



ORGANISATION PANAMERICAINE DE LA SANTE
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE



25^e CONFERENCE SANITAIRE PANAMERICAINE 50^e SESSION DU COMITE REGIONAL

Washington, D.C., 21-25 septembre 1998

Point 4.5 de l'ordre du jour provisoire

CSP25/11 (Fr.)

10 juillet 1998

ORIGINAL : ANGLAIS

PREVENTION ET CONTROLE DE L'USAGE DU TABAC

Le tabagisme est la cause de trois millions de décès chaque année dans le monde, devenant ainsi l'un des plus graves problèmes de santé publique. D'après les estimations, le total des décès imputables à l'usage du tabac et pouvant être prévenus dans la Région des Amériques s'élève à 670 000 par an. Parmi ces décès, 135 000 ont lieu en Amérique latine et aux Caraïbes, 35 000 au Canada et 500 000 aux Etats-Unis d'Amérique.

Le niveau actuel d'usage du tabac est associé à des changements dans le profil épidémiologique de la Région qui se caractérise par un accroissement de la morbidité et de la mortalité imputables à des maladies chroniques non transmissibles. Jusqu'à présent, le tabagisme n'a pas répondu aux mesures limitées prises pour le combattre.

Le présent document analyse la situation actuelle et fait une mise à jour des activités nationales et internationales pour lutter contre le tabagisme. Il propose diverses mesures pour renforcer la coopération technique de l'Organisation panaméricaine de la Santé afin de diminuer les problèmes liés au tabagisme dans la Région.

Ce document a été soumis à la considération du Sous-Comité de la Planification et de la Programmation, ainsi que du Comité exécutif lors de sa 122^e session au mois de juin. La Conférence sanitaire panaméricaine est priée d'examiner et de commenter le document et d'approuver les nouvelles directives pour un plan d'action se fondant sur une information récente et des stratégies répondant à la situation et aux besoins actuels des Etats Membres. Elle est priée également de considérer l'adoption du plan d'action recommandé ainsi que de la résolution proposée par le Comité exécutif (CE122.R6).

TABLE DES MATIERES

	<i>Page</i>
Résumé d'orientation.....	3
1. Introduction	4
2. Analyse de la situation	4
2.1 Prévalence et consommation	4
2.2 Coûts sanitaires et économiques	6
2.3 Législation, réglementation et imposition	8
3. Fondements des actions	12
3.1 Résolutions et plans d'action de l'OMS et de l'OPS	12
3.2 "Tabac ou santé," le Plan d'action de l'OMS, 1996-2000.....	12
3.3 Proposition de mise à jour du Plan d'action de l'OPS.....	12
Références.....	20
Annexe : Résolution CE122.R6	

RESUME D'ORIENTATION

Le présent document décrit l'usage du tabac dans la Région et ses graves conséquences sur la santé dans le but de mettre à jour le plan d'action que l'Organisation et les Etats Membres peuvent adopter pendant la période 1998-2000 et au-delà pour lutter plus efficacement contre ce problème. Le document traite de l'usage du tabac dans la Région, de ses coûts sanitaires et économiques et des actions prises par les Etats Membres pour lutter contre l'usage du tabac. Il attire l'attention sur le fait que le tabagisme est la principale cause évitable de décès dans le monde et qu'il est à l'origine de 670 000 décès chaque année dans la Région des Amériques.

Le Comité exécutif lors de sa 122^e session s'est penché sur le contenu de ce document et a considéré le plan d'action ici proposé. La Conférence sanitaire panaméricaine est priée d'adopter les recommandations du Comité exécutif sur ce plan d'action proposé lequel vise à atteindre un niveau optimal de lutte antitabac.

Les objectifs suivants sont proposés aux fins d'adoption par les pays de la Région :

- les ministères de la santé et l'OPS devraient faire de la lutte antitabac une haute priorité;
- un coordinateur à temps plein pour le tabagisme devrait être nommé avec les ressources et les pouvoirs adéquats au sein de chaque Ministère de la Santé ou d'un autre département approprié du gouvernement;
- des coalitions nationales de lutte antitabac et le Comité latino-américain contre le tabagisme (CLACCTA) seront reconnus par les gouvernements et les ministères de la santé et ces institutions prendront une part active dans les programmes de lutte antitabac;
- tous les bureaux et locaux des ministères de la santé et bureaux connexes de l'ensemble du pays deviendront des locaux non-fumeurs;
- la prévalence du tabagisme chez les médecins sera diminuée de 10% chaque année;
- un plan détaillé sera élaboré avec des dates cibles pour l'élimination de toutes les formes de promotion du tabac qui ont de l'influence sur les jeunes;
- un plan national complet de lutte antitabac sera mis au point en intégrant les éléments donnés dans le présent document.

1. Introduction

En dépit des grandes différences au sein de l'Amérique latine et des Caraïbes, la situation générale est caractérisée par des niveaux de consommation relativement stables, une acceptation sociale répandue du tabagisme, un public mal informé sur les effets nuisibles de l'usage du tabac, des carences dans les programmes de promotion de la santé, un engagement peu ferme de la part des Etats et des agents de santé et une application inadéquate des mesures existantes de lutte antitabac, par exemple, les environnements non-fumeurs, les restrictions sur les publicités et les interdictions de vente de produits du tabac aux enfants. En outre, la publicité et la promotion du tabac par des sociétés internationales, qui traditionnellement ont cherché à élargir leur part sur des nouveaux marchés, risquent de s'intensifier pour compenser leurs pertes dans les pays industrialisés. Cette tendance peut bénéficier de la situation actuelle dans nombre de pays, où les politiques et les programmes de la lutte antitabac ne sont pas adéquats pour résister à un marché international agressif.

Les autres facteurs importants, selon l'Organisation mondiale de la Santé, concerneront la dimension importante de la cohorte de jeunes, l'urbanisation, la croissance des revenus et une convergence des modes masculins et féminins d'usage du tabac. Les problèmes sanitaires liés aux modes de vie et l'accoutumance sont en train de s'accroître dans le monde en développement et le tabac est l'élément principal dans la transition épidémiologique des maladies infectieuses aux maladies non transmissibles. Les nombreux facteurs intervenant dans l'usage et la dépendance du tabac sont étroitement liés à un comportement humain qui a été difficile de modifier par les méthodes éducatives traditionnelles. Pareillement, il y a accord pour dire que l'intervention de la communauté et la participation des parents dès l'enfance afin de développer des modes de vie sains, sont des composantes fondamentales devant être renforcées si l'on veut lutter contre cette épidémie. Chez les personnes âgées de 35 à 69 ans dans les pays industrialisés, l'usage du tabac est la cause de 28% de tous les décès (5). Il est considéré à juste titre comme la principale cause de mortalité évitable. L'adoption d'une optique analogue en Amérique latine et les Caraïbes constituerait une bonne politique de santé publique. Heureusement que les éléments d'une telle politique sont connus, efficaces et réalisables.

2. Analyse de la situation

2.1 Prévalence et consommation

Alors que l'an 2000 s'approche et que l'on connaît bien les dangers de l'usage du tabac, il est regrettable de noter que la consommation de tabac dans la Région n'a diminué que modestement ces 20 dernières années. En effet, de 1970 à 1972 et de 1990 à 1992, la consommation par habitant en Amérique latine et les Caraïbes n'a diminué que de 11%. Pendant ce temps, certains pays ont même vu augmenter leur production d'articles à base de

tabac malgré le fait que 650 personnes meurent annuellement pour chaque 1 000 tonnes de tabac produit aux fins de consommation humaine (10).

Tableau 1. Usage du tabac dans la Région des Amériques

Pays	% total de fumeurs	% d'hommes qui fument	% de femmes qui fument	Echantillon, année de l'enquête	Nombre annuel de cigarettes par habitant
Argentine	31	40	28	Buenos Aires, 1992	1 720 +
Bolivie	38	46	29	urbain, 1986	1 750 +
Brésil	33	40	25	1989	1 500 +
Canada	30	31	29	1994-1995	2 540 +
Chili	31	38	25	1990	1 130
Colombie	27	35	19	âge 12+, 1992	1 750
Costa Rica	22	33	11	âge 14+, 1987	1 340
Cuba	36	49	25	1990	2 280
Rép. dominicaine	40	66	14	quotidien, 1990	1 010
Equateur	36	-	-	âge 20+, 1988	870 +
El Salvador	25	38	12	1988	1 010 +
Guatemala	27	38	18	urbain, 1989	340 +
Honduras	23	36	11	urbain, 1988	850 +
Jamaïque	28	43	13	1990	860
Mexique	26	38	14	urbain, 1990	1 500
Paraguay	15	24	6	1990	1 100 +
Pérou	27	41	13	urbain, 1989	350
Etats-Unis	26	28	23	âge 18+, 1994	2 670
Uruguay	36	41	27	1990	1 700 +
Venezuela	40	42	39	1992	1 920

Source : WHO, *Tobacco or Health : A global status report, 1997*.

1. Les pays sont inclus s'ils notifient la prévalence depuis 1986 en fonction d'un échantillon national d'adultes (généralement âgés de 15 ans ou plus, à moins qu'il n'en soit noté autrement).
2. Les données pour 1990-1992 se fondent sur la production d'importation. "+" indique que le chiffre est plus faible que la consommation actuelle suite à la contrebande.

Les données de suivi ne sont pas d'une exactitude rigoureuse mais il semble que presque un tiers des adultes en Amérique latine et aux Caraïbes sont des fumeurs, à savoir le même niveau qu'au Canada et un niveau légèrement plus élevé qu'aux Etats-Unis (Tableau 1). Les taux de prévalence varient grandement, allant de 40% au Venezuela et dans la République dominicaine à 15% au Paraguay.

Si la proportion des femmes qui fument en Amérique latine (19%) est nettement inférieure à celle des femmes au Canada et aux Etats-Unis (26%), la proportion des hommes par contre (40%) est bien plus élevée que dans les pays industrialisés (29%). Les femmes de l'Amérique latine seront probablement la nouvelle cible principale des sociétés multinationales de tabac qui cherchent également à maintenir leur pouvoir sur les fumeurs masculins.

L'âge moyen auquel les jeunes commencent à fumer se situe entre 15 et 17 ans et il recule de manière alarmante depuis le début des années 90. Vu que la nicotine est une drogue avec un fort pouvoir d'accoutumance et parce que cette accoutumance est plus tenace si l'on commence à fumer à un jeune âge, les sociétés de tabac continueront à cibler les jeunes par le biais de parrainage d'événements, de publicités ciblées et de marketing concernant les sports, la mode et la musique.

Si un plus grand nombre d'adultes fument en Amérique latine qu'au Canada ou aux Etats-Unis, ils fument par contre moins. En Amérique latine, les fumeurs consomment un nombre moindre de cigarettes par jour (12) qu'au Canada (19) ou aux Etats-Unis (20) et le nombre annuel de cigarettes fumées par habitant en Amérique latine est moins de la moitié du niveau des deux autres pays plus au Nord (Tableau 1). Toutefois, l'avantage relatif de l'Amérique latine est nettement moindre qu'il y a 20 ans de cela, comme c'est le cas dans les pays en développement du monde entier. De 1970-1972 à 1990-1992, la consommation par habitant a diminué de 35% au Canada et de 28% aux Etats-Unis. Le chiffre comparable pour l'Amérique latine n'est que de 11%.

2.2 Coûts sanitaires et économiques

D'après les estimations de l'OMS, en 1995 le nombre annuel de décès imputables à l'usage du tabac dans le monde s'élevait à plus de trois millions. Parmi ces décès, 135 000 ont eu lieu en Amérique latine et aux Caraïbes, 45 000 au Canada et 500 000 aux Etats-Unis (12).

Dans les pays industrialisés où les politiques de lutte antitabac ont commencé à faire baisser les taux de tabagisme il y a 20 ans, les maladies liées au tabagisme sont en train de diminuer en tant que cause de mortalité. Toutefois, il existe des exceptions instructives : au Canada, où les femmes ont commencé à fumer plus tard que les hommes et où les taux de tabagisme pour elles n'ont pas encore diminué dans la même mesure que pour les hommes,

le cancer du poumon est la seule forme de cancer qui s'est accrue ces dernières années. Actuellement, les femmes canadiennes sont plus susceptibles de mourir d'un cancer du poumon que de toute autre forme de cancer, y compris le cancer du sein (2).

Le coût du tabagisme est considérable : au Canada, on l'estime à US\$ 7 700 millions (\$2 100 millions en soins directs en 1993) (6). Aux Etats-Unis, le chiffre s'élève à \$68 000 millions (\$20 000 millions en soins directs en 1990) (8). Même si les taxes sur le tabac sont très importantes, elles ne couvrent pas ces coûts. Par exemple, au Canada, les taxes sur le tabac s'élevaient à \$4 200 millions en 1993. Cela signifie que le coût excédentaire pour le tabagisme pour le Trésor public est de \$3 500 millions (1). Le coût du tabagisme est tellement élevé que des programmes de prévention du tabagisme en milieu scolaire économisent, d'après les estimations, \$16 pour chaque dollar dépensé pour les élaborer et les réaliser (7). Les coûts des soins de santé et de la productivité perdue suite au tabagisme sont des dépenses dont les économies en développement pourraient bien se passer.

Si la Banque mondiale a calculé, en utilisant des estimations modérées, que le tabac obère l'économie mondiale d'environ \$200 milliards par an (10), les coûts réels sont bien plus élevés.

Il convient également de noter les résultats de l'Agence des Etats-Unis pour la Protection de l'Environnement (EPA) de 1994 (9). L'Agence a mis en garde quant à la présence de nicotine et de 43 autres carcinogènes au minimum dans la fumée de la cigarette, tant exhalée que provenant de la combustion directe (fumeurs passifs). Parallèlement, des dizaines d'autres substances toxiques et irritantes ont été identifiées comme des facteurs contribuant à des maladies telles que le cancer du poumon, les infections respiratoires chez les enfants et les maladies cardio-vasculaires chez les adultes.

Les exportations de produits du tabac rapportent presque \$1 000 millions par an au Brésil et \$5 000 millions aux Etats-Unis. Cinq pays de la Région se situent parmi les plus grands producteurs mondiaux de tabac brut : Etats-Unis (deuxième place), Brésil (quatrième place), Canada (quatorzième place), Argentine (quinzième place) et Mexique (seizième place). Le Brésil est le plus important exportateur mondial de tabac brut et les Etats-Unis se situent au troisième rang. Parmi les exportateurs de cigarettes fabriquées, les Etats-Unis se situent au premier rang mondial, suivis par le Brésil (sixième rang), le Venezuela (seizième rang), le Canada (dix-neuvième rang) et la Colombie (vingtième rang). L'on peut s'attendre à une résistance politique à la lutte antitabac dans ces pays de la part de ceux qui profitent de la production de tabac ou de la fabrication de cigarettes.

Les fabricants de produits du tabac dans ces pays s'opposeront très probablement aux mesures de lutte antitabac dans leurs propres pays et dans les pays dans lesquels ils exportent leurs articles.

2.3 Législation, réglementation et imposition

Le Canada fait partie d'un petit groupe de pays qui a mis en place des programmes nationaux avec des politiques efficaces de lutte antitabac. Aux Etats-Unis d'Amérique, les états de la Californie et du Massachusetts ont également voté des programmes complets de lutte antitabac.

Toutes ces juridictions ont connu des diminutions très nettes dans l'usage du tabac. Certaines des mesures importantes prises concernent les restrictions sur la publicité, les contrôles sur les ventes aux mineurs, les avertissements obligatoires sur les paquets de cigarettes concernant les dangers pour la santé, les restrictions sur l'usage du tabac à l'intérieur des immeubles, la hausse constante des taxes sur les produits du tabac, l'éducation sanitaire continue dans les écoles et pour le grand public et l'aide apportée à ceux qui veulent arrêter de fumer.

En Californie et au Massachusetts, les taxes sur les cigarettes sont la source des recettes alimentant des programmes de communication de masse modernes et efficaces et d'éducation antitabac. L'Australie est allée plus loin et a remplacé les parrainages des sociétés de tabac par les fonds provenant des taxes sur les cigarettes. Des taxes plus importantes sur les produits du tabac pourraient rapporter un gain budgétaire net en Amérique latine et les Caraïbes, comme c'est le cas au Canada où les recettes fiscales des cigarettes ont presque triplé de 1981 à 1991, alors que la consommation diminuait parallèlement de 40%.

Seuls cinq pays (Canada, Cuba, Nicaragua, Etats-Unis et Venezuela) ont interdit complètement la publicité sur la cigarette à la radio et à la télévision. La plupart des pays réglementent les créneaux pendant lesquels ces publicités peuvent être diffusées et un nombre moindre d'entre eux émettent des restrictions sur leur contenu et le public visé (Tableau 2).

Même dans les pays où la publicité à la télévision et à la radio est interdite, la publicité dans les journaux est tolérée en règle générale. La publicité sur des panneaux, dans les points de vente et dans les revues ciblant tous les intérêts et tous les groupes d'âge est très visible dans l'ensemble de la Région. La publicité indirecte, par l'intermédiaire d'autres produits et le parrainage d'événements sportifs et culturels, n'est réglementée que dans quelques pays. Elle est généralement très répandue dans l'ensemble de la Région.

Les réglementations dans un grand nombre de pays cherchent à limiter l'exposition des mineurs à cette publicité en excluant les modèles positifs, en changeant l'heure des programmes ou en interdisant les publicités dans les sites à haut risque. Récemment, certains pays tels que le Chili, le Costa Rica et le Pérou ont voté des lois qui limitent les heures et le contenu de la publicité sur les cigarettes, qui demandent que des avertissements soient

Tableau 2. Publicité directe des produits du tabac dans les Etats Membres de l'OPS, milieu des années 90

Pays	Diffusion (télévision, radio)			Restrictions dans les médias imprimés
	Interdiction totale	Créneaux limités	Contenu limité	
Argentine		Télé, R	Télé, R	Interdite dans les publications pour jeunes
Bolivie		Télé		
Brésil		Télé, R		Interdite dans les publications pour jeunes
Canada	Télé, R			Doit mentionner les avertissements pour la santé
Chili		Télé		Doit mentionner les avertissements pour la santé
Colombie		Télé	Télé	Interdite dans les revues scientifiques, les affichages muraux, les transports publics
Costa Rica		Télé, R		Interdite dans les publications pour jeunes et les sections sportives des journaux
Cuba	Télé, R			Interdite
Rép. dominicaine		Télé		
Equateur		Télé, R		Doit mentionner les avertissements pour la santé : ne peut pas cibler les enfants
El Salvador		Télé	Télé	
Guatemala				
Honduras				Doit mentionner les avertissements pour la santé
Jamaïque				
Mexique		Télé, R	Télé, R	Interdite dans les associations de sport, de jeunes, d'activités civiques et de religion
Panama		Télé	Télé	Ne peut pas montrer des fumeurs
Paraguay		Télé	Télé, R	Doit mentionner les avertissements pour la santé; association interdite avec les sports ou les enfants
Pérou		Télé, R	Télé, R	Doit mentionner les avertissements pour la santé
Etats-Unis	Télé, R			Doit mentionner les avertissements pour la santé
Uruguay			Télé, R	Doit mentionner les avertissements pour la santé
Venezuela	Télé, R			Doit mentionner les avertissements pour la santé

Sources : *Boletín CLACCTA : Legislación sobre el control del tabaquismo en América Latina*, janvier 1997.

WHO, Tobacco or Health : *A global status report*, 1997.

donnés quant aux risques que comporte l'usage du tabac pour la santé et que soient intégrés des programmes éducatifs dans les écoles et les communautés. Au moins 12 pays de l'Amérique latine fournissent une éducation continue sur le tabagisme et deux d'entre eux ont des programmes d'éducation facultative.

Si l'éducation sanitaire est utile, elle ne suffit toutefois pas à décourager l'usage du tabac. Pareillement, il ne serait peut-être pas souhaitable d'établir un ensemble de mesures de lutte trop strictes et restrictives. Une méthode intégrale semblerait être la meilleure option, incluant la participation des parents qui seraient de modèles positifs, ainsi que l'intervention de la communauté et des écoles pour décourager les modes de vie nuisibles à la santé. D'autre part, le prix des cigarettes s'est avéré une arme efficace dans la lutte contre le tabac d'un grand nombre de pays, notamment l'Australie, le Canada, le Danemark, la France, la Nouvelle Zélande, la Norvège, l'Afrique du Sud, le Royaume-Uni et les Etats-Unis d'Amérique, au niveau des états. .

Dans la Région, la quantité de travail nécessaire, si l'on gagne un salaire moyen, pour acheter un paquet de cigarettes varie grandement, allant de 10 minutes aux Etats-Unis à 160 minutes en Bolivie (Tableau 3). Il n'est donc guère surprenant que les taxes ne représentent que 30% du prix des cigarettes aux Etats-Unis et 61% en Bolivie. Mais ce ne sont pas dans ces pays que l'on note les extrêmes de l'imposition : les taxes se situent dans une fourchette allant de 10% du prix total au Paraguay à 75% au Brésil et au Costa Rica. Malgré l'efficacité du prix en tant que mesure de lutte antitabac, il n'existe aucune loi ou décret national qui réglemente de manière spécifique le prix ou qui accroisse l'imposition sur les produits du tabac.

Limiter l'accès des jeunes au tabac peut être efficace pour lutter contre le début du tabagisme et l'accoutumance mais seuls quelques pays ont mis en place des restrictions sur les ventes aux mineurs (Tableau 3). Même lorsque ces restrictions existent, il faut les appliquer de manière rigoureuse pour vérifier que les détaillants y adhèrent et, généralement, ces mesures sont absentes. Par exemple, au Canada, plus de 50% des débits de tabac sont prêts à vendre à des enfants de 12 ou 13 ans alors que la loi exige qu'ils aient au minimum 18 ans (3).

La vaste majorité des pays de la Région ont adopté une certaine forme d'interdiction de fumer en public et les lieux les plus protégés sont les services de santé, les écoles, les transports publics et les lieux de loisirs intérieurs tels que les cinémas (Tableau 3). Mais là aussi, il est essentiel d'appliquer strictement cette mesure si l'on veut qu'elle soit efficace. La sensibilisation du public quant au danger de la fumée dans l'environnement vise à une plus grande acceptation de ces interdictions.

La plupart des pays n'ont qu'un ou deux types de mise en garde qui paraissent tout le temps et il existe quelques réglementations régissant la taille des étiquettes de mise en garde

**Tableau 3. Mesures de lutte contre le tabac dans les Etats
Membres de l'OPS, milieu des années 90**

Pays	Taxe en tant que % du prix; minutes pour acheter 20 cigarettes	Ventes interdites aux mineurs¹	Lieux publics où il est interdit de fumer²
Argentine	70%		
Bolivie	61%, 160 minutes		Services de santé, transports, lieux publics fermés
Brésil	75%	X	
Canada		X	Transports, lieux de travail du gouvernement fédéral
Chili	70%		Services de santé
Colombie		X (16 ans)	Services de santé, avions, écoles
Costa Rica	75%, 43 minutes	X	transports, loisirs, bâtiments publics, lieux de travail
Cuba	150 minutes	X (16 ans)	Services de santé, transports, certains bâtiments publics
Rép. dominicaine	13%	X (16 ans)	
Equateur			Avions
El Salvador	43%		bureaux du Ministère de la Santé
Guatemala			Bus
Honduras			transports, loisirs, bâtiments du gouvernement, écoles
Jamaïque	42%, 44 minutes		
Mexique			institutions de santé, loisirs, certains bureaux du gouvernement
Panama	60%		
Paraguay	10%		Services de santé, transports, certains bureaux
Pérou			transport, lieux publics fermés
Etats-Unis	30%, 10 minutes	X	transports, Ministère de la Santé
Uruguay	60%	X	Services de santé, transports, écoles, bureaux du gouvernement, ascenseurs
Venezuela	50%	X	transports, écoles, cinémas

Source : WHO, *Tobacco or Health: A global status report*, 1997.

1. Ventes interdites à toute personne en dessous de 18 ans, à moins qu'il n'en soit noté autrement.
2. D'autres interdictions municipales existent en Argentine, au Canada, au Mexique, aux Etats-Unis et en Uruguay. Un grand nombre de pays ont des restrictions (mais non pas des interdictions) qui ne sont pas indiquées ici.

ou leur visibilité sur les paquets de cigarettes. La formulation est soit très faible ("Ce produit peut nuire à votre santé"), soit très forte ("La cigarette peut vous tuer"). Seuls quatre pays de la Région demandent aux fabricants de cigarettes de décrire les niveaux de goudron et de nicotine sur leurs paquets et seul Cuba contrôle la quantité de substances toxiques et carcinogènes dans les produits du tabac (Tableau 4).

3. Fondements des actions

3.1 *Résolutions et plans d'action de l'OMS et de l'OPS*

Pendant la période de 1969 à 1997, 14 résolutions de l'OMS et quatre résolutions de l'OPS étaient appliquées à la lutte antitabac. Des plans d'action pour l'OMS, l'OPS et leurs Etats Membres ont été mis au point pour les périodes de 1988 à 1995 et de 1996 à 2000. Il s'agissait notamment d'un plan d'action régional de l'OPS (1989) et d'un plan interinstitutions (1994).

3.2 *"Tabac ou santé," le Plan d'action de l'OMS, 1996-2000*

Ce plan stipule une direction continue de l'OMS dans la réduction et la prévention au niveau mondial de l'usage du tabac et la promotion de sociétés sans tabac. Les objectifs du programme pour cette période sont les suivants : promouvoir la mise en place et le renforcement de programmes nationaux et internationaux pour prévenir et diminuer l'usage du tabac; promouvoir le concept des sociétés sans tabac et collecter, collationner, préparer et diffuser des informations valides sur l'épidémiologie du tabac ou santé et sur les stratégies pour lutter contre la consommation du tabac.

3.3 *Proposition de mise à jour du Plan d'action de l'OPS*

Cette section présente un plan d'action proposé en fonction des sept objectifs pour l'an 2000 et des grandes lignes pour continuer l'action après 2000. Le plan intègre les leçons de pays et Etats avec une lutte antitabac réussie et prévoit des variations nationales au sein de la Région pour tenir compte des différentes priorités et profiter des forces locales.

3.3.1 *Principes et données de base*

- L'usage du tabac est la cause évitable de morbidité et de mortalité la plus importante dans la Région et on note un accroissement rapide des maladies liées à l'usage du tabac. De plus, le tabagisme entraîne une perte économique nette dans tous les pays. Ces coûts s'accroîtront dans les années à venir si on ne combat pas de manière efficace le tabagisme.

**Tableau 4. Avertissements sur les cartouches/paquets de cigarettes
dans les Etats Membres de l'OPS, milieu des années 90**

Pays	Avertissements quant aux risques pour la santé		Information sur les niveaux de	
	Alternatifs ¹	Fixes ²	Goudron	Nicotine
Argentine		X		
Bolivie		X		
Brésil	X			
Canada	X		X	X
Chili	X		X	X
Colombie		X		
Costa Rica		X		
Cuba		X		
Rép. dominicaine		X		
Equateur		X		
El Salvador		X		
Guatemala		X		
Mexique	X	X	X	X
Panama		X		
Paraguay		X		
Pérou		X		
Etats-Unis	X		X	X
Uruguay		X		
Venezuela		X		

Sources : *Boletín CLACCTA : Legislación sobre el control del tabaquismo en América Latina*, janvier 1997.

WHO, *Tobacco or Health : A global status report*, 1997.

1. Alternatif : différents avertissements paraissent à divers moments.
2. Fixe : le même avertissement est donné tout le temps.

- Les programmes antitabac peuvent retarder le moment où les jeunes commencent à fumer, diminuer la prévalence et le niveau de consommation et protéger la santé des enfants et des autres non-fumeurs. Les pays qui ont mis en œuvre des programmes avancés de lutte contre le tabac notent des baisses impressionnantes dans la morbidité et la mortalité imputables au tabagisme.
- Une approche intégrale à la lutte contre le tabac - combinant les mesures éducatives, législatives, réglementaires et financières - est plus efficace qu'une seule mesure. L'éducation sur les dangers de l'usage du tabac, bien qu'elle soit nécessaire, ne suffit pas à combattre effectivement le tabagisme.
- Les approches intégrales traitent a) de la prévention du tabagisme, b) encouragent la cessation et c) protègent les non-fumeurs. Des mesures véritablement efficaces permettront d'atteindre simultanément deux ou trois de ces résultats (par exemple, l'interdiction de fumer dans les lieux publics protège les non-fumeurs, encourage à cesser de fumer et contribue à la prévention).
- Les lois en vue de réglementer l'accessibilité aux produits du tabac devraient refléter la gravité des dangers liés à leur usage.
- Un consentement libre et informé devrait exister chez les utilisateurs effectifs et potentiels des produits du tabac.
- La santé, les droits et le bien-être de ceux qui ne fument pas devraient être protégés.
- La législation devrait contrôler les produits du tabac eux-mêmes.
- Toute mesure en vue de diminuer l'acceptation sociale du tabagisme contribue positivement à la lutte antitabac.
- Une lutte antitabac efficace commence par des mesures qui entrent dans les capacités des ministères de la santé pour ensuite progresser à des actions exigeant une collaboration interministérielle et intersectorielle.
- Les coalitions avec les gouvernements et les ONG sont essentielles pour combattre une industrie internationale du tabac bien organisée et bien financée. Des partenariats efficaces et le renforcement de la capacité locale en ce qui concerne la lutte antitabac sont des aspects d'importance critique si l'on veut que cet effort réussisse.
- Des ressources supplémentaires seront nécessaires pour soutenir la mise en œuvre de plans d'action complets sur l'ensemble de la Région.

- La collaboration internationale est essentielle pour partager les meilleures pratiques et minimiser les conséquences imprévues (par exemple, lorsque les accroissements d'impôt encouragent la contrebande).
- La réussite de la lutte antitabac au Canada, aux Etats-Unis et en Europe de l'Ouest signifie qu'il faut prendre de toute urgence de solides mesures dans d'autres régions du monde où l'industrie du tabac se tournera pour trouver de nouveaux marchés.

3.3.2 *Objectifs proposés pour l'an 2000*

Les objectifs qui suivent sont proposés en tant qu'objectifs faisables, fondamentaux et urgents. La plupart d'entre eux traitent de besoins essentiels et immédiats du point de vue "infrastructure" (1, 2, 3) alors que deux (4, 5) s'attaquent au fond et deux (6, 7) posent les fondements des progrès futurs.

1. L'OPS et tous les ministères de la santé reconnaîtront la lutte antitabac comme une haute priorité.
2. Un coordinateur à temps plein pour la lutte antitabac sera nommé avec des ressources adéquates dans chaque ministère de la santé ou autre département public approprié.
3. Des coalitions nationales de lutte antitabac et CLACCTA seront reconnus par les Etats Membres de l'OPS et les ministères de la santé. Elles doivent participer activement aux programmes de lutte antitabac.
4. Tous les bureaux du ministère de la santé et institutions connexes de l'ensemble du pays seront non-fumeurs.
5. La prévalence du tabagisme chez le personnel sanitaire diminuera de 10% par an.
6. Un plan détaillé sera mis au point avec des dates cibles pour l'élimination de toutes les formes de promotion du tabac qui ont de l'influence sur les jeunes.
7. Un plan national intégral pour la lutte contre le tabac sera mis au point, incluant les éléments donnés ci-après.

3.3.3 *Eléments d'un plan intégral pour la lutte antitabac*

Une approche intégrale à la lutte antitabac comprend des mesures éducatives et législatives, réglementaires et financières. Elle s'accompagne d'un programme de suivi systématique. La promotion de la santé et la participation de la communauté sont aussi des éléments fondamentaux pour encourager des modes de vie sans tabac. Les mesures de lutte

antitabac ont pour objet d'empêcher que les jeunes commencent à fumer, d'encourager à cesser de fumer et de protéger les non-fumeurs. Ces trois résultats peuvent parfois être approchés par le biais de la même mesure. Par exemple, si on limite le tabagisme dans les lieux publics, on protège non seulement les non-fumeurs de la pollution de la fumée du tabac ambiante dans l'environnement mais on encourage également à cesser de fumer en faisant qu'il soit moins pratique et moins visible de fumer. Le suivi est essentiel pour évaluer les progrès et guider les actions futures.

3.3.4 *Mesures qui pourraient faire une différence*

Les sections suivantes décrivent des exemples de certaines mesures qui pourraient être prises immédiatement. Elles proviennent de la publication de l'OMS *Controlling and Monitoring the Tobacco Epidemic (11)*.

Mesures limitant l'accès aux produits du tabac : le prix des produits du tabac devrait être accru par le biais de changements fiscaux pour rendre le produit moins abordable. L'expérience de nombreux pays a montré que des impôts plus élevés sont probablement la manière la plus efficace de diminuer l'usage du tabac. Dans un grand nombre des pays de l'Amérique latine, des économies en plein essor, par le biais de revenus disponibles plus importants, stimulent la consommation en rendant les produits du tabac plus abordables. Les ministères de la santé peuvent jouer un rôle-clé et influencer la politique fiscale grâce aux contacts avec les ministères des finances et encourager non seulement des taxes plus élevées mais également la fin de certaines pratiques (telles que les préférences fiscales pour le tabac roulé à la main) qui encouragent une consommation générale plus élevée.

Des restrictions devraient être placées sur les endroits qui vendent des produits du tabac. Certains points de vente de tabac sont inappropriés. Par exemple, il est incompatible avec les connaissances scientifiques des effets de l'usage du tabac de permettre que ces produits soient vendus dans les services de santé, les établissements d'enseignement, les pharmacies et les salles de gymnastique. En effet, de telles ventes donnent au public l'impression que les produits du tabac ne sont pas très nuisibles pour la santé.

Il ne faut pas permettre les ventes self-service des produits du tabac. Vu l'aspect très nuisible et le niveau d'accoutumance de ces produits, il n'est pas approprié qu'ils soient disponibles dans les machines automatiques ou autres endroits de self-service.

Il faut mettre fin à la vente de tabac aux enfants. Les produits du tabac favorisent l'accoutumance qui diminue la volonté. Par conséquent, les mineurs doivent être protégés de ceux qui veulent leur vendre ces produits. Pour cela, on peut accorder des permis et imposer des inspections des vendeurs. On peut également créer des incitations financières pour les sociétés de tabac afin d'empêcher que les enfants achètent leurs produits.

Mesures pour promouvoir le consentement informé. Au vu du fait que l'industrie du tabac crée une impression très fautive des produits qu'elle vend par le biais du marketing, il faut mettre fin aux messages trompeurs, tels que définis par des entités réglementaires spéciales, communiqués par la publicité du tabac, les promotions, les parrainages, l'étiquetage et le conditionnement.

Il convient de fournir une information prédominante, détaillée et mise à jour fréquemment sur les emballages des produits du tabac (et même à l'intérieur) et dans les points de vente. La prévention de messages trompeurs doit être complétée par l'apport d'une information juste. Pour cela, une information complète est nécessaire, donnée dans un contexte culturellement approprié sur tous les produits du tabac.

Il convient de faire connaître entièrement toutes les substances toxiques et les additifs. Les consommateurs ont le droit de savoir ce qu'ils consomment et les représentants de la santé publique doivent savoir ce qui se trouve dans les produits du tabac pour expliquer les risques au public.

Il convient de déployer des activités d'éducation en santé publique en dévoilant au public les actions de l'industrie du tabac. Au vu d'un problème actuel et futur d'une telle envergure, il faut compléter l'information sanitaire par des campagnes d'éducation de masse déployées à plus grande échelle. Tant les gouvernements que la société doivent savoir que l'acceptation d'événements culturels, sportifs ou artistiques parrainés par l'industrie du tabac fournit à celle-ci un instrument qui augmente son pouvoir en tant que groupe de pression, car elle donne l'impression fautive d'être une bienfaitrice de ces groupes ou communautés.

Il faudrait garantir l'assistance à ceux qui veulent arrêter de fumer et aux utilisateurs qui cherchent des dommages pour les conséquences qu'ils ont subies. Le fait de donner aux utilisateurs une information exacte sur les effets du tabagisme n'a guère d'effet si ces derniers ne se sentent pas capables d'arrêter. Il est important de fournir une aide à ceux qui veulent arrêter par le biais de stratégies accessibles qui se sont avérées efficaces. Il est également important que les fumeurs puissent obtenir des dommages et intérêts des sociétés de tabac pour le mal que ces sociétés leur ont causé.

Mesures pour protéger ceux qui ne veulent pas utiliser les produits du tabac : Il faut garantir des espaces publics, des lieux de travail et de transport public non-fumeurs. En effet, la fumée de tabac ambiante est une cause prouvée de maladie et de gêne et il est important de mettre en place des politiques progressives et culturellement appropriées pour diminuer cette exposition. Ces politiques commencent souvent par les établissements sanitaires, institutions d'enseignement, locaux du gouvernement, lieux publics et salles de gymnastique. Des politiques devraient également être adoptées sur les lieux de travail, dans les magasins et les lieux où se rassemble le public. Ces mesures sont favorables tant à la protection qu'à l'éducation. Alors que cette protection est offerte, elle éduque le public

quant aux effets nuisibles du tabagisme et va à l'encontre de certains modèles (par exemple, les enseignants qui fument dans les salles de classe).

Il faudrait des moyens garantis et simplifiés de redressement pour ceux qui sont des victimes passives du tabagisme. Lorsque l'industrie du tabac n'a pas expliqué au public les dangers du tabagisme passif, notamment l'absence de mise en garde des conséquences négatives, il faudrait des moyens simples permettant à ceux affectés d'avoir recours afin qu'ils puissent être dédommagés par l'industrie. En obligeant les sociétés de tabac à assumer la responsabilité financière de leurs actes, un pays crée une incitation poussant ces sociétés à dire la vérité.

Le public devrait être protégé des incendies et autre dégât environnemental causé par les produits du tabac. Les produits du tabac entraînent des problèmes environnementaux allant du déboisement (suite au bois utilisé pour sécher les feuilles de tabac) aux incendies causés par les cigarettes jetées par terre et au fait qu'on salit ainsi l'environnement. Pour cela, il faut des changements réglementaires dans les méthodes de culture du tabac et l'adoption de normes sur les endroits où l'on peut allumer une cigarette. Certaines de ces questions peuvent également être modifiées par le biais d'une meilleure éducation publique.

Mesures pour lutter contre les produits du tabac : Les gouvernements devraient être en mesure d'interdire certaines catégories de produits libérant de la nicotine. Les produits du tabac sont des articles libérant de la nicotine extrêmement "sales." Il y a d'autres manières de donner de la nicotine à ceux qui en ont besoin sans avoir un impact sanitaire aussi important. Grâce au contrôle des produits du tabac en tant que médicaments, contrôle que les Etats-Unis sont en train de mettre en place, il devrait être possible d'enlever progressivement les produits les plus mortels du marché.

Des réglementations sont également nécessaires pour définir le type d'additifs que les fabricants ou les importateurs du tabac peuvent mettre dans leurs produits. Les gouvernements devraient être en mesure d'exiger des changements dans la fabrication du produit, notamment l'utilisation d'additifs spécifiés lorsque ces derniers peuvent diminuer le nombre de victimes du tabac. Actuellement, il existe peu de contrôle sur ce que les sociétés du tabac emploient dans la fabrication de leurs produits. C'est très différent de la situation des produits alimentaires ou pharmaceutiques et cela signifie un risque accru pour les consommateurs. Le contrôle des additifs peut prévenir l'adjonction de substances toxiques qui augmentent le nombre de victimes et pourrait forcer l'inclusion d'additifs qui diminuent la charge de morbidité.

Les niveaux des ingrédients toxiques trouvés dans les produits du tabac devraient être contrôlés. Certains pays ont des produits du tabac avec des concentrations très fortes de carcinogènes et d'autres substances toxiques. Les pays devraient fixer des niveaux maximums permis de telles substances toxiques pour diminuer l'effet nuisible en général.

Les gouvernements devraient être en mesure d'exiger la modification des produits du tabac. Outre la limitation des substances toxiques existantes, il devrait être possible de mettre en place de nouvelles technologies qui retardent l'âge auquel les enfants commencent à fumer, qui limitent l'exposition aux substances toxiques connues ou qui permettent d'arrêter plus facilement.

3.3.5 *Nécessité d'étendre et de diversifier le soutien de l'OPS pour une coopération technique efficace*

L'ampleur des conséquences du tabagisme sur la santé et ses répercussions économiques devraient convaincre les gouvernements de la Région de prendre l'initiative de la lutte antitabac. Seule une action publique concertée a l'envergure et l'autorité nécessaires pour combattre les effets nuisibles actuels du tabagisme. Parallèlement, cette action devrait être encouragée et soutenue par des personnes, des groupes, des ONG et des organisations bilatérales et internationales. L'expérience a montré l'importance d'une direction adéquate si l'on veut que les politiques et les programmes de lutte réussissent aux niveaux mondial, national et communautaire.

Aussi, est-il essentiel que les plans d'action établissent et renforcent la direction des coalitions nationales, tel que proposé par le Plan interinstitutions sur le Tabac ou la Santé en Amérique latine. Parallèlement, il est jugé important d'intégrer et de coordonner des activités avec des centres collaborateurs et différents groupes, tels que les instituts pour le traitement du cancer et des maladies respiratoires ainsi que des sociétés professionnelles en tant qu'homologues et membres sous les directives et avec le soutien des ministères de la santé. Les actions coordonnées sont considérées essentielles si l'on veut créer ou consolider les mouvements contre le tabagisme. Pareillement, le Secrétariat et tous les Etats Membres doivent mener une mission de lutte contre le tabagisme, en s'appuyant sur des leaders et des associés énergiques.

Afin de consolider et d'accélérer les activités visant à la prévention et à la lutte antitabac dans la Région des Amériques en 1994, l'OPS et le Comité latino-américain contre le tabagisme (CLACCTA) ont créé une coalition pour mettre en œuvre le "Programme interinstitutions pour l'Amérique latine." Le Programme est réalisé actuellement sous les auspices de l'OPS, de l'American Cancer Society (ACS), des Centers for Disease Control and Prevention (CDC) et, depuis 1995, du Gouvernement du Canada qui fournissent un soutien technique et financier.

Du point de vue ressources, il est important de noter que l'OPS a nommé un Conseiller régional pour le Tabac ou la Santé au sein de la Division de la Promotion et de la Protection de la Santé, au siège, dans le cadre du Programme sur les Modes de Vie sains et la Santé mentale. Ce professionnel consacre environ 60% de son temps à la gestion et au soutien technique de la composante tabac et le 40% restant aux questions liées à l'abus et à

la dépendance de l'alcool et des substances psychoactives. Parallèlement, deux autres consultants inter pays travaillent en Argentine et au Venezuela et leurs traitements sont financés par des fonds extrabudgétaires des Etats-Unis et du Canada. Si d'autres fonds extrabudgétaires sont obtenus, deux autres coordinateurs sous-régionaux seront nommés, l'un au Mexique et l'autre aux pays des Caraïbes anglophones. L'OPS fournit actuellement les services d'un secrétaire à plein temps ainsi qu'un budget de fonctionnement de \$30 000 par an, mais les ressources augmenteront à fur à mesure que les activités de lutte contre le tabagisme s'étendent.

Il sera capital de mobiliser d'autres ressources extrabudgétaires pour que cette proposition soit viable. Pour cela, de solides liens devront être établis avec les organisations intéressées au Canada et aux Etats-Unis dans le cadre d'alliances stratégiques pour trouver des solutions conjointes au niveau national.

Lors de la mise en œuvre du plan futur, il sera nécessaire d'arriver à une coordination optimale au sein des divisions et programmes de l'OPS, tels que communications et santé, écoles et communautés saines, maladies chroniques non transmissibles, santé des adolescents et politiques de santé.

La 25e Conférence sanitaire panaméricaine est priée d'examiner et de formuler ses commentaires sur le contenu du présent document et d'approuver les nouvelles directives pour un plan d'action, ainsi que la résolution proposée par le Comité exécutif. Lesdits documents sont fondés sur une information à jour et sur des stratégies conformes à la situation et aux besoins actuels des Etats Membres.

Références

1. MacEachern S, Stephens T, Kaiserman MJ. *The Economic Costs of Smoking : a Major Contributor to Budgetary Deficits*. Presentation to the Second National Conference on a Tobacco-free Canada, Ottawa, 1^{er} novembre 1996.
2. National Cancer Institute of Canada. *Canadian Cancer Statistics, 1997*. Toronto : The Institute, 1997.
3. Nielson, A.C., Co. *Measurement of Retailer Compliance with respect to Tobacco Sales-to-Minors Legislation, Wave 3 Results, 1997*. Préparé pour Health Canada, Office of Tobacco Control, 1997.
4. PAHO, *Control of cigarette Smoking*, Resolution CD33.R22, 33^e Conseil directeur, septembre 1988.

5. Peto R, López AD, Boreham J, Thun M, Heath C Jr. *Mortality from Smoking in Developed Countries, 1950-2000*. Oxford : Oxford University Press, 1994.
6. Single E, Robson L, Xie X, Rehm J. *The Costs of Substance Abuse in Canada*. Ottawa : Canadian Centre on Substance Abuse, 1996.
7. Stephens T. Kaiserman MJ, McCall DJ, Sutherland-Brown C. *School-based Smoking Prevention in Canada : A Cost-benefit Analysis*. Accepté pour publication.
8. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. *Estimate on Tobacco Cost*. 1990.
9. U.S.Environmental Protection Agency. Respiratory Health Effects of Passive Smoking : Lung Cancer and Other Disorders. Document USEPA No./600/6-90/006F.
10. World Bank. Bellagio Statement on Tobacco and Sustainable Development. Juin 1995
11. WHO. Controlling and Monitoring the Tobacco Epidemic. Sous presse.
12. WHO. Tobacco or Health : A Global Status Report. 1997.

Annexe

CE122.R6

PREVENTION ET CONTROLE DE L'USAGE DU TABAC

LA 122^e SESSION DU COMITE EXECUTIF,

Ayant vu le rapport du Directeur sur la prévention et le contrôle de l'usage du tabac (Document CE122/12) et la Résolution CD34.R12 (1989),

DECIDE :

De recommander à la 25^e Conférence sanitaire panaméricaine l'adoption d'une résolution formulée dans les termes suivants :

LA 25^e CONFERENCE SANITAIRE PANAMERICAINE,

Ayant consulté le rapport du Directeur sur la prévention et le contrôle de l'usage du tabac (Document CSP25/11) et la Résolution CD34.R12 (1989);

Reconnaissant la gravité de l'épidémie de l'usage et de la dépendance du tabac en tant que problème de santé prioritaire dans la Région, surtout parmi les enfants et les adolescents; et

Consciente de la nécessité d'adopter immédiatement des mesures efficaces de prévention et de contrôle de cette épidémie,

DECIDE :

1. D'adopter les recommandations présentées dans le Document CSP25/11.
2. De prier instamment les Etats Membres :
 - a) de prendre des mesures urgentes pour protéger les enfants et les adolescents par le biais de la réglementation de la publicité, veiller à l'application des lois et décrets visant à interdire la vente de produits de tabac aux mineurs et pour mettre en place des programmes de prévention efficaces.

- b) de nommer officiellement un membre du personnel ou une unité qui sera chargé de la coordination intra et interministérielle des programmes nationaux pour la prévention et le contrôle de l'usage du tabac.
 - c) de préparer et mettre en œuvre un plan d'action, ayant des éléments éducatifs, législatifs, réglementaires et fiscaux pour la prévention et le contrôle de l'usage du tabac.
3. De recommander que le Directeur intensifie les efforts de l'Organisation en vue de mobiliser les ressources budgétaires et extrabudgétaires nécessaires pour soutenir et renforcer les programmes régionaux pour le contrôle de l'usage du tabac.

*(Approuvée lors de la cinquième séance plénière,
24 juin 1998)*