



Conseil économique et social

Distr. générale
29 avril 2004
Français
Original: anglais

Session de fond de 2004

New York, 28 juin-23 juillet 2004

Point 7 n) de l'ordre du jour provisoire*

**Questions de coordination, questions
relatives au programme et autres questions :
tabac ou santé**

Équipe spéciale interorganisations de lutte contre le tabac

Rapport du Secrétaire général

Résumé

Le présent rapport a été établi pour donner suite à la décision 2002/242 du Conseil économique et social tendant à ce que le Secrétaire général lui fasse rapport à sa session de fond de 2004 sur les progrès réalisés par l'Équipe spéciale interorganisations de lutte contre le tabac dans la mise en œuvre de la collaboration multisectorielle en la matière. Les premier et deuxième rapports ont été présentés au Conseil à ses sessions de fond de 2000 et 2002.

I. Introduction

1. La consommation de tabac est l'un des 10 premiers facteurs de risque pour la santé au niveau mondial qui occasionnent plus d'un tiers des décès dans le monde. En 2000, le tabagisme a figuré au deuxième rang des principales causes de mortalité dans le monde. Il tue environ 5 millions de personnes chaque année et ce chiffre devrait doubler dans 20 ans. On compte actuellement 1,3 milliard de fumeurs dans le monde et ce nombre passera à 1,7 milliard d'ici à 2025 si rien n'est fait pour enrayer la prévalence du tabagisme.

2. Le tabagisme a une incidence sur le développement et est étroitement lié à la pauvreté. Les hommes pauvres semblent être les plus exposés au tabagisme. La consommation de tabac augmente l'incidence des maladies graves, ce qui fait peser une lourde charge financière sur les personnes qui cherchent à se faire soigner et qui

* E/2004/100.



ne peuvent pas travailler en raison de leur maladie. Elle occasionne également un manque à gagner considérable dans les foyers pauvres qui consacrent une part non négligeable de leurs ressources à satisfaire leur dépendance plutôt qu'à l'acquisition de biens essentiels tels que la nourriture, l'éducation ou la santé. La culture du tabac met également en péril les revenus des cultivateurs qui sont souvent lourdement endettés vis-à-vis de l'industrie du tabac et dont les bénéfices ont considérablement diminué au cours des dernières années. La culture du tabac entraîne également des risques pour la santé en raison de l'utilisation massive de puissants pesticides et du contact avec la nicotine présente dans les feuilles de tabac. Outre son incidence sur la pauvreté, le tabac nuit également à l'environnement en raison des activités de déboisement menées pour permettre sa culture et fournir du bois de feu pour le sécher, ainsi que de l'écoulement de pesticides et du lessivage des éléments nutritifs du sol par les plants de tabac.

3. Au vu de ce qui précède, la réduction de la consommation de tabac contribuerait à atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement que sont la réduction de la pauvreté et la lutte contre les maladies, la faim et la détérioration de l'environnement. La consommation de tabac est également liée à des problèmes de développement touchant les femmes. Le fait d'intégrer la lutte contre le tabac aux programmes d'aide au développement visant à atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement permettrait d'améliorer sensiblement la situation en ce qui concerne la pauvreté, la malnutrition et l'environnement.

4. La Convention-cadre pour la lutte antitabac de l'Organisation mondiale de la santé, adoptée à l'unanimité par les 192 États membres de l'Organisation lors de l'Assemblée mondiale de la santé en mai 2003, est le premier traité relatif à la santé publique élaboré sous l'égide de l'Organisation. La Convention-cadre ayant été adoptée, l'application des dispositions d'ensemble relatives à la lutte antitabac dans chaque pays est désormais une priorité. Les connaissances de chaque organisme composant l'Équipe spéciale seront fort utiles pour permettre aux pays, le cas échéant, de se doter des capacités techniques nécessaires pour appuyer et renforcer les programmes nationaux de lutte antitabac.

5. Les membres de l'Équipe spéciale ont appelé l'attention sur cinq domaines prioritaires sur lesquels le tabagisme a un effet préjudiciable considérable et que les gouvernements, les organismes intergouvernementaux et les organisations non gouvernementales devront s'intéresser de près tout en s'efforçant d'appliquer des mesures nationales de lutte antitabac. Il s'agit de l'incidence du tabac sur la santé, la croissance économique, la pauvreté, ses incidences budgétaires et enfin, les répercussions de la mondialisation sur le tabagisme à l'échelon national.

II. Genèse de l'Équipe spéciale interorganisations de lutte contre le tabac et point sur ses mécanismes

6. Dans sa résolution 1993/79 adoptée le 30 juillet 1993, le Conseil économique et social a prié le Secrétaire général de créer, sous les auspices de l'OMS et dans la limite des ressources disponibles, un organe de liaison dans le cadre du système des Nations Unies pour coordonner la collaboration multisectorielle concernant les aspects économiques et sociaux de la production et de la consommation de tabac, compte tenu particulièrement des effets nocifs du tabagisme sur la santé. La Conférence des Nations Unies sur le commerce et le développement (CNUCED) a

été investie de cette responsabilité. Entre 1993 et 1998, l'organe de liaison a soumis trois rapports au Secrétaire général aux sessions de fond de 1994, 1995 et 1997 du Conseil économique et social (E/1994/83, E/1995/67 et Add.1, et E/1997/62).

7. En 1998, le Secrétaire général a décidé de nommer une Équipe spéciale interorganisations de lutte contre le tabac, placée sous la direction de l'OMS, qu'il substituait ainsi à l'organe de liaison relevant de la CNUCED. Cette décision a été prise dans le but d'amplifier la réaction commune des Nations Unies et de galvaniser l'appui mondial à la lutte contre le tabagisme. La création de cette nouvelle équipe a été entérinée par le Comité d'organisation du Comité administratif de coordination durant la deuxième partie de sa première session ordinaire de 1999, tenue à Genève les 12 et 13 avril 1999 (voir ACC/1999/2, sect. VII).

8. Conformément à la résolution 1999/56 que le Conseil a adoptée à sa session de fond de juillet 1999 et dans laquelle il faisait sienne la création d'une Équipe spéciale interorganisations de lutte contre le tabac placée sous la direction de l'OMS, le Secrétaire général a rendu compte au Conseil, à sa session de fond de juillet 2000 (E/2000/21) des progrès accomplis par l'Équipe spéciale dans la mise en œuvre de la collaboration multisectorielle sur la question « Tabac ou santé », en insistant tout particulièrement sur la mise au point de stratégies appropriées tenant compte des incidences sur les plans économique et social des initiatives concernant la question « Tabac ou santé ». Le premier rapport a été établi à la suite des deux premières réunions de l'Équipe spéciale.

9. Ce troisième rapport donne suite à la décision 2002/242 du Conseil dans laquelle celui-ci a prié le Secrétaire général de lui présenter, à sa session de fond de juillet 2004, un rapport sur les travaux que continuerait de mener l'Équipe spéciale.

10. L'Équipe spéciale a tenu sa première réunion au siège du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), à New York, les 29 et 30 septembre 1999, avec la participation de représentants de 13 organismes des Nations Unies ainsi que de la Banque mondiale et du Fonds monétaire international (FMI). Cette réunion avait pour objectifs d'exposer les grands axes des mesures prises et à prendre par les membres du Comité administratif de coordination en matière de lutte contre le tabac et de mettre au point une démarche opérationnelle pour que les différents organismes des Nations Unies puissent parler d'une seule voix tout au long de l'élaboration de la Convention-cadre.

11. La deuxième réunion de l'Équipe spéciale a eu lieu au siège de l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), à Rome, le 7 mars 2000, avec la participation de représentants de 10 organismes des Nations Unies, de la Banque mondiale et de l'Organisation mondiale du commerce. Son objectif principal était d'examiner les stratégies et projets particuliers qui permettraient de renforcer et d'élargir la collaboration entre les organisations membres de l'Équipe spéciale.

12. La troisième réunion de l'Équipe spéciale s'est tenue le 8 décembre 2000 en vidéoconférence mondiale, à laquelle ont participé les représentants de huit organismes des Nations Unies ainsi que la Banque mondiale et l'Organisation mondiale du commerce. La réunion a fait le point de la situation concernant l'activité de chaque organisme dans le domaine du tabagisme et a fait un compte rendu des débats de la session de fond de juillet 2000 à l'intention des membres de l'Équipe spéciale. Ces derniers se sont également employés à mettre au point un

plan de travail en vue de la coopération interorganisations pour 2001 et ont débattu de la coopération technique à mettre en œuvre à l'appui de la Convention-cadre pour la lutte antitabac.

13. L'Équipe spéciale a tenu sa quatrième réunion le 5 décembre 2001 à Kobe (Japon), avec la participation de représentants de sept organismes des Nations Unies ainsi que de la Banque mondiale et de l'Organisation mondiale des douanes. Cette réunion s'est focalisée sur l'établissement du deuxième rapport du Secrétaire général, présenté à la session de fond du Conseil économique et social de juillet 2002, et l'on y a communiqué les informations les plus récentes sur les politiques antitabac menées au sein du système des Nations Unies. Par ailleurs, les membres de l'Équipe spéciale ont évoqué la réunion internationale sur les questions économiques, sociales et sanitaires liées à la lutte contre le tabac, qui s'était tenue à Kobe pendant les deux jours précédant la quatrième réunion de l'Équipe spéciale. Les participants à ladite réunion internationale avaient passé en revue les activités en cours de l'ONU dans le domaine de la lutte internationale contre le tabac et étudié les questions de transition économique se rapportant aux mandats techniques et aux travaux en cours des membres de l'Équipe spéciale, en particulier de l'OMS, de la FAO, du Bureau international du Travail (BIT) et de la Banque mondiale.

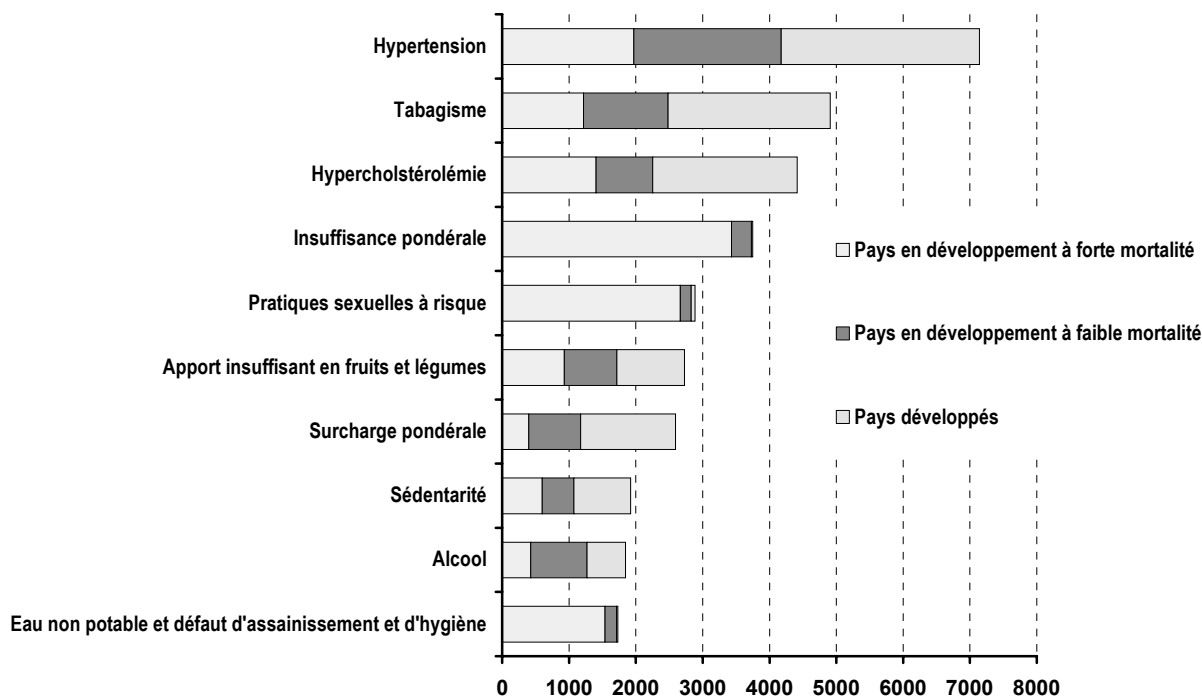
14. La cinquième réunion de l'Équipe spéciale a eu lieu au siège de la Banque mondiale, à Washington, les 21 et 22 octobre 2003, avec la participation de représentants de huit organismes des Nations Unies, de la Banque mondiale et du Fonds monétaire international (FMI). Il a été question de la nouvelle orientation de l'Équipe spéciale et des activités auxquelles elle devrait se consacrer à présent que la Convention-cadre pour la lutte antitabac avait été adoptée.

III. Le tabagisme, un problème multiforme

A. Santé

15. Un projet de recherche approfondi, dont les résultats ont été publiés dans le *Rapport sur la santé dans le monde, 2002*, a fait le tour des principaux facteurs de risque à l'échelon mondial, de leurs incidences sur la santé et des moyens de les atténuer afin de promouvoir un mode de vie sain. On a défini le risque comme la probabilité d'une issue sanitaire défavorable ou un facteur qui augmente cette probabilité. Le tabagisme a été classé parmi les 10 principaux facteurs de risque à l'échelon mondial qui occasionnent plus d'un tiers des décès dans le monde (voir figure 1). Il cause près de cinq millions de décès par an. En termes de classement, le tabagisme s'est révélé être la deuxième cause de mortalité dans le monde en 2000. Dans les pays développés, il figurait au deuxième rang des principales causes de mortalité, tandis qu'il ne figurait qu'au sixième rang dans les pays en développement à forte mortalité et au deuxième dans les pays en développement à faible mortalité¹. En ce qui concerne les facteurs de risque pour la charge de morbidité², le tabagisme figurait au quatrième rang des risques les plus élevés au niveau mondial. Il figurait au premier rang dans les pays développés, au neuvième dans les pays en développement à forte mortalité et au troisième dans les pays en développement à faible mortalité. Toutes ces données montrent sans conteste que le tabagisme n'est plus seulement une menace pour la santé dans les pays développés, mais qu'il est également devenu une grave menace dans les pays en développement.

Figure 1
Décès dans le monde en 2000 attribuables à certains facteurs de risque majeurs
 (en milliers)



16. Cette menace ne semble pas devoir s'estomper dans un avenir proche en raison de l'augmentation mondiale de la consommation de tabac au cours des dernières décennies. On prévoit d'ailleurs une évolution continue à la hausse au cours des 20 prochaines années. Dans un document sur les tendances passées, actuelles et futures du tabagisme (*Past, Current and Future trends in Tobacco Use*), l'OMS a évalué le niveau de consommation actuelle et future de tabac à l'échelon mondial et régional. Les résultats ont montré que le nombre de fumeurs dans le monde, estimé actuellement à 1,3 milliard (2003), devrait dépasser 1,7 milliard d'ici à 2005 (dans l'hypothèse où le revenu augmente de 2 % et compte tenu des projections démographiques établies sur la base de la variante moyenne par la Division de la population de l'ONU) si la prévalence mondiale du tabagisme reste stable. À supposer que cette prévalence diminue de 1 % par an, le nombre de fumeurs passerait malgré tout à 1 460 000 000 d'ici à 2025, ce qui signifie que l'économie basée sur la production de tabac restera stable à court et moyen termes. Aussi, les pays doivent-ils prendre des mesures plus énergiques pour lutter contre le tabagisme, en particulier les pays en développement qui deviennent de plus en plus exposés à cette menace pour la santé.

17. La FAO vient de publier deux études, l'une sur les *Projections relatives à la production, à la consommation et au commerce du tabac d'ici à 2010* et l'autre sur *l'Économie mondiale du tabac comportant plusieurs études de pays*. Les principales conclusions tirées de ces études sont que la production et la consommation mondiales augmenteront, mais que l'augmentation sera plus marquée dans les pays

en développement que dans les pays développés. Dans ces derniers, si les politiques et les tendances actuelles restent inchangées, la production de feuilles de tabac passera au-dessous de la barre du million de tonnes en 2010, contre 1,2 million de tonnes en 2000. Parallèlement, dans les pays en développement, on prévoit que la production passera de cinq millions de tonnes ou presque en 2000 à environ six millions en 2010. La consommation évoluera de manière semblable. À supposer qu'il n'y ait pas modification dans les politiques de lutte antitabac ou dans les barrières douanières et non tarifaires, les pays en développement devraient devenir des exportateurs nets de feuilles de tabac et les pays développés des importateurs nets. Ces résultats montrent que la crainte de voir les cultivateurs perdre leur emploi dans les pays en développement n'est pas fondée pour le moment. Ils permettent de conclure que les pays en développement doivent appliquer des politiques de lutte antitabac plus énergiques afin de protéger les populations contre le danger grandissant que le tabac représente aujourd'hui et pour les décennies à venir. Dans la deuxième étude, la FAO examine la production de tabac dans un certain nombre de pays en développement, afin de mieux appréhender son rôle dans l'économie et l'incidence que la lutte antitabac pourrait avoir sur les pays producteurs et exportateurs. Elle se penche également sur la capacité d'absorption de la main-d'œuvre et des autres ressources issues de la culture du tabac dans le secteur agricole et d'autres secteurs de l'économie, ainsi que des bénéfices qui peuvent être retirés de cette reconversion. L'étude portait sur les pays suivants : Brésil, Chine, Inde, Malawi, Turquie et Zimbabwe.

B. Développement et pauvreté

18. La Commission Macroéconomie et Santé a été créée en 2000 par le Directeur général de l'OMS en vue d'évaluer la place qu'occupe la santé dans le développement économique mondial. Elle se compose d'économistes et de décideurs éminents qui comptent parmi les meilleurs au monde et sont issus des milieux universitaires ou politiques et des organismes internationaux. Elle a souligné qu'il importait d'investir dans la santé en vue de promouvoir le développement économique et la lutte contre la pauvreté, en particulier dans les pays à faible revenu. Elle a constaté le double fardeau des maladies transmissibles et non transmissibles qui ont des conséquences considérables pour tous les pays en développement et a dénoncé le tabac comme facteur de risque majeur. Elle a publié un rapport en 2001 et a fait établir d'autres documents, dont une étude des effets de la libéralisation du commerce sur la consommation de tabac. En octobre 2003, elle a tenu une deuxième série de consultations centrées sur l'amélioration des systèmes de soins de santé et l'augmentation des ressources propres et extérieures consacrées à la santé.

19. La Commission européenne a spécialement désigné le tabac comme obstacle au développement. Les 3 et 4 février 2003, à Bruxelles, elle a tenu une table ronde de haut niveau sur la lutte antitabac et la politique de développement et établi un document où il est noté que la consommation de tabac augmente dans de nombreux pays en développement et, partant, le nombre des victimes de maladies liées au tabac. Les pays en développement, déjà aux prises avec les conséquences sanitaires de maladies transmissibles telles que le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme, sont très durement touchés par ce phénomène. La production et la consommation de tabac concourent à accroître la pauvreté et sapent le développement durable.

Compte tenu de ces arguments, la Commission a confirmé au cours de la réunion sa volonté d'appuyer les pays en développement qui souhaitent se lancer dans la lutte antitabac, en ayant recours aux instruments de coopération pour le développement qui existent au niveau national.

20. En collaboration avec l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et l'OMS, le Comité d'aide au développement a publié en 2003 un rapport sur la pauvreté et la santé dans ses séries de référence. Le rapport atteste que les maladies non transmissibles ont des effets considérables sur la santé des populations défavorisées et que les pathologies dues au tabac sont étroitement liées à la pauvreté. On prévoit que, d'ici à 2030, la consommation habituelle de tabac sera à l'origine d'environ sept millions de décès annuels dans les pays en développement, dont 50 % en Asie. Le tabac a des effets importants sur la pauvreté et la malnutrition dans les pays à faible revenu, notamment lorsque l'achat de produits dérivés du tabac se fait au détriment de celui d'aliments en raison du manque des ressources des familles pauvres. La consommation de tabac, très répandue parmi les hommes à faible revenu et niveau d'instruction, a de lourdes conséquences sur la pauvreté étant donné l'augmentation considérable du risque de contracter une maladie grave et de mourir jeune qu'elle entraîne. Afin de lutter contre les méfaits du tabagisme, notamment chez les pauvres et dans les pays à faible revenu, les organismes intéressés au développement devraient se servir de la concertation et de la coopération technique et financière pour favoriser un changement de politique.

21. La consommation de tabac est l'une des principales causes directes de l'augmentation des maladies non transmissibles et contribue à la diffusion des maladies transmissibles telles que la tuberculose. La pauvreté favorise la propagation des maladies et les soins médicaux grèvent lourdement le budget des foyers pauvres, dont les débouchés sont d'autant plus réduits que les consommateurs de tabac dépensent des sommes importantes au détriment du ménage pour satisfaire leur dépendance. Dans les pays en développement, la proportion du budget familial consacré à l'achat de produits dérivés du tabac peut aisément atteindre 10 % du montant total des dépenses des foyers défavorisés qui disposent de ce fait de moins d'argent pour se nourrir, éduquer leurs enfants et se soigner. Outre ses risques pour la santé, la consommation de tabac peut entraîner une augmentation du coût des soins de santé et du nombre de décès prématurés. Elle contribue aussi à l'aggravation de la malnutrition et à une augmentation du taux d'analphabétisme, étant donné que les ressources qui auraient pu être consacrées à l'alimentation et à l'éducation servent à acheter du tabac. Ce constat a été mis en évidence par des études de pays. Les faits sont les suivants :

a) Une étude récente menée au Bangladesh a révélé que plus de 10,5 millions d'individus souffrant de malnutrition pourraient avoir une alimentation équilibrée si l'argent dépensé en tabac servait à l'achat de denrées alimentaires;

b) Les résultats préliminaires d'une étude en cours dans trois provinces vietnamiennes font apparaître que les fumeurs dépensent au cours d'une année 3,6 fois plus pour satisfaire leur dépendance qu'en frais d'éducation, 2,5 fois plus qu'à l'achat de vêtements, et 1,9 fois plus qu'aux soins de santé;

c) En Inde, certains enfants des rues et autres sans logis dépensent plus en tabac, qu'en nourriture, en éducation ou en épargne;

d) Les foyers ruraux pauvres du sud-ouest de la Chine consacrent plus de 11 % de leurs dépenses totales à l'achat de cigarettes;

e) Au Niger, les étudiants dépensent 40 % de leur revenu en cigarettes; les ouvriers en dépensent 25 %.

22. Tabac et pauvreté créent un cercle vicieux. Le tabagisme accroît la pauvreté et les produits dérivés du tabac ont tendance à être plus largement consommés par les pauvres :

a) Sur environ 1,3 milliard de fumeurs, 84 % vivent dans des pays en développement ou en transition;

b) Une étude menée à Chennai (Inde) en 1997 a révélé que c'était parmi les analphabètes que l'on comptait le plus de fumeurs parmi les hommes (64 %). Ce taux décroît proportionnellement au nombre d'années d'étude et chute à moins d'un tiers (21 %) pour les hommes ayant fait plus de 12 années d'études;

c) Une étude menée en Pologne en 1996 a fait apparaître que le lien entre tabagisme et risque de décès prématuré parmi les hommes âgés de 35 à 69 ans variait en fonction du degré d'instruction : chez les hommes d'âge mûr, ce risque était de 5 % pour ceux qui avaient fait des études supérieures et quasiment du double (9 %) pour ceux n'ayant fait que des études primaires et secondaires.

23. Le tabac nuit non seulement à ses consommateurs mais aussi à ses producteurs. Dans certains pays, les rares terres disponibles servent à cultiver le tabac, au dépend des cultures vivrières. En outre, dans de nombreux pays en développement, les petits exploitants agricoles sont extrêmement dépendants de l'industrie du tabac qui leur accorde des prêts en échange de leur production, leur fournit une assistance technique et détermine le prix de la récolte. Les agriculteurs disposent donc d'une marge de manœuvre très limitée pour décider de leur production ou d'une éventuelle reconversion, à fortiori s'ils se sont endettés auprès des industriels du tabac. Par ailleurs, la production de tabac comporte des risques pour la santé lorsqu'il y a contact direct avec les feuilles de tabac vert et que des quantités importantes de nicotine sont absorbées par la peau (maladie du tabac vert)³, et lorsqu'il est fait usage de pesticides très concentrés sans vêtements de protection adéquats.

24. Le tabac nuit aussi à l'environnement. La dégradation du milieu naturel est due aux plantations de tabac qui appauvrissent les sols, à la pollution par les pesticides et les engrais, et au déboisement qui résulte du traitement des plantes par le feu et du défrichage des terres aux fins des cultures. Une étude récente consacrée à l'évaluation de la superficie de bois et de forêts détruits chaque année dans le cadre du traitement des plantations de tabac a conclu que près de 5 % de l'ensemble des opérations de déboisement dans divers pays producteurs de tabac étaient imputables à la culture de cette plante.

25. Étant donné les éléments de preuve qui lient la pauvreté au tabac, l'OMS a décidé d'organiser la Journée mondiale sans tabac 2004 autour du thème « Tabac et pauvreté ». Le principal message véhiculé par ce thème est que le tabac est à l'origine de la paupérisation des individus, des familles et des pays. Ce point de vue prend le contre-pied de l'idée simpliste et très répandue que le tabac enrichit les gouvernements et les producteurs. La Journée mondiale sans tabac 2004 sera lancée

au Brésil, connu pour sa participation active à lutte antitabac et pour le grand intérêt que porte son gouvernement à la réduction de la pauvreté.

26. Dans le monde, la consommation de tabac est quatre fois plus importante chez les hommes que chez les femmes. Dans de nombreux pays développés, la différence est moindre étant donné que de plus en plus de femmes fument. Toutefois, cette dernière tendance devient tout aussi préoccupante dans les pays en développement. L'industrie du tabac en tire parti en prenant davantage pour cible les femmes, en vue de gagner une part de marché autrefois inaccessible. Les campagnes publicitaires bombardent les femmes d'images qui suggèrent la vitalité, la minceur, l'élégance et l'indépendance, entre autres. Le message diffusé à l'intention des hommes est différent en ce sens qu'il est axé sur leur désir de bonheur, de santé, de richesse, de pouvoir et de prouesses sexuelles. Si le tabac nuit à la santé de tous ses consommateurs, il a des effets différents sur chaque sexe. Les hommes s'exposent à une diminution de leur fécondité et de leurs capacités sexuelles. Les femmes voient augmenter leur risque de maladie cardiovasculaire, notamment si elles prennent un contraceptif oral, de stérilité, d'accouchement prématuré, d'insuffisance pondérale du nouveau-né, de cancer de l'utérus, de ménopause précoce et de fractures. Fumer au cours de la grossesse nuit au développement du fœtus. Ce nouveau comportement féminin peut également avoir des conséquences sociales et économiques préjudiciables. Ainsi, chacun sait que les femmes disposent souvent d'un revenu inférieur à celui des hommes et sont plus enclines à le consacrer à leurs enfants. Si les femmes sont plus nombreuses à consommer plus de tabac, la diminution du revenu familial disponible qu'entraîne cette dépendance peut contribuer de façon non négligeable au problème de la malnutrition et à l'augmentation du taux d'abandon scolaire, et avoir ainsi des conséquences négatives à long terme.

27. Les huit objectifs du Millénaire pour le développement sont ambitieux : il s'agit d'améliorer sensiblement la condition humaine d'ici à 2015 en luttant contre la pauvreté, la famine, les maladies, l'analphabétisme, la dégradation de l'environnement et la discrimination à l'égard des femmes. Chaque objectif a été assorti d'une série de cibles et d'indicateurs qui servent à mesurer les progrès accomplis. Compte tenu des faits mentionnés ci-dessus, le tabac a de toute évidence une incidence sur ces objectifs, du fait notamment des maladies, de la pauvreté, de la famine et des inégalités entre les sexes qui lui sont associées. Partant, l'Équipe spéciale recommande que ce lien fatal soit pris en considération dans le contexte des programmes d'aide au développement qui visent les objectifs précités.

IV. La Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la santé pour la lutte antitabac

28. En mai 2003, l'Assemblée mondiale de la santé a adopté à l'unanimité la Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la santé pour la lutte antitabac. Cet instrument juridique international, qui a été négocié par les États membres de l'OMS pendant quatre ans, est conçu pour limiter les effets nuisibles des produits du tabac sur la santé. Il porte sur beaucoup des différents aspects de la lutte antitabac :

- a) Les principales mesures concernant la réduction de la demande de tabac figurent aux articles 6 à 14 :
- b) Les mesures financières et fiscales visant à réduire la demande de tabac;

c) Les mesures autres que financières visant à réduire la demande de tabac, à savoir :

- La protection contre l'exposition à la fumée du tabac;
- La réglementation de la composition des produits du tabac;
- La réglementation des informations à faire figurer sur les produits du tabac;
- Le conditionnement et l'étiquetage des produits du tabac;
- L'éducation, la communication, la formation et la sensibilisation du public;
- La publicité en faveur du tabac, promotion et parrainage;
- Les mesures visant à réduire la demande en rapport avec la dépendance à l'égard du tabac et le sevrage tabagique;

d) Les principales mesures relatives à la réduction de l'offre de tabac figurent aux articles 15 à 17 :

- Le commerce illicite des produits du tabac;
- La vente aux mineurs et par les mineurs;
- La fourniture d'un appui à des activités de remplacement économiquement viables.

La Convention représente une norme mondiale minimale et certaines de ses dispositions encouragent ses futures Parties à aller plus loin et à mettre en œuvre des mesures plus strictes. De plus, la négociation des protocoles futurs à la Convention par la Conférence des Parties aboutira à un régime conventionnel qui continuera d'évoluer et de fixer des obligations plus spécifiques sur certains points. La Convention-cadre est un instrument soigneusement équilibré fondé sur des données scientifiques probantes et adopté après des négociations poussées qui ont tenu compte de considérations scientifiques, économiques, sociales et politiques.

29. La Convention-cadre a été adoptée par l'Assemblée mondiale de la santé le 21 mai 2003. Elle a été ouverte à la signature au siège de l'OMS à Genève du 16 au 22 juin 2003. Elle reste ouverte à la signature au Siège de l'Organisations des Nations Unies à New York, du 30 juin 2003 au 29 juin 2004. Les pays qui l'auront signée à la date du 29 juin 2004 y deviendront Parties dès qu'ils auront procédé à la ratification, l'approbation, l'acceptation ou la confirmation formelle du traité. À partir du 30 juin 2004, la Convention sera ouverte à l'adhésion. Elle entrera en vigueur 90 jours après la date du dépôt du quarantième instrument de ratification, d'acceptation, d'approbation, de confirmation formelle ou d'adhésion auprès du dépositaire. Ses dispositions seront juridiquement contraignantes pour les pays qui, à cette date, l'auront ratifiée, approuvée ou acceptée ou y auront adhéré. Tout comme pendant la négociation de son texte, les partisans de la lutte antitabac appartenant au milieu de la santé, les organisations non gouvernementales et les associations locales ont un rôle important à jouer au niveau international pendant le processus de ratification. Ils peuvent poursuivre leur action en faveur de la ratification et de l'application de la Convention et de la mise en place d'une législation nationale efficace à l'appui de ses dispositions. À la date du 21 avril

2004, 103 États membres, ainsi que la Communauté européenne, avaient déjà signé le traité. Dix l'avaient déjà ratifié.

30. La Convention-cadre ayant été adoptée, la mise en œuvre de politiques globales de lutte antitabac au niveau des pays est maintenant une priorité, conformément à ses dispositions. Peu de pays ont mis en place les mesures propres à réduire sensiblement la consommation du tabac. Les compétences spécialisées de chacun des organismes membres de l'Équipe spéciale seront nécessaires pour, le cas échéant, donner aux pays les capacités techniques voulues pour appuyer et renforcer les programmes nationaux de lutte antitabac. La Convention est un très bon exemple d'instrument qui peut servir de référence pour la mise en œuvre efficace d'une politique nationale de lutte antitabac. En outre, elle redéfinit la stratégie globale de lutte antitabac en y intégrant les composantes transnationales de la lutte antitabac, qui complètent les mesures prises aux niveaux national et local.

31. La Convention-cadre recouvre plusieurs domaines d'activité. Elle reconnaît l'importance du rôle des organismes des Nations Unies. Dans le préambule, elle félicite l'OMS « de son rôle directeur, ainsi que les autres organisations et organismes du système des Nations Unies et les autres organisations intergouvernementales internationales et régionales des efforts déployés pour élaborer des mesures de lutte antitabac ». Elle rappelle « l'article 12 du Pacte international relatif aux droits sociaux, économiques et culturels, adopté par l'Assemblée générale des Nations Unies le 16 décembre 1996, qui énonce le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle est capable d'atteindre ». Elle rappelle également que la « Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies le 18 décembre 1979, dispose que les États Parties à ladite Convention prennent toutes les mesures appropriées pour éliminer la discrimination à l'égard des femmes dans le domaine des soins de santé ». Elle rappelle, en outre, que la « Convention relative aux droits de l'enfant, adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies le 20 novembre 1989, dispose que les États Parties à ladite Convention reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible ». Au titre des obligations générales, le paragraphe 5 de l'article 5 stipule que « les Parties coopèrent, le cas échéant, avec les organisations intergouvernementales internationales et régionales et autres organismes compétents afin d'atteindre les objectifs de la Convention et des protocoles auxquels elles sont Parties ».

32. Face à la menace à la santé publique dans le monde que fait peser la consommation de tabac, les États membres de l'OMS ont réagi en exerçant leur pouvoir de conclure des traités, conformément à l'article 9 de la Constitution de l'OMS⁴, afin de lancer des négociations multilatérales accélérées sur une convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et d'éventuels protocoles s'y rapportant. La Convention-cadre est le premier traité de santé publique négocié sous les auspices de l'OMS. Elle dispose en son article 3 que « l'objectif de la présente Convention et de ses protocoles est de protéger les générations présentes et futures des effets sanitaires, sociaux, environnementaux et économiques dévastateurs de la consommation de tabac et de l'exposition à la fumée du tabac en offrant un cadre pour la mise en œuvre de mesures de lutte antitabac par les Parties aux niveaux national, régional et international, en vue de réduire régulièrement et sensiblement la prévalence du tabagisme et l'exposition à la fumée du tabac ». La Convention-

cadre est un puissant instrument de santé publique propre à réduire, dans le futur, le poids des maladies et de la mortalité dues au tabac.

33. L'article 24 relatif au secrétariat précise que les États membres ont chargé l'OMS d'assurer provisoirement les fonctions de secrétariat de la Convention. La réalisation des objectifs de la Convention bénéficiera de la coopération technique entre l'OMS et d'autres organisations internationales, telle qu'illustrée ci-dessous :

a) L'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) : dans le Préambule, les Parties à la Convention se disent « conscientes des difficultés économiques et sociales que les programmes de lutte antitabac peuvent engendrer, à moyen et long terme, dans certains pays en développement et pays à économie en transition » et reconnaissent « qu'il leur faut une assistance technique et financière dans le cadre des stratégies de développement durable élaborées par eux ». L'article 17 sur la fourniture d'un appui à des activités de remplacement économiquement viables dispose que « les Parties s'efforcent, en coopérant entre elles, et avec les organisations intergouvernementales internationales et régionales compétentes, de promouvoir, le cas échéant, des solutions de remplacement économiquement viables pour les cultivateurs, les travailleurs et, selon qu'il conviendra, les vendeurs ». L'article 22 sur la coopération dans les domaines scientifique, technique et juridique et la fourniture de compétences connexes, met en relief, à l'alinéa iii) du paragraphe b), la nécessité d'aider « le cas échéant, les cultivateurs de tabac à passer à d'autres cultures d'une manière économiquement viable ». L'assistance technique gagnerait à bénéficier de l'apport de diverses institutions spécialisées, notamment la FAO. C'est ainsi qu'une étude récente de cette institution consacrée à l'économie mondiale du tabac se penche sur la production du tabac et sur les possibilités d'introduire des cultures de substitution dans certains pays en développement.

b) L'Organisation internationale du Travail (OIT) : la collaboration technique entre l'OMS et l'OIT serait avantageuse au regard de l'article 17 sur la fourniture d'un appui à des activités de remplacement économiquement viables et de l'article 22 sur la coopération dans les domaines scientifique, technique et juridique et la fourniture de compétences connexes, notamment l'alinéa b) ii) du paragraphe 1 qui dispose que les Parties coopéreront pour promouvoir des plans et des programmes destinés à « aider, le cas échéant, les cultivateurs de tabac à trouver d'autres moyens de subsistance appropriés économiquement et juridiquement viables d'une manière économiquement viable ». Quant à l'article 8 sur la protection contre l'exposition à la fumée du tabac, il stipule en son paragraphe 2 que « chaque Partie adopte et applique, dans le domaine relevant de la compétence de l'État en vertu de la législation nationale, et encourage activement, dans les domaines où une autre compétence s'exerce, l'adoption et l'application des mesures législatives, exécutives, administratives et/ou d'autres mesures efficaces prévoyant une protection contre l'exposition à la fumée du tabac dans les lieux de travail intérieurs, les transports publics, les lieux publics intérieurs et, le cas échéant, d'autres lieux publics ». L'OIT, qui dispense depuis longtemps des conseils aux gouvernements, aux employeurs et aux travailleurs dans tous les domaines liés au monde du travail par le biais de ses instruments juridiques, de recherches sur les questions sociales et d'emploi et programmes de coopération technique, est on ne peut mieux placée pour favoriser l'action sur les lieux de travail, notamment par le dialogue social. Elle dispose plus précisément de deux moyens d'action dans le domaine de la protection des travailleurs contre les dangers de l'exposition à la

fumée du tabac. Le premier est un rapport consacré au tabagisme sur le lieu de travail, qui fait le tour des mesures pratiques et réglementaires en place et est disponible en anglais sur le site Web de l'OIT⁵. Le second est le programme éducatif de l'Organisation intitulé « Traiter des problèmes psychosociaux au travail » (SOLVE)⁶, et axé sur la politique d'entreprise et le cadre d'action pour faire face à l'exposition à la fumée du tabac sur les lieux de travail.

c) Le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) : comme indiqué plus haut, le préambule de la Convention fait clairement ressortir les préoccupations des États membres concernant l'aggravation du tabagisme et d'autres formes de consommation du tabac chez les enfants et les adolescents du monde entier, notamment la consommation de tabac à un âge de plus en plus précoce. Il serait utile d'établir un lien entre la mise en œuvre des dispositions relatives à la santé figurant dans la Convention relative aux droits de l'enfant et celle de l'article 16 de la Convention-cadre, qui porte sur la vente aux mineurs et par les mineurs, d'autant plus que la consommation du tabac est une des questions évoquées dans les directives générales concernant les rapports des États parties concernant la mise en œuvre de la Convention relative aux droits de l'enfant.

d) Le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) : dans le préambule de la Convention-cadre, les Parties à la Convention se déclarent « gravement préoccupées par l'augmentation de la consommation et de la production mondiales de cigarettes et d'autres produits du tabac, en particulier dans les pays en développement, ainsi que par la charge que cela représente pour les familles, les pauvres et les systèmes de santé nationaux ». La consommation de tabac a des effets importants sur la pauvreté et la malnutrition dans les pays en développement à faible revenu. À la lumière des objectifs du Millénaire pour le développement, les interventions du PNUD qui visent, au niveau des pays, à réduire la consommation de tabac et à atténuer ses effets sur les pauvres peuvent contribuer à la lutte contre la pauvreté.

e) L'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) : l'article 12 de la Convention-cadre, intitulé « Éducation, communication, formation et sensibilisation du public » dit clairement que « chaque Partie s'efforce de promouvoir et de renforcer la sensibilisation du public aux questions ayant trait à la lutte antitabac, en utilisant, selon qu'il conviendra, tous les outils de communication disponibles. À cette fin, chaque Partie adopte et applique des mesures législatives, exécutives, administratives ou autres mesures efficaces pour favoriser un large accès à des programmes efficaces et complets d'éducation et de sensibilisation du public aux risques sanitaires, y compris les caractéristiques dépendogènes de la consommation de tabac et de l'exposition à la fumée du tabac ... ». L'établissement d'une collaboration étroite entre l'OMS et l'UNESCO au niveau des pays faciliterait et accélérerait l'accès aux programmes d'éducation et de sensibilisation du public en la matière.

f) Le Programme des Nations Unies pour l'environnement (PNUE) : l'article 18 de la Convention-cadre relatif à la protection de l'environnement et de la santé des personnes dispose que : « en s'acquittant de leurs obligations en vertu de la présente Convention, les Parties conviennent de tenir dûment compte, pour ce qui est de la culture du tabac et de la fabrication de produits du tabac sur leur territoire respectif, de la protection de l'environnement et de la santé des personnes eu égard à l'environnement ». La collaboration entre l'OMS et le PNUE pourrait renforcer la

promotion de la production et du traitement écologiquement rationnels du tabac dans les pays.

g) Le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) : dans le préambule, les Parties à la Convention se déclarent conscientes : « qu'il existe des données scientifiques montrant clairement que l'exposition prénatale à la fumée du tabac a des répercussions indésirables sur la santé et le développement des enfants ». Cette question est au centre des préoccupations du FNUAP, qui appuie des programmes destinés à aider les femmes, les hommes et les jeunes et à améliorer leur santé procréative.

h) La Banque mondiale et le Fonds monétaire international : l'article 6 relatif aux mesures financières et fiscales visant à réduire la demande de tabac reconnaît expressément l'importance de la hausse des taxes frappant le tabac et du prix de celui-ci pour réduire sa consommation. Il dispose que : « sans préjudice du droit souverain des Parties de déterminer et de fixer leur politique fiscale, chaque Partie doit tenir compte de ses objectifs nationaux de santé en ce qui concerne la lutte antitabac et adopte ou maintient, selon le cas, des mesures pouvant comprendre : a) l'application de politiques fiscales et, le cas échéant, de politiques des prix concernant les produits du tabac afin de contribuer aux objectifs de santé visant à réduire la consommation de tabac ... ». Alors que les pays ratifient la Convention-cadre et s'appêtent à l'appliquer, il serait utile que l'OMS fasse largement appel aux compétences techniques et au concours de la Banque mondiale et du Fonds monétaire international pour aider les pays à élaborer et à appliquer des politiques efficaces reposant sur des données probantes en vue de réduire la consommation de tabac. Ces deux institutions pourraient ainsi collaborer à des activités opérationnelles en se concertant avec les gouvernements des pays en développement, notamment les ministères des finances, en ce qui concerne les mesures fiscales.

i) L'Organisation mondiale des douanes : la Convention-cadre contient une disposition détaillée sur le commerce illicite des produits du tabac (art. 15), qui concerne la détermination de l'origine des produits du tabac. L'Organisation mondiale des douanes est le principal partenaire de l'OMS en ce qui concerne la collaboration technique dans ce domaine.

j) L'Organisation mondiale du commerce (OMC) : les dispositions de la Convention-cadre vont dans le sens d'un certain nombre d'accords de l'OMC, notamment l'Accord sur les obstacles techniques au commerce, l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC), l'Accord général sur les tarifs douaniers et le commerce de 1994 (GATT), l'Accord sur l'agriculture, l'Accord général sur le commerce des services et l'Accord sur les subventions et les mesures compensatoires. En outre, il est précisé au premier alinéa du préambule de la Convention-cadre que : « les Parties à la Convention sont résolues à donner la priorité à leur droit de protéger la santé publique ... ».

V. Domaines prioritaires

34. Suivant les conclusions approuvées par l'Équipe spéciale interorganisations de lutte contre le tabac à sa cinquième session et résumant les questions examinées dans le présent rapport, ce chapitre met en lumière les principaux domaines dans lesquels l'usage du tabac a des effets particulièrement néfastes. Ces quelques points

confortent l'opinion selon laquelle la lutte contre le tabac doit retenir toute l'attention des plus hautes sphères politiques et soulignent la nécessité de renforcer les programmes nationaux de lutte antitabac.

Effets sur la santé

Les effets néfastes de la consommation de tabac sur la santé à l'échelle mondiale ne sont plus guère contestés aujourd'hui. Deuxième cause de décès dans la population mondiale, le tabagisme est à l'origine d'un décès sur 10 chez les adultes (soit environ 5 millions de décès chaque année) et de nombreuses incapacités. Si des mesures énergiques et efficaces ne sont pas prises d'urgence et à grande échelle, dans 20 ans, un adulte sur six mourra des effets du tabac, soit deux fois plus qu'aujourd'hui. Il est également important de souligner les méfaits du tabagisme passif (dû aux cigarettes fumées par les autres), qui est une source de mortalité et de morbidité chez les non-fumeurs.

Effets sur la croissance économique

La consommation de tabac nuit au développement économique. Les maladies liées au tabac diminuent la productivité du travail et leur traitement coûte très cher aux gouvernements et aux particuliers. Par ailleurs, la moitié des personnes qui meurent des suites de maladies liées au tabac sont encore en âge de travailler et leur décès est une lourde perte pour leur famille, qui dépend de leur revenu, mais aussi pour la société qui se trouve privée de leur contribution en tant que travailleurs et en tant que parents.

Effets sur la pauvreté

Tabac et pauvreté sont étroitement liés. De nombreuses études montrent en effet que les ménages les plus pauvres ont tendance à consacrer une part relativement élevée de leur budget aux produits dérivés du tabac, souvent au détriment d'autres besoins essentiels, tels que l'alimentation, l'éducation et les soins de santé. Les pauvres sont les plus durement touchés par les méfaits du tabac car sa consommation leur fait payer un plus lourd tribut sous forme de maladies, de frais médicaux, de morts prématurées, de malnutrition aggravée et d'analphabétisme accru.

Effets sur les dépenses publiques

Compte tenu du vieillissement de la population mondiale, la demande de traitement des maladies liées au tabac risque d'empiéter sur les ressources destinées aux soins de santé primaires et d'entraîner une augmentation des besoins en soins médicaux très coûteux. Le commerce mondial des produits du tabac peut également avoir des conséquences sur le secteur financier. Des affaires de blanchiment d'argent associé au commerce illicite de tabac ont été mises au jour, de même que des liens présumés avec le terrorisme.

Mondialisation

Le commerce des produits du tabac à l'échelle mondiale peut être considéré comme un fléau mondial. Le commerce licite du tabac a des effets néfastes pour diverses raisons : commerce illicite, méthodes de commercialisation et de promotion agressives et, par voie de conséquence, augmentation de la production et de la

consommation de produits liés au tabac. La communauté internationale doit clairement définir les règles du jeu pour maîtriser ce fléau compte tenu de ses effets profondément négatifs sur la santé, le développement et l'environnement.

VI. Conclusions et recommandations

35. Les membres de l'Équipe spéciale souhaitent adresser les recommandations suivantes aux États membres du Conseil économique et social :

a) Le tabagisme a des effets négatifs sur la santé, la pauvreté, la malnutrition, l'éducation et l'environnement. C'est pourquoi il est important de reconnaître le rôle essentiel de la lutte antitabac dans les efforts visant à lutter contre la pauvreté et à favoriser le développement et progresser dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. La lutte contre le tabac doit faire partie intégrante des programmes des pays qui cherchent à atteindre ces objectifs; elle doit également être une composante essentielle des programmes d'aide au développement en général.

b) Maintenant que la Convention-cadre pour la lutte antitabac a été adoptée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la question du tabagisme doit être prise en considération au niveau du réseau de coordonnateurs résidents, afin de faire l'objet d'une coopération technique au niveau des pays à mesure que ces derniers mettront en œuvre la Convention.

c) Comme indiqué au chapitre III du présent rapport, la Convention-cadre est le premier traité relatif à la santé publique élaboré sous les auspices de l'OMS. Outre cet aspect de la santé publique, nombre des dispositions de la Convention traitent de questions techniques qui intéressent également d'autres organismes appartenant ou non au système des Nations Unies. Certains sont plus engagés que d'autres dans le combat contre les méfaits du tabac. La lutte contre le tabagisme doit reposer sur une démarche multisectorielle et sur l'engagement des divers organismes des Nations Unies et des autres intéressés. À cet égard, le Groupe des Nations Unies pour le développement joue un rôle essentiel en réunissant les entités des Nations Unies s'occupant des questions opérationnelles liées au développement. La lutte antitabac pourrait donc être intégrée aux prochaines activités menées par ce groupe, afin de faciliter la mise en œuvre de la Convention-cadre en resserrant les liens de coopération entre les organisations intergouvernementales multisectorielles au niveau des pays. Parce qu'elle assure les fonctions de secrétariat intérimaire de la Convention-cadre de même que la présidence de l'Équipe spéciale interorganisations de lutte contre le tabac, l'OMS est particulièrement bien placée pour être le fer de lance de cette coopération multisectorielle.

d) Étant donné la multitude de domaines qu'elle touche, la lutte contre le tabagisme pourrait être inscrite à l'ordre du jour des commissions économiques régionales. Ainsi, la Commission économique et sociale pour l'Asie et le Pacifique, a remanié ses programmes de travail et se consacre désormais à trois grands thèmes : la mondialisation, la dépaupérisation et les questions sociales émergentes, qui sont autant de domaines essentiels pour la lutte contre le tabac.

Notes

- ¹ Pour des informations supplémentaires concernant la classification de chaque pays, consulter <http://www.who.int/whr/2002/en/247_252fr.pdf>.
- ² Dans ces chiffres, l'année de vie corrigée du facteur incapacité est l'unité permettant de mesurer la charge mondiale de morbidité. Les AVCI correspondent au nombre actuel d'années de vie perdues par suite de décès prématurés ou pour cause d'incapacité survenant au cours d'une année donnée.
- ³ Les symptômes courants de la maladie du tabac vert sont la nausée, l'asthénie, les maux de tête et les vertiges, et parfois des douleurs abdominales et des difficultés respiratoires, ainsi que des fluctuations de la pression artérielle et du rythme cardiaque.
- ⁴ L'article 19 de la Constitution de l'OMS dispose que « l'Assemblée de la Santé a autorité pour adopter des conventions ou accords se rapportant à toute question rentrant dans la compétence de l'Organisation ».
- ⁵ <www.ilo.org/safework>.
- ⁶ <www.ilo.org/public/english/protection/safework/whpwb/solve_fr/index.htm>.

Bibliographie

- Arcury (T. A.) et al., « High levels of transdermal nicotine exposure produce green tobacco sickness in Latino farmworkers », *Nicotine and Tobacco Research*, vol. 5, 2003.
- Ballard (T.) et al., « Green tobacco sickness: occupational nicotine poisoning in tobacco workers », *Archives of Environmental Health*, 1995, vol. 50.
- Commission Macroéconomie et Santé, *Investir davantage en faveur de la santé des plus démunis*, octobre 2003 : <http://www.who.int/macrohealth/events/en/overview_fr.pdf>.
- Commission Macroéconomie et Santé, *Macroéconomie et Santé : Investir dans la santé pour le développement économique*, Organisation mondiale de la santé, décembre 2001 : <<http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=cmh&language=french>>.
- Lignes directrices et ouvrages de référence du Comité d'aide au développement, *Pauvreté et santé*, Organisation de coopération et de développement économiques et Organisation mondiale de la santé, 2003.
- Efroymsen (D.), Ahmed (S.), Townsend (J.) et al., « Hungry for Tobacco: an analysis of the economic impact of tobacco on the poor in Bangladesh », *Tobacco Control*, 2001, vol. 10.
- Efroymsen (D.), FitzGerald (S.), *Tobacco and Poverty, Observations from India and Bangladesh*, Programme canadien de technologie sanitaire appropriée (PATH), 2^e éd., juillet 2003.
- Commission européenne, Table ronde sur la lutte antitabac et la politique de développement, 3-4 février 2003, Bruxelles : <http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/round_table_international_tobacco_en.htm>.
- Ezzati (M.), Lopez (A.), « Estimates of Global Mortality Attributable to Smoking in 2000 », *The Lancet*, vol. 362, 13 septembre 2003.
- Gajalakshmi (C. K.) et Peto (R.), *Studies on Tobacco in Chennai, India*, document présenté en anglais à la dixième Conférence mondiale sur le tabac et la santé, Association médicale chinoise, Beijing, 1997.
- Geist (H.), « Global assessment of deforestation related to tobacco farming », *Tobacco Control*, 1999, vol. 8.
- Guindon (G. E.), Boisclair (D.), *Past, Current and Future Trends in Tobacco Use*, Banque mondiale, 2003 : <http://www1.worldbank.org/hnp/Pubs_Discussion/Guindon-Past,%20current-%20whole.pdf>.
- Hoang (M. A.) et Jenkins (A.), « The Economics of Tobacco Use in Vietnam: Tobacco Expenditures and their Opportunity Cost », projet de recherche en cours mené par le Programme canadien de technologie sanitaire appropriée (PATH) au Vietnam, financé par Recherche pour la lutte mondiale contre le tabac (RMCT).

- Hu, Teh-wei, Mao (Z.), Liu (Y.), « Smoking, Standard of Living and Poverty in China », à paraître, rapport issu de l'étude financée par le Centre de recherches pour le développement international, Recherche pour la lutte mondiale contre le tabac et la Banque mondiale : <<http://www1.worldbank.org/tobacco/pdf/Hu%20-%20China%20Case%20Study-whole.pdf>>.
- SOS Tabagisme-Niger, *Tabac et pauvreté au Niger*, Niger, 2003.
- Campaign for Tobacco-Free Kids, « Golden Leaf, Barren Harvest, the Costs of Tobacco Farming », Washington, 2001.
- Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, *Projections of Tobacco (Production, Consumption and Trade to the Year 2010, 2003* : <<http://www.fao.org/DOCREP/006/Y4997E/y4997e0m.htm>>.
- Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, *Issues in the Global Tobacco Economy: Selected case studies*, 2003 : <<http://www.fao.org/DOCREP/006/Y4997E/Y4997E00.HTM>>.
- Organisation mondiale de la santé, Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, 2003 : <http://www.who.int/tobacco/fctc/text/en/fctc_fr.pdf>.
- Organisation mondiale de la santé, *Gender and Health: Gender and Tobacco*, Département Genre et santé de la femme, 2003 : <http://www.who.int/gender/other_health/en/>.
- Organisation mondiale de la santé, *Rapport sur la santé dans le monde 2002* : <<http://www.who.int/whr/2002/fr/>>.
- Organisation mondiale de la santé, *Rapport sur la santé dans le monde 2003 : Façonner l'avenir* : <<http://www.who.int/whr/2003/fr/>>.

Annexe

Liste des organisations collaboratrices

Banque mondiale

Conférence des Nations Unies sur le commerce et le développement (CNUCED)

Département des affaires économiques et sociales du Secrétariat de l'Organisation des Nations Unies

Fonds de développement des Nations Unies pour la femme (UNIFEM)

Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP)

Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)

Fonds des Nations Unies pour les partenariats internationaux (UNFIP)

Fonds monétaire international (FMI)

Organisation de l'aviation civile internationale (OACI)

Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO)

Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO)

Organisation internationale du Travail (OIT)

Organisation mondiale de la propriété intellectuelle (OMPI)

Organisation mondiale de la santé (OMS)

Organisation mondiale des douanes (OMD)

Organisation mondiale du commerce (OMC)

Programme des Nations Unies pour le contrôle international des drogues (PNUCID)

Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD)

Programme des Nations Unies pour l'environnement (PNUE)
