

**TROISIÈME PLAN D'ACTION  
POUR UNE EUROPE SANS TABAC  
1997–2001**



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ  
BUREAU RÉGIONAL DE L'EUROPE

## BUT 17

### TABAC, ALCOOL ET SUBSTANCES PSYCHOTROPES

*D'ici l'an 2000, la consommation nocive de substances engendrant la dépendance, telles que l'alcool, le tabac et les substances psychotropes, devrait avoir sensiblement baissé dans tous les États membres.*

## RÉSUMÉ

### Mots clés

SMOKING – prevention and control  
TOBACCO  
REGIONAL HEALTH PLANNING  
PROGRAM EVALUATION  
EUROPE

---

© **Organisation mondiale de la santé** (approx. 26 cm)

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.

## TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
Résumé.....	1
La nécessité d'une action en Europe.....	2
La consommation de tabac en Europe.....	2
Le tabac et ses nuisances en Europe.....	2
Le fardeau économique du tabac.....	2
La réaction politique en Europe à ce jour.....	3
Une action à l'échelon des pays.....	3
La politique de santé de l'Europe.....	3
Obstacles aux politiques antitabac.....	3
Une action efficace pour une Europe sans tabac.....	4
Réglementation du marché.....	4
Action en justice et responsabilité commerciale.....	6
Des environnements non-fumeurs.....	6
Aide au sevrage tabagique.....	6
Éducation, information et opinion publique.....	8
Rôle des États membres.....	8
Comités de coordination à l'échelon des pays.....	8
Plans d'action à l'échelon des pays.....	8
Suivi et évaluation.....	9
Un Comité pour une Europe sans tabac.....	9
Partenaires internationaux.....	10
Organisations d'intégration et organisations intergouvernementales.....	10
Organisations non gouvernementales.....	10
Professions de santé.....	10
Rôle du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe.....	11
Aide aux plans d'action et aux réseaux à l'échelon des pays.....	11
Comité pour une Europe sans tabac et mobilisation de partenaires.....	11
Action médiatique.....	11
Conclusion.....	12
Annexe 1. Le tabac en Europe, 1998–1996 : Évaluation des premier et deuxième plans d'action pour une Europe sans tabac.....	13
Annexe 2. Résolution EUR/RC47/R8 – Projet de troisième Plan d'action pour une Europe sans tabac – 1997–2001.....	21

## RÉSUMÉ

Les produits à base de tabac entraînent, chaque année, 1,2 million de décès (14% du nombre total de décès) dans la Région européenne de l'OMS. On prévoit que si aucune mesure plus rigoureuse n'est prise, les produits à base de tabac entraîneront 2 millions de décès (20% du nombre total de décès) par an vers 2020. Les produits à base de tabac entraînent pour la communauté internationale une perte économique évaluée à au moins 200 milliards de dollars par an. Réduire la consommation de tabac est la mesure de santé publique la plus importante que les pays puissent prendre tant pour améliorer la santé que pour faire des économies.

Une action déterminée et sans précédent est nécessaire pour protéger la santé publique contre les activités de l'industrie du tabac. Étant donné l'existence ancienne et généralisée des produits à base de tabac, il n'est pas possible, à l'heure actuelle, d'interdire leur consommation. Il est cependant réaliste et souhaitable d'appeler à réduire de façon importante et durable la prévalence du tabagisme quotidien, qui est actuellement supérieure à 30% chez les adultes de la Région européenne de l'OMS. Il faut notamment mener des actions ciblées pour éviter une hausse catastrophique du tabagisme et des méfaits dus à la consommation de tabac chez les femmes et les jeunes.

Il est proposé qu'au sein de chaque État membre, les autorités compétentes désignent, et au plus tard en 1998, des comités de coordination intersectoriels de lutte antitabac, les ministères de la santé respectifs faisant office de secrétariats. Ces comités de coordination devraient être chargés d'élaborer, puis de mettre en œuvre, des plans d'action antitabac intégrés reposant sur des politiques et des programmes ayant fait la preuve de leur efficacité et se rapportant spécifiquement aux femmes.

Les plans d'action devraient s'accompagner de calendriers clairement définis et d'objectifs précis de réduction de la consommation de tabac fondés sur l'âge et le sexe. Si ces objectifs n'étaient pas atteints, des mesures complémentaires devraient être envisagées. Pour financer la mise en œuvre des plans d'action, on pourra recourir à la taxation du tabac ou à un prélèvement spécial sur les produits dérivés.

Pour mener une action plus efficace que celle qui a été menée à ce jour, il est proposé d'instituer, avec effet au 1er janvier 1999, un comité pour une Europe sans tabac chargé d'appuyer l'élaboration et la mise en œuvre, des plans d'action antitabac à l'échelon des pays.

Le Comité pour une Europe sans tabac devrait en outre émettre des avis sur les aspects internationaux de la politique antitabac qui concernent la Région, et notamment sur l'élaboration et l'application de la convention-cadre internationale proposée pour lutter contre le tabagisme. Le Comité pour une Europe sans tabac devrait aussi être chargé de rendre compte régulièrement de la mise en œuvre des plans d'action exécutés à l'échelon des pays, de l'action menée auprès des hommes et des femmes et de l'action menée contre le tabagisme à l'échelon international.

Le Bureau régional propose de faire office de secrétariat du Comité pour une Europe sans tabac et d'aider celle-ci grâce à ses réseaux internationaux, à sa base d'informations et à sa base de recherches et d'études afin de mettre en œuvre une politique efficace.

Le Bureau régional appuiera aussi l'élaboration et la mise en œuvre de plans d'action à l'échelon des pays par l'intermédiaire, notamment dans les pays d'Europe orientale, de missions de conseil en politique antitabac.

## **LA NÉCESSITÉ D'UNE ACTION EN EUROPE**

### **La consommation de tabac en Europe**

Les produits manufacturés à base de tabac contiennent des doses calculées de nicotine, drogue qui entraîne l'accoutumance. La nicotine est la drogue la plus fréquemment consommée dans la Région européenne de l'OMS. Plus de 30% des adultes fument quotidiennement. La prévalence du tabagisme est considérablement plus élevée chez les hommes dans la partie orientale de la Région que dans la partie occidentale. Dans la partie nord-occidentale, elle est identique chez les hommes et les femmes, alors que dans les parties méridionale et orientale de la Région, elle est nettement moins élevée chez les femmes que chez les hommes.

La consommation de cigarettes augmente dans deux pays sur cinq, essentiellement en Europe centrale et orientale, diminue dans deux autres, notamment dans la partie occidentale de la Région, et est stable dans l'un d'entre eux. Dans deux pays sur trois, la consommation de cigarettes augmente chez les jeunes, qui sont – avec les femmes – la cible de l'industrie du tabac.

### **Le tabac et ses nuisances en Europe**

Le tabac est la plus dangereuse des drogues couramment consommées dans la Région européenne. La moitié des personnes qui fument régulièrement en décéderont, 50% à un âge moyen et 50% à un âge avancé. Le tabac est responsable d'environ 30% des décès par cancer, 20% des décès liés à des cardiopathies coronariennes et à des accidents vasculaires cérébraux, et de 80% des cas de bronco-pneumopathie chronique obstructive. Cela vaut la peine à tout âge de s'arrêter de fumer, mais un sevrage avant l'âge moyen réduit la quasi totalité des risques dus à une consommation excessive.

L'exposition à la fumée de tabac ambiante (tabagisme forcé), très répandue, accroît le risque de cancer du poumon, de cardiopathie coronarienne, de troubles respiratoires et, chez les nourrissons, de mort subite. Pendant la grossesse, le tabagisme maternel accroît le risque de donner naissance à un bébé ayant un poids insuffisant.

Le tabac a été, en 1995, à l'origine d'un nombre estimatif de 1,2 million de décès (14% du nombre total de décès) dans la Région européenne. Les hommes d'âge moyen de la partie orientale de la Région courent deux fois plus de risques de décéder du tabagisme que leurs homologues de la partie occidentale. Les produits à base de tabac sont responsables de 25% du gradient de mortalité par classe sociale due aux cardiopathies coronariennes que l'on relève dans la partie occidentale de la Région. Si les tendances actuelles observées dans la prévalence du tabagisme se poursuivent, le nombre de décès dus au tabac chez les femmes va augmenter de manière spectaculaire pendant la première partie du XXI<sup>e</sup> siècle. On prévoit que si aucune mesure plus rigoureuse n'est prise, les produits à base de tabac entraîneront 2 millions de décès (20% du nombre total de décès) par an vers 2020.

### **Le fardeau économique du tabac**

Le tabac représente un important fardeau économique pour les individus, les familles et la société (coûts médicaux, perte de productivité liée à la morbidité accrue, coûts des incendies et des dommages matériels, et perte de revenus perdus imputable à la mortalité précoce).

La Banque mondiale estime que les produits à base de tabac coûtent à la communauté internationale au moins 200 milliards de dollars par an. Ils sont responsables de la dégradation de l'environnement et causent d'énormes souffrances aux fumeurs, à leur famille et à leurs amis.

---

© **Organization mondiale de la santé** (approx. 26 cm)

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.

On note aussi un important manque à gagner dû à l'incapacité des pays à prélever des taxes sur les produits à base de tabac passés en contrebande, phénomène particulièrement répandu dans la partie orientale de la Région où les pouvoirs publics ne disposent que de faibles ressources financières.

## **LA RÉACTION POLITIQUE EN EUROPE À CE JOUR**

L'annexe 1 contient une évaluation des premier et deuxième plans d'action pour une Europe sans tabac.

### **Une action à l'échelon des pays**

Bien que les pays de la Région européenne aient adopté, dans leur vaste majorité, quelques éléments de politique antitabac, il persiste une absence d'engagement et une incapacité à appliquer une politique efficace tenant compte des spécificités de chaque sexe.

En règle générale, ce sont les pays nordiques et certains pays d'Europe occidentale qui disposent des cadres législatifs les plus intégrés. Certains pays d'Europe orientale ont également mis en place, récemment, de tels cadres.

L'article 129 du Traité de Maastricht sur l'Union européenne stipule que le point de vue de la santé doit être pris en compte dans toutes les politiques communautaires. Sous forme de directives, l'Union européenne a fixé des normes minimales en matière de lutte antitabac. À ce jour, cependant, les pays de l'Union ne sont pas parvenus à s'entendre sur un abandon progressif des subventions agricoles aux producteurs de tabac. En décembre 1997, le Conseil des ministres de la santé de l'Union européenne a accepté des propositions visant à faire adopter une interdiction de la publicité et du parrainage.

### **La politique de santé de l'Europe**

Le but 17 de la politique de santé de l'Europe adoptée en 1991 invite tous les États membres à porter, d'ici à l'an 2000, le nombre de non-fumeurs à au moins 80% de la population et à protéger les non-fumeurs contre l'exposition involontaire à la fumée de tabac.

En 1988, la Conférence européenne de Madrid sur la politique antitabac a adopté la Charte contre le tabagisme. La lutte antitabac en Europe a été appuyée par 16 résolutions de l'Assemblée mondiale de la santé et par deux plans d'action pour une Europe sans tabac couvrant la période 1987-1996.

Bien que le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ait analysé le problème, exposé des politiques efficaces et défendu leur application, il est vraisemblable qu'aucun pays n'atteindra le but 17 car aucun n'est pas parvenu à faire obstacle aux stratégies commerciales de l'industrie du tabac.

### **Obstacles aux politiques antitabac**

Alors que la Région offre plusieurs exemples de lutte antitabac intégrée, on relève aussi de nombreux exemples de mesures parcellaires et d'inapplication de la législation. Jusqu'à présent, très peu nombreux sont les pays ayant tenu compte dans leurs programmes nationaux de la nécessité d'empêcher l'augmentation du tabagisme chez les femmes et pratiquement aucun de ces programmes ne tiennent compte des spécificités de chaque sexe. La publicité diffusée par la télévision et la presse transnationales pose souvent des problèmes, de même que l'application de la législation interdisant la vente de tabac aux jeunes.

Les pays de la partie orientale de la Région ont fait l'objet, de la part de l'industrie transnationale du tabac, d'une attention particulière en termes non seulement de publicité et de promotion, mais aussi d'investissement dans les secteurs liés à la transformation du tabac. Cette situation s'explique par le fait que ces pays n'ont pas encore mis en œuvre de nouvelles législations antitabac. Pour aggraver le problème, nombre d'entre eux ne sont pas parvenus à juguler la contrebande et à prélever des taxes sur les produits à base de tabac.

L'offensive des sociétés multinationales sur les nouveaux marchés a été grandement facilitée par la philosophie du libre-échange. Il existe, pour les produits présentant un risque pour la santé ou l'ordre public, des accords internationaux en vertu desquels les pays contrôlent leurs exportations et respectent la réglementation appliquée par les autres. C'est notamment le cas pour les substances psychotropes soumises au contrôle international. Or, rien de tel, à ce jour, n'existe pour le tabac. En 1996, cependant, l'Assemblée mondiale de la santé a préconisé, dans sa résolution WHA49.17, l'élaboration d'une convention-cadre internationale pour la lutte antitabac. L'Assemblée a proposé que s'instaure une coopération permettant d'atteindre des objectifs assez généraux, avec la possibilité, pour les parties à la convention, de conclure des protocoles séparés contenant des mesures spécifiques. Une convention-cadre serait techniquement contraignante mais ne contiendrait aucune obligation explicite.

## **UNE ACTION EFFICACE POUR UNE EUROPE SANS TABAC**

En Europe et dans le monde, la recherche et plusieurs exemples concrets montrent qu'il est possible de réduire considérablement la consommation de tabac – avec d'importantes répercussions positives sur la santé et l'économie – en appliquant de façon souple et nuancée des stratégies ayant fait la preuve de leur efficacité.

Étant donné que les produits à base de tabac sont fabriqués pour contenir des doses calculées de nicotine, drogue qui entraîne l'accoutumance, et vu les graves conséquences du tabac pour les consommateurs et le risque que constitue pour la santé l'exposition à la fumée de tabac ambiante, il faudrait envisager de réglementer la consommation de tabac au moyen d'agences de réglementation des drogues, comme c'est le cas avec la Food and Drug Administration des États-Unis.

### **Réglementation du marché**

#### *Prix*

En augmentant les taxes sur les produits à base de tabac, on augmente les recettes publiques, on compense les externalités et l'on réduit la consommation de tabac. En règle générale, une augmentation de 10% du prix des cigarettes se traduit par une diminution d'environ 5% de la quantité fumée par la population totale (10 à 15% chez les jeunes).

En fixant un prix minimum pour les produits à base de tabac, on maintient les consommateurs peu fortunés (notamment les jeunes) à l'écart du marché et l'on peut empêcher nombre d'entre eux de commencer à fumer. Tous les produits à base de tabac devraient être taxés de façon à dissuader les gens de se rabattre d'un produit vers un autre. Le prix du tabac *devrait être exclu du calcul de l'indice des prix à la consommation* afin d'éviter tout effet inflationniste sur l'indice du coût de la vie.

La taxation des produits à base de tabac pourrait servir à financer la lutte antitabac, y compris l'éducation pour la santé, la recherche en matière de lutte antitabac et l'aide aux services de santé. Les recettes provenant de cette taxation peuvent aussi servir à subventionner des manifestations sportives et artistiques auparavant parrainées par l'industrie du tabac.

**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.**

### *Offre*

En limitant l'accès des jeunes de moins de 18 ans aux produits à base de tabac, on réduit le nombre d'adolescents et de jeunes gens commençant à fumer quotidiennement.

L'une des façons de limiter la vente consiste à faire en sorte que les produits à base de tabac ne soient vendus que dans le cadre d'un échange direct (face à face) entre un détaillant patenté et le consommateur. Qui plus est, les détaillants devraient avoir l'obligation légale de vérifier que les personnes ayant l'intention d'acheter des produits à base de tabac sont légalement autorisés à le faire. Ainsi, les vitrines en libre service, la vente par correspondance, les distributeurs automatiques et les autres modes impersonnels de vente devraient être supprimés.

En imposant comme taille minimale un paquet scellé de 20 cigarettes, on empêcherait que soient mis à la disposition de jeunes des paquets plus petits et meilleur marché ainsi que des cigarettes à l'unité. Il faudrait interdire aux fabricants, distributeurs et détaillants d'offrir des échantillons gratuits de produits à base de tabac.

**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.**

### *Publicité*

Il existe un lien de cause à effet entre la publicité et le comportement des jeunes vis-à-vis du tabac. De même, des mesures rigoureuses restreignant la publicité ont un effet certain sur le taux de tabagisme et sur la consommation de tabac des jeunes. En effet, des campagnes publicitaires spécifiques axées sur les jeunes les incitent à commencer de fumer, à poursuivre et à accroître leur consommation. Des campagnes spécifiques visant les femmes et l'évolution de leur rôle dans la société sont particulièrement efficaces pour recruter de jeunes fumeuses.

Si l'on veut réduire de façon significative et rapidement la consommation de tabac – notamment chez les jeunes –, il est indispensable d'interdire totalement la publicité, toute association d'une manifestation avec une marque de tabac ou l'une de ses caractéristiques, ainsi que la vente et la distribution de tout article ne comprenant pas de tabac mais étant associé à une marque de tabac ou à l'une de ses caractéristiques. En outre, vu l'importance de l'image, il devrait être interdit d'utiliser la marque d'un produit ne comprenant pas de tabac comme marque d'un produit à base de tabac.

**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.**

### *Lutte contre la contrebande*

D'importantes activités de contrebande ont lieu dans diverses situations, notamment là où les marchés sont peu réglementés et où le besoin se fait sentir d'établir une domination commerciale. Au sein de l'Union européenne, la contrebande s'effectue généralement de pays où les cigarettes sont plus chères vers d'autres où elles le sont moins (de pays où les taxes sont élevées vers d'autres où elles sont faibles). Réduire les prix n'est pas efficace pour lutter contre ce phénomène. Une telle mesure permet certes de réduire temporairement et de façon limitée la contrebande, mais se traduit en fin de compte par une augmentation globale de la consommation de tabac. La stratégie qui s'impose consiste à apposer un timbre fiscal sur les paquets de cigarettes, les détaillants ayant l'obligation de ne vendre que des paquets munis de tels timbres.

**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.**

### *Produits à base de tabac : contrôle, identification et information*



Tout produit à base de tabac et toute publicité – dans les pays où celle-ci n’a pas encore été interdite – le concernant devraient mentionner le nom du produit, décrire son utilisation et indiquer brièvement son action, les précautions à prendre, ses effets secondaires et ses contre-indications. Il faudrait exiger que figurent des avertissements occupant au moins 20% de la face avant et 20% de la face arrière des paquets de tabac et 20% de toute publicité dans les pays où celle-ci n’a pas encore été interdite. La législation devrait fixer le niveau maximum de goudron à 12 mg et celui de nicotine à 1 mg par cigarette.

**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.**

### **Actions en justice et responsabilité commerciale**

Des actions en justice sont intentées contre l’industrie du tabac auprès de plusieurs tribunaux d’Europe et d’Amérique du Nord. Des poursuites en responsabilité commerciale peuvent être engagées pour exiger des fabricants de cigarettes qu’ils indemnisent des fumeurs malades (ainsi que des personnes malades du fait de l’exposition à la fumée ambiante) ou leurs parents survivants, ainsi que les autorités assumant le coût des soins. Les plaignants font valoir que les produits à base de tabac sont déraisonnablement dangereux et que les risques qu’ils font courir excèdent leurs bienfaits éventuels, ou que les fabricants n’ont pas mentionné tous les additifs, n’ont pas fourni des avertissements complets et explicites et n’ont pas cherché à produire des produits moins dangereux. À la suite d’actions en justice intentées aux États-Unis, il a été proposé de passer un accord entre ce pays et l’industrie du tabac. Il semble probable que, dans un avenir immédiat, des organisations de juristes et de défense des consommateurs de la Région européenne intenteront un plus grand nombre d’actions en justice contre l’industrie du tabac.

### **Des environnements non-fumeurs**

Une législation réglementant le tabagisme dans les lieux publics minimise et, finalement, élimine les risques d’exposition involontaire à la fumée de tabac et protège le droit des non-fumeurs à un environnement sans fumée. La législation dissuade également les jeunes de fumer – en véhiculant l’idée que le tabagisme est socialement inacceptable – et offre un soutien aux nombreuses personnes qui souhaitent arrêter de fumer. Par ailleurs, elle renforce la sécurité publique en réduisant le risque d’incendies et de dommages causés aux structures et au mobilier. Les restrictions légales doivent s’accompagner d’un travail d’éducation et de sensibilisation du public et des responsables politiques présentant les avantages liés à l’institution d’environnements communs non-fumeurs.

**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.**

### **Aide au sevrage tabagique**

Plusieurs enquêtes montrent qu’environ deux tiers des fumeurs actuels souhaiteraient cesser de fumer. On peut, par de brèves interventions non sélectives dans le cadre des soins de santé primaires, promouvoir, de façon efficace et rentable, le sevrage tabagique avec des taux de réussite de 5 à 10% sur un an. Ces taux peuvent être doublés en recourant à un traitement de substitution à la nicotine. Des interventions plus sélectives et plus longues sont plus motivantes et donnent, accompagnées d’un suivi, des taux de réussite plus élevés allant de 20 à 40%. Les agents des soins primaires ayant reçu une formation technique ont plus de chances de participer à des activités de sevrage tabagique et obtiennent des taux de réussite plus élevés que ceux qui n’ont pas reçu cette formation. Des activités s’adressant spécifiquement

aux femmes enceintes peuvent se traduire, pour les nouveau-nés et les enfants en bas âge, par un gain de santé appréciable.

Il faut mettre en œuvre, sur une vaste échelle, des programmes de formation à l'intention des agents de soins primaires, notamment des infirmières, des médecins, des pharmaciens et des dentistes, et proposer des incitations à ceux qui proposent de brèves interventions.

**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.**

## **Éducation, information et opinion publique**

Pour réduire la consommation de tabac, on peut mener des campagnes intensives d'éducation et de contre-publicité dans les médias. Alors que l'éducation scolaire n'a qu'une influence limitée sur les attitudes et le comportement des écoliers, certaines activités (sessions de groupe et approche pratique des problèmes, en particulier) se sont révélées avoir un impact et devraient être privilégiées.

Il importe de mobiliser les mouvements populaires contre le tabagisme et de créer dans l'opinion un climat qui soit plus favorable à une réduction de la consommation de tabac. La société civile devrait disposer d'informations complètes sur les structures de l'industrie du tabac, sur ses activités de financement, sa base de connaissances et son influence potentielle sur la politique et la prise de décisions.

Les mouvements populaires, la société civile et les responsables politiques peuvent tous recourir à l'action médiatique. Celle-ci consiste à utiliser les médias de façon stratégique afin de promouvoir des initiatives sociales ou politiques. Les médias sont un moyen efficace pour lancer et stimuler un débat au sein du public.

En ce qui concerne l'action locale, l'accent doit être placé davantage sur la mobilisation et sur l'organisation que sur l'intervention. Des programmes d'ensemble mis sur pied à l'échelon local et tenant compte des spécificités hommes-femmes peuvent permettre de réduire la consommation de tabac et d'améliorer la santé de la population. Des interventions locales plus ciblées, même si elles induisent des changements, ont un impact plus réduit.

**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.**

## **RÔLE DES ÉTATS MEMBRES**

### **Comités de coordination à l'échelon des pays**

Pour agir efficacement, il est nécessaire que chaque pays institue des comités de coordination antitabac disposant de moyens financiers suffisants, les ministères de la santé faisant office de secrétariats.

Ces comités de coordination devraient être intersectoriels et comprendre des représentants des ministères intéressés (y compris les ministères des finances et de la justice), d'autres instances gouvernementales, des médias, d'organisations non gouvernementales (y compris celles spécialisées dans la lutte contre le cancer), d'associations de médecins, d'infirmières, de pharmaciens et d'autres professions de santé, ainsi que des juristes, des éducateurs et des dirigeants religieux.

Les comités de coordination devraient être chargés d'élaborer et de mettre en œuvre, à l'échelon des pays, des plans de lutte antitabac, se rapportant spécifiquement aux femmes et s'accompagnant d'objectifs et d'un calendrier d'application précis.

**D'ici à 1998, des comités de coordination antitabac disposant de moyens financiers suffisants devraient être opérationnels dans tous les États membres.**

### **Plans d'action à l'échelon des pays**

---

© **Organization mondiale de la santé** (approx. 26 cm)

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.

Les plans d'action à l'échelon des pays devraient être intégrés en tenant compte des spécificités hommes-femmes et comprendre des éléments de politiques et de programmes ayant fait la preuve de leur efficacité.

Les plans d'action devraient s'accompagner d'un calendrier d'application précis et d'objectifs de réduction de la consommation de produits à base de tabac tenant compte des spécificités hommes-femmes. Si ces objectifs n'étaient pas atteints, des mesures complémentaires pourraient être envisagées.

Pour être efficaces, les mesures intégrées de lutte antitabac doivent être suffisamment financées. On pourra utiliser une partie des taxes sur le tabac ou effectuer un prélèvement spécial sur les produits dérivés pour financer des activités prévues dans le cadre de plans d'action à l'échelon des pays, comme par exemple la mise en œuvre et le suivi de mesures antitabac, l'éducation sur les risques liés au tabac et d'autres initiatives à vocation sanitaire, y compris la mise en œuvre de programmes efficaces de sevrage tabagique par les agents de soins primaires et la prise en charge des coûts de parrainage de manifestations artistiques et sportives.

**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.**

### **Suivi et évaluation**

Pour que la lutte antitabac soit efficace, il faudrait suivre et évaluer la consommation de tabac, les dommages causés par cette substance et l'action menée. Le suivi et l'évaluation devraient couvrir l'action menée aux échelons international, national et local; être intersectoriels; et porter sur l'action aussi bien gouvernementale que non gouvernementale. Un suivi efficace devrait porter sur l'application de la législation, sur les environnements non-fumeurs, sur l'opinion publique et sur les structures, les moyens financiers et l'action de l'industrie du tabac. Des recherches suivies sur l'élaboration et l'application de politiques efficaces devraient être entreprises et présentées.

**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.**

## **UN COMITÉ POUR UNE EUROPE SANS TABAC**

Pour mener une action plus efficace, il est proposé d'instituer un Comité pour une Europe sans tabac afin d'appuyer l'élaboration et l'application des plans d'action antitabac à l'échelon des pays dans l'ensemble de la Région européenne. Ce Comité pourrait entrer en fonctions le 1er janvier 1999, l'OMS proposant de faire office de principal instrument technique et de secrétariat. Le Comité pour une Europe sans tabac devrait comprendre au plus quatre représentants désignés par le Comité régional de l'OMS pour l'Europe et – sous réserve de l'accord des institutions respectives – des représentants de la Commission économique des Nations Unies pour l'Europe, de la Commission européenne, du Conseil de l'Europe, de la Banque mondiale et, éventuellement, d'autres organisations intergouvernementales et non gouvernementales.

Le Comité pour une Europe sans tabac devrait émettre des avis et faire ressortir les aspects internationaux de la lutte antitabac qui intéressent la Région, y compris l'action menée par cette dernière en vue de la future adoption d'une convention-cadre internationale.

Le Comité pour une Europe sans tabac devrait également être chargé de rendre régulièrement compte de la mise en œuvre des plans d'action à l'échelon des pays et des mesures antitabac prises à l'échelon international. La composition du Comité doit tenir compte de l'augmentation des méfaits dus au tabagisme chez les femmes.

## **PARTENAIRES INTERNATIONAUX**

### **Organisations d'intégration et organisations intergouvernementales**

Au sein de l'Union européenne, les organisations d'intégration et les organisations intergouvernementales offrent, en matière de lutte antitabac, des possibilités d'action multilatérale. Le rôle que l'OMS envisage de jouer à cet égard est exposé à la section suivante. L'article 129 du Traité de Maastricht permet d'envisager le tabagisme davantage comme un problème de santé que comme un problème économique. Les pays membres de l'Union européenne peuvent donc commencer à mettre effectivement en œuvre une politique antitabac d'ampleur internationale qui pourrait avoir un impact important sur les politiques d'autres pays de la Région. Dans le droit fil de la politique existante, la mise en œuvre du Plan d'action pour une Europe sans tabac peut être renforcée en interdisant totalement, à l'échelon européen, la publicité pour les produits à base de tabac et en supprimant les subventions agricoles accordées aux producteurs. Les réglementations applicables aux avertissements figurant sur les emballages et les limites fixées pour la teneur en goudron et en nicotine peuvent toutes être renforcées. Les activités de la Commission européenne offrent la possibilité de développer les compétences de tout un chacun et de rechercher les moyens d'appliquer effectivement une politique antitabac dans les pays membres non seulement de l'Union européenne, mais aussi de l'ensemble de la Région européenne de l'OMS.

Le Conseil de l'Europe peut, grâce à ses divers programmes et résolutions adressées aux parlements et aux gouvernements de ses pays membres, appuyer le plan d'action régional en plaçant un accent particulier sur les considérations d'ordre éthiques liées à des questions telles que l'exposition à la fumée de tabac ambiante et la création d'environnements non-fumeurs.

### **Organisations non gouvernementales**

Dans la Région, un grand nombre d'organisations non gouvernementales et de réseaux ont l'expérience et la compétence requises pour promouvoir une politique antitabac à l'échelon international et national. Parmi ces organisations et réseaux figurent notamment celles et ceux qui ont pour fonction spécifique de promouvoir la lutte antitabac, des organisations de lutte contre le cancer qui mènent des activités antitabac, des associations de professionnels de la santé ainsi que des représentants de la société civile et d'organisations de consommateurs qui ont inscrit la lutte antitabac à leur programme. Ces organisations non gouvernementales et réseaux ont pour vocation d'informer et de mobiliser la société civile afin qu'elle prenne conscience des dommages causés par le tabac et de la nécessité d'une politique antitabac efficace. Il importe tout particulièrement que les groupes de femmes soient représentés au niveau de l'élaboration des politiques. Les organisations gouvernementales ont également pour mandat de rendre compte des politiques et de l'action menées par les gouvernements et de militer en faveur de réformes et de l'application effective de ces politiques à l'échelon gouvernemental. Ces organisations et réseaux s'emploient à faire la lumière sur les activités de l'industrie du tabac.

### **Professions de santé**

Grâce à leur expertise dans le domaine de la santé publique, les professions de santé sont particulièrement bien placées pour mobiliser leurs membres et militer en faveur d'une action antitabac efficace. À l'échelon régional, il existe des forums européens d'associations de médecins, d'infirmières et de pharmaciens collaborant officiellement avec l'OMS, ainsi qu'un forum d'associations de dentistes collaborant de façon informelle. Les membres de ces associations, et en particulier les femmes, représentent dans la Région une puissance d'action considérable. Il faut donc les persuader de donner l'exemple en s'abstenant de fumer, d'aider les gens à cesser de fumer et de défendre les politiques antitabac aux échelons local, national et international. À cet égard, le Forum européen des associations de médecins et de l'OMS et le Forum européen des associations de pharmaciens et de l'OMS (EuroPharm) ont pris des

---

© **Organization mondiale de la santé** (approx. 26 cm)

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.

mesures décisives pour appuyer la promotion d'environnements non-fumeurs et faciliter le sevrage tabagique, tant auprès de leurs propres membres que du grand public.

## **RÔLE DU BUREAU RÉGIONAL DE L'OMS POUR L'EUROPE**

### **Aide aux plans d'action et aux réseaux à l'échelon des pays**

La partie orientale de la Région a fait l'objet, sous la forme de projets de démonstration, d'une attention particulière dans le cadre d'un projet mondial visant à renforcer la lutte antitabac. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe continuera d'appuyer l'élaboration et la mise en œuvre de plans d'action à l'échelon des pays et poursuivra ses missions d'orientation, notamment dans les pays d'Europe orientale, afin d'émettre des avis et d'appuyer la mise en œuvre de politiques antitabac efficaces.

Le Bureau régional appuiera les plans d'action à l'échelon des pays à l'aide de ses réseaux (associations de médecins, d'infirmières et de pharmaciens, Programme d'intervention intégré à l'échelle d'un pays contre les maladies non transmissibles (CINDI), Régions-santé, Villes-santé, Écoles-santé et Hôpitaux-santé).

Le Bureau régional émettra des avis et évaluera l'efficacité desdits plans d'action, en tenant compte des spécificités hommes-femmes.

### **Comité pour une Europe sans tabac et mobilisation de partenaires**

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe proposera de faire office de secrétariat et de principal instrument technique de la Commission antitabac pour l'Europe tout en assurant la coordination internationale des activités de mise en œuvre du troisième Plan d'action conformément à son mandat, qui consiste à réduire la consommation de tabac. Pour ce faire, il sera soutenu par ses centres collaborateurs et fera appel à ses partenaires internationaux, y compris d'autres institutions spécialisées des Nations Unies, la Banque mondiale, le programme «L'Europe contre le cancer» de la Commission européenne, le Conseil de l'Europe, le Conseil nordique, l'Union internationale pour la promotion de la santé, le International Network of Women Against Tobacco, le Réseau européen pour la prévention du tabagisme, l'Union internationale contre le cancer et les forums européens d'associations de médecins, d'infirmières, de pharmaciens et de dentistes.

Le Bureau continuera d'actualiser sa base d'informations sur la consommation de tabac, les dommages causés par cette substance et l'action menée par les États membres en interrogeant les bases de données de ces derniers et en leur adressant des questionnaires. Il rendra compte chaque année à la Commission antitabac pour l'Europe.

Le Bureau continuera d'élaborer, à partir de réunions et de publications, une base de données scientifiques sur les politiques efficaces et diffusera activement des informations – sous forme imprimée et électronique – par l'intermédiaire de ses réseaux de dirigeants politiques et de personnes chargées de la mise en œuvre des programmes à l'échelon international, national et local.

### **Action médiatique**

Par ses activités médiatiques et de communication, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe veillera à ce que la société civile dispose d'informations complètes sur les structures de l'industrie du tabac, ses activités de financement, sa base de connaissances et son influence potentielle sur la politique et la prise de décisions.

Les mouvements populaires, la société civile et les responsables politiques peuvent tous recourir à l'action médiatique et collaborer avec le réseau européen de communication sur la santé.

Des actions destinées aux jeunes et aux femmes seront conçues avec les médias pour contrecarrer les activités de l'industrie du tabac et accompagner l'important processus d'évolution des mentalités en faveur d'une réduction de la consommation de tabac.

## CONCLUSION

Le tabac est l'un des principaux problèmes de santé publique auxquels la Région européenne de l'OMS doit faire face. Les solutions à ce problème sont bien connues. Ce qu'il faut, maintenant, c'est exercer une volonté politique, mobiliser la société civile et mettre en œuvre des programmes systématiques dans chaque État membre afin d'appliquer les stratégies efficaces exposées plus haut. Il faut faire prendre conscience aux autorités financières et fiscales qu'en augmentant régulièrement les taxes sur le tabac, elles accroissent les recettes, compensent des externalités telles que les coûts de santé et dissuadent les gens de consommer du tabac. Il faut convaincre les autorités douanières que toute contrebande du tabac équivaut à une perte sèche, tant en recettes qu'en vies. Il faut convaincre les pouvoirs publics qu'une action efficace passe par une interdiction totale de la publicité pour le tabac et du parrainage par des marques de tabac, et qu'en limitant l'accès des jeunes de moins de 18 ans aux produits à base de tabac, on réduit le nombre d'adolescents et de jeunes gens commençant à fumer quotidiennement.

Le Plan d'action pour une Europe sans tabac suscite, à l'échelon européen, un mouvement qui permettra de réduire la consommation de tabac, de promouvoir la santé, de réaliser des économies et de protéger le public contre les activités de l'industrie du tabac.





*Annexe 1*

**LE TABAC EN EUROPE, 1988–1996 :  
ÉVALUATION DES PREMIER ET DEUXIÈME  
PLANS D’ACTION POUR UNE EUROPE SANS TABAC**

**1. LES DOMMAGES CAUSÉS PAR LA CONSOMMATION DE TABAC**

La moitié des personnes qui fument régulièrement en décéderont, 50% à un âge moyen et 50% à un âge avancé. L’exposition à la fumée de tabac ambiante, très répandue, accroît le risque de cancer du poumon et, chez les nourrissons, de mort subite. La Banque mondiale estime que les produits à base de tabac coûtent à la communauté internationale au moins 200 milliards de dollars par an. Ils sont responsables de la dégradation de l’environnement et causent d’énormes souffrances aux fumeurs, à leur famille et à leurs amis.

Les spécialistes de la santé publique et, en fait, l’industrie du tabac connaissent, depuis les années 60, les dommages causés par la consommation de tabac. Ce qu’on connaît mieux, depuis quelques années, c’est l’ampleur du mal, l’importance de l’exposition à la fumée de tabac ambiante et le coût élevé payé par les individus et la société du fait de la consommation de tabac. Il est devenu manifeste que le tabac est non seulement un problème de santé, mais aussi un problème économique, qui se traduit par d’importantes pertes pour l’économie. Il est désormais notoire que l’industrie du tabac connaissait depuis longtemps les dommages causés par cette substance, même si elle a constamment dissimulé et nié ce fait.

**2. CONTRECARRER LES DOMMAGES CAUSÉS PAR LA CONSOMMATION DE TABAC**

Les mesures politiques permettant de réduire les dommages causés par la consommation de tabac sont connues depuis de nombreuses années. Il s’agit notamment de mesures législatives visant à accroître le prix des produits à base de tabac et à limiter leur commercialisation et leur offre, de mesures éducatives visant à informer le public des dommages causés par la consommation de tabac, et de mesures visant à faire évoluer des mentalités en faveur d’une réduction de la consommation de tabac.

Ce qui apparaît plus clairement, depuis quelques années, c’est la nécessité d’adopter des politiques intégrées étayées par une action intersectorielle et internationale. La prise de conscience des dommages causés par la fumée de tabac ambiante et l’institution de lieux publics non-fumeurs ont favorisé l’évolution des mentalités en faveur d’une réduction de la consommation de tabac et de mesures anti-tabac. Le recours aux actions en justice et la reconnaissance du principe de responsabilité commerciale, même par l’industrie du tabac, sont devenus de puissants instruments permettant de limiter, au profit de la santé publique, la commercialisation et l’offre de produits à base de tabac. Aux États-Unis, le tabac est considéré comme une drogue et est réglementé par la Food and Drug Administration. Il a aussi été dévoilé que l’industrie du tabac savait que la nicotine entraînait l’accoutumance et qu’elle connaissait, malgré ses démentis, l’impact des activités de publicité et de marketing visant les jeunes.

### 3. LES RÉACTIONS POLITIQUES

Conscients des dommages causés par la consommation de tabac et de l'existence de politiques efficaces, comment les pays, la Région européenne et la communauté internationale ont-ils réagi ?

#### **L'action menée à l'échelon mondial**

Depuis 1970, l'Assemblée mondiale de la santé a adopté 16 résolutions sur le tabac et la santé, appelant de ses vœux des stratégies de lutte antitabac intégrées, plurisectorielles et durables. Contrairement à la situation qui prévaut en matière de drogues illicites, pour lesquelles il existe des accords internationaux en vertu desquels les pays contrôlent leurs exportations et respectent la réglementation appliquée par les autres, il n'existe pas, à ce jour, de tels accords pour le tabac. En 1996, cependant, l'Assemblée mondiale de la santé a prié, dans sa résolution WHA49.17, le directeur général d'entreprendre l'élaboration d'une convention-cadre internationale pour la lutte antitabac conformément à l'article 19 de la Constitution de l'OMS.

#### **L'action menée dans la Région européenne**

Le Comité régional de l'Europe a adopté deux résolutions appuyant les plans d'action pour une Europe sans tabac. Le premier Plan d'action, couvrant la période 1987–1991, a préconisé la formulation de programmes nationaux, le renforcement de la coopération entre les différentes organisations et les différents secteurs, une amélioration de l'information et l'institution d'un système européen de surveillance et d'évaluation. En 1988, la Conférence européenne de Madrid sur la politique antitabac a adopté la Charte contre le tabagisme, qui énonçait six principes éthiques et dix stratégies pour une Europe sans tabac.

En 1991, les États membres ont réaffirmé leur attachement à la politique de santé de l'Europe, dont le but 17 préconise de porter le nombre de non-fumeurs à au moins 80% de la population d'ici à l'an 2000 et à protéger les non-fumeurs contre l'exposition involontaire à la fumée de tabac.

Le deuxième Plan d'action, quant à lui, a avancé 37 propositions d'action dans six domaines : formation d'alliances, politique antitabac plurisectorielle, environnements non-fumeurs, prévention du tabagisme chez les jeunes, aide au sevrage tabagique et renforcement des moyens d'application des politiques.

L'OMS, avec ses résolutions, la Charte de Madrid contre le tabagisme et les plans d'action pour une Europe sans tabac, a mis sur pied le cadre stratégique d'une action efficace de réduction de la consommation de tabac et des dommages causés par cette substance. Ce cadre a été étayé par des missions d'orientation et des conférences organisées dans au moins dix pays d'Europe orientale, ce qui y a permis un important travail d'élaboration de politiques et la mise en œuvre de législations efficaces.

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a constitué un vaste réseau d'aide à la mise en œuvre de politiques antitabac. Ce réseau regroupe des coordinateurs désignés par tous les États membres, cinq centres collaborateurs et des partenaires tels que des organisations d'intégration, des organisations intergouvernementales et non gouvernementales, y compris le programme «L'Europe contre le cancer» de la Commission européenne, la Banque mondiale, le Conseil de l'Europe, le Conseil nordique, l'Union internationale pour la promotion de la santé, le Réseau européen pour la prévention du tabagisme, l'Union internationale contre le cancer et les forums européens d'associations de médecins et de pharmaciens.

Le Bureau régional a compilé une importante base d'informations sur la consommation de tabac, les dommages causés par cette substance et l'action menée par les États membres. Ces informations, présentées sous la forme de fiches décrivant la situation eu égard au tabagisme en Europe, ont été résumées

dans un ouvrage intitulé *Smoking, drinking and drug taking in the European Region*<sup>1</sup>. Cette base d'informations est en cours d'actualisation.

À l'échelon des pays, des politiques et programmes antitabac sont également mis en œuvre par tous les réseaux du Bureau régional. Le plan d'action intervilles contre le tabagisme élabore des modèles de bonne pratique en matière de législation municipale et de lutte antitabac et fait part à tous les membres du réseau Villes-santé de l'expérience acquise dans ces domaines. Le réseau Écoles-santé, qui incite des jeunes à agir dans les pays d'Europe orientale, renforce le rôle de l'école comme lieu de promotion de la santé et comme acteur de changement à l'échelon local. Le réseau Régions-santé élabore et met en œuvre des plans d'action en faveur de régions sans tabac.

Des programmes en anglais et en russe ont été conçus et mis en œuvre pour conférer aux formateurs des agents de soins primaires le savoir-faire qui leur est nécessaire pour inciter les gens à modifier leur mode de vie et aider les personnes qui souhaitent cesser de fumer. La Charte contre le tabagisme des pharmaciens du Forum EuroPharm est diffusée activement. Le programme CINDI appuie des activités dans le secteur des soins primaires et, dans le cadre de la campagne «Cesser, c'est gagner», des programmes de sensibilisation du public et de sevrage tabagique.

Bien que les plans d'action se soient traduits par la création de réseaux efficaces, aient appuyé l'action des organisations non gouvernementales et aient fortement stimulé les activités antitabac, il demeure nécessaire de cibler et de coordonner davantage les activités à l'échelon des pays.

### **L'action menée dans l'Union européenne**

Au sein d'une partie de la Région européenne, l'Union européenne, conformément à l'article 129 du Traité de Maastricht, a commencé à considérer le tabac davantage comme un problème de santé que comme un problème économique. L'Union européenne a émis des directives – contraignantes pour les pays membres – concernant certains aspects de la politique antitabac, y compris l'interdiction de la publicité à la télévision, la réglementation de l'étiquetage des paquets de cigarettes, la limitation de leur teneur en goudron et le rapprochement des régimes de taxation du tabac. L'Union européenne a émis des avis – non contraignants – concernant d'autres aspects, notamment l'interdiction du tabagisme dans les lieux publics. Dans ses directives, l'Union européenne a fixé des normes minimales en matière de lutte antitabac. À ce jour, cependant, les pays de l'Union européenne ne sont parvenus à s'entendre ni sur une interdiction totale de la publicité, ni sur une suppression des subventions agricoles aux producteurs de tabac. La politique de l'Union européenne exerce un impact important sur les politiques antitabac des pays non membres de l'Union.

### **L'action menée dans les pays**

Les pays de la Région européenne ont quasiment tous mis en œuvre certains éléments de politique antitabac, mais il existe des différences considérables quant à l'ampleur et au degré d'intégration de ces politiques. En règle générale, ce sont les pays nordiques et certains pays d'Europe occidentale qui disposent des cadres législatifs les plus intégrés. Toutefois, certains pays d'Europe orientale ont également mis en place – ou le font actuellement – des cadres législatifs intégrés. Si l'approche législative est de loin la solution la plus répandue dans la Région, certains pays préconisent la signature d'accords à l'amiable avec l'industrie du tabac.

---

<sup>1</sup> Harkin, A.-M. et al. *Smoking, drinking and drug taking in the European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1997.

Les pays commencent à faire preuve de volonté politique et à solliciter l'appui du public pour agir et appliquer des programmes et des législations antitabac efficaces et intégrés. Cependant, il reste, dans de nombreux pays, à obtenir de tous les ministères qu'ils appuient la politique antitabac et veillent à l'application durable et effective de la législation.

#### **4. QUEL A ÉTÉ L'IMPACT DES POLITIQUES ANTITABAC ?**

Si l'on en juge par la prévalence du tabagisme et par la mortalité liée au tabac, les politiques et l'action menées n'ont eu, ces dernières années, qu'un faible impact dans l'ensemble de la Région. Même si dans plusieurs pays, la prévalence du tabagisme a chuté par rapport aux niveaux élevés qu'on enregistrait dans les années 60 et 70, 36% des adultes de la Région continuaient de fumer quotidiennement vers le milieu des années 90 (fig. 1).

Chez les adultes, la consommation de cigarettes oscille entre plus de 40% dans la Fédération de Russie et quelque 25% ou moins en Belgique, en Finlande et en Suède. Chez les hommes, la prévalence du tabagisme est particulièrement élevée en Arménie, en Estonie, dans la Fédération de Russie, en Lettonie, en Lituanie, en Moldavie, en Pologne, en Turquie et en Ukraine. Elle est plus faible en Irlande, au Royaume-Uni et en Suède.

Chez les femmes, c'est au Danemark, en Hongrie et en Norvège qu'on relève la prévalence la plus élevée. En Albanie, en Arménie et en Ouzbékistan, moins de 10% des femmes fument.

Sur les 36 pays pour lesquels on dispose de données, la consommation de cigarettes augmente dans 15 pays (essentiellement des pays d'Europe centrale et orientale), diminue dans 14 autres (essentiellement des pays d'Europe occidentale et les pays nordiques) et est stable dans 7 pays. La prévalence chez les femmes, généralement moins élevée que chez les hommes, augmente dans 15 pays.

Sur les 33 pays pour lesquels on dispose de renseignements sur l'évolution du tabagisme chez les jeunes, la consommation de cigarettes augmente dans 21 pays, diminue dans 7 et est stable dans 5 autres.

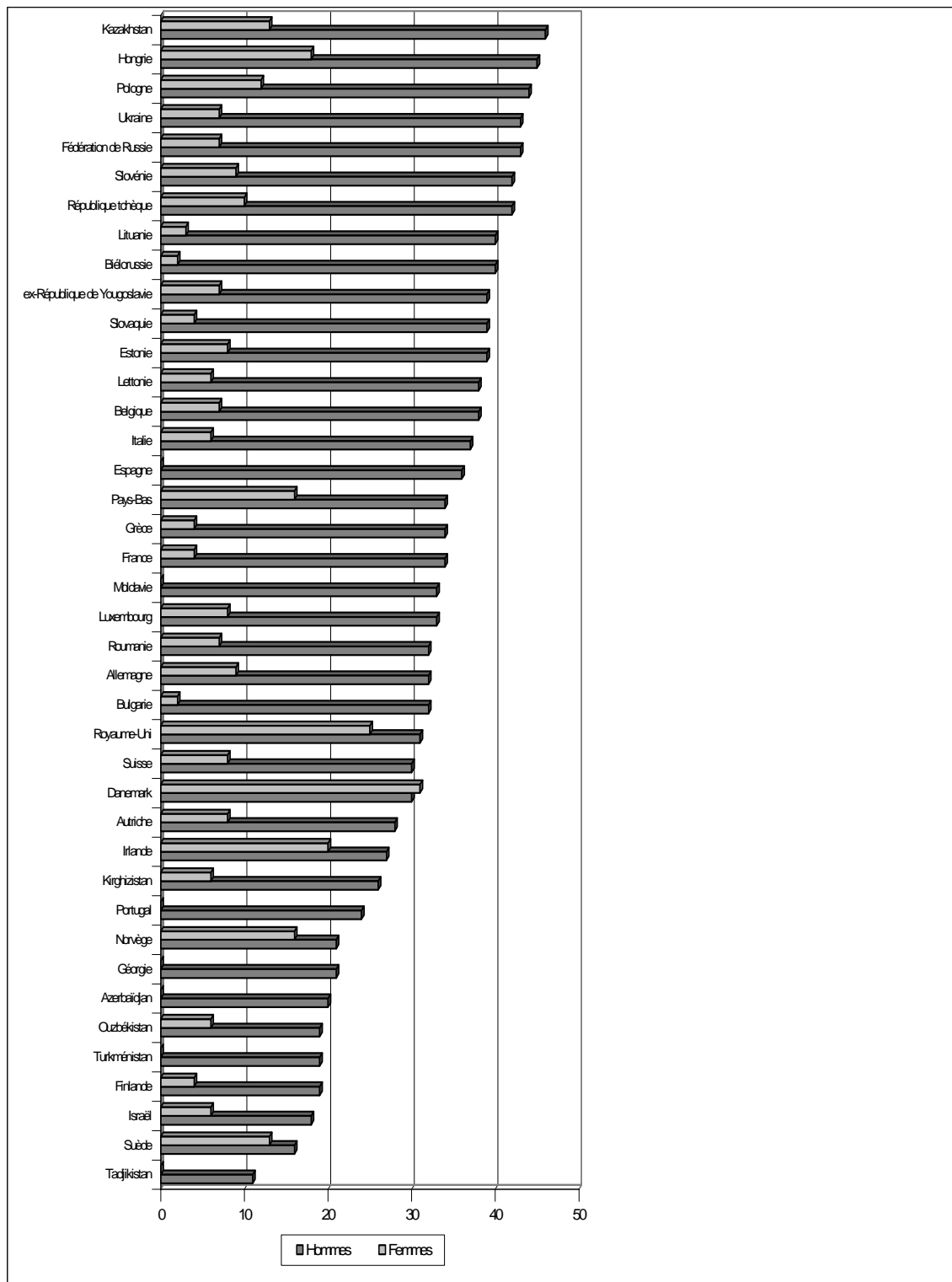
En 1995, la cigarette a été responsable d'environ 1,2 million de décès dans la Région européenne, dont près de 750 000 chez des personnes d'âge moyen (35 à 69 ans). Le pourcentage de décès imputables au tabagisme se situe, chez les hommes âgés de 35 à 69 ans, entre 11 et 46%, les chiffres les plus élevés étant relevés dans la partie orientale de la Région (fig. 2). Chez les femmes, ce pourcentage se situe entre 1 et 31%, les chiffres les plus élevés étant relevés dans la partie occidentale de la Région.

Dans les pays d'Europe occidentale, le nombre de décès imputables au tabagisme diminue chez les hommes, mais augmente chez les femmes. Dans les pays d'Europe orientale, le nombre de décès imputables au tabagisme augmente tant chez les hommes que chez les femmes. On prévoit que si aucune mesure plus rigoureuse n'est prise, les produits à base de tabac entraîneront 2 millions de décès (20% du nombre total de décès) par an vers 2020.

Fig. 1. Prévalence du tabagisme chez les adultes dans les pays de la Région européenne, début/mi-années 90 (%)

*Source* : OMS, base de données Tabac ou santé, 1996. Les chiffres utilisés pour la Bosnie-Herzégovine proviennent d'une enquête menée auprès de professionnels de la santé. Les chiffres utilisés pour la Fédération de Russie sont des estimations du Ministère de la santé et de l'industrie médicale.

Fig. 2. Pourcentage (projection) de décès imputables au tabagisme chez les hommes et les femmes âgés de 35 à 69 ans dans les pays de la Région européenne de l'OMS, 1995 (classement réalisé en fonction du pourcentage de décès chez les hommes)



© Organisation mondiale de la santé (approx. 26 cm)

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.

Source : Peto, R. et al. *Mortality from smoking in developed countries 1950–2000*. Oxford University Press, 1994. (On ne dispose pas de données distinctes pour l'Albanie, l'Arménie, l'Islande, Malte, Monaco, Saint-Marin et la Turquie. Pour les pays de l'ex-Yougoslavie, les données ne sont disponible que sous forme agrégée.)



## 5. POURQUOI LES RÉSULTATS ONT-ILS ÉTÉ AUSSI MÉDIOCRES ?

Il existe plusieurs raisons aux résultats médiocres obtenus ces dernières années.

On peut dire que le secteur de la santé publique a pris quelque 20 à 30 ans de retard sur l'industrie du tabac. Du fait de l'absence de réaction dans les années 60 et 70, il a été très difficile d'agir efficacement dans les années 90. Les forces du marché ont pris le pouvoir aux dépens de la santé. Le libre-échange a favorisé l'apparition de puissants intérêts et groupes de pression résolument opposés à toute tentative de réduction de la consommation de tabac. On a trop peu fait pour contrecarrer l'activité commerciale de l'industrie du tabac, dont le but principal est de réaliser davantage encore de bénéfices aux dépens directs de la santé.

On a constaté, dans l'ensemble de la Région, une absence de volonté, de la part des différents ministères et secteurs, d'appliquer une politique antitabac vaste et intégrée. On a relevé, toutefois, des exceptions et des résultats positifs ont été obtenus en termes de réduction de la consommation de tabac et d'exposition à la fumée de tabac ambiante.

La Loi Évin (promulguée en France en 1991), par exemple, a interdit la publicité pour le tabac, a exclu le tabac du calcul de l'indice des prix à la consommation et a imposé des lieux publics non-fumeurs. Après 15 ans d'augmentation, la consommation de cigarettes avait diminué de 9% en 1995. Cette loi a très bien été accueillie par le grand public. Trois quarts des ressortissants de l'Union européenne, en effet, sont favorables à une interdiction de la publicité pour le tabac.

L'amendement de 1994 à la loi antitabac finlandaise de 1977 a interdit le tabagisme sur tous les lieux de travail clos, la publicité pour le tabac et la vente de tabac aux personnes âgées de moins de 18 ans. Dans l'année qui a suivi l'adoption de cet amendement, la proportion de personnes exposées à la fumée de tabac ambiante au travail a fortement diminué, notamment chez les fumeurs. Presque tous les non-fumeurs et trois quarts des fumeurs ont appuyé cette réglementation sur le lieu de travail.

Le Royaume-Uni s'est engagé à utiliser la taxation pour réduire la consommation de tabac en augmentant, dans les futurs budgets, la taxation des cigarettes d'au moins 3% par an en termes réels. Près de la moitié de la réduction de 23% de la prévalence du tabagisme relevée au Royaume-Uni pendant la période 1976–1988 a été obtenue grâce à l'augmentation générale du prix des cigarettes.

Depuis le début des années 90, les pays de la partie orientale de la Région font l'objet, de la part de l'industrie transnationale du tabac, d'une attention particulière en termes non seulement de publicité et de promotion, mais aussi d'investissement dans les secteurs liés à la transformation du tabac. Cette évolution s'explique par le fait que les anciens cadres juridiques applicables au tabac ont perdu tout effet et que l'on n'a pas encore mis en œuvre de nouvelles législations antitabac. Parfois, certains aspects de l'ancienne législation (interdiction de la publicité ou obligation d'indiquer les risques pour la santé) ne s'appliquaient qu'aux produits fabriqués dans le pays, aucun contrôle n'étant imposé aux cigarettes étrangères apparues sur le marché avec la libéralisation économique. Pour aggraver le problème, nombre de ces pays se sont révélés incapables de contrôler leurs frontières lors de la transition, favorisant ainsi l'apparition d'une contrebande généralisée et systématique.

Les pays de la partie orientale de la Région sont souvent ceux où l'on relève également la plus forte prévalence de tabagisme chez les hommes et le taux le plus élevé de mortalité due au tabac. Les faibles taux de tabagisme relevés chez les femmes suscitent un intérêt tout particulier chez les responsables de l'industrie transnationale du tabac. Il est donc urgent de mettre en place des programmes antitabac intégrés et d'obtenir le soutien du public afin de réglementer la commercialisation du tabac dans les pays de

cette partie de la Région. Il est encourageant de noter qu'alors que dans la partie occidentale de la Région, certains pays qui avaient pris des mesures très complètes s'emploient à les renforcer et à combler les lacunes, certains pays de la partie orientale de la Région parviennent à mettre en œuvre des politiques antitabac intégrées.



*Annexe 2*



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ  
BUREAU RÉGIONAL DE L'EUROPE  
COPENHAGUE

COMITÉ RÉGIONAL DE L'EUROPE  
*Quarante-septième session, Istanbul, 15 – 19 septembre 1997*

## RÉSOLUTION

EUR/RC47/R8  
18 septembre 1997  
12387  
ORIGINAL : ANGLAIS

### PROJET DE TROISIÈME PLAN D'ACTION POUR UNE EUROPE SANS TABAC – 1997–2001

Le Comité régional,

Rappelant les résolutions WHA39.14 et WHA43.16, qui préconisent de mettre en œuvre des politiques antitabac intégrées, et WHA49.17, qui prie le directeur général d'entreprendre l'élaboration d'une convention-cadre internationale pour la lutte antitabac conformément à l'article 19 de la Constitution de l'OMS,

Préoccupé par la menace que continue de présenter pour la santé publique la consommation de tabac,

Ayant examiné le document EUR/RC47/12, qui contient une évaluation des résultats des premier et deuxième plans d'action pour une Europe sans tabac ainsi qu'un projet de troisième Plan d'action,

1. APPROUVE le troisième Plan d'action pour une Europe sans tabac, comme étant un ensemble de principes fondamentaux qui devraient être appliqués par les États membres, et note la nécessité de continuer de rechercher des solutions innovantes pour sa mise en œuvre;
2. DÉCIDE :
  - a) que le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe devra examiner la possibilité d'instituer, en collaboration avec la Commission économique pour l'Europe des Nations Unies, la Commission européenne, le Conseil de l'Europe, la Banque mondiale, et éventuellement, d'autres organisations intergouvernementales et non gouvernementales, un comité pour une Europe sans tabac, avec effet au 1er janvier 1999 et initialement pour une période de cinq ans;

- b) que les fonctions du comité pour une Europe sans tabac seront discutées avec les organisations coopérantes sur la base des propositions présentées dans le troisième Plan d'action pour une Europe sans tabac;
  - c) que le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe proposera aux partenaires de faire office d'organe technique principal de soutien et de secrétariat au service de la commission;
3. PRIE INSTAMMENT les États membres d'établir, ou d'utiliser si elles existent, des structures intersectorielles, chargées d'élaborer des plans d'action antitabac intégrés dans le cadre de leurs politiques générales de prévention, en tenant compte également des questions de disparité entre sexes;
4. PRIE instamment les organisations d'intégration européenne, intergouvernementales et non gouvernementales de joindre leur action à celle du comité pour une Europe sans tabac afin de maximiser leur contribution aux efforts déployés à l'échelon européen pour prévenir et réduire l'usage du tabac;
5. PRIE le directeur régional :
- a) de s'employer en priorité à dégager des ressources pour permettre au Bureau régional d'examiner la possibilité d'établir un comité pour une Europe sans tabac;
  - b) d'intensifier ses efforts afin d'obtenir des contributions volontaires permettant à l'OMS de s'acquitter de son mandat international dans ce domaine;
  - c) de tenir compte des propositions et observations faites par le Comité régional lors de la finalisation du troisième Plan d'action pour une Europe sans tabac;
  - d) de faire rapport au Comité régional à sa quarante-huitième session sur les négociations avec les autres organisations d'intégration, intergouvernementales et non gouvernementales coopérantes en ce qui concerne leur participation et les fonctions définies en commun du comité pour une Europe sans tabac, pour approbation par le Comité régional.