfectionnés, l'industrie a prévu de commander davantage d'études pseudo-scientifiques sur le coût social du tabagisme. Après la récente diffusion de tels « résultats » fondés, en particulier, sur une étude réalisée en République tchèque, l'industrie a dû admettre la caractère socialement inacceptable de la méthode utilisée et des conclusions obtenues.

Dans la partie occidentale de la Région, où les restrictions du tabagisme sont le plus concentrées, l'accent est placé sur la réglementation excessive, par les États, de la façon dont les gens mènent leur vie. En utilisant les médias et en finançant des études, l'industrie encourage un débat trompeur suggérant que la réglementation des comportements personnels par les gouvernements équivaut à une restriction des libertés individuelles. L'industrie dénonce également l'augmentation des taxes et le poids de la bureaucratie. Ces dernières années, afin de préserver ce qui reste d'acceptation du tabagisme par la société, elle a constamment nié les données scientifiques prouvant la nocivité du tabagisme passif et de l'exposition à la fumée de tabac ambiante. De surcroît – et souvent avec la complicité du secteur de l'hôtellerie et de la restauration, les fabricants de tabac ont fondé des soi-disant mouvements de fumeurs et lancé des campagnes destinées à promouvoir, auprès du public, la tolérance mutuelle.

Au niveau international, la tactique commune des fabricants transnationaux a consisté à contester les restrictions imposées à l'offre de produits à base de tabac, principalement celles liées à la

publicité et à la taxation. L'industrie a ainsi contesté avec succès la directive de l'Union européenne imposant une interdiction totale de la publicité directe et indirecte qui devait être appliquée dans les 15 pays membres de l'Union et, dans un avenir proche, dans les pays candidats à l'adhésion. Elle a également adopté une position commune pour limiter l'impact de l'augmentation proportionnelle des taxes en introduisant des produits moins chers, voire en réduisant le prix des produits existants. En ce qui concerne la contrebande et la perte de recettes pour les gouvernements, les informations rassemblées dans différents États membres montrent que les fabricants adoptent, pour ce qui est de la surveillance de l'exportation de leurs produits, une attitude passive. La Commission européenne et certains pays ont, à ce sujet, engagé des poursuites judiciaires contre les fabricants de tabac.

Les négociations sur la Convention-cadre pour la lutte antitabac ont déjà fait l'objet d'attaques de la part des fabricants de tabac. Dans la Région européenne, elles appellent en particulier à un dialogue où elles tenteront de démontrer qu'elles sont des entreprises responsables. Leur objectif est d'instaurer n'importe quel type de débat avec des institutions et des individus respectés, et de promouvoir de telles rencontres au moyen des médias et des faiseurs d'opinion.

Conclusion

Le Troisième plan d'action pour une Europe sans tabac a fixé des objectifs fondamentaux de renforcement du mouvement européen visant à réduire le tabagisme, à promouvoir la santé, à améliorer l'économie et à protéger le public contre les activités de l'industrie du tabac. La période du Troisième plan d'action a donné lieu à des progrès partiels dans la plupart des États membres, progrès qui auraient pu être plus importants si l'industrie transnationale du tabac n'avait adopté une contre-politique de plus en plus agressive – autre caractéristique importante de la période en question.

La prévalence du tabagisme ne semble pas clairement diminuer dans la population adulte et elle se stabilise ou augmente chez les jeunes. Le principal changement, dans le domaine politique, a eu lieu dans la partie orientale de la Région. La plupart des pays d'Europe centrale et orientale ont adopté une législation antitabac ou renforcé celle existante ; nombre d'entre eux ont obtenu des résultats en appliquant de nouvelles politiques, notamment en matière de taxation, de publicité et de protection des droits des non-fumeurs. Récemment, de nombreux pays de la Communauté des États indépendants ont également promulgué des lois plus rigoureuses et renforcé leur position et leur coordination dans le cadre de l'action internationale menée contre le tabac, notamment de la Convention-cadre. En Europe occidentale, où d'importants programmes antitabac ont été mis en œuvre avant l'adoption du Troisième plan d'action, les principaux changements ont été la mise en application des lois et règlements existants et l'adoption de la récente directive de l'Union européenne relative à la réglementation des produits qui, de par son champ d'application, pourra avoir un impact positif dans l'ensemble de la Région. Quelques pays occidentaux ont récemment adopté une législation plus rigoureuse, surtout en matière de publicité, de limite d'âge et de création d'environnements non-fumeurs.

On notera qu'aucun but particulier du Troisième plan d'action n'a été atteint par tous les États membres. Dans leur immense majorité, cependant, les pays ont atteint les buts fixés dans certains domaines (restriction du tabagisme dans les lieux publics et sur le lieu de travail, élaboration de plans d'action et d'organes de coordination nationaux), seuls quelques-uns atteignant ceux fixés dans d'autres domaines (réglementation des produits, taxation, interdiction de la publicité).

L'évaluation fait également apparaître des faiblesses critiques dans la mise en œuvre des politiques antitabac dans la Région. Au niveau national, le manque d'intégration des programmes, la pénurie de fonds, le suivi insuffisant de la consommation de tabac de certains groupes sociaux et démographiques, et le manque d'information et de soutien continuent d'entraver la mise en œuvre de politiques efficaces et durables. Au niveau international, les principaux défis demeurent la normalisation de la surveillance, la lutte contre la contrebande, la réglementation de la publicité transfrontalière et la coordination de l'action visant à déjouer les tactiques de l'industrie du tabac.

Nombre de ces défis avaient déjà été recensés lors de l'évaluation des plans d'action européens précédents. Pour les relever de manière satisfaisante, il faudra tirer les enseignements de l'expérience et trouver des solutions innovantes.

Telle est l'approche qui devra prévaloir lors de la planification de l'action régionale future et, en particulier, lors de l'élaboration du prochain Plan d'action pour une Europe sans tabac.

Références

1. Résolution EUR/RC47/R8. *In: Rapport de la quarante-septième session du Comité régional de l’OMS pour l’Europe*. Copenhague, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, 1997 (document EUR/RC47/REC1).
2. HARKIN, A.-M. ET AL. *Smoking, drinking and drug taking in the European Region*. Copenhague, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, 1997.
3. Résolution EUR/RC37/R9. *In: Rapport de la trente-septième session du Comité régional de l’OMS pour l’Europe*. Copenhague, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, 1987.
4. *Plan d’action contre le tabagisme : troisième bilan*. Copenhague, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, 1991 (document EUR/RC41/11).
5. PETO, R. ET AL. *Mortality from smoking in developed countries 1950–2000*. Oxford, Oxford University Press, 1994.
6. Résolution EUR/RC42/R2. *In: Rapport de la quarante-deuxième session du Comité régional de l’OMS pour l’Europe*. Copenhague, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, 1992 (document EUR/RC42/REC1).
7. *Évaluation des premier et deuxième plans d’action pour une Europe sans tabac*. Copenhague, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, 1997 (document EUR/RC47/12, annexe 1).
8. *Enquête régionale sur le tabac en Europe*. Copenhague, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, 2001 (<http://cisid.who.dk/tobacco/RegionalSurvey.asp>, 2 novembre 2001).
9. *SANTÉ 21: la politique-cadre de la santé pour tous pour la Région européenne de l’OMS*. Copenhague, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, 1999 (Série européenne de la Santé pour tous, n° 6).
10. WARREN, C.W. ET AL. Tobacco use by youth: a surveillance report from the Global Youth Tobacco Survey Project. *Bulletin of the World Health Organization*, **78**(7): 868–876 (2000).
11. *The 1999 ESPAD Report et The 1995 ESPAD Report*. Stockholm. Conseil suédois pour l’information sur l’alcool et d’autres drogues (CAN), 2000. (<http://www.can.se>, 2 novembre 2001).
12. CURRIE, C. ET AL. EDS. *Health and health behaviour among young people*. Copenhague, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, 1999 (Health Policy for Children and Adolescents Series, No. 1).
13. *Pauvreté et santé : données disponibles et action menée dans la Région européenne de l’OMS*. Copenhague, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, 2001 (document EUR/RC51/8).
14. ALIAGA, C. *Le tabac: vingt ans d’usage et de consommation*. Paris, INSEE Première, No 808 (2001).
15. *Base de données de la Santé pour tous*. Copenhague, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, 2001 (<http://www.euphin.dk/hfa/index/htm>, 2 novembre 2001).
16. PRAHBAT, J. & CHALOUKKA, F.J. *Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control*. New York, Banque mondiale, 1999 (pp. 37–45).
17. *Russian Federation. Tobacco and Products. Annual 2001*. Foreign Agricultural Service. Washington, 2001 (<http://www.fas.usda.gov/gainfiles/200104/85680429.pdf>, 2 novembre 2001).
18. Council Directive 92/80/EEC of 19 October 1992 on the approximation of taxes on manufactured tobacco other than cigarettes. *Official Journal of the European Communities*, **L316**: 10 (1992).
19. Directive 95/59/CE du Conseil, du 27 novembre 1995, concernant les impôts autres que les taxes sur le chiffre d’affaires frappant la consommation des tabacs manufacturés. *Journal officiel des Communautés européennes*, **L291**: 40 (1995).
20. *Report from the Commission to the Council and the European Parliament on the structure and rates of excise duty applied on cigarettes and other manufactured tobacco products*. Bruxelles, Commission des Communautés européennes, 2001 (document COM(2001) 133 final).

21. GABHAINN, N.S. & FRANCOIS, Y. Substance use. *In: Currie, C. et al, ed. Health and health behaviour among young people.* Copenhagen, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, 1999 (Health Policy for Children and Adolescents Series, No. 1).
22. SAFFER, H. Tobacco advertising and promotion. *In: Prahbat, J. & Chaloupka, F.J. Tobacco control in developing countries.* Oxford, Oxford University Press, 2000 (pp. 215–236).
23. JOOSSENS, L. *Smuggling and cross-border shopping of tobacco products in the European Union.* London, Health Education Authority, 1999.
24. *Report of the Committee of Inquiry into the Community Transit System.* Luxembourg, Parlement européen, 1997.
25. *Tackling tobacco smuggling.* London, HM Customs and Excise, 2000.
26. *OLAF Annual report on operational activities 2001.* Bruxelles, Commission des Communautés européennes (http://www.europa.eu.int/comm/anti_fraud/reports/olaf/2001/en.pdf, 6 novembre 2001).
27. Directive 2001/37/CE du Parlement européen et du Conseil du 5 juin 2001 relative au rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres en matière de fabrication, de présentation et de vente des produits du tabac – Déclaration de la Commission. *Journal officiel des Communautés européennes*, **L194**: 26–35 (2001).
28. *Air quality guidelines for Europe.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2001 (WHO Regional Publications, European Series, No. 91).
29. European survey: Strong support for anti-smoking measures. *Prevention*, **2**: 14–15 (1997) (<http://europa.eu.int/comm/health/ph/publications/newsletter/tabacen.pdf>, 6 novembre 2001).
30. Directive 83/477/CEE du Conseil du 19 septembre 1983 concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à une exposition à l’amiante pendant le travail. *Journal officiel des Communautés européennes*, **L263**: 25 (1983).
31. Directive 89/391/CEE du Conseil, du 12 juin 1989, concernant la mise en oeuvre de mesures visant à promouvoir l’amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail. *Journal officiel des Communautés européennes*, **L183**: 1 (1989).
32. PRAHBAT, J. & CHALOUKKA, F.J. *Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control.* New York, Banque mondiale, 1999 (pp. 76–78).
33. RAW, M. ET AL. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Thorax*, **55**(12): 987–999 (2000).
34. KENKEL, D. & CHEN, L. Consumer information and tobacco use. *In: Prahbat, J. & Chaloupka, F.J. Tobacco control in developing countries.* Oxford, Oxford University Press, 2000 (pp. 177–214).
35. *European conference and European status report on smoking in the workplace* (statement from the European Commission and WHO/Europe at the European conference “Smoke Free Workplaces: Improving the health and well-being of people at work”, Berlin, 10–11 May 2001). Bruxelles, ENSP, 2001 (<http://www.ensp.org/uk/contact>, 2 novembre 2001).
36. SAMET, J.M. & YOON, S.-Y. *Women and the tobacco epidemic. Challenges for the 21st century.* Genève, Organisation mondiale de la santé, 2001 (document WHO/NMH/TFI/01.1).
37. SIMPSON, D. *Doctors and tobacco: Medicine’s big challenge.* London, Tobacco Control Resource Centre at the British Medical Association, 2000 (<http://www.tobacco-control.org/tcrc.nsf/htmlpagesvw/resourcesfrm>, 31 octobre 2001).
38. *Pharmacists and action on tobacco.* Copenhagen, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, 1999 (document EUR/ICP/LVNG 02 01 12), and *Pharmacists against smoking. Research report 2001.* EuroPharm Forum. Copenhagen, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, 2001 (document technique).
39. SALOOJEE, Y. & DAGLI, E. Tobacco industry tactics for resisting public policy on health. *Bulletin de l’Organisation mondiale de la santé*, **78**(7): 902–910 (2000).

Lectures additionnelles

Advancing knowledge on regulating tobacco products. Monograph. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2001 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_NMH_TFI_01.2.pdf, 2 novembre 2001).

FCTC Technical Briefing Series. Genève, Organisation mondiale de la santé, 1999 (<http://tobacco.who.int/en/fctc/background.html>, 2 novembre 2001).

SASCO, A.J. *Comparative study of anti-smoking legislation in countries of the European Union.* Lyon, Centre international de recherche sur le cancer, 2001.