

19638

LE DÉVELOPPEMENT  
À L'OEUVRE

---

**Maîtriser l'épidémie  
L'État et les aspects économiques  
de la lutte contre le tabagisme**



# Maîtriser l'épidémie L'État et les aspects économiques de la lutte contre le tabagisme



---

**BANQUE MONDIALE**  
WASHINGTON

© 2000 Banque internationale pour la reconstruction  
et le développement/BANQUE MONDIALE  
1818 H Street, N.W.  
Washington, D.C. 20433 (États-Unis d'Amérique)

Tous droits réservés  
Fait aux États-Unis d'Amérique  
Premier tirage : avril 2000

Les constatations, interprétations et conclusions figurant dans le présent rapport n'engagent que leurs auteurs et ne sauraient être attribuées en aucune manière à la Banque mondiale ou aux membres de son Conseil des administrateurs, ni aux pays qu'ils représentent. La Banque mondiale ne garantit pas l'exactitude des données figurant dans cette publication et décline toute responsabilité quant aux conséquences de leur usage, quelles qu'elles soient.

Le contenu de cette publication fait l'objet d'un dépôt légal. La Banque mondiale encourage la diffusion de ses études et, normalement, accorde sans délai l'autorisation d'en reproduire des passages.

La Banque mondiale accorde l'autorisation de *photocopier* des passages pour un usage interne ou personnel, pour l'usage interne ou personnel de clients donnés ou à des fins scolaires, à condition que la commission prescrite soit réglée directement au Copyright Clearance Center, Inc., Suite 910, 222 Rosewood Drive, Danvers, Massachusetts, 01923 (États-Unis d'Amérique) ; tél. : + 1 978-750-8400 ; fax : + 1 978-750-4470. Veuillez prendre contact avec le Copyright Clearance Center avant de photocopier des passages.

Si vous désirez *imprimer* des articles ou chapitres particuliers, veuillez en faire la demande par fax, en fournissant tous les renseignements nécessaires, à Republication Department, Copyright Clearance Center, fax : + 1 978-750-4470.

Pour tous renseignements sur les droits et licences, s'adresser au Bureau des publications de la Banque mondiale, à l'adresse ci-dessus, ou par fax, au 202-522-2422.

Maquette de la couverture : Dr Joe Losos, Santé Canada

ISBN 0-8213-4728-4

# Table des matières

AVANT-PROPOS *ix*

PRÉFACE *xiii*

RÉSUMÉ *1*

## **1 Les tendances mondiales du tabagisme 13**

Augmentation de la consommation dans les pays  
à revenu faible et intermédiaire 13

Répartition régionale du tabagisme 15

Tabagisme et statut socio-économique 16

Âge et initiation au tabagisme 17

L'arrêt de la cigarette dans le monde 18

## **2 Les conséquences du tabagisme pour la santé 21**

Le caractère addictif du tabac 21

La charge de morbidité 22

La maladie survient longtemps après l'exposition au risque 23

Comment le tabac tue-t-il ? 24

L'épidémie varie dans l'espace et dans le temps 25

Le tabagisme et le désavantage des pauvres  
en matière de santé 25

Les risques du tabagisme passif 27

Les bienfaits du sevrage 28

## **3 Les fumeurs savent-ils quels risques ils courent et assument-ils leurs coûts ? 29**

Connaissance des risques 30

|                    |   |            |
|--------------------|---|------------|
|                    | La jeunesse, la toxicomanie et l'aptitude à prendre des décisions saines  | 31         |
|                    | Coûts imposés à autrui  | 32         |
|                    | Que doivent faire les pouvoirs publics ?  | 35         |
|                    | Comment faire face à la toxicomanie?  | 37         |
| <b>4</b>           | <b>Réduire la demande de tabac</b>  | <b>39</b>  |
|                    | Majorer la fiscalité des cigarettes   | 39         |
|                    | Mesures de réduction de la demande autres que les prix :<br>information des consommateurs, interdiction de la publicité et<br>des promotions et restrictions sur le tabagisme | 48         |
|                    | Les substituts nicotiniques et autres traitements de sevrage  | 57         |
| <b>5</b>           | <b>Réduire l'offre de tabac</b>   | <b>61</b>  |
|                    | La plupart des interventions sur l'offre sont relativement<br>peu efficaces   | 61         |
|                    | Lutte contre la contrebande   | 67         |
| <b>6</b>           | <b>Les coûts et les conséquences de la lutte<br/>contre le tabagisme</b>  | <b>71</b>  |
|                    | La lutte contre le tabagisme est-elle préjudiciable<br>pour l'économie ?  | 71         |
| <b>7</b>           | <b>Programme indicatif d'action</b>   | <b>85</b>  |
|                    | Surmonter les obstacles politiques au changement  | 86         |
|                    | Les priorités de la recherche   | 90         |
|                    | Recommandations   | 91         |
| <b>APPENDICE A</b> | <b>LA FISCALITÉ DU TABAC : LA PERSPECTIVE<br/>DU FONDS MONÉTAIRE INTERNATIONAL</b>  | <b>93</b>  |
| <b>APPENDICE B</b> | <b>DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE</b>   | <b>95</b>  |
| <b>APPENDICE C</b> | <b>REMERCIEMENTS</b>  | <b>97</b>  |
| <b>APPENDICE D</b> | <b>LE MONDE PAR NIVEAU DE REVENU ET PAR RÉGION<br/>(NOMENCLATURE DE LA BANQUE MONDIALE)</b>   | <b>101</b> |
|                    | <b>NOTICE BIBLIOGRAPHIQUE</b>   | <b>107</b> |
|                    | <b>BIBLIOGRAPHIE</b>  | <b>111</b> |

## INDEX 125

## FIGURES

|       |  |    |
|-------|--|----|
| 1.1   | Le tabagisme progresse dans le monde en développement  | 14 |
| 1.2   | Le tabagisme est plus répandu chez les gens peu éduqués  | 17 |
| 1.3   | Le tabagisme commence tôt  | 18 |
| 2.1   | Les niveaux d'absorption de nicotine progressent rapidement chez les jeunes fumeurs  | 22 |
| 2.2   | L'éducation et le risque de décès attribuable au tabac   | 26 |
| 2.3   | Le tabagisme et l'élargissement de l'écart de santé entre riches et pauvres  | 27 |
| 4.1   | Moyenne du prix des cigarettes et des taxes, et taxes en pourcentage du prix du paquet, par catégorie de revenu (nomenclature de la Banque mondiale, 1996) | 41 |
| 4.2   | Le prix des cigarettes et la consommation évoluent en sens inverse   | 42 |
| 4.2.a | Le prix réel des cigarettes et la consommation annuelle par habitant, Canada, 1989–1995  | 42 |
| 4.2.b | Le prix réel des cigarettes et la consommation annuelle par adulte (15 ans et plus), Afrique du Sud, 1970–1989   | 42 |
| 4.3   | Une mise en garde explicite  | 50 |
| 4.4   | L'interdiction totale de la publicité réduit la consommation de cigarettes   | 54 |
| 5.1   | La contrebande de tabac tend à croître avec le degré de corruption   | 68 |
| 6.1   | La hausse de la fiscalité du tabac fait augmenter les recettes   | 77 |
| 7.1   | Si les fumeurs actuels ne cessent pas de fumer, le nombre des décès liés au tabac augmentera considérablement au cours des 50 prochaines années            | 87 |

## TABLEAUX

|     |  |    |
|-----|--|----|
| 1.1 | Répartition régionale du tabagisme   | 15 |
| 2.1 | Nombre actuel de décès attribuables au tabac et projections  | 23 |
| 4.1 | Nombre potentiel de fumeurs qui cesseraient de fumer et nombre de vies épargnées par une hausse des prix de 10 %             | 46 |
| 4.2 | Nombre potentiel de fumeurs qui cesseraient de fumer et nombre de vies sauvées par un ensemble de mesures autres que de prix | 57 |
| 4.3 | Efficacité de différentes méthodes de sevrage  | 58 |
| 5.1 | Les 30 premiers producteurs de tabac brut  | 63 |
| 6.1 | Effets sur l'emploi de la réduction ou de l'élimination de la consommation de tabac  | 74 |
| 6.2 | Rentabilité des mesures de lutte contre le tabagisme   | 83 |

**ENCADRÉS**

- 1.1 Combien de jeunes commencent-ils à fumer chaque jour ? 19
- 4.1 Comment estimer l'impact des mesures de lutte sur la consommation mondiale de tabac : les paramètres du modèle 45
- 4.2 L'interdiction de la publicité et de la promotion du tabac dans l'Union européenne 54
- 6.1 Comment aider les agriculteurs les plus défavorisés 75
- 7.1 L'Organisation mondiale de la santé et la Convention-cadre sur la lutte anti-tabac 88
- 7.2 La politique de la Banque mondiale dans le domaine du tabac 89



## Avant-propos

**S**ELON les tendances actuelles, environ 500 millions de personnes en vie aujourd'hui mourront des suites du tabagisme. Plus de la moitié d'entre elles sont actuellement des enfants ou des adolescents. D'ici à 2030, on estime que le tabac tuera environ 10 millions de personnes par an, ce qui en fera la première cause de décès dans le monde. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) et la Banque mondiale ont décidé d'intensifier leur action contre ce fléau dans le cadre de leur mission respective d'amélioration de la santé et de lutte contre la pauvreté. En contribuant aux efforts menés pour définir et mettre en œuvre des politiques efficaces de maîtrise du tabagisme, surtout chez les enfants, les deux organisations rempliront leur mission et aideront à atténuer les souffrances et à réduire les coûts associés à l'épidémie de tabagisme.

Le tabac n'est pas un problème de santé comme les autres. En effet, les consommateurs veulent des cigarettes et fumer fait partie de la vie de tous les jours dans de nombreuses sociétés. Le commerce des cigarettes est extrêmement actif et rentable. Leur production et leur consommation ont des répercussions sur les ressources économiques et sociales des pays développés et en développement. C'est pourquoi il est indispensable de tenir compte des paramètres économiques de l'usage du tabac dans la réflexion sur la lutte contre le tabagisme. Pourtant, on commence à peine à s'y intéresser à l'échelon mondial.

Nous nous proposons, par ce rapport, de combler cette lacune. Nous nous penchons sur les questions essentielles auxquelles la plupart des sociétés et des dirigeants sont confrontés lorsqu'ils engagent une réflexion sur le tabac et sur la maîtrise du tabagisme. Ce rapport est un élément important du partenariat entre l'OMS et la Banque mondiale. L'OMS,

principal organisme international chargé des questions de santé publique, a pris la tête du mouvement de lutte contre le tabagisme en lançant son Initiative Se libérer du tabac. La Banque mondiale prévoit de travailler en partenariat avec elle, et en particulier de mettre à sa disposition ses services d'analyse économique. En 1991, consciente des méfaits du tabac, la Banque mondiale a adopté une politique officielle dans ce domaine, qui lui interdit d'accorder des prêts à la filière tabac et encourage les activités de lutte.

Ce rapport vient à point nommé. Devant l'augmentation du nombre de décès causés par le tabac, de nombreux gouvernements, organisations non gouvernementales, et institutions des Nations Unies, telles que l'UNICEF et l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, examinent leur propre politique de maîtrise du tabagisme. Ce rapport s'inspire des nombreux travaux réalisés en collaboration dans le cadre de ces examens, aux niveaux national et international.

Il vise principalement à répondre aux préoccupations des dirigeants quant aux retombées économiques des mesures de lutte contre le tabagisme. D'un côté, les avantages pour la santé publique, et surtout pour les enfants, de la lutte contre le tabac, sont évidents mais, de l'autre, cette action implique des coûts dont les dirigeants doivent tenir compte. Lorsque les mesures contre le tabac imposent des coûts aux personnes les plus défavorisées, il incombe manifestement à l'État de les atténuer, par exemple au moyen de programmes de transition en faveur des cultivateurs de tabac pauvres.

Le tabac est l'une des premières causes de mortalité évitable et prématurée de l'histoire de l'humanité. Pourtant, on pourrait d'ores et déjà prendre des mesures relativement simples et peu coûteuses pour en réduire l'impact catastrophique. Pour les pays décidés à améliorer la santé publique tout en suivant de bonnes politiques économiques, la maîtrise du tabagisme est une option particulièrement attrayante.



David de Ferranti  
Vice-président  
Réseau du développement humain  
Banque mondiale



Jie Chen  
Directeur exécutif  
Maladies non transmissibles  
Organisation mondiale de la santé

**Équipe chargée du rapport** : Ce rapport a été rédigé par une équipe dirigée par Prabhat Jha, comprenant Frank J. Chaloupka (codirecteur), Phyllida Brown, Son Nguyen, Jocelyn Severino-Marquez, Rowena van der Merwe et Ayda Yurekli. William Jack, Nicole Klingen, Maureen Law, Philip Musgrove, Thomas E. Novotny, Mead Over, Kent Ranson, Michael Walton et Abdo Yazbeck ont apporté des idées et des conseils précieux. Les auteurs ont utilisé avec profit des études de fond sur le tabac réalisées à la Banque mondiale par Howard Barnum. Derek Yach et Michael Eriksen étaient les correspondants de l'équipe, le premier à l'Organisation mondiale de la santé, et le second aux Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis. Les travaux ont été réalisés sous la direction générale de Helen Saxenian, Christopher Lovelace et David de Ferranti. Richard Feachem a été l'un des initiateurs du rapport. L'équipe chargée de la rédaction est responsable de toute erreur qui pourrait s'y trouver.

Les services de production comprenaient Dan Kagan, Don Reisman et Brenda Mejia.

Le rapport a été considérablement enrichi par de nombreuses consultations (voir les remerciements à l'appendice C). Il a bénéficié du soutien du Réseau du développement humain de la Banque mondiale, de l'Institut de médecine sociale et préventive de l'Université de Lausanne, et du Bureau du tabac et de la santé des Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis. Les auteurs leurs sont très reconnaissants de leur concours.



## Préface

**C**E rapport est le fruit des efforts convergents menés par plusieurs partenaires pour résoudre un problème commun : le peu d'attention accordé aux aspects économiques dans le débat sur la maîtrise du tabagisme. En 1997, lors de la 10<sup>e</sup> Conférence mondiale sur le tabac tenue à Beijing (Chine), la Banque mondiale a organisé une séance de consultation sur les aspects économiques de la lutte contre le tabac. Cette réunion s'inscrivait dans le cadre d'un examen des politiques de la Banque dans ce domaine. Les participants ont admis sans ambages que les experts internationaux avaient jusqu'alors négligé les aspects économiques de l'épidémie tabagique. Ils ont également noté que rares étaient les pays qui appliquaient les lois du raisonnement économique dans leur réflexion sur la lutte contre le tabac, et que même là où l'on utilisait une approche économique, la qualité des méthodes était inégale.

Pendant que la Banque mondiale s'apprêtait à revoir sa politique, des économistes de l'Université du Cap (Afrique du Sud) entreprenaient un projet concernant les aspects économiques de la maîtrise du tabagisme en Afrique australe. Ces initiatives ont été fusionnées, en partenariat avec des économistes de l'Université de Lausanne (Suisse) et d'autres chercheurs, et leur portée a été élargie. Les travaux ont débouché sur une conférence, organisée au Cap en février 1998. Les actes de la conférence seront publiés séparément<sup>1</sup>. Cette collaboration a permis d'adopter une approche plus large des aspects économiques de la maîtrise du tabagisme et de faire appel à des économistes et autres experts venus de pays et d'institutions très divers. Certaines des études résultant de ces recherches seront publiées prochainement<sup>2</sup>. Le présent rapport a tiré de ces études les informations qui intéressent les dirigeants et les a résumées.

## Notes

1. Abedian, Iraj, R. van der Merwe, N. Wilkins et P. Jha, directeurs de publication, 1998. *The Economics of Tobacco Control: Towards an Optimal Policy Mix*. Université du Cap (Afrique du Sud).
2. *Tobacco Control Policies in Developing Countries*. Jha, Prabhat et F. Chaloupka, directeurs de publication. Oxford University Press, à paraître.

## Résumé

**L**E tabac tue déjà un adulte sur dix dans le monde. D'ici à 2030, peut-être un peu plus tôt, la proportion passera à un sur six, soit 10 millions de décès par an, plaçant le tabac en tête de toutes les causes de mortalité. Jusqu'à présent, cette épidémie de maladies chroniques et de décès prématurés touchait principalement les pays riches. Or, elle commence à se répandre rapidement dans le monde en développement. D'ici à 2020, la proportion des victimes du tabac habitant dans les pays à revenu faible et intermédiaire sera de sept sur dix.

### Pourquoi ce rapport ?

Aujourd'hui, rares sont ceux qui contestent les ravages exercés par le tabac sur la santé dans le monde entier. Pourtant, de nombreux gouvernements se refusent à prendre des mesures de lutte contre le tabagisme, telles qu'un relèvement de la fiscalité, l'interdiction complète de la publicité et des promotions, ou des restrictions sur l'usage du tabac dans les lieux publics, de crainte que leurs interventions n'aient des conséquences préjudiciables pour l'économie. Certains craignent, par exemple, qu'une baisse des ventes de cigarettes ne cause la perte définitive de milliers d'emplois, qu'une majoration des taxes sur le tabac ne réduise les recettes publiques et qu'une hausse des prix n'encourage la contrebande à grande échelle.

Nous étudions dans ce rapport les questions économiques sur lesquelles doivent se pencher les dirigeants qui envisagent de limiter l'usage du tabac.

Nous demandons si les fumeurs connaissent les risques et assument le coût de leurs choix de consommation, et nous examinons les options offertes aux responsables qui décident qu'une intervention se justifie. Nous analysons les conséquences prévisibles de la maîtrise du tabagisme pour la santé, l'économie et l'individu. Nous démontrons que les craintes économiques qui dissuadent les dirigeants d'intervenir sont en grande partie sans fondement. Les politiques qui réduisent la demande de tabac (telles que le relèvement des taxes) ne provoqueraient pas de pertes d'emplois durables dans l'immense majorité des pays. Par ailleurs, une majoration des taxes ne ferait pas baisser les recettes fiscales, au contraire (sur le moyen terme). En résumé, ces politiques pourraient se traduire par des avantages sans précédent pour la santé, sans pour autant porter préjudice à l'économie.

### **Tendances actuelles**

Environ 1,1 milliard de gens fument dans le monde. En 2025, ce nombre dépassera probablement 1,6 milliard. Dans les pays à revenu élevé, le tabagisme va généralement en diminuant depuis plusieurs dizaines d'années, sauf dans certaines catégories de population. Dans les pays à revenu faible et intermédiaire, au contraire, la consommation de cigarettes progresse, en partie grâce à la libéralisation du commerce entreprise dans ces pays au cours des dernières années.

La plupart des fumeurs commencent jeunes. Dans les pays à revenu élevé, environ huit fumeurs sur dix commencent durant l'adolescence. Dans les pays à revenu faible et intermédiaire, la plupart des fumeurs n'acquièrent cette habitude qu'après 20 ans, mais l'âge auquel le plus grand nombre de gens commencent à fumer est en baisse. Dans la plupart des pays, les pauvres fument généralement plus que les riches.

### **Conséquences pour la santé**

Elles sont de deux ordres. La première est que le fumeur devient rapidement dépendant à la nicotine. Les propriétés addictives de la nicotine sont bien connues, mais elles sont souvent sous-estimées par le fumeur. Aux États-Unis, il ressort d'enquêtes menées auprès des élèves des classes terminales que, sur cinq fumeurs qui pensent s'arrêter de fumer dans les cinq années à venir, moins de deux y parviennent. Dans les pays à revenu élevé, sur dix fumeurs adultes, sept déclarent regretter d'avoir commencé et souhaiteraient arrêter. Avec le temps (plusieurs dizaines d'années) et grâce à l'amélioration des connaissances, les pays à revenu élevé comptent à présent un nombre substantiel d'anciens fumeurs qui ont réussi à s'arrêter, mais les taux de succès au niveau individuel sont très bas. Parmi ceux qui essaient d'arrêter seuls, environ 98 %



recommencent à fumer dans l'année. Dans les pays à revenu faible et intermédiaire, rares sont les gens qui arrêtent de fumer.

La cigarette provoque des maladies mortelles et débilitantes et, en comparaison d'autres comportements à risque, s'accompagne d'un risque de décès prématuré extrêmement élevé. La moitié de tous ceux qui fument depuis longtemps seront victimes du tabac, et la moitié d'entre eux mourront dans la force de l'âge, abrégeant leur existence de 20 à 25 ans. On connaît bien les maladies liées au tabagisme : cancer du poumon ou d'autres organes, cardiopathie ischémique et autres maladies circulatoires, et affections des voies respiratoires (emphysème). Dans les régions touchées par la tuberculose, les fumeurs risquent davantage que les non-fumeurs de mourir de cette maladie.

Étant donné que les pauvres fument plus que les riches, ils courent un plus grand risque de mourir prématurément du tabagisme. Dans les pays à revenu élevé et intermédiaire, les hommes appartenant aux catégories socio-économiques les plus basses ont deux fois plus de chances de mourir à l'âge moyen que ceux des catégories socio-économiques les plus élevées. Cette différence s'explique pour moitié par le tabagisme.

Le tabac est également nuisible pour la santé des non-fumeurs. Les nouveau-nés dont les mères sont fumeuses ont un poids plus faible à la naissance, sont davantage sujets aux maladies respiratoires et risquent plus de mourir du syndrome de la mort subite que ceux dont les mères ne fument pas. L'inhalation de la fumée des autres accroît (légèrement) les risques pour les non-fumeurs de contracter des maladies mortelles et débilitantes.

### **Les fumeurs connaissent-ils les risques et en supportent-ils le coût ?**

Selon la théorie économique moderne, les consommateurs sont généralement les mieux placés pour décider comment dépenser leur argent en biens et services. Ce principe de la souveraineté du consommateur repose sur certaines hypothèses. La première est que le consommateur fait des choix rationnels et éclairés après avoir pesé les coûts et les avantages de ses achats, et la deuxième est que le consommateur assume tous les coûts liés à ses choix. Lorsque tous les consommateurs exercent ainsi leur souveraineté, en connaissant les risques et en assumant les coûts, les ressources de la société sont, en théorie, affectées de la manière la plus efficace possible. Nous examinons dans ce rapport les raisons qui incitent les consommateurs à fumer, nous posons la question de savoir si ce choix est identique aux autres choix de consommation et s'il aboutit à une affectation efficace des ressources de la société, avant d'en venir aux implications pour les autorités.

Il est certain que les fumeurs trouvent des avantages au tabac, tels que le plaisir et l'absence de symptômes de retrait, et qu'ils les comparent aux coûts

privés de leur choix. Selon cette définition, les avantages perçus l'emportent sur les coûts perçus, sinon les fumeurs ne payeraient pas pour fumer. Il semble cependant que le choix de fumer pourrait différer d'autres choix de consommation à trois égards.

En premier lieu, on sait que de nombreux fumeurs ne se rendent pas *pleinement* compte des risques élevés de maladie et de décès prématuré qu'implique leur choix. Dans les pays à revenu faible et intermédiaire, beaucoup de fumeurs ignorent ces risques. En Chine, par exemple, 61 % des fumeurs interrogés en 1996 pensaient que le tabac était « peu ou pas dangereux ». Dans les pays à revenu élevé, les fumeurs savent qu'ils courent des risques accrus, mais ils jugent l'importance de ces risques plus faible et moins certaine que ne le font les non-fumeurs, et ils minimisent en outre l'importance des risques pour eux-mêmes.

En deuxième lieu, les individus commencent généralement à fumer durant l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Même lorsqu'ils sont informés, les jeunes ne sont pas toujours capables d'utiliser l'information pour prendre des décisions judicieuses. Ils sont souvent moins au courant des risques du tabagisme pour leur santé. La plupart des nouveaux fumeurs et de ceux qui sont tentés de fumer sous-estiment en outre le risque de devenir dépendants à la nicotine, et donc sous-estiment sérieusement les coûts futurs du tabagisme (ce qu'il leur en coûtera plus tard de ne pas pouvoir revenir sur la décision de fumer prise dans leur jeunesse). La société reconnaît généralement que les capacités de décision des adolescents sont limitées, et restreint leur liberté de faire certains choix, par exemple en leur refusant le droit de voter ou de se marier avant un certain âge. De même, la société peut juger bon de restreindre la liberté des jeunes de choisir de devenir dépendants à la nicotine, comportement qui s'associe à un risque de décès beaucoup plus élevé que la plupart des autres activités à risque auxquelles se livrent les jeunes.

Enfin, le tabagisme comporte des coûts pour les non-fumeurs. Étant donné qu'une partie des coûts est supportée par autrui, les fumeurs sont peut-être encouragés à fumer plus qu'ils ne le feraient s'ils assumaient la totalité des coûts. Les coûts pour les non-fumeurs comprennent, bien entendu, des dommages pour la santé ainsi que les nuisances et l'irritation provenant de la fumée environnementale. De plus, les fumeurs peuvent imposer des coûts financiers à des tierces parties, coûts qui sont plus difficiles à définir et à évaluer, et varient selon le lieu et le temps, de sorte qu'on ne peut pas encore déterminer comment ils influent sur le désir de fumer plus ou moins au niveau individuel. Nous examinons néanmoins brièvement deux de ces coûts : ceux de la santé publique et des retraites.

Dans les pays à revenu élevé, les soins associés au tabagisme vont de 6 à 15 % du total des dépenses annuelles de santé publique. Ces chiffres ne sont pas forcément valables pour les pays à revenu faible et intermédiaire, où les

épidémies de maladies attribuables au tabagisme ont atteint un stade moins avancé et peuvent présenter d'autres différences d'ordre qualitatif. Les dépenses annuelles sont très importantes pour l'État mais, pour les consommateurs individuels, ce qui compte c'est de savoir dans quelle mesure ces dépenses sont à leur charge ou à la charge des autres.

Au cours d'une année donnée, les dépenses de santé publique des fumeurs dépassent en moyenne celles des non-fumeurs. Si les soins de santé sont payés en partie par la fiscalité générale, les non-fumeurs supportent alors une partie des dépenses de la population des fumeurs. Cependant, certains experts avancent que, puisque les fumeurs meurent plus jeunes, leurs dépenses de santé sur *la totalité de leur existence* ne sont peut-être pas plus élevées, et pourraient même être plus faibles, que celles des non-fumeurs. Cette question est controversée, mais certaines enquêtes menées récemment dans les pays à revenu élevé montrent qu'en définitive, bien qu'ils vivent moins longtemps, les dépenses de santé des fumeurs sont légèrement plus élevées. Quoi qu'il en soit, la mesure dans laquelle les fumeurs imposent des dépenses aux autres dépend de nombreux facteurs, tels que la fiscalité des cigarettes et le niveau de soins de santé assuré par la collectivité. Ces questions n'ont pas été analysées de manière fiable dans les pays à revenu faible et intermédiaire.

La question des retraites est tout aussi complexe. Certains spécialistes des pays à revenu élevé soutiennent que les fumeurs « paient leur part », dans la mesure où ils cotisent aux régimes publics de retraite et meurent plus jeunes, en moyenne, que les non-fumeurs. Toutefois, la question ne se pose pas dans les pays à revenu faible et intermédiaire, où vivent la plupart des fumeurs, car peu de gens y bénéficient d'une retraite de l'État.

En résumé, les fumeurs imposent des coûts matériels aux non-fumeurs, notamment des problèmes de santé, des nuisances et de l'irritation. Peut-être imposent-ils aussi des coûts financiers, mais leur étendue n'a pas encore été déterminée.

## Que faire ?

Puisque la plupart des fumeurs ne connaissent sans doute pas tous les risques qu'ils prennent ou n'en assument pas le coût intégral, les pouvoirs publics sont en droit d'estimer qu'une intervention de leur part se justifie, principalement pour dissuader les enfants et les adolescents de fumer et pour protéger les non-fumeurs, mais aussi pour donner aux adultes les renseignements dont ils ont besoin pour choisir en toute connaissance de cause.

Il conviendrait, de préférence, que les interventions des pouvoirs publics soient axées sur chacun des problèmes reconnus. Par exemple, s'agissant du jugement défectueux des enfants quant aux effets nocifs du tabac, les mesures à prendre doivent viser à mieux les informer, ainsi que leurs parents, ou à les

empêcher de se procurer des cigarettes. Mais les adolescents font peu de cas de l'éducation sanitaire, les parents sont rarement parfaits et les formes actuelles de limitation des ventes de cigarettes aux jeunes sont peu efficaces, même dans les pays à revenu élevé. En fait, le meilleur moyen de dissuader les enfants de fumer consiste à majorer la fiscalité du tabac. Le coût empêche quelques enfants et adolescents de commencer à fumer, et encourage les fumeurs juvéniles à réduire leur consommation.

Cependant, la fiscalité n'est pas un instrument de précision et, si on relève les taxes sur les cigarettes, les fumeurs adultes fumeront généralement moins et paieront plus cher leurs cigarettes. Pour atteindre l'objectif consistant à protéger les enfants et les adolescents, la fiscalité imposerait par conséquent un coût aux adultes. On peut toutefois juger ce coût acceptable, selon la valeur qu'attache la société à la prévention du tabagisme juvénile. En tout état de cause, limiter la consommation des adultes pourrait avoir pour effet, à terme, de décourager encore davantage les enfants et les adolescents de fumer.

Les pouvoirs publics doivent également s'attaquer au problème de la dépendance à la nicotine. Pour les fumeurs réguliers désireux de cesser, le coût du sevrage est considérable. Les autorités peuvent envisager d'intervenir pour en assumer une partie dans le cadre d'un programme global de maîtrise du tabagisme.

## Mesures visant à réduire la demande de tabac

Nous passons ensuite à l'examen des mesures de lutte contre le tabagisme, que nous évaluons une à une.

### *Majorer les taxes*

On a observé dans les pays de tous les niveaux de revenu que la hausse du prix des cigarettes est un moyen efficace de réduire la demande. Une majoration des taxes conduit certains fumeurs à s'arrêter et empêche d'autres gens de commencer. Elle réduit également le nombre d'anciens fumeurs qui recommencent à fumer et fait baisser la consommation de ceux qui continuent. En moyenne, on compte qu'une hausse de 10 % sur le prix d'un paquet de cigarettes se traduit par une baisse de la demande qui atteint 4 % dans les pays à revenu élevé et 8 % dans les pays à revenu faible et intermédiaire, où les gens sont généralement plus sensibles aux variations de prix. Les enfants et les adolescents réagissant davantage à une hausse des prix, ce type d'intervention aurait sur eux un effet marqué.

Les modèles utilisés dans la préparation de ce rapport indiquent qu'une majoration de la fiscalité ayant pour effet de relever de 10 % le prix réel des cigarettes dans le monde entier conduirait 40 millions de fumeurs vivant en

1995 à cesser de fumer, et préviendrait au moins 10 millions de décès dus au tabac. La hausse du prix découragerait en outre d'autres gens de commencer à fumer. Étant donné que ces modèles sont fondés sur des hypothèses délibérément prudentes, ces chiffres doivent être considérés comme des estimations minimales.

Quel est le niveau de taxation qui convient ? Comme le savent beaucoup de responsables, la question est complexe. Ce niveau dépend de faits empiriques subtils que l'on ignore encore, notamment l'échelle des coûts pour les non-fumeurs et les niveaux de revenu. Il dépend aussi des valeurs de la société, en particulier de la mesure dans laquelle elle estime que les enfants doivent être protégés et de ce qu'elle espère accomplir par le biais de la fiscalité (par exemple, une augmentation donnée des recettes publiques ou une réduction donnée de la charge de morbidité). Pour l'instant, nous conseillons aux dirigeants désireux de lutter contre le tabagisme de se référer aux niveaux de taxation adoptés dans le cadre de la politique générale de maîtrise du tabagisme dans les pays où la consommation de cigarettes est tombée. Dans ces pays, les taxes représentent entre les deux tiers et les quatre cinquièmes du prix de vente au détail. À l'heure actuelle, les taxes imposées dans les pays à revenu élevé représentent en moyenne les deux tiers ou plus du prix de vente au détail d'un paquet de cigarettes. Dans les pays à revenu moins élevé, les taxes ne représentent pas plus de la moitié du prix au détail.

### *Mesures autres que la hausse des prix*

Il existe toute une panoplie de méthodes efficaces, notamment l'interdiction complète de la publicité et des promotions ; des mesures d'information telles que des campagnes de contre-publicité dans les médias, des mises en garde bien visibles affichées sur les paquets de cigarettes, la publication et la diffusion d'études sur les conséquences du tabagisme pour la santé, et des restrictions sur le tabac au travail et dans les lieux publics.

Nous prouvons que chacune de ces mesures peut réduire la demande de cigarettes. Ainsi, les informations de choc, telles que la publication d'études fournissant de nouvelles informations importantes sur les effets du tabac sur la santé, réduisent la demande. Leurs effets semblent les plus nets dans les pays où la population est relativement peu informée des risques sanitaires. L'interdiction totale de la publicité et des promotions peut réduire la demande d'environ 7 %, indiquent les études économétriques réalisées dans les pays à revenu élevé. L'interdiction de fumer dans certains lieux est sans conteste bénéfique pour les non-fumeurs, et il semble qu'elle puisse faire baisser la consommation en général.

Selon les modèles établis pour ce rapport, les mesures ci-dessus, appliquées simultanément dans tous les pays, pourraient convaincre quelque 23 millions

de fumeurs vivant en 1995 de cesser de fumer et prévenir 5 millions de décès imputables au tabac. Comme les estimations relatives au relèvement de la fiscalité, ces chiffres sont des minima.

### *Traitements de substitution et de sevrage*

Le troisième type d'intervention consiste à aider ceux qui veulent cesser de fumer en leur permettant de suivre un traitement de substitution nicotinique ou d'autres traitements de sevrage. Les substituts nicotiniques renforcent notablement l'efficacité des tentatives de sevrage et réduisent également les coûts de retrait pour l'individu. Pourtant, ces substituts sont difficiles à obtenir dans de nombreux pays. Selon les modèles établis en préparation de ce rapport, la généralisation des traitements de substitution pourrait contribuer à réduire fortement la demande.

On ignore l'effet combiné de toutes ces mesures de réduction de la demande de tabac, car les pays qui appliquent des mesures de lutte contre le tabagisme en utilisent plusieurs simultanément et il est impossible d'étudier leurs effets isolément. Il apparaît toutefois que les interventions se renforcent mutuellement, ce qui conforte l'idée qu'il faut attaquer le tabagisme sur plusieurs fronts simultanés. Prises ensemble, ces mesures pourraient éviter des millions de décès.

### **Mesures visant à réduire l'offre de tabac**

S'il est possible de réduire notablement la demande de tabac, en revanche, les mesures de limitation de l'offre ont moins de chances de succès. En effet, si un fournisseur cesse ses opérations, un autre sera encouragé à prendre sa place.

La mesure extrême consistant à interdire la culture du tabac n'a pas de justification économique, et elle est aussi irréaliste qu'hasardeuse. D'aucuns proposent de remplacer le tabac par d'autres cultures comme moyen de réduire l'offre, mais rien ne prouve que cela ferait diminuer la consommation étant donné que les incitations à la culture du tabac sont beaucoup plus fortes que celles des autres cultures. À défaut de réduire la consommation, la substitution des cultures peut être une bonne stratégie lorsqu'il faut aider les cultivateurs de tabac les plus défavorisés à diversifier, dans le cadre d'un programme plus général de diversification.

De même, jusqu'ici, tout tend à prouver que les restrictions commerciales, telles que l'interdiction d'importer, n'auraient guère d'effet sur la consommation mondiale de cigarettes. Les pays auront plus de chances de réussir à limiter le tabagisme en adoptant des mesures efficaces de réduction de la demande et en les appliquant à égalité aux cigarettes d'importation et d'origine nationale. Dans le même ordre d'idées, il n'est pas logique de subventionner la production de tabac, comme le font principalement les pays à revenu élevé, si l'on

prétend suivre de bonnes politiques commerciales et agricoles. Quoi qu'il en soit, l'élimination des subventions aurait un faible impact au niveau du prix de détail.

S'agissant de l'offre, la répression de la contrebande a une importance indéniable dans la réduction du tabagisme. Les mesures à prendre comprennent l'apposition de timbres fiscaux et d'avertissements bien visibles sur les paquets de cigarettes, ainsi que l'application volontariste des règlements et de sanctions sévères pour décourager les contrebandiers. La limitation de la contrebande améliore la rentabilité de l'augmentation des taxes sur le tabac.

### *Les coûts et les conséquences de la lutte contre le tabagisme*

Les dirigeants objectent à la lutte contre le tabagisme à plusieurs titres. Ils craignent en premier lieu que les restrictions n'entraînent la disparition permanente d'emplois dans l'économie. Mais la baisse de la demande de tabac ne signifierait pas une réduction du nombre total d'emplois au niveau national. Au lieu de cigarettes, les gens achèteraient d'autres biens et services, créant ainsi de nouveaux emplois qui compenseraient les pertes dans le secteur du tabac. Les études réalisées pour ce rapport indiquent que, si le tabagisme baissait, la plupart des pays ne subiraient pas de perte nette d'emplois, et que certains enregistreraient une progression nette.

Il existe toutefois un très petit nombre de pays, surtout en Afrique subsaharienne, dont l'économie est fortement tributaire de la culture du tabac. Une réduction de la demande intérieure les affecterait peu, mais une chute mondiale de la demande provoquerait le chômage. Il serait impératif, dans ces circonstances, que l'État aide les catégories de travailleurs touchés à s'adapter, mais il convient de souligner que, même si la demande baissait sensiblement, cela prendrait au moins une génération.

Certains craignent également qu'un alourdissement de la fiscalité ne réduise les recettes publiques. Il a été prouvé empiriquement qu'il aurait au contraire pour effet d'accroître les recettes fiscales du tabac. L'une des raisons en est que, comme les consommateurs toxicomanes ne réagissent que lentement aux hausses de prix, la baisse de la demande n'est pas proportionnelle à l'augmentation des taxes. Selon le modèle élaboré pour la réalisation de ce rapport, des hausses modestes des taxes indirectes prélevées dans tous les pays sur les cigarettes, atteignant en moyenne 10 %, se traduiraient par une augmentation d'environ 7 % des recettes fiscales procurées par le tabac, le pourcentage effectif variant suivant les pays.

Les responsables pensent également qu'une majoration de la fiscalité stimulerait fortement la contrebande, ce qui réduirait les recettes publiques tout en permettant à la consommation de rester élevée. La contrebande est un problème sérieux, mais nous concluons que, même lorsqu'elle se pratique à

grande échelle, la hausse de la fiscalité stimule les recettes et réduit la consommation. Par conséquent, au lieu de renoncer à augmenter les taxes, les autorités feraient mieux de lutter contre la contrebande.

Enfin, d'aucuns objectent qu'un relèvement des taxes sur les cigarettes pénaliserait particulièrement les consommateurs pauvres. Certes, les taxes en vigueur sur le tabac absorbent une part plus élevée du revenu des consommateurs pauvres que de celui des riches, mais ce dont les dirigeants doivent se préoccuper avant tout, c'est l'impact distributif de l'ensemble du régime fiscal et des dépenses publiques, et non pas de l'effet d'une taxe isolée. Il convient de noter que les consommateurs pauvres sont généralement plus sensibles aux hausses de prix que les consommateurs riches, si bien que leur consommation de cigarettes tombera plus nettement à la suite d'une augmentation des taxes, et que leur fardeau *financier* relatif pourra s'en trouver allégé. Pour autant, ils pourront estimer que la perte des avantages du tabagisme est relativement plus importante.

### La lutte contre le tabagisme en vaut-elle la peine ?

Les responsables qui envisagent d'intervenir doivent se demander par ailleurs si les mesures de maîtrise du tabagisme ont un rapport coût-efficacité comparable à celui d'autres interventions dans le domaine de la santé. On a effectué des estimations préliminaires en préparation de ce rapport, en pondérant les coûts publics de la mise en œuvre des programmes de maîtrise du tabagisme par le nombre potentiel d'années de vie en bonne santé économisées. Les résultats correspondent à ceux d'études antérieures, démontrant que la maîtrise du tabagisme est une intervention très rentable si elle s'inscrit dans le contexte d'un programme de santé publique de base dans les pays à revenu faible et intermédiaire.

Mesurée en fonction du coût par année de vie en bonne santé économisée, la majoration de la fiscalité est rentable. Selon les hypothèses retenues, le coût de cette méthode s'élève à 5-17 dollars<sup>1</sup> par année économisée dans les pays à revenu faible et intermédiaire, soit moins que bien d'autres interventions sanitaires communément financées par l'État, telles que la vaccination des enfants. Les mesures autres que de prix sont elles aussi rentables dans de nombreuses circonstances. Celles qui visent à libéraliser l'obtention de substituts nicotiques, par exemple, en modifiant les conditions de vente, seraient sans doute d'un bon rapport coût-efficacité dans de nombreux cas. Cependant, il appartient aux pays intéressés d'évaluer soigneusement la situation avant de décider de subventionner les substituts nicotiques et d'autres aides au sevrage à l'intention des fumeurs défavorisés.

On ne saurait négliger les capacités de recettes exceptionnelles de la fiscalité du tabac. Ainsi, on estime au bas mot qu'en Chine, une hausse de 10 % des taxes sur les cigarettes réduirait la consommation de 5 %, accroîtrait les recettes



de 5 % et que cette augmentation suffirait à financer un programme de services de santé essentiels pour un tiers des 100 millions de Chinois les plus démunis.

### Programme indicatif d'action

C'est à chaque société de déterminer les politiques qu'elle entend suivre en ce qui concerne les choix individuels. Dans la pratique, la plupart des politiques seront fondées sur plusieurs types de critères, et non pas seulement sur des critères économiques. La plupart des sociétés souhaiteraient réduire les souffrances et les pertes psychologiques incalculables causées par la charge de morbidité et de décès prématurés due au tabac. Pour le responsable désireux d'améliorer la santé publique également, la maîtrise du tabagisme est une option attrayante. Des réductions même modestes d'une semblable charge de morbidité se traduiraient par des progrès sanitaires très sensibles.

Certains responsables estimeront que le principal motif d'intervention consiste à empêcher les enfants de fumer. Cependant, une stratégie qui ne viserait qu'à dissuader les enfants serait peu rationnelle et, du point de vue de la santé publique, n'apporterait pas d'avantages substantiels avant plusieurs dizaines d'années. Sachant que la plupart des décès dus au tabac prévus pour les 50 prochaines années surviendront chez les fumeurs actuels, les pouvoirs publics soucieux d'améliorer la santé publique plus rapidement auront intérêt à envisager des mesures plus générales afin d'aider les adultes à cesser de fumer.

Nous présentons deux recommandations :

1. Les pays où les *pouvoirs publics* décident de prendre des mesures volontaristes pour maîtriser le tabagisme doivent adopter une stratégie polyvalente visant à dissuader les enfants de commencer à fumer, à protéger les non-fumeurs et à informer tous les fumeurs des méfaits du tabac. Cette stratégie, qui doit être adaptée aux besoins de chaque pays, comportera : 1) une majoration de la fiscalité, fondée sur les taux pratiqués dans les pays qui ont réussi à faire baisser la consommation (entre les deux tiers et les quatre cinquièmes du prix de vente des cigarettes au détail) ; 2) la publication et la diffusion des résultats des recherches effectuées sur les effets du tabac sur la santé, l'apposition de mises en garde bien visibles sur les paquets de cigarettes, l'interdiction totale de la publicité et des promotions, et la limitation du tabagisme au travail et dans les lieux publics ; et 3) l'élargissement de l'accès aux substituts nicotiques et aux traitements de sevrage.
2. Il conviendrait que *les organisations internationales, telles que les institutions des Nations Unies*, réexaminent leurs programmes et

politiques en vigueur afin de donner la priorité à la lutte contre le tabagisme, qu'elles parrainent des recherches sur les causes, les conséquences et les coûts du tabagisme et sur la rentabilité d'interventions données au niveau local, et qu'elles se penchent sur les aspects internationaux de la lutte contre le tabagisme. Il est recommandé, en particulier, qu'elles travaillent avec la Convention-cadre sur la lutte anti-tabac. Les grands domaines d'action comprennent la promotion d'accords internationaux sur la répression de la contrebande, des pourparlers sur l'harmonisation des taxes en vue de réduire les incitations à la contrebande, et l'interdiction de la publicité et de la promotion par le canal des moyens de communication mondiaux.

La menace posée par le tabagisme pour la santé publique est sans précédent, mais les opportunités de réduction de la mortalité liée à ce fléau grâce à des interventions officielles bien conçues sont également sans précédent. Nous montrons dans ce rapport ce qui peut être accompli, et que des interventions relativement limitées pourraient avoir des conséquences bénéfiques pour la santé au XXI<sup>e</sup> siècle.

### Note

1. Tous les montants en dollars sont exprimés en dollars courants des États-Unis.

## CHAPITRE 1

# Les tendances mondiales du tabagisme

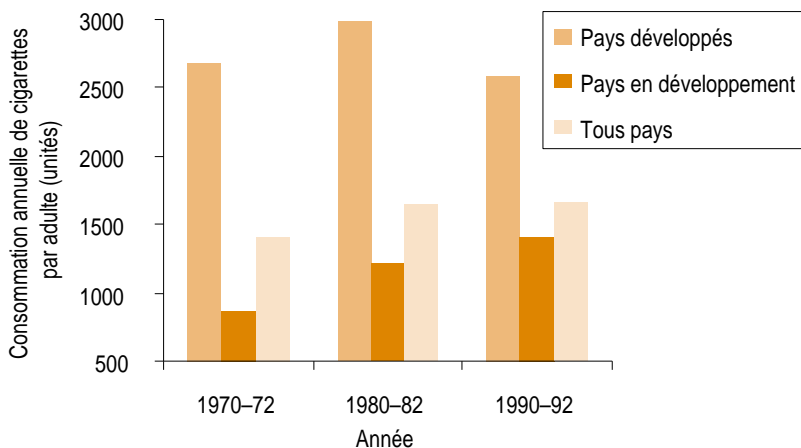
**V**OICI des siècles que les gens s'adonnent à la consommation de tabac, mais ce n'est qu'au XIX<sup>e</sup> siècle que l'on a commencé à fabriquer des cigarettes en grande quantité. Depuis, l'usage de la cigarette s'est répandu dans le monde entier à une échelle colossale, puisqu'un adulte sur trois, soit 1,1 milliard de personnes, fume. Sur ce nombre, les quatre cinquièmes environ vivent dans les pays à revenu faible et intermédiaire. On compte que, par suite de la croissance démographique et de l'augmentation de la consommation, ce total atteindra quelque 1,6 milliard d'ici à 2025.

Autrefois, beaucoup de gens mâchaient ou fumaient le tabac au moyen de pipes diverses. Ces pratiques n'ont pas disparu, mais elles sont en recul. Les cigarettes industrielles et différents types de cigarettes roulées à la main, telles que les *bidis*, communes en Asie du Sud et en Inde, représentent de nos jours jusqu'à 85 % de la consommation mondiale de tabac. Étant donné que la cigarette semble beaucoup plus nocive pour la santé que les autres formes de tabagisme, nous avons axé ce rapport sur les cigarettes industrielles et les *bidis*.

### Augmentation de la consommation dans les pays à revenu faible et intermédiaire

La consommation de cigarettes de la population des pays à revenu faible et intermédiaire augmente depuis 1970 (figure 1.1). La consommation par habitant a progressé régulièrement entre 1970 et 1990, mais la tendance semble s'être ralentie légèrement depuis le début des années 90.

FIGURE 1.1 LE TABAGISME PROGRESSE DANS LE MONDE EN DÉVELOPPEMENT  
Tendances de la consommation de cigarettes chez les adultes



Source : Organisation mondiale de la santé. 1997. *Tobacco or Health: a Global Status Report*. Genève (Suisse).

Si le tabagisme augmente chez les hommes des pays à revenu faible et intermédiaire, il est au contraire en recul chez ceux des pays à revenu élevé. Par exemple, alors qu'aux États-Unis, plus de 55 % des hommes fumaient lorsque le tabagisme a atteint son point culminant vers les années 50, au milieu des années 90, ce pourcentage était tombé à 28 %. La consommation par habitant des pays à revenu élevé dans leur ensemble a également diminué mais, dans certaines catégories, telles que les adolescents et les femmes jeunes, la proportion de fumeurs a augmenté au cours des années 90. Le tabagisme déborde donc de son cadre traditionnel, les hommes des pays à revenu élevé, pour toucher les femmes de ces pays et les hommes des régions à faible revenu.

Depuis quelques années, le commerce international de nombreux biens et services a été libéralisé à la suite d'accords internationaux. Les cigarettes n'échappent pas à la règle. L'élimination des barrières au commerce intensifie la concurrence, ce qui se manifeste par une baisse des prix, une intensification de la publicité et des promotions et autres activités qui stimulent la demande. Dans une étude, on faisait observer que, dans quatre économies d'Asie qui avaient ouvert leur marché sous la pression des États-Unis pendant les années 80 — le Japon, la Corée du Sud, Taïwan et la Thaïlande —, la consommation de

cigarettes par personne en 1991 était supérieure de près de 10 % à ce qu'elle aurait été si ces marchés étaient restés fermés. Selon un modèle économétrique élaboré en préparation de ce rapport, la libéralisation du commerce a sensiblement contribué à stimuler la consommation, en particulier dans les pays à revenu faible et intermédiaire.

## Répartition régionale du tabagisme

L'Organisation mondiale de la santé a réuni des statistiques sur le nombre de fumeurs dans chaque région en se fondant sur plus de 80 études différentes. Nous nous sommes servis de ces chiffres pour estimer la prévalence du tabagisme dans chacun des sept groupes régionaux de la Banque mondiale<sup>1</sup>. Comme on le voit au tableau 1.1, il existe de grandes variations entre les régions et, en particulier, dans la prévalence du tabagisme chez les femmes. Par exemple, en Europe orientale et en Asie centrale (principalement les anciennes économies socialistes), 59 % des hommes et 26 % des femmes fumaient en 1995, plus que dans toute autre région. Pourtant, en Asie de l'Est et dans le Pacifique, où la prévalence du tabagisme chez les hommes est tout aussi élevée, seules 4 % des femmes fumaient.

**TABLEAU 1.1 RÉPARTITION RÉGIONALE DU TABAGISME**

Estimations de la prévalence du tabagisme par sexe, et nombre de fumeurs dans la population âgée de 15 ans ou plus, par région de la Banque mondiale, 1995

| Région de la<br>Banque mondiale      | Prévalence du tabagisme (%) |        |       | Nombre total de fumeurs<br>(% des fumeurs) |     |
|--------------------------------------|-----------------------------|--------|-------|--|-----|
|                                      | Hommes                      | Femmes | Total | (millions)                                 |     |
| Afrique subsaharienne                | 33                          | 10     | 21    | 67   | 6   |
| Amérique latine et<br>Caraïbes       | 40                          | 21     | 30    | 95   | 8   |
| Asie de l'Est et Pacifique           | 59                          | 4      | 32    | 401  | 35  |
| Asie du Sud (cigarettes)             | 20                          | 1      | 11    | 86   | 8   |
| Asie du Sud ( <i>bidis</i> )         | 20                          | 3      | 12    | 96   | 8   |
| Europe orientale et<br>Asie centrale | 59                          | 26     | 41    | 148  | 13  |
| Moyen-Orient et<br>Afrique du Nord   | 44                          | 5      | 25    | 40   | 3   |
| Rev. faible et interméd.             | 49                          | 9      | 29    | 933  | 82  |
| Revenu élevé                         | 39                          | 22     | 30    | 209  | 18  |
| Monde                                | 47                          | 12     | 29    | 1,142                                      | 100 |

Note : Les chiffres ont été arrondis.

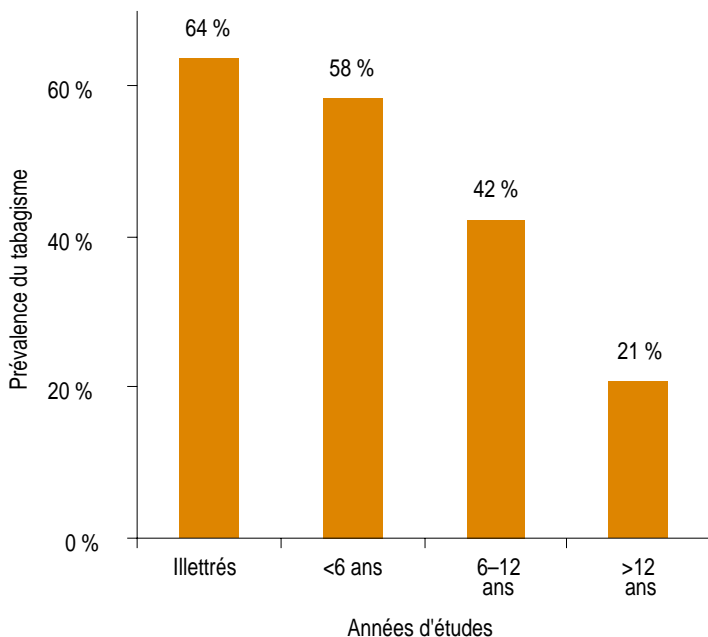
Source : Calculs effectués par les auteurs d'après *Tobacco or health: a Global Status Report*. Organisation mondiale de la santé. 1997. Genève, Suisse.

## Tabagisme et statut socio-économique

Historiquement, lorsque le revenu de la population augmentait, le nombre de fumeurs augmentait aussi. Durant les premières décennies de l'épidémie de tabagisme, les fumeurs se trouvaient surtout parmi les gens aisés, dans les pays à revenu élevé. Depuis 30 ou 40 ans, au contraire, cette distribution semble s'être inversée, au moins chez les hommes, pour lesquels on dispose de données abondantes<sup>2</sup>. De plus en plus, les hommes de milieux aisés des pays à revenu élevé cessent de fumer, mais ce n'est pas le cas chez les hommes de milieux plus modestes. Ainsi, en Norvège, le pourcentage de fumeurs hommes à revenu élevé est tombé de 75 % en 1955 à 28 % en 1990. Pendant la même période, celui des fumeurs hommes à faible revenu a beaucoup moins baissé, puisqu'il est passé de 60 % à 48 % seulement. Dans la plupart des pays à revenu élevé, il existe aujourd'hui des différences substantielles dans la prévalence du tabagisme entre les différents groupes socio-économiques. Au Royaume-Uni, par exemple, seuls 10 % des femmes et 12 % des hommes des groupes socio-économiques les plus élevés s'adonnent au tabac. Dans les groupes socio-économiques les plus faibles, les chiffres correspondants sont trois fois plus élevés : 35 et 40 %. On note le même rapport inverse dans le domaine de l'éducation (marqueur de statut socio-économique). D'une manière générale, les individus d'un niveau d'éducation faible ou nul fument davantage que les individus éduqués.

Récemment encore, on pensait que la situation était différente dans les pays à revenu faible et intermédiaire, mais les dernières recherches indiquent que, là aussi, les hommes d'un niveau socio-économique faible fument plus que les autres. Le niveau d'éducation est un facteur très net à Chennai (Inde) (figure 1.2). Les études menées en Afrique du Sud, au Brésil, en Chine, au Viet Nam et dans plusieurs pays d'Amérique centrale confirment cette observation.

S'il est donc avéré qu'à l'échelle mondiale, la *prévalence* du tabagisme est plus élevée chez les gens pauvres et peu éduqués, on est moins renseigné sur le *nombre de cigarettes fumées* quotidiennement par les différents groupes socio-économiques. Dans les pays à revenu élevé, à quelques exceptions près, les hommes défavorisés et peu éduqués consomment plus de cigarettes par jour que les hommes plus aisés et plus éduqués. Alors qu'on pourrait s'attendre à ce que les hommes pauvres des pays à revenu faible et intermédiaire consomment moins de cigarettes que les autres, il ressort des chiffres disponibles qu'en général, les fumeurs d'un faible niveau d'éducation consomment un nombre égal ou légèrement plus élevé de cigarettes. L'Inde est une exception importante à cette règle, puisque, comme cela paraît logique, les fumeurs diplômés de l'université fument plus de cigarettes, qui sont relativement plus chères, et les fumeurs peu éduqués consomment plus de *bidis*, qui sont bon marché.

**FIGURE 1.2 LE TABAGISME EST PLUS RÉPANDU CHEZ LES GENS PEU ÉDUQUÉS***Prévalence du tabagisme chez les hommes à Chennai (Inde), par niveau d'éducation*

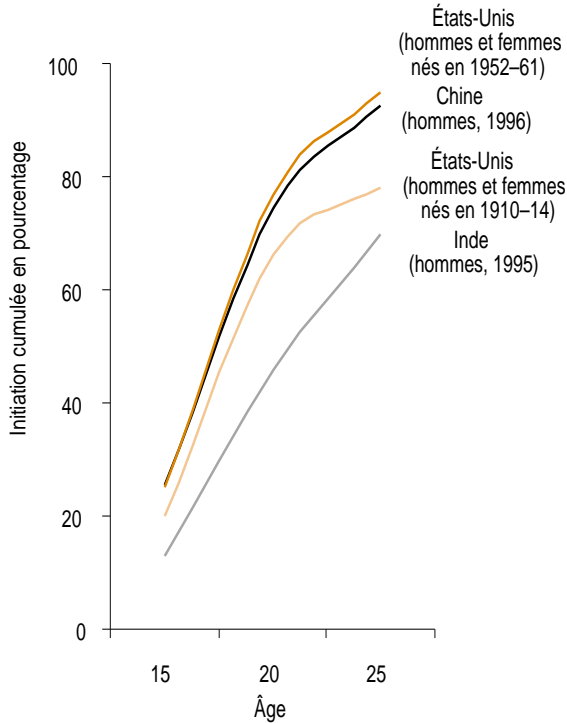
Source : Gajalakshmi, C. K., P. Jha, S. Nguyen et A. Yurekli. Patterns of Tobacco Use, and Health Consequences. Document de référence.

## Âge et initiation au tabagisme

Les individus qui ne commencent pas à fumer pendant l'adolescence ou au début de l'âge adulte ont peu de chances de devenir un jour fumeurs. De nos jours, l'immense majorité des fumeurs commencent avant l'âge de 25 ans, souvent pendant l'enfance ou l'adolescence (encadré 1.1 et figure 1.3). Dans les pays à revenu élevé, huit fumeurs sur dix commencent à l'adolescence. Dans les pays à revenu faible et intermédiaire pour lesquels des chiffres sont disponibles, il apparaît que la plupart des fumeurs commencent peu après 20 ans, mais l'âge commence à diminuer. En Chine, par exemple, entre 1984 et 1996, on a noté une progression significative du nombre de jeunes hommes de 15 à 19 ans qui ont commencé à fumer. On observe une baisse analogue de l'âge auquel les jeunes commencent à fumer dans les pays à revenu élevé.

FIGURE 1.3 LE TABAGISME COMMENCE TÔT

Répartition cumulée de l'âge de l'initiation en Chine, aux États-Unis et en Inde



Sources : Académie chinoise de médecine préventive, 1997. Le tabagisme en Chine : Enquête nationale sur la prévalence du tabagisme. Beijing, Imprimerie scientifique et technologique ; Gupta, P.C., 1996. « Survey of Sociodemographic Characteristics of Tobacco Use Among 99,598 Individuals in Bombay, India, Using Handheld Computers. » Tobacco Control 5:114-20, et rapports du Surgeon General des États-Unis, 1989 et 1994.

## L'arrêt de la cigarette dans le monde

On sait que les fumeurs commencent jeunes dans le monde entier, mais la proportion des fumeurs qui arrêtent de fumer semble varier fortement entre les pays à revenu élevé et le reste du monde, jusqu'à présent tout au moins. Dans les pays où la population est de mieux en mieux informée des méfaits du tabac, la prévalence du tabagisme diminue progressivement et on compte un nombre



---

**ENCADRÉ 1.1 COMBIEN DE JEUNES COMMENCENT-ILS À FUMER CHAQUE JOUR ?**

Les individus qui commencent à fumer jeunes ont des chances de devenir gros fumeurs et ont en outre un risque accru de mourir plus tard d'une maladie liée au tabac. Il est donc important de savoir combien d'enfants et de jeunes commencent à fumer chaque jour. Nous essayons ici de répondre à cette question.

Nous avons utilisé 1) des chiffres de la Banque mondiale sur le nombre de jeunes, garçons et filles, qui ont atteint l'âge de 20 ans en 1995 dans chaque région de la Banque mondiale, et 2) des chiffres de l'Organisation mondiale de la santé sur la prévalence du tabagisme dans tous les groupes d'âge, jusqu'à l'âge de 30 ans, dans chacune de ces régions. Pour obtenir le haut de la fourchette, nous avons supposé que le nombre de jeunes qui commencent à fumer chaque jour est un produit de 1\*2 par région pour chaque sexe. Pour calculer le bas de la fourchette, nous avons réduit ce ratio en fonction des estimations spécifiques pour la région du nombre de fumeurs qui commencent après l'âge de 30 ans.

Nous avons fait trois hypothèses prudentes : 1) il n'y a pas eu de grands changements, au cours des années,

dans l'âge moyen de l'initiation au tabac. La tendance moyenne semble être en baisse chez les jeunes Chinois, mais notre hypothèse signifie tout au plus que nos chiffres sont en deçà de la réalité ; 2) nous n'avons considéré que les fumeurs réguliers, excluant le nombre beaucoup plus élevé d'enfants qui essaient la cigarette mais ne deviennent pas fumeurs ; 3) nous avons supposé que ceux qui fument régulièrement cessent rarement avant l'âge adulte. Un nombre substantiel d'adolescents fumeurs réguliers arrêtent de fumer dans les pays à revenu élevé, mais c'est encore une chose rare dans les pays à revenu faible et intermédiaire.

Compte tenu de ces hypothèses, nous avons calculé qu'entre 14 000 et 15 000 enfants et jeunes gens commencent à fumer chaque jour dans l'ensemble des pays à revenu élevé. Pour les pays à revenu faible et intermédiaire, la fourchette va de 68 000 à 84 000. Cela signifie que, chaque jour, entre 82 000 et 99 000 jeunes commencent à fumer et risquent de s'accoutumer rapidement à la nicotine. Ces chiffres concordent avec les estimations actuelles relatives aux pays à revenu élevé.

---

substantiel de fumeurs repentis. En revanche, seuls 2 % et 5 % des fumeurs hommes respectivement avaient cessé de fumer en Chine et en Inde en 1993 et, au Viet Nam, ce pourcentage n'atteignait que 10 % en 1997.

## Notes

1. Ces catégories sont présentées à l'appendice D. En résumé, ce sont les suivantes : 1) Afrique subsaharienne, 2) Amérique latine et Caraïbes, 3) Asie de l'Est et Pacifique, 4) Asie du Sud, 5) Europe orientale et Asie centrale (groupe qui comprend la plupart des anciens pays socialistes), 6) Moyen-Orient et Afrique du Nord, et 7) pays à revenu élevé, soit en gros les membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE).
2. Les recherches sur le tabagisme des femmes sont beaucoup plus limitées. Dans les pays où les femmes fument depuis de nombreuses décennies, le lien entre le statut socio-économique et le tabagisme est analogue pour les femmes et pour les hommes. Ailleurs, on ne possède pas assez d'informations fiables pour tirer des conclusions valables.

## CHAPITRE 2

# Les conséquences du tabagisme pour la santé

**L'**IMPACT du tabac sur la santé a fait l'objet de nombreuses études. Notre propos n'est pas de répéter en détail ce que l'on sait, mais simplement de résumer les faits. Ce chapitre se divise en deux parties : la première consiste en un rapide examen de la dépendance à la nicotine, la deuxième en une description de la charge de morbidité imputable au tabac.

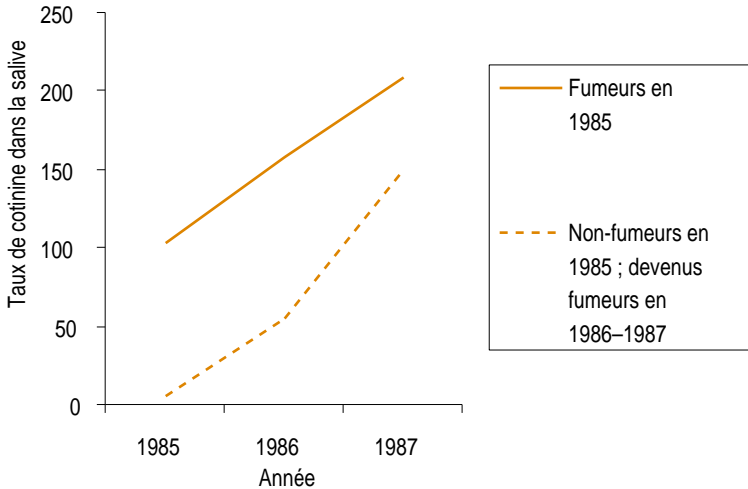
### Le caractère addictif du tabac

Le tabac contient de la nicotine, substance dont le caractère addictif a été reconnu par les organisations médicales internationales. La dépendance tabagique figure dans la Classification internationale des maladies. La nicotine remplit tous les principaux critères de toxicomanie ou de dépendance, notamment la consommation compulsive, en dépit du désir et des tentatives répétées d'abandonner ; effets psychoactifs produits par l'action de la substance en question sur le cerveau ; et comportement motivé par les effets de renforcement de la substance psychoactive. À la différence du tabac à mâcher, la cigarette permet à la nicotine d'arriver rapidement au cerveau, quelques secondes après l'inhalation, et le fumeur peut régler la dose bouffée par bouffée.

La toxicomanie peut survenir sans tarder. Chez les jeunes adolescents récemment initiés à la cigarette, les concentrations dans la salive de cotinine, un produit de la décomposition de la nicotine, progressent rapidement, pour rejoindre, à terme, les taux constatés chez les fumeurs établis (figure 2.1). Les taux moyens de nicotine inhalée suffisent pour exercer un effet pharmacologique

FIGURE 2.1 LES NIVEAUX D'ABSORPTION DE NICOTINE PROGRESSENT RAPIDEMENT CHEZ LES JEUNES FUMEURS

*Concentration de cotinine dans la salive d'un groupe de fumeuses adolescentes au Royaume-Uni*



Source : McNeill, A. D. et al. 1989. « Nicotine Intake in Young Smokers: Longitudinal Study of Saliva Cotinine Concentrations ». *American Journal of Public Health* 79(2): 172-75.

et pour aider à renforcer le tabagisme. Pourtant, nombreux sont les jeunes fumeurs qui sous-estiment leur risque de devenir toxicomanes. Entre la moitié et les trois quarts des jeunes fumeurs américains déclarent avoir essayé au moins une fois de s'arrêter sans succès. Les enquêtes menées dans les pays à revenu élevé semblent indiquer que, dès l'âge de 16 ans, une proportion substantielle de fumeurs regrettent de fumer, mais ne pensent pas pouvoir cesser.

Bien entendu, il est possible de s'abstenir définitivement, comme c'est le cas pour les autres substances addictives, mais sans traitement de sevrage, les taux de réussite individuels sont faibles. Selon les dernières recherches, sur 100 fumeurs qui tentent de cesser de fumer seuls, 98 recommencent dans l'année.

### La charge de morbidité

On compte qu'au cours de l'année à venir, le tabac aura tué quelque quatre millions de personnes dans le monde. Il est déjà responsable du décès d'un

adulte sur dix ; d'ici à 2030, ce chiffre atteindra probablement un sur six, soit 10 millions de décès par an, ce qui fera du tabac la première cause de mortalité, surpassant cette année-là la pneumonie, les maladies diarrhéiques, la tuberculose et les complications obstétricales *combinées*. Si les tendances actuelles se maintiennent, environ 500 millions de gens actuellement en vie seront un jour ou l'autre victimes du tabac ; la moitié d'entre eux seront dans la force de l'âge et verront leur existence abrégée de 20 ou 25 ans.

Les décès liés au tabac, autrefois limités en grande partie aux hommes des pays à revenu élevé, touchent à présent les femmes de ces pays et les hommes du monde entier (tableau 2.1). En 1990, sur trois décès attribuables au tabac, deux sont survenus soit dans les pays à revenu élevé soit dans les anciens pays socialistes d'Europe orientale et d'Asie centrale. Par contre, en 2030, sept décès attribuables au tabac sur dix frapperont les pays à revenu faible et intermédiaire. Sur le demi-milliard de décès projetés parmi la population actuellement en vie, environ 100 millions seront des hommes chinois.

### La maladie survient longtemps après l'exposition au risque

Cependant, la rançon du tabagisme, sous forme de mortalité et de morbidité, n'est pas encore connue dans toute son ampleur en dehors des pays à revenu élevé, car les pathologies provoquées par le tabac peuvent prendre plusieurs dizaines d'années pour se déclarer. Même lorsque le tabagisme est très répandu dans une population, les dommages pour la santé peuvent rester encore invisibles. C'est ce que démontrent très clairement les tendances du cancer du poumon aux États-Unis. C'est entre 1915 et 1950 que la consommation de cigarettes a progressé le plus rapidement aux États-Unis, mais les taux de cancer du poumon n'ont commencé à augmenter en flèche qu'aux environs de 1945. Les taux normalisés par âge ont triplé entre les années 30 et les années 50 mais, après 1955, ils ont augmenté encore plus vite : pendant les années 80, les taux avaient été *multipliés par 11* par rapport à 1940.

TABLEAU 2.1 NOMBRE ACTUEL DE DÉCÈS ATTRIBUABLES AU TABAC ET PROJECTIONS  
(millions de personnes par an)

|                       | <i>Nombre de décès dus<br/>au tabac en 2000</i> | <i>Nombre de décès dus<br/>au tabac projeté pour 2030</i> |
|-----------------------|---|---|
| Pays développés       | 2   | 3   |
| Pays en développement | 2   | 7   |

Source : Organisation mondiale de la santé. 1999. *Making a Difference*. Rapport sur la santé dans le monde. 1999. Genève, Suisse.

En Chine, où vivent le quart des fumeurs du monde, la consommation de cigarettes atteint actuellement le même niveau qu'aux États-Unis en 1950, période où la consommation par habitant a culminé. À ce stade de l'épidémie aux États-Unis, 12 % de tous les décès survenant à l'âge moyen étaient imputables au tabac. Quarante ans plus tard, alors que la consommation de cigarettes avait déjà baissé, environ *le tiers* des décès de cette tranche d'âge était dû au tabac. Aujourd'hui, dans un parallèle saisissant, on estime que le tabac est la cause d'environ 12 % des décès survenant parmi les hommes d'âge moyen en Chine. Les observateurs s'attendent à ce que cette proportion passe à un tiers d'ici quelques dizaines d'années, comme cela s'est produit aux États-Unis. Chez les jeunes Chinoises, en revanche, le tabagisme n'a pas sensiblement progressé depuis 20 ans et la plupart des fumeuses sont des femmes plus âgées. Si les tendances actuelles se maintiennent, il est donc possible que le nombre de décès imputables au tabac chez les femmes en Chine passe de son niveau actuel d'environ 2 % du total à moins de 1 %.

Même dans les pays à revenu élevé, où la population est exposée au tabagisme depuis de nombreuses décennies, il a fallu au moins 40 ans pour qu'on commence à avoir une idée claire des pathologies dues au tabac. Les chercheurs calculent l'excès de risque de mortalité des fumeurs par des études prospectives comparant les perspectives de santé des fumeurs et des non-fumeurs. Au début des années 70, après 20 ans de suivi, ils pensaient que les fumeurs avaient une chance sur quatre de mourir des suites du tabagisme. À la lumière des informations les plus récentes, ils pensent à présent que cette chance est de une sur deux.

### Comment le tabac tue-t-il ?

Dans les pays à revenu élevé, des études prospectives à long terme telles que la deuxième Étude sur la prévention du cancer de l'American Cancer Society, qui a suivi plus d'un million d'Américains adultes, fournissent des éléments d'information fiables sur la façon dont le tabac tue. Aux États-Unis, les fumeurs ont 20 fois plus de chances de mourir du cancer du poumon à l'âge moyen que les non-fumeurs, et trois fois plus de chances de mourir d'une pathologie cardiovasculaire, dont l'infarctus du myocarde, les accidents vasculaires cérébraux et autres pathologies circulatoires. Étant donné la fréquence des cardiopathies ischémiques dans les pays à revenu élevé et l'excès de risque des fumeurs, un très grand nombre sont victimes de ces pathologies, ce qui en fait la principale cause de décès liés au tabac dans ces pays. La cigarette est aussi la première cause de bronchite chronique et d'emphysème. Elle est également associée au cancer de divers organes (vessie, reins, larynx, bouche, pancréas, estomac, etc.).

Davantage que le nombre quotidien de cigarettes, c'est la durée de la consommation qui est la principale variable de risque dans le cancer du poumon.

Ainsi, l'excès de risque est 100 fois supérieur pour une durée de consommation trois fois plus longue, tandis que le risque est trois fois plus élevé seulement pour une consommation triple. Par conséquent, ceux qui commencent à fumer à l'adolescence et ne s'arrêtent pas sont ceux qui ont l'excès de risque le plus important.

Depuis plusieurs années, les fabricants de cigarettes commercialisent des marques « à faible teneur en goudron » et « à faible teneur en nicotine », caractéristiques qui font croire à de nombreux fumeurs qu'elles sont moins dangereuses. Cependant, la différence entre le risque de décès prématuré des fumeurs de ces marques de cigarettes et les fumeurs de marques ordinaires est de beaucoup inférieure à la différence de risque entre les non-fumeurs et les fumeurs.

### L'épidémie varie dans l'espace et dans le temps

Parce que la plupart des études à long terme se sont limitées aux pays à revenu élevé, on dispose de peu de données sur les effets du tabac sur la santé dans les autres pays. Cependant, il ressort d'études majeures menées récemment en Chine et de nouvelles études réalisées en Inde que, contrairement à ce que l'on observe dans les pays à revenu élevé comme les États-Unis et le Royaume-Uni, où l'ensemble des risques du tabagisme persistant sont à peu près identiques, il en va tout autrement dans ces deux pays. Il ressort des statistiques chinoises que les décès attribuables aux cardiopathies ischémiques forment une proportion beaucoup plus faible du nombre total de décès dus au tabac que dans les pays occidentaux, et que les maladies respiratoires et le cancer sont à l'origine de la plupart des décès. Il est à noter que la tuberculose est la cause d'une minorité substantielle de décès. D'autres différences peuvent apparaître dans d'autres populations. En Asie du Sud, par exemple, les proportions peuvent être modifiées par la forte prévalence sous-jacente des maladies cardiovasculaires. On voit donc qu'il importe de surveiller l'épidémie dans toutes les régions. Pour autant, il semble que la *proportion* totale de fumeurs tués par la cigarette soit généralement d'environ un sur deux dans de nombreuses populations, même si le type et la répartition des pathologies varient.

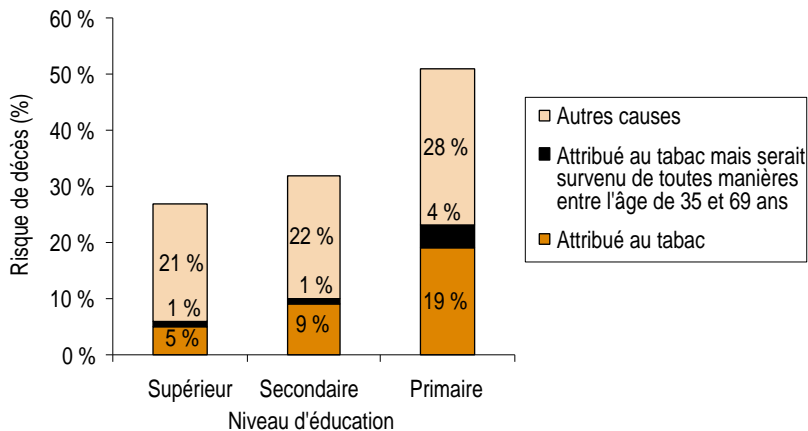
### Le tabagisme et le désavantage des pauvres en matière de santé

De même que le tabagisme, ses effets nocifs pour la santé sont associés à la pauvreté et à un faible niveau socio-économique. Les analyses effectuées en préparation de ce rapport illustrent les effets du tabagisme sur la durée de vie des hommes de différents groupes socio-économiques (d'après le revenu, la classe sociale ou le niveau d'éducation), dans quatre pays où

l'épidémie de tabagisme est établie : le Canada, les États-Unis, la Pologne et le Royaume-Uni.

En Pologne, les hommes ayant fait des études universitaires avaient, en 1996, un risque de mourir à l'âge moyen de 26 %. Pour les hommes qui n'avaient fait que des études primaires, le risque était de 52 % (deux fois plus grand). En analysant la proportion de décès dus au tabac dans chaque groupe, les chercheurs ont estimé que le tabac est responsable d'environ les deux tiers de l'excès de risque des hommes du deuxième groupe. En d'autres termes, si l'on élimine le tabac, l'écart de la durée de vie des deux groupes se réduirait fortement, puisque le risque de mourir à l'âge moyen tomberait à 28 % chez les hommes du groupe le moins instruit, et à 20 % chez ceux du groupe le plus instruit (figure 2.2). On obtient des résultats analogues dans les autres pays étudiés, ce qui indique que le tabac est à l'origine de plus de la moitié de la différence dans la mortalité des hommes adultes de statut socio-économique supérieur et ceux de statut inférieur. De même, le tabagisme contribue fortement à l'élargissement de l'écart de survie dans le temps entre hommes aisés et hommes défavorisés dans ces pays (figure 2.3).

FIGURE 2.2 L'ÉDUCATION ET LE RISQUE DE DÉCÈS ATTRIBUABLE AU TABAC  
Décès chez les hommes d'âge moyen de niveaux d'éducation différents, Pologne, 1996



Note : Les chiffres ont été arrondis.

Source : Bobak, Martin, P. Jha, M. Jarvis et S. Nguyen. *Poverty and Tobacco*. Document de référence.



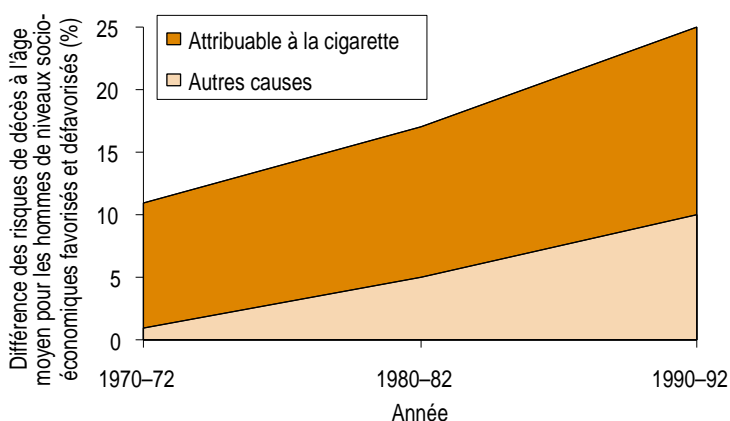
## Les risques du tabagisme passif

Les fumeurs nuisent non seulement à leur propre santé, mais également à celle de leur entourage. Les femmes enceintes qui fument risquent davantage de perdre le fœtus par avortement spontané. Dans les pays à revenu élevé, les enfants nés de mères fumeuses ont beaucoup plus souvent un faible poids à la naissance que les enfants des non-fumeuses, et ils ont un excès de risque de mourir peu après la naissance jusqu'à 35 % supérieur. Ils ont également un risque plus grand de contracter des infections des voies respiratoires. Des chercheurs ont observé récemment la présence d'un carcinogène trouvé exclusivement dans la fumée de tabac dans l'urine de nouveau-nés dont la mère est fumeuse.

L'exposition à la fumée de cigarette est à l'origine d'une grande partie du désavantage sanitaire des enfants nés de femmes défavorisées. Chez les femmes blanches des États-Unis, le tabagisme est à lui seul responsable de 63 % de la différence de poids à la naissance entre les enfants nés de femmes ayant fait des études supérieures et des enfants nés de femmes qui n'avaient qu'un niveau d'éducation secondaire ou inférieur.

FIGURE 2.3 LE TABAGISME ET L'ÉLARGISSEMENT DE L'ÉCART DE SANTÉ ENTRE RICHES ET PAUVRES

*La cigarette et la différence des risques de décès pour les hommes d'âge moyen entre niveaux socio-économiques favorisés et défavorisés au Royaume-Uni*



*Note :* Au Royaume-Uni, il existe cinq niveaux socio-économiques, classés entre I (le plus élevé) et V (le plus bas). La figure examine la différence de risque entre les hommes des groupes I et II et les hommes du groupe V dans le temps.  
*Source :* Bobak, Martin, P. Jha, M. Jarvis et S. Nguyen. *Poverty and Tobacco*. Document de référence.

Les adultes exposés chroniquement à la fumée de tabac des autres ont également un risque faible mais réel de cancer du poumon et des risques accrus de maladie cardio-vasculaire, tandis que les enfants de fumeurs présentent divers troubles de santé et des limitations fonctionnelles.

Les fumeurs passifs sont les enfants et les conjoints de fumeurs, principalement au domicile familial. Par ailleurs, un nombre substantiel de non-fumeurs travaillent aux côtés de fumeurs ou dans une atmosphère enfumée où, avec le temps, leur exposition au risque devient assez importante.

### **Les bienfaits du sevrage**

Plus on commence à fumer jeune, plus on court un risque de maladie débilitante. Dans les pays à revenu élevé, où l'on dispose de données à long terme, les chercheurs sont parvenus à la conclusion que ceux qui commencent tôt et fument régulièrement risquent davantage d'avoir le cancer du poumon que ceux qui cessent encore jeunes. Au Royaume-Uni, les médecins hommes qui cessent de fumer avant l'âge de 35 ans vivent à peu près aussi longtemps que ceux qui n'ont jamais fumé. Pour ceux qui cessent entre 35 et 44 ans, l'arrêt est également très bénéfique, et ceux qui arrêtent plus tard y gagnent aussi.

En résumé, l'épidémie de pathologies liées au tabagisme n'est plus concentrée parmi les hommes des pays à revenu élevé, mais affecte à présent les femmes de ces pays et les hommes des pays à revenu faible et intermédiaire. Le tabagisme est de plus en plus lié à un statut social désavantagé, en fonction du niveau de revenu et d'éducation. La plupart des nouveaux fumeurs sous-estiment le risque de s'accoutumer à la nicotine. Nombreux sont les jeunes fumeurs adultes qui regrettent d'avoir commencé à fumer et se jugent incapables de cesser. La moitié des fumeurs à long terme mourront un jour d'une maladie liée au tabac, et la moitié d'entre eux mourront à l'âge moyen.

## CHAPITRE 3

# Les fumeurs savent-ils quels risques ils courent et assument-ils leurs coûts ?

**D**ANS ce chapitre, nous examinons ce qui pousse les gens à fumer. Le tabagisme est-il un choix de consommation comme les autres ? Permet-il d'allouer efficacement les ressources de la société ? Après avoir examiné ces questions, nous en étudions les implications pour les pouvoirs publics.

Selon les théories de l'économie moderne, le consommateur individuel est le mieux placé pour décider comment dépenser son argent, que ce soit pour acheter du riz, des vêtements, ou pour voir un film. Ce principe de la souveraineté du consommateur repose sur certaines hypothèses. La première est que le consommateur fait des choix rationnels et éclairés, après avoir pesé les coûts et avantages de ses achats, et la seconde est que c'est le consommateur qui assume la totalité des coûts de sa décision. Lorsque tous les consommateurs exercent leur souveraineté de cette manière, en toute connaissance de cause et en assumant les coûts, les ressources de la société sont, théoriquement, allouées de la façon la plus efficace possible.

Manifestement, le fumeur perçoit les avantages du tabagisme, sans quoi il ne payerait pas pour fumer. Ces avantages sont le plaisir et la satisfaction, une meilleure image de soi, une réduction du stress et, pour le fumeur dépendant, l'absence de symptômes de retrait de la nicotine. Faisant pendant à ces avantages, les coûts privés sont la dépense, les dommages pour la santé et la dépendance à la nicotine. Ainsi définis, il est bien certain que les avantages perçus l'emportent sur les coûts perçus.

Cependant, la décision d'acheter du tabac diffère de la décision d'acheter d'autres biens de consommation à trois égards :

- On sait que beaucoup de fumeurs ne sont *pas* pleinement informés de la forte probabilité de morbidité et de décès prématuré qu'entraîne leur décision. C'est là le principal coût privé du tabagisme.
- On sait également que les enfants et les adolescents ne sont pas toujours capables d'évaluer correctement les informations qu'ils peuvent posséder sur les méfaits du tabac. Tout aussi important, on sait que les nouveaux initiés peuvent sous-estimer gravement les coûts futurs associés à la dépendance à la nicotine. On peut considérer ces coûts futurs comme les coûts de l'impossibilité pour le fumeur adulte d'inverser la décision de fumer prise dans sa jeunesse, même s'il le désire, parce qu'il est devenu dépendant.
- Enfin, on sait que les fumeurs imposent des coûts à autrui, tant directement qu'indirectement. Les économistes supposent généralement que l'individu ne mesure correctement les coûts et avantages de ses choix que lorsque c'est lui qui supporte ces coûts et jouit des avantages. Si ces coûts sont supportés par autrui, il s'ensuit que le fumeur peut fumer plus qu'il ne le ferait si c'était lui qui supportait la totalité des coûts.

Examinons à présent les faits à l'appui de ces affirmations.

### Connaissance des risques

Les gens semblent méconnaître les méfaits du tabagisme, surtout dans les pays à revenu faible et intermédiaire, où ils disposent de peu d'information à ce sujet. En Chine, par exemple, 61 % des fumeurs adultes interrogés en 1995 ont déclaré que la cigarette leur faisait « peu ou pas de mal ».

Dans les pays à revenu élevé, la population est généralement plus sensibilisée aux méfaits du tabac qu'il y a 40 ans. Cependant, l'unanimité est loin d'être faite quant à l'exactitude avec laquelle les fumeurs des pays à revenu élevé perçoivent leur risque de morbidité. Plusieurs études réalisées depuis une vingtaine d'années aboutissent à des conclusions contradictoires : selon certaines, les fumeurs surestiment les risques, selon d'autres, ils les sous-estiment, ou bien encore ils en ont une idée juste. Les méthodes employées pour réaliser ces études ont été critiquées à maints égards. Un examen récent de la documentation concernant les recherches effectuées indique que les fumeurs des pays à revenu élevé savent généralement qu'ils courent un risque de morbidité plus élevé, mais que ce risque leur paraît moins grand et moins sérieux qu'aux non-fumeurs. De plus, même lorsque les individus ont une perception raisonnable du risque que courent les fumeurs *en tant que groupe*, ils minimisent l'importance personnelle de cette information et pensent que les autres fumeurs sont plus en danger qu'eux.

Enfin, selon des informations recueillies dans différents pays, certains fumeurs semblent méconnaître les risques du tabac pour la santé par opposition aux autres risques de santé. En Pologne, par exemple, des chercheurs ont demandé en 1995 à des adultes de classer les « principaux facteurs qui influent sur la santé humaine ». Le facteur le plus fréquemment cité est l'environnement, suivi par le régime alimentaire et le stress ou un mode de vie frénétique. Le tabagisme, qui suit en quatrième position, n'est cité que par 27 % des adultes interrogés. En réalité, le tabagisme est à l'origine de plus d'un tiers des risques de décès prématuré chez les hommes d'âge moyen en Pologne, ce qui le place loin en tête de tout autre risque.

### **La jeunesse, la toxicomanie et l'aptitude à prendre des décisions saines**

Comme nous l'avons dit au chapitre 1, la plupart des fumeurs commencent jeunes. Or, les enfants et les adolescents sont sans doute moins bien renseignés que les adultes sur les effets du tabac sur la santé. Il ressort d'une étude menée récemment parmi les 15-16 ans à Moscou que la moitié d'entre eux ne connaissaient aucune maladie liée au tabac ou ne pouvaient en nommer qu'une seule : le cancer du poumon. Même aux États-Unis, où l'on s'attendrait à ce que les jeunes soient mieux informés, près de la moitié des adolescents de 13 ans pensent encore aujourd'hui qu'il n'est pas très dangereux pour eux de fumer un paquet de cigarettes par jour. Étant donné ces lacunes, il est plus difficile aux adolescents qu'aux adultes de décider en toute connaissance de cause.

De plus, les jeunes sous-estiment le risque de devenir dépendants à la nicotine, si bien qu'ils sous-estiment grossièrement le coût futur de leur tabagisme. Aux États-Unis, sur tous les élèves de classe terminale qui fument mais pensent cesser dans les cinq années à venir, moins de deux sur cinq le font effectivement. Les autres fument toujours au bout de cinq ans. Dans les pays à revenu élevé, environ sept fumeurs adultes sur dix disent regretter leur décision de commencer à fumer. Selon des modèles économétriques du lien entre le tabagisme présent et le tabagisme passé, et en se fondant sur des statistiques américaines, les chercheurs estiment que la dépendance à la nicotine explique au moins 60 % de la consommation au cours d'une année donnée, voire même jusqu'à 95 %.

Même lorsqu'on leur a parlé des risques du tabagisme, les adolescents sont peu aptes à utiliser cette information judicieusement. Il est difficile à la plupart des adolescents de s'imaginer à 25 ans, et encore moins à 55 ans, si bien que les avertissements qu'on peut leur donner sur les ravages que le tabac pourra infliger à leur santé dans un avenir lointain n'ont guère de chances de diminuer leur désir de fumer. La plupart des sociétés savent que les jeunes sont enclins à prendre des décisions peu judicieuses, et que celle de fumer n'est pas

la seule. La plupart des sociétés limitent le pouvoir des jeunes de prendre certaines décisions, qui varient suivant les cultures. Ainsi, la majorité des démocraties empêchent les jeunes de voter avant un certain âge ; d'autres rendent l'éducation obligatoire jusqu'à un âge donné ; et beaucoup leur interdisent de se marier précocement. Dans la plupart des sociétés, on s'accorde à reconnaître qu'il vaut mieux attendre l'âge adulte pour prendre certaines décisions. De même, les sociétés pourraient estimer qu'il convient de limiter le droit pour les jeunes gens de décider de devenir toxicomanes.

On peut avancer que les jeunes sont attirés par toutes sortes de comportements à risque, tels que les excès de vitesse ou la consommation de grandes quantités d'alcool en peu de temps, et que le tabagisme n'est pas différent. En réalité, il y a plusieurs différences. D'abord, dans la plupart des pays, le tabagisme est moins strictement réglementé que la plupart des autres comportements à risque. Les automobilistes sont généralement pénalisés pour excès de vitesse : ils doivent payer de fortes amendes et peuvent même se voir retirer le permis de conduire. Les comportements dangereux associés à la boisson, tels que la conduite en état d'ivresse, sont également sanctionnés. En second lieu, le tabagisme est beaucoup plus dangereux, à terme, que la plupart des autres activités à risque. En extrapolant à partir des données relatives aux pays à revenu élevé, sur 1 000 jeunes de 15 ans de sexe masculin vivant actuellement dans les pays à revenu faible et intermédiaire, 125 seront tués par le tabac à l'âge moyen s'ils continuent à fumer régulièrement, et 125 autres le seront pendant la vieillesse. Par comparaison, une dizaine mourront à l'âge moyen d'un accident de la route, une dizaine mourront de mort violente et une trentaine mourront à cause de l'alcool, y compris par suite d'un accident de la route ou d'un acte de violence. Enfin, peu d'autres comportements à risque entraînent un risque de toxicomanie comme le tabagisme, de sorte qu'il est plus facile de renoncer à la plupart d'entre eux et que les adultes d'âge mur y renoncent effectivement.

### **Coûts imposés à autrui**

Les fumeurs imposent des coûts matériels aux autres, ainsi qu'éventuellement des coûts financiers. Théoriquement, les fumeurs fumeraient moins s'ils tenaient compte de ces coûts, car le niveau de consommation optimal pour la société, celui auquel les ressources sont réparties efficacement, est atteint lorsque tous les coûts sont supportés par le consommateur. Si les non-fumeurs assument une partie des coûts, il se peut que la consommation de cigarettes soit plus forte que l'optimum social. Nous allons examiner à présent les différents types de coûts assumés par les non-fumeurs.

En premier lieu, les fumeurs imposent des coûts sanitaires directs aux non-fumeurs. Les effets sur la santé décrits au chapitre 2 comprennent un faible

poids à la naissance et un accroissement des risques de maladie pour les enfants de mères fumeuses, et des maladies pour les enfants et les adultes exposés de façon chronique à la fumée de cigarette. Les autres coûts directs sont l'irritation et les nuisances dues à la fumée, et le coût du nettoyage des vêtements et du mobilier. En outre, bien que les données soient fragmentaires, on pense qu'il existe un coût dû aux incendies, à la dégradation de l'environnement et à la déforestation, en raison de la culture et du traitement du tabac et des conséquences du tabagisme.

Les données dont on dispose ne permettent pas réellement de déterminer et de quantifier les coûts financiers imposés aux autres par les fumeurs. Nous n'essayons pas ici d'en fournir une estimation, mais de décrire quelques-uns des principaux domaines où ils peuvent survenir. Nous examinerons tout d'abord le coût des soins de santé pour les fumeurs et le dossier des pensions.

Dans les pays à revenu élevé, on estime que le coût global des soins de santé qui peut être attribué au tabac représente tous les ans entre 6 et 15 % des dépenses totales de santé. De nos jours, dans les pays à revenu faible et intermédiaire, les dépenses de santé annuelles imputables au tabac sont plus faibles, en partie parce que l'épidémie de maladies liées au tabagisme n'est pas aussi avancée, et également par suite d'autres facteurs, tels que le type de maladies liées au tabac les plus répandues et les traitements qu'elles exigent. Cependant, ces pays vont sans doute voir augmenter leurs dépenses de santé publique annuelles associées au tabac. Selon les projections effectuées pour la Chine et l'Inde en préparation de ce rapport, les dépenses annuelles de santé générées par les maladies dues au tabac absorberont dans les années à venir une plus forte proportion du produit intérieur brut (PIB) qu'elles ne le font aujourd'hui.

Pour les dirigeants, il est essentiel de connaître le montant de ces dépenses et la proportion assumée par la collectivité, car il représente des ressources réelles qui ne peuvent pas être utilisées pour acheter d'autres biens et services. Pour le consommateur individuel, la question fondamentale est celle de savoir dans quelle mesure les coûts sont à sa charge ou à celle d'autrui. Encore une fois, s'il semble qu'une partie de ces coûts soit supportée par les non-fumeurs, cela encourage les consommateurs à fumer plus qu'ils ne le feraient s'ils comptaient assumer eux-mêmes la totalité des coûts. Comme le montre l'analyse ci-dessous, cependant, ces coûts sont difficiles à calculer et il n'est donc pas encore possible de tirer des conclusions sur la façon dont ils peuvent influencer sur les décisions de consommation des fumeurs.

Au cours d'une année donnée, le coût des soins de santé d'un fumeur est sans doute plus élevé, en moyenne, que le coût des soins d'un non-fumeur du même âge et du même sexe. Cependant, étant donné que les fumeurs décèdent généralement plus jeunes que les non-fumeurs, il est possible que le coût des soins de santé des fumeurs et des non-fumeurs soit identique *sur la durée de*

*leur vie*. Les études réalisées sur le coût des soins de santé des fumeurs et des non-fumeurs sur toute la durée de leur vie dans les pays à revenu élevé aboutissent à des conclusions divergentes. Aux Pays-Bas et en Suisse, par exemple, on a observé que les coûts étaient comparables, tandis qu'au Royaume-Uni et aux États-Unis, certaines études montrent que les dépenses de santé des fumeurs sont en fait plus élevées sur la durée de leur vie. Des études récentes, qui tiennent compte du nombre croissant de maladies attribuables au tabac et à d'autres facteurs, concluent que, dans l'ensemble, dans les pays à revenu élevé, les dépenses de santé des fumeurs sont plus lourdes que celles des non-fumeurs sur la durée de la vie, bien qu'ils meurent plus jeunes. Il n'existe pas d'études fiables de ce type sur les dépenses de santé sur la durée de la vie dans les pays à revenu faible et intermédiaire.

Dans toutes les régions du monde, il est clair que les fumeurs qui assument la totalité des coûts des services médicaux qu'ils reçoivent n'imposent aucun coût à autrui, même si ces coûts sont beaucoup plus élevés que ceux des non-fumeurs. Mais une grande partie des soins de santé, surtout ceux qui sont fournis en milieu hospitalier, sont financés soit par le budget de l'État, soit par des assurances privées. Dans la mesure où les contributions à l'un ou l'autre de ces systèmes, sous forme de taxes et de primes d'assurance, ne sont pas plus fortes pour les fumeurs, la hausse des frais médicaux attribuable aux fumeurs est supportée en partie par les non-fumeurs.

Dans les pays à revenu élevé, par exemple, les dépenses de santé publique représentent environ 65 % du total des dépenses de santé, soit environ 6 % du PIB. Par conséquent, si le coût net des soins de santé des fumeurs est plus élevé sur la durée de la vie, les non-fumeurs subventionnent les soins de santé des fumeurs. La nature exacte de la subvention est aussi complexe que variable, selon le type de couverture et la source de recettes fiscales utilisée pour régler les dépenses publiques. Si, par exemple, l'État ne finance que les soins de santé des plus de 65 ans, les fumeurs n'utilisent qu'une petite partie (nette) des recettes publiques, dans la mesure où beaucoup d'entre eux décèdent *avant* 65 ans. De la même manière, si l'État finance ses dépenses de santé par des taxes sur la consommation, y compris des taxes sur les cigarettes, les fumeurs n'imposent pas nécessairement de coûts aux autres. Encore une fois, la situation est différente dans les pays à revenu faible et intermédiaire, où la part de l'État dans le total des dépenses de santé est inférieure en moyenne à ce qu'elle est dans les pays à revenu élevé, et tourne autour de 44 % du total, soit 2 % du PIB. Cependant, plus les pays consacrent de ressources à la santé, plus la part des dépenses totales financée par l'État augmente.

Si l'évaluation des dépenses de santé relatives des fumeurs et des non-fumeurs est complexe, le dossier des pensions s'avère au moins aussi controversé. Selon certains observateurs, les fumeurs des pays à revenu élevé contribuent davantage que les non-fumeurs au financement des régimes



publics de retraite, car nombreux sont ceux qui cotisent jusqu'aux environs de la retraite puis décèdent avant d'avoir reçu une part substantielle des prestations auxquelles ils auraient eu droit<sup>1</sup>. Cependant, le quart des fumeurs réguliers sont tués par le tabac à l'âge moyen, et peuvent donc mourir avant d'avoir versé la totalité de leurs cotisations au régime de retraite. On ne sait pas, actuellement, si, dans l'ensemble, les fumeurs des pays à revenu élevé contribuent plus ou moins que les non-fumeurs au financement des régimes publics de retraite. Quoi qu'il en soit, ce problème n'intéresse guère les pays à revenu faible et intermédiaire. En effet, dans les pays à faible revenu, seul un adulte sur dix a droit à une retraite de l'État et, dans les pays à revenu intermédiaire, cette proportion va du quart à la moitié de la population, selon le niveau de revenu du pays considéré.

Les fumeurs imposent incontestablement des coûts directs, tels que les dommages pour la santé, aux non-fumeurs. Il existe probablement aussi des coûts financiers, comme les dépenses de santé, mais ils sont plus difficiles à déterminer ou à chiffrer.

### **Que doivent faire les pouvoirs publics ?**

Étant donné les trois problèmes que nous signalons, il semble peu probable que la plupart des fumeurs connaissent toute l'ampleur des risques qu'ils courent, ou qu'ils assument tous les coûts associés à leur décision, de sorte que leurs choix en matière de consommation peuvent se traduire par une affectation de ressources peu efficace. C'est pourquoi les pouvoirs publics peuvent être fondés à intervenir pour modifier les incitations des consommateurs, et les inciter à moins fumer.

La société peut estimer que le meilleur motif d'intervention pour les pouvoirs publics est de dissuader les enfants et les adolescents de fumer, étant donné la multiplicité des facteurs qui influent sur le tabagisme juvénile : manque d'information sur les dangers du tabac, risque de toxicomanie et aptitude limitée à prendre des décisions rationnelles. L'intervention des pouvoirs publics en vue d'empêcher les fumeurs d'imposer des coûts physiques directs aux non-fumeurs se justifie également. Dans le domaine des coûts financiers, cette intervention est moins justifiée, car la nature de ces coûts reste imprécise. Enfin, certaines sociétés peuvent estimer que les autorités ont un rôle d'information à jouer et doivent donner aux adultes tous les renseignements nécessaires pour qu'ils prennent des décisions éclairées en matière de consommation.

Dans l'idéal, chaque problème devrait faire l'objet d'une intervention spécifique. Cependant, cela n'est pas toujours possible et certaines interventions peuvent avoir des effets plus larges. Par exemple, s'agissant du jugement défectueux des jeunes quant aux effets du tabac sur la santé, les mesures à

prendre doivent viser à mieux les informer, ainsi que leurs parents. Mais les adolescents font peu de cas de l'éducation sanitaire et les parents sont des agents imparfaits, qui n'agissent pas toujours pour le bien de leurs enfants. En fait, la fiscalité, quoiqu'elle manque de précision, est le moyen le plus efficace et le plus pratique de dissuader les enfants et les adolescents de fumer. Plusieurs études ont démontré que ceux-ci sont moins enclins à commencer de fumer, et que leurs camarades fumeurs ont plus de chances de cesser, si le prix des cigarettes augmente.

Pour protéger les non-fumeurs, la mesure la plus adaptée consiste à limiter les espaces où il est permis de fumer. Cela permet de protéger les non-fumeurs dans les lieux publics, mais ne réduirait pas leur exposition à la fumée environnementale chez eux. Par conséquent, la fiscalité est un moyen supplémentaire de faire assumer par les fumeurs les coûts qu'ils imposent aux non-fumeurs.

Eu égard aux coûts financiers imposés aux non-fumeurs, tels que le surcoût des soins de santé, le mécanisme le plus direct consisterait à tenir compte du tabagisme dans le système de financement des soins de santé. Par exemple, les primes versées par les fumeurs devraient être plus fortes que celles des non-fumeurs, ou bien les premiers pourraient être tenus d'ouvrir des comptes d'épargne santé reflétant la probabilité d'un surcoût. Dans la pratique, il est plus facile d'obtenir des fumeurs une contribution supplémentaire par le biais de la fiscalité du tabac.

En théorie, si les taxes sur les cigarettes ont pour objet de dissuader les enfants et les adolescents de fumer, ceux-ci devraient acquitter une taxe plus élevée que les adultes. Cette différenciation serait toutefois quasiment impossible à mettre en œuvre, mais un taux unique pour les enfants et les adultes, option plus réaliste, pèserait plus lourdement sur les adultes. La société peut toutefois considérer que c'est là le prix à payer pour protéger les enfants. De plus, si les adultes réduisent leur consommation de cigarettes, peut-être les enfants aussi fumeront-ils moins, car on sait que la propension des enfants à fumer varie suivant que leurs parents, ou autres adultes de référence, fument ou non.

On pourrait appliquer un régime fiscal différent aux enfants et aux adultes en limitant la possibilité pour les enfants de se procurer des cigarettes. Théoriquement, ces limites aboutiraient à renchérir le prix du tabac pour les enfants, sans affecter le prix payé par les adultes. Dans la pratique, cependant, les restrictions en vigueur dans les pays à revenu élevé ne semblent guère donner de résultats. Dans les pays à revenu faible et intermédiaire, où il serait plus difficile d'administrer et de faire respecter ces restrictions, elles seraient encore plus malaisées à appliquer. Pour dissuader les enfants de fumer, nous préconisons donc le deuxième instrument, quoiqu'il soit moins bien adapté, une majoration de la fiscalité.

## Comment faire face à la toxicomanie?

Non seulement la collectivité doit remédier aux inefficacités découlant des décisions de consommation des fumeurs, mais il lui faut également s'attaquer au problème de la toxicomanie. C'est en effet à cause d'elle que les adultes désireux de revenir sur une décision prise, la plupart du temps, dans leur jeunesse, doivent supporter des coûts élevés. La société peut choisir d'aider les fumeurs à réduire ces coûts par différents moyens, notamment en améliorant l'accès à l'information, de manière à faire prendre conscience aux fumeurs de ce qu'il leur en coûte de continuer et de ce qu'ils gagneraient à cesser, et en élargissant l'accès aux traitements de sevrage, afin d'abaisser les coûts de l'opération. Certes, le relèvement des taxes encourage certains fumeurs à cesser, mais il leur impose également des coûts, à savoir la perte des avantages perçus du tabagisme et les coûts physiques additionnels associés au retrait de la nicotine. La collectivité peut réduire ces coûts en aidant les fumeurs à suivre des traitements de sevrage. Nous examinons plus en détail la question des coûts de retrait au chapitre 6. Pour les enfants qui ne sont pas encore dépendants à la nicotine, la fiscalité est une arme efficace, car la décision de ne pas fumer ne s'accompagnerait pas de coûts de retrait.

Dans les chapitres suivants, nous étudions tour à tour des mesures qui ont déjà été appliquées dans certains pays pour maîtriser le tabagisme. Au chapitre 4, nous abordons les mesures visant à réduire la demande de tabac et, au chapitre 5, nous évaluons celles qui tentent d'en réduire l'offre.

### Note

1. Même si les fumeurs réduisent les coûts nets imposés aux autres en décédant jeunes, il serait spécieux d'affirmer que ces décès prématurés sont souhaitables, car cela reviendrait à dire que l'absence d'adultes plus âgés est bonne pour la société.



## CHAPITRE 4

### Réduire la demande de tabac

**L**ES pays qui ont réussi à maîtriser le tabagisme combinent différentes méthodes. Nous les examinons les uns après les autres et nous résumons les faits démontrant leur efficacité.

#### Majorer la fiscalité des cigarettes

Depuis des siècles, on considère le tabac comme l'une des meilleures sources de recettes fiscales parmi les produits de consommation : ce n'est pas un article de première nécessité, il est largement consommé et sa demande est relativement peu élastique, ce qui en fait une source de recettes publiques sûre et facile à administrer. Adam Smith écrivait en 1776 dans *La Richesse des nations* qu'une telle taxe permettrait de « soulager les pauvres de quelques-unes des taxes les plus lourdes ; celles qui frappent soit les nécessités de l'existence, soit les biens manufacturiers ». Une taxe sur le tabac, soutenait Smith, offrirait aux pauvres la possibilité « de vivre mieux, de travailler pour moins cher et d'envoyer des biens à moindre prix sur le marché<sup>1</sup> ». La demande pour leur travail augmenterait, améliorant ainsi leur revenu et profitant à toute l'économie.

Deux siècles après, presque tous les pays taxent le tabac, parfois lourdement, par toutes sortes de méthodes. Ils sont presque toujours motivés par le désir de se procurer des recettes mais, depuis quelques années, ils cherchent de plus en plus à réduire les dangers de la cigarette pour la santé.

Dans ce chapitre, nous étudions comment la hausse de la fiscalité influe sur la demande de cigarettes et autres produits du tabac. Nous concluons que l'augmentation des impôts ne réduit pas sensiblement la consommation de tabac. Il est important de noter qu'un relèvement des taxes exerce sans doute des effets plus marqués sur les jeunes, qui sont plus sensibles aux hausses de prix que leurs aînés. Fait également important, il ressort de notre analyse que l'alourdissement de la fiscalité réduirait surtout la demande de tabac dans les pays à revenu faible et intermédiaire, où les fumeurs réagissent plus aux augmentations de prix que ceux des pays à revenu élevé. Cependant, même si la demande baisse, il ne s'ensuit pas que les recettes publiques soient affectées. De fait, comme nous le montrerons au chapitre 8, sur le moyen et court terme, le relèvement des taxes peut se traduire par un accroissement notable des recettes.

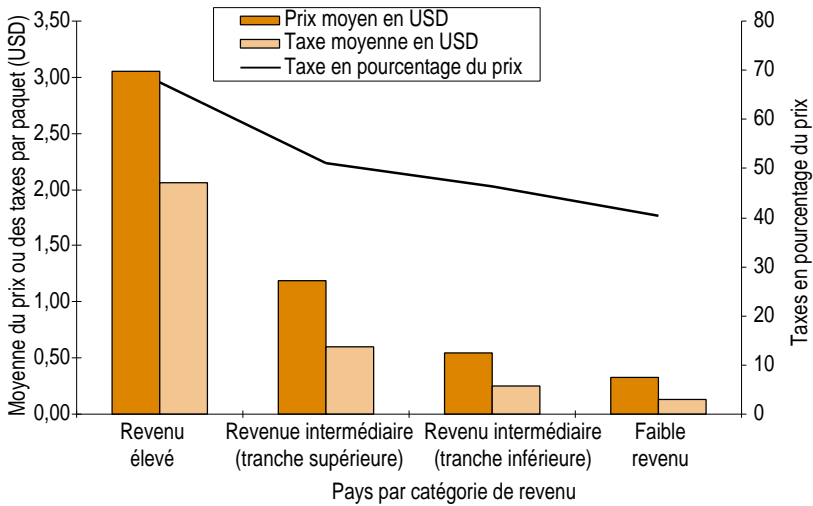
Nous récapitulons d'abord les types de taxes sur le tabac les plus couramment utilisés et nous évaluons l'effet des hausses de prix sur la demande. Nous comparons les chiffres relatifs aux pays à revenu faible et intermédiaire à ceux des pays à revenu élevé, et nous examinons les implications de nos observations pour les pouvoirs publics.

### *Les types d'impôts sur le tabac*

Ils prennent plusieurs formes. Les impôts *spécifiques* sur le tabac, représentant un montant fixe ajouté au prix des cigarettes, offrent le maximum de souplesse et permettent aux gouvernements de majorer l'impôt tout en limitant la mesure dans laquelle les fabricants peuvent agir pour que le coût total pour le consommateur reste faible. Les taxes *ad valorem*, telles que les taxes à la valeur ajoutée ou les taxes sur les ventes, représentent un pourcentage du prix de base et sont appliquées par la quasi-totalité des pays, souvent en sus de l'impôt spécifique. Les taxes *ad valorem* peuvent être appliquées au point de vente ou, comme dans beaucoup de pays africains, sur le prix de gros. Elles peuvent varier suivant le lieu de fabrication ou le type de produit. Par exemple, certains gouvernements taxent plus lourdement les cigarettes étrangères ou à forte teneur en goudron. De plus en plus de pays affectent les recettes fiscales du tabac aux activités de lutte contre le tabagisme ou à d'autres activités spécifiques. Dans l'une des plus grandes villes chinoises, Chongqing, et plusieurs États des États-Unis, les autorités réservent une partie des recettes des impôts sur le tabac à des campagnes d'éducation sur les effets du tabac, à des contre-offensives publicitaires et autres activités de lutte contre le tabagisme. D'autres pays affectent ces recettes aux services de santé publique.

Le montant des taxes varie suivant les pays (figure 4.1). Dans les pays à revenu élevé, les taxes représentent les deux tiers ou plus du prix de vente au détail du paquet de cigarettes. Dans les pays à faible revenu, en revanche, les taxes ne constituent pas plus de la moitié du prix au détail.

FIGURE 4.1 MOYENNE DU PRIX DES CIGARETTES ET DES TAXES, ET TAXES EN POURCENTAGE DU PRIX DU PAQUET, PAR CATÉGORIE DE REVENU (NOMENCLATURE DE LA BANQUE MONDIALE, 1996)



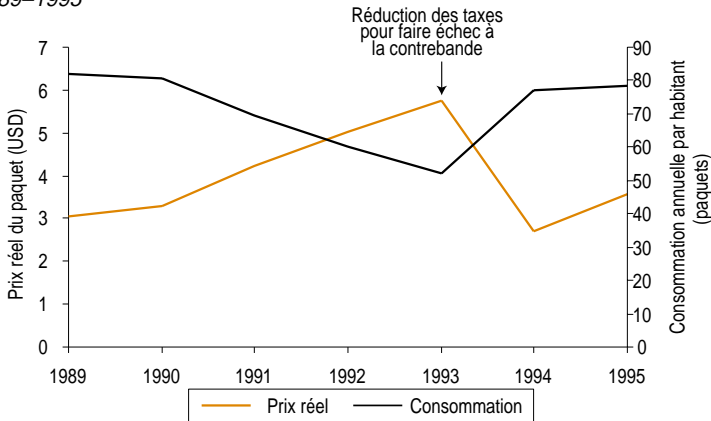
Source : Calculs des auteurs.

### *L'effet de l'augmentation des taxes sur la consommation de cigarettes*

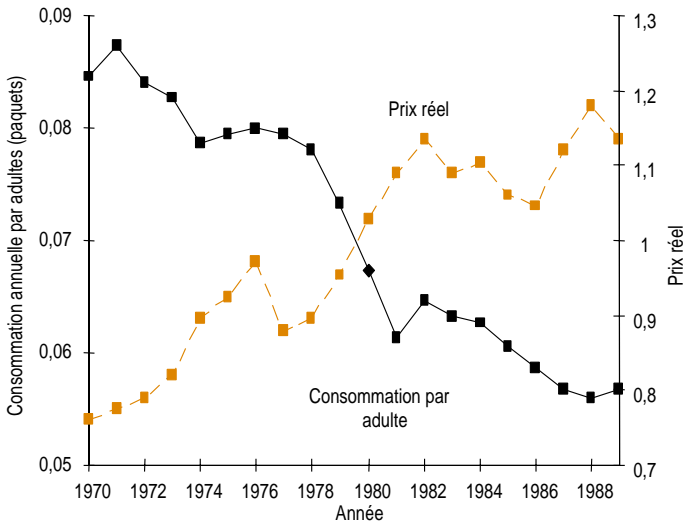
L'une des lois fondamentales de l'économie veut qu'à mesure que le prix d'un produit augmente, sa demande baisse. Autrefois, les chercheurs affirmaient qu'en raison du caractère addictif du tabac, celui-ci ferait exception à la règle : les fumeurs, selon eux, sont tellement dépendants au tabac qu'ils paieront n'importe quel prix pour continuer à fumer la quantité de cigarettes correspondant à leurs besoins. Cependant, un nombre croissant d'études indiquent que cet argument est faux et que, bien que la demande de tabac soit peu élastique, elle n'en est pas moins très sensible au prix. Au Canada, par exemple, les hausses de la fiscalité intervenues entre 1982 et 1992 ont fortement majoré le prix réel des cigarettes et la consommation a sensiblement baissé (figure 4.2a). De même, la hausse des taxes a réduit la consommation de cigarettes en Afrique du Sud, (figure 4.2b), au Royaume-Uni et dans plusieurs autres pays. Tous les chercheurs ont constaté que les augmentations de prix encouragent certains fumeurs à cesser, qu'elles empêchent d'autres personnes

FIGURE 4.2 LE PRIX DES CIGARETTES ET LA CONSOMMATION ÉVOLUENT EN SENS INVERSE

4.2a *Le prix réel des cigarettes et la consommation annuelle par habitant, Canada, 1989–1995*



4.2b *Le prix réel des cigarettes et la consommation annuelle par adulte (15 ans et plus), Afrique du Sud, 1970–1989*



Note : Consommation calculée d'après les chiffres de vente.

Sources : 4.2a : Calculs des auteurs. 4.2b : Saloojee, Yussuf. 1995. « Price and Income Elasticity of Demand for Cigarettes in South Africa », dans Slama, K., directeur de publication, *Tobacco and Health*. New York, NY: Plenum Press ; et Townsend, Joy. 1998. « The Role of Taxation Policy in Tobacco Control », dans Abedian, I., et al., directeurs de publication. *The Economics of Tobacco Control*. Le Cap (Afrique du Sud) : Centre de recherche fiscale appliquée, Université du Cap.



de commencer et qu'elles réduisent le nombre d'anciens fumeurs qui recommencent à fumer.

### *L'effet de la toxicomanie sur la sensibilité à la hausse des prix*

Les modèles établis pour calculer l'impact de la dépendance à la nicotine sur les effets de la hausse des prix se fondent sur différentes hypothèses quant à l'attitude des fumeurs au sujet des conséquences de leurs actes. Cependant, tous les modèles sont d'accord sur le fait que, pour une substance addictive telle que la nicotine, le niveau de consommation d'un individu à un moment donné est déterminé par son niveau de consommation antérieur, ainsi que par le prix du produit au moment considéré. Ce lien entre la consommation passée et la consommation actuelle a des implications importantes pour la modélisation de l'impact des hausses de prix sur la demande de tabac. Si les fumeurs sont dépendants, ils réagissent relativement lentement aux hausses de prix, mais leur réaction est plus accentuée sur le long terme. Selon les recherches économiques, une augmentation réelle et permanente du prix a sur la demande un impact environ deux fois plus important sur le long terme que sur le court terme.

### *Les variations des réactions aux hausses de prix dans les pays à faible revenu et dans les pays à revenu élevé*

Lorsque le prix d'un bien augmente, les consommateurs des pays à faible revenu sont généralement plus enclins à réduire leur consommation de ce bien que ceux des pays à revenu élevé et, inversement, lorsque le prix baisse, ils sont plus enclins à accroître leur consommation. La mesure dans laquelle la demande des consommateurs pour un bien varie en fonction du prix est dénommée « l'élasticité-prix de la demande ». Par exemple, si une hausse du prix de 10 % fait tomber la demande de 5 %, l'élasticité de la demande est de  $-0,5$ . Plus les consommateurs sont sensibles aux prix, plus l'élasticité de la demande est forte.

Les estimations de l'élasticité varient d'une étude à une autre, mais il est raisonnablement prouvé que la demande est plus élastique dans les pays à revenu faible et intermédiaire que dans les pays à revenu élevé. Aux États-Unis, par exemple, les chercheurs ont noté qu'une hausse de 10 % du prix d'un paquet de cigarettes fait baisser la demande de 4 % (élasticité de  $-0,4$ ). Selon des études réalisées en Chine, une augmentation de prix de 10 % réduit davantage la demande que dans les pays à revenu élevé. Les estimations de l'élasticité vont de  $-0,6$  à  $-1,0$  selon les études. Les chercheurs ont obtenu des ordres de grandeur analogues au Brésil et en Afrique du Sud. Pour l'ensemble des pays à revenu faible et intermédiaire, il semble donc raisonnable d'estimer que, sur la base des chiffres dont on dispose, l'élasticité moyenne de la demande est de  $-0,8$ .

D'autres raisons font que les habitants des pays à faible revenu réagissent de façon plus marquée à la hausse du prix des cigarettes que ceux des pays à revenu élevé. En particulier, la pyramide des âges de la plupart des pays à faible revenu est plus jeune et les recherches effectuées dans les pays à revenu élevé indiquent que, dans l'ensemble, les jeunes sont plus sensibles aux prix que leurs aînés, en partie parce que leur revenu disponible est plus faible, ou que certains peuvent avoir une dépendance moins forte à la nicotine, que leur comportement est plus axé sur le présent et qu'ils sont sensibles à l'influence de leurs pairs. C'est pourquoi si un jeune cesse de fumer parce qu'il n'en a plus les moyens, il est plus probable que ses camarades en fassent autant que dans les groupes d'âge plus élevés. Selon une étude réalisée par les Centers for Disease Control des États-Unis, l'élasticité de la demande s'élève à  $-0,6$  chez les jeunes adultes de 18 à 24 ans aux États-Unis, soit plus que pour l'ensemble des fumeurs. Les chercheurs en concluent que lorsque les cigarettes sont chères, non seulement plus de jeunes fumeurs s'arrêtent de fumer, mais en outre moins de jeunes commencent.

Les chiffres dont on dispose actuellement permettent donc de tirer deux conclusions claires : d'une part, les majorations fiscales sont un moyen très efficace de réduire la consommation de tabac dans les pays à revenu faible et intermédiaire et, d'autre part, l'effet de ces majorations est plus marqué dans ces pays que dans les pays à revenu élevé.

### *L'impact potentiel des augmentations d'impôts sur la demande mondiale de tabac*

Aux fins de ce rapport, des chercheurs ont modélisé l'impact potentiel d'un éventail de hausses fiscales sur la demande mondiale de cigarettes. L'élaboration du modèle et les paramètres utilisés sont décrits dans l'encadré 4.1. Les hypothèses sur lesquelles il repose, concernant l'élasticité-prix, les effets sur la santé et d'autres variables, sont très prudentes, de sorte que les résultats sont sans doute en deçà des potentialités. Le modèle révèle qu'une augmentation de prix même modeste pourrait avoir un impact majeur sur la prévalence du tabagisme et sur le nombre de décès prématurés dus au tabac parmi les fumeurs vivant en 1995. Les chercheurs calculent que, si le prix des cigarettes enregistrait une hausse réelle durable de 10 % par rapport au prix moyen estimatif dans chaque région, 40 millions de gens cesseraient de fumer dans le monde, et un nombre encore plus élevé de gens qui auraient fumé y renonceraient. Tous les fumeurs repentis n'éviteraient pas de décéder du tabagisme, mais le nombre de décès prématurés qui seraient évités n'en demeure pas moins extraordinaire à tous égards : 10 millions de décès, soit 3 % de tous les décès liés au tabac, seraient évités grâce à cette seule hausse des prix. Neuf des 10 millions de décès évités intéresseraient les pays en développement, et 4 millions l'Asie de l'Est et le Pacifique (tableau 4.1).

---

**ENCADRÉ 4.1 COMMENT ESTIMER L'IMPACT DES MESURES DE LUTTE  
SUR LA CONSOMMATION MONDIALE DE TABAC : LES PARAMÈTRES DU MODÈLE**

Les chercheurs ont d'abord pris des estimations du chiffre de la population dans chaque région, ventilées par groupe d'âge et par sexe, en se servant des projections types de la Banque mondiale pour ses sept régions (voir appendice C). Ensuite, ils ont estimé la prévalence du tabagisme par sexe pour chacune des sept régions, au moyen d'une compilation portant sur plus de 80 études relatives à des pays spécifiques, utilisée par l'Organisation mondiale de la santé (les chiffres figurent au tableau 1.1 du chapitre 1). Dans le cas de l'Inde, où beaucoup de gens fument des *bidis* au lieu de cigarettes, on s'est servi d'études locales pour calculer la prévalence de ces deux types de tabagisme. Dans un troisième temps, en se basant sur les chiffres disponibles, l'équipe a estimé le profil d'âge des fumeurs de chaque région, en extrapolant à partir d'études de grande envergure menées dans des pays particuliers, et elle a estimé le rapport des fumeurs adultes aux fumeurs jeunes. La quatrième étape a consisté à estimer le nombre total de fumeurs et le nombre de décès attribuables au tabac, par région, par sexe et par âge. Pour cela, les chercheurs ont supposé que, dans les pays développés, seul un fumeur sur trois finit par être victime du tabac. C'est une hypothèse prudente, puisque

certaines études réalisées au Royaume-Uni, aux États-Unis et ailleurs indiquent que le rapport est en réalité d'un sur deux. En outre, cette estimation est probablement en dessous de la réalité, car les derniers chiffres en provenance de Chine laissent à penser que la proportion de fumeurs victimes du tabac sera bientôt égale à celle qu'on observe dans les pays occidentaux.

Ensuite, les chercheurs ont estimé le nombre quotidien de cigarettes ou de *bidis* fumées par chaque fumeur dans chacune des régions, en se fondant sur les chiffres de l'OMS et sur diverses études épidémiologiques publiées. Ils ont aussi effectué une estimation du nombre de cigarettes ou de *bidis* fumées par les adultes et par les jeunes de chaque région pour obtenir le ratio de consommation quotidienne entre adultes et jeunes.

Les chercheurs ont alors essayé de juger l'élasticité-prix de la demande de cigarettes dans chaque région, au moyen des chiffres fournis dans plus de 60 études. Pour les pays où plus d'une étude avait été effectuée, ils ont fait la moyenne des résultats obtenus. Ils ont combiné les chiffres pour trouver les moyennes des régions à faible revenu et à revenu élevé. Ces chiffres ont en outre été pondérés par l'âge, puisque les jeunes réagissent davantage aux prix que leurs aînés.

(suite page suivante)

---

## ENCADRÉ 4.1 (suite)

Ils ont trouvé que l'élasticité-prix à court terme était assez faible dans les pays à revenu élevé (-0,4), tandis qu'ils ont obtenu une élasticité de -0,8 dans les pays à faible revenu.

Les chercheurs ont supposé que, conformément aux conclusions d'une importante étude, la moitié de l'effet de la hausse des prix influencerait sur le nombre de fumeurs, et l'autre moitié sur le nombre de cigarettes fumées par ceux qui continueraient à fumer. Conformément aux observations d'autres chercheurs, ils ont supposé que les jeunes fumeurs repentis auraient plus de chances d'éviter un

décès attribuable au tabac que les plus âgés et que le risque de décès lié au tabac persisterait pour tous ceux qui continueraient à fumer, même s'ils réduisaient leur consommation.

Toutes les variables du modèle ont été soumises à des analyses de sensibilité pour tenir compte de l'incertitude, dans une fourchette de 75 à 125 % des valeurs de référence utilisées dans les calculs. Il convient de souligner que les hypothèses sur lesquelles repose le modèle sont toutes de caractère prudent et que, par conséquent, les résultats sont probablement en dessous de la réalité.

TABLEAU 4.1 NOMBRE POTENTIEL DE FUMEURS QUI CESSERAIENT DE FUMER ET NOMBRE DE VIES ÉPARGNÉES PAR UNE HAUSSE DES PRIX DE 10 %

Effet sur les fumeurs vivant en 1995, par région de la Banque mondiale (millions)

| Région                            | Variation du nombre de fumeurs | Variation du nombre de décès |
|-----------------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| Afrique subsaharienne             | -3                             | -0,7                         |
| Amérique latine et Caraïbes       | -4                             | -1,0                         |
| Asie de l'Est et Pacifique        | -16                            | -4                           |
| Asie du Sud (cigarettes)          | -3                             | -0,7                         |
| Asie du Sud ( <i>bidis</i> )      | -2                             | -0,4                         |
| Europe orientale et Asie centrale | -6                             | -1,5                         |
| Moyen-Orient et Afrique du Nord   | -2                             | -0,4                         |
| Revenu faible et intermédiaire    | -36                            | -9                           |
| Revenu élevé                      | -4                             | -1                           |
| Monde                             | -40                            | -10                          |

Note : Les chiffres ont été arrondis.

Source : Ranson, Kent, P. Jha, F. Chaloupka et A. Yurekli. *Effectiveness and Cost-effectiveness of Price Increases and Other Tobacco Control Policy Interventions*. Document de référence.

*Comment calculer le niveau de taxation optimal des cigarettes ?*

On a maintes fois essayé de décider quel était le « juste » niveau de taxation des cigarettes. Pour parvenir à une décision, les responsables doivent être en possession de certains faits empiriques, dont certains ne sont peut-être pas encore connus, tels que l'ampleur des coûts pour les non-fumeurs. Ce niveau dépend également des revenus et d'hypothèses formulées compte tenu de valeurs qui diffèrent entre les sociétés. Par exemple, dans certaines sociétés, la protection des enfants a plus d'importance que dans d'autres.

D'un point de vue économique, le niveau optimal de fiscalité est celui qui égalise le coût social marginal de la dernière cigarette consommée et ses avantages marginaux pour la société. Toutefois, comme nous l'avons vu au chapitre précédent, on ne connaît pas l'ampleur des coûts et des avantages pour la société, qui est presque impossible à mesurer et fait l'objet actuellement de multiples controverses. Rares sont ceux qui doutent que les fumeurs imposent des coûts physiques aux non-fumeurs qui sont obligés d'inspirer leur fumée, les enfants et les conjoints des fumeurs supportant la majorité du fardeau du tabagisme passif. Cependant, la famille étant, aux yeux de certains économistes, l'unité fondamentale de prise de décisions dans la société, ceux-ci considèrent l'exposition des conjoints et des enfants à la fumée de tabac comme un coût interne, dont la famille tient compte dans les décisions sur le tabagisme, et non pas comme un coût externe imposé à autrui par les fumeurs. Parallèlement, comme nous l'avons vu, l'ampleur des autres coûts, tels que ceux des soins de santé pris en charge par la collectivité dans le traitement des maladies liées au tabagisme, est difficile à mesurer. Les études effectuées aux États-Unis, dans lesquelles on s'efforce de calculer le niveau optimal de fiscalité pour l'économie, aboutissent à une large fourchette d'estimations, qui vont de quelques cents à plusieurs dollars.

Une autre méthode consiste à fixer un taux de fiscalité qui produise un pourcentage donné de réduction de la consommation de cigarettes, c'est-à-dire qui vise à réaliser un objectif de santé publique donné, laissant de côté la question des coûts sociaux du tabac. On peut encore calculer le niveau de taxation de manière à maximiser les recettes publiques produites par ce type de fiscalité relativement efficace.

Au lieu de faire des suggestions sur le niveau optimal de taxation, nous proposons une approche plus pragmatique : observer le niveau de la fiscalité en vigueur dans les pays qui ont adopté des mesures efficaces et de grande envergure pour maîtriser le tabagisme. Dans ces pays, les taxes représentent entre les deux tiers et les quatre cinquièmes du prix de vente au détail du paquet de cigarettes. On peut utiliser ces niveaux comme repères pour fixer des hausses de prix proportionnelles dans les autres pays<sup>2</sup>.

## Mesures de réduction de la demande autres que les prix : information des consommateurs, interdiction de la publicité et des promotions et restrictions sur le tabagisme

Dans les pays à revenu élevé, on a observé que, si l'on informait les consommateurs adultes sur la nature addictive du tabac et sur sa charge de mortalité et de morbidité, cela pouvait les aider à réduire leur consommation de cigarettes. Nous analysons ici ce que l'on sait sur l'efficacité de différents types d'informations de ce genre, y compris des recherches sur les méfaits du tabagisme qui ont été rendues publiques, des mises en garde affichées sur les paquets de cigarettes et sur les publicités et des contre-offensives publicitaires. Nous résumerons également ce que l'on sait sur les effets de la publicité et des activités de promotion du tabac, et sur ce qui se produit lorsque ces activités sont interdites. Étant donné que ces différents types d'information sont souvent présentés simultanément aux consommateurs, il est difficile de distinguer l'effet qu'ils peuvent avoir séparément, mais les indications accumulées au fil des ans dans les pays à revenu élevé donnent à penser que chacun peut avoir un impact substantiel. Il est important de noter que cet impact semble varier selon les groupes sociaux. D'une manière générale, les jeunes semblent moins sensibles que leurs aînés aux informations concernant les effets du tabac sur la santé, et les gens plus instruits réagissent plus rapidement aux nouvelles informations que les gens peu ou pas instruits. Il est bon que les dirigeants aient connaissance de ces différences lorsqu'ils préparent un programme d'intervention adapté aux besoins de leur pays.

### *La diffusion des résultats des études sur les effets du tabagisme sur la santé*

La tendance longue à la baisse de la prévalence du tabagisme notée dans les pays à revenu élevé depuis une trentaine d'années coïncide avec une tendance longue à la hausse du niveau de connaissance des effets nocifs du tabac parmi la population. En 1950, aux États-Unis, seuls 45 % des adultes savaient que la cigarette était un facteur de cancer du poumon. En 1990, cette proportion était passée à 95 %. Sur la même période, en gros, la proportion d'Américains fumeurs est tombée de plus de 40 % à environ 25 %.

À maintes occasions, la population des pays à revenu élevé a reçu des « informations de choc » sur les méfaits du tabac, lors de la publication de rapports officiels largement médiatisés, par exemple. On a étudié leur impact dans des pays aussi divers que l'Afrique du Sud, les États-Unis, la Finlande, la Grèce, le Royaume-Uni, la Suisse et la Turquie. En règle générale, les résultats sont le plus évidents et le plus durables dans les pays où l'épidémie de maladies liées au tabagisme en est à un stade relativement peu avancé et où les

risques du tabagisme pour la santé sont peu connus. Plus la population est sensibilisée, moins les nouvelles informations de choc sont efficaces.

Selon une analyse réalisée aux États-Unis sur la base de données chronologiques allant des années 30 à la fin des années 70, trois vagues d'informations de choc, dont la publication en 1964 d'un important rapport du Surgeon General, ont provoqué une réduction de la consommation qui serait allée jusqu'à 30 % sur l'ensemble de la période. Plus récemment, il ressort d'études effectuées dans plusieurs pays à revenu élevé que la diffusion d'informations sur les effets du tabac sur la santé se traduit par une baisse soutenue de la consommation. Aux États-Unis, par exemple, entre 1960 et 1994, les parents ont réduit leur consommation de cigarettes beaucoup plus rapidement que les adultes célibataires vivant sans enfants. Les chercheurs en ont conclu qu'une meilleure connaissance des risques du tabagisme passif pour leurs enfants a conduit les parents à fumer moins.

Dans les pays à revenu faible et intermédiaire, il n'y a guère eu à ce jour de recherches visant à suivre l'impact des informations de choc. En Chine, cependant, où viennent d'être publiées d'importantes études sur les effets de la cigarette sur la santé, on a commencé à suivre les tendances du tabagisme. Pour pouvoir publier des données décrivant les conséquences du tabagisme, on doit évidemment commencer par en recueillir. Des mesures prises récemment en Afrique du Sud et en Inde pour compter les « victimes du tabac », selon une méthode peu coûteuse qui consiste à noter sur le certificat de décès si le défunt fumait ou non, devraient fournir les données dont on a besoin pour décrire la forme et l'ampleur de l'épidémie de tabagisme dans chaque région.

### *Les mises en garde imprimées*

Même dans les pays où les consommateurs peuvent se renseigner assez facilement sur les effets de la cigarette sur la santé, les faits laissent à penser que l'information est souvent mal comprise, en raison notamment de la façon dont les cigarettes sont conditionnées et étiquetées. Par exemple, depuis une vingtaine d'années, les fabricants produisent des marques de cigarettes dites « à faible teneur en goudron » et « à faible teneur en nicotine ». Dans les pays à revenu élevé, nombreux sont les fumeurs qui croient que ces marques sont moins nocives, quand bien même les rapports de recherche concluent que la cigarette sans danger n'existe pas. Les études ont montré que beaucoup de consommateurs ne savent pas ce que contient la fumée de tabac, et que les emballages ne fournissent pas suffisamment de renseignements sur les produits qu'ils achètent.

Depuis le début des années 60, de plus en plus de gouvernements imposent aux fabricants d'afficher sur leurs produits des mises en garde contre les dangers de la cigarette. En 1991, ces mises en garde étaient obligatoires dans 77 pays,

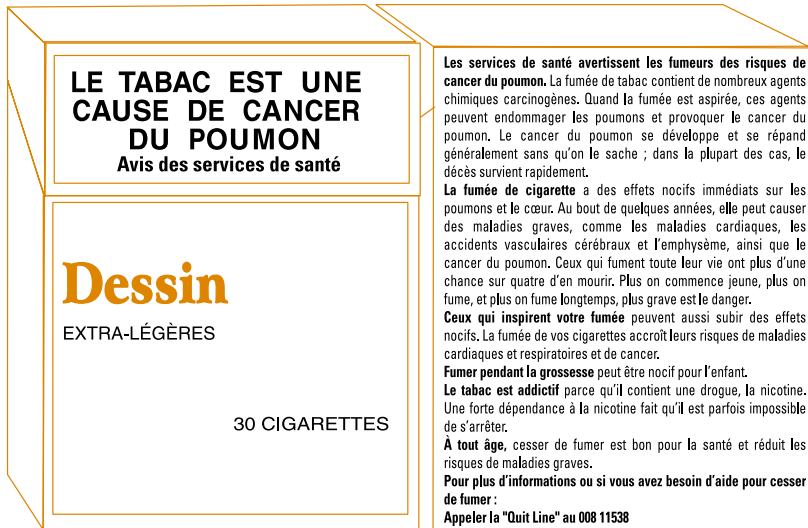
mais rares étaient les pays qui exigeaient des avertissements précis et une alternance des messages communiqués, tels que ceux qu'illustre la figure 4.3.

En Turquie, une étude montre que les mises en garde ont fait tomber la consommation d'environ 8 % en six ans. En Afrique du Sud, l'adoption d'une mise en garde sévère en 1994 a été suivie d'une baisse sensible de la consommation. Plus de la moitié (58 %) des fumeurs interrogés pour cette étude ont déclaré que les avertissements affichés sur les paquets de cigarettes les avaient incités à cesser de fumer ou à fumer moins. Malheureusement, ces avertissements ont pour gros défaut qu'ils ne touchent pas certains individus particulièrement démunis, surtout les enfants et les adolescents des pays à faible revenu, qui achètent souvent leurs cigarettes à l'unité plutôt que par paquets.

D'aucuns affirment que, parmi les populations mieux informées, où le tabagisme se pratique communément depuis plusieurs dizaines d'années, les mises en garde placées sur les paquets de cigarettes risquent de ne guère avoir d'effet. Pourtant, on a constaté en Australie, au Canada et en Pologne que ces mises en garde pouvaient rester efficaces, à condition qu'elles soient imprimées en gros caractères bien visibles et qu'elles contiennent des informations brutales

FIGURE 4.3 UNE MISE EN GARDE EXPLICITE

*Prototype d'emballage générique proposé pour les cigarettes en Australie*



Source : Institut de médecine. *Growing Up Tobacco Free: Preventing Nicotine Addiction in Children and Youths*. 1994. National Academy Press. Washington.



et précises. En Pologne, on a constaté à la fin des années 90 que les nouvelles mises en garde, qui occupent 30 % de la surface de chacun des deux plus grands côtés des paquets de cigarettes, sont fortement liées à la décision de cesser de fumer ou de réduire leur consommation chez les fumeurs. Parmi les fumeurs hommes, 3 % ont dit qu'ils avaient cessé de fumer à la suite de l'introduction de ces avertissements. En outre, 16 % ont déclaré qu'ils avaient essayé de renoncer à la cigarette et 14 % ont dit qu'ils comprenaient mieux les effets du tabac sur la santé. Chez les femmes, on a noté des effets analogues. En Australie, les mises en garde ont été renforcées en 1995. Elles semblent avoir davantage encouragé les gens à cesser de fumer que les avertissements antérieurs, moins clairs. Au Canada, une enquête menée en 1996 indiquait que la moitié des fumeurs qui comptaient cesser de fumer ou réduire leur consommation étaient motivés par ce qu'ils avaient lu sur leurs paquets de cigarettes.

### *Les contre-offensives publicitaires dans les médias*

Plusieurs études ont été effectuées sur l'impact sur la consommation de cigarettes des messages négatifs sur le tabagisme. Il ressort d'études réalisées aux niveaux national et local en Amérique du Nord, en Australie, en Europe et en Israël, que ces messages négatifs, ou contre-publicité, qui sont diffusés par les pouvoirs publics et les services de promotion de la santé publique, avaient immanquablement pour effet de réduire la consommation générale. Des chercheurs suisses ont conclu, à la suite d'une étude menée entre 1954 et 1981 sur la consommation de tabac des adultes, que la publicité contre les cigarettes diffusée dans les médias avait réduit durablement la consommation de 11 % pendant cette période. En Finlande et en Turquie, on a également jugé que les campagnes anti-tabac ont contribué à faire baisser la consommation.

### *Les programmes éducatifs de maîtrise du tabagisme en milieu scolaire*

Ces programmes sont très courants, surtout dans les pays à revenu élevé, mais ils semblent moins efficaces que beaucoup d'autres types d'activités d'information. Même les programmes qui réduisent initialement le nombre de nouveaux fumeurs n'ont, semble-t-il, qu'un effet provisoire : ils peuvent retarder quelque peu l'initiation, mais pas la prévenir. L'inefficacité apparente des programmes en milieu scolaire tient peut-être moins à leur nature qu'au public auquel ils s'adressent. Comme nous l'avons vu, les adolescents ne réagissent pas de la même manière que les adultes aux informations qu'on leur dispense sur les conséquences de leurs actes pour leur santé, parce que leur comportement est plus axé sur le présent, d'une part, et parce qu'ils ont tendance à rejeter les conseils des adultes, d'autre part.

### *La publicité pour les cigarettes et les promotions*

Les dirigeants désireux de maîtriser le tabagisme doivent chercher à savoir si la publicité et les promotions influent sur la consommation. La réponse est presque certainement affirmative, encore que les données ne soient pas claires. La principale conclusion est que l'interdiction de la publicité et des promotions est efficace, mais seulement si elle est totale, c'est-à-dire si elle s'applique à tous les médias et à toutes les utilisations des marques de fabrique et des logos. Examinons brièvement les faits.

L'impact sur les consommateurs de la publicité pour les cigarettes fait l'objet d'un vif débat. D'un côté, les défenseurs de la santé publique affirment que la publicité stimule effectivement la consommation. De l'autre, les fabricants de tabac rétorquent qu'elle n'incite pas les gens à commencer à fumer, mais ne fait qu'encourager les fumeurs confirmés à rester fidèles à une marque donnée ou à l'adopter. À première vue, les études empiriques réalisées sur le lien entre la publicité et les ventes concluent généralement soit que la publicité n'a pas d'effet positif sur la consommation, soit que son effet positif est très modeste. Cependant, ces conclusions peuvent être fallacieuses pour plusieurs raisons. En premier lieu, la théorie économique veut que la publicité ait un impact marginal décroissant sur la demande ; autrement dit, lorsque la publicité pour un produit s'intensifie, la réaction des consommateurs à chaque nouvelle publicité diminue progressivement si bien qu'en fin de compte, l'augmentation de la publicité n'a plus aucun effet. Dans le secteur du tabac, la publicité occupe une place relativement importante, soit environ 6 % du chiffre d'affaires, ou 50 % de plus que la moyenne des autres secteurs. Par conséquent, si une augmentation de la publicité fait monter la consommation, la différence est très faible et très difficile à déterminer. Il ne faudrait pas en conclure que, sans publicité, la consommation serait forcément aussi élevée qu'avec publicité, mais que l'impact marginal d'une intensification de la publicité est négligeable. En deuxième lieu, les chiffres relatifs à l'impact de la publicité sur les ventes sont souvent très généraux et portent sur des périodes relativement longues, pour toutes les marques, tous les médias, et souvent pour des groupes de population importants. Les variations subtiles qui pourraient être détectées à un niveau d'analyse moins général sont donc occultées. Dans les études qui portent sur des données moins globales, les chercheurs observent davantage de signes prouvant un effet positif de la publicité sur la consommation, mais ces études sont coûteuses et longues à réaliser et, par conséquent, rares.

Étant donné les problèmes que soulèvent ces approches, les chercheurs préfèrent analyser ce qui se produit lorsque la publicité et la promotion du tabac sont interdites pour mesurer indirectement leur effet sur la consommation.

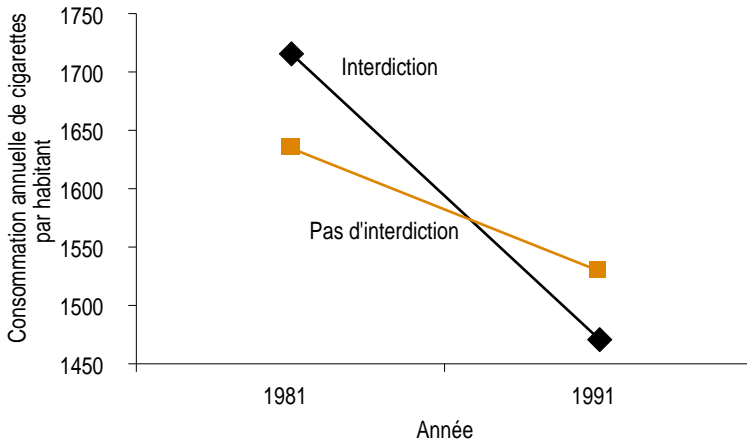
### *L'impact de l'interdiction de la publicité*

Si les autorités interdisent de faire de la publicité sur un type de média, la télévision par exemple, les fabricants peuvent y substituer d'autres médias pour un coût analogue ou très voisin, de sorte que les chercheurs qui ont étudié l'effet sur la consommation d'une interdiction partielle de la publicité pour les cigarettes ont constaté qu'il était faible ou nul. Cependant, lorsque le gouvernement impose des restrictions multiples sur la publicité dans tous les médias et sur les activités de promotion, les fabricants ont relativement peu d'options de rechange. Depuis 1972, la plupart des pays à revenu élevé ont adopté des limites plus strictes sur un plus grand nombre de médias et sur différentes formes de parrainage. Il ressort d'une étude effectuée récemment dans 22 pays à revenu élevé, basée sur des chiffres allant de 1970 à 1992, que l'interdiction générale de la publicité et de la promotion peut réduire la consommation de cigarettes, mais que les restrictions plus limitées ont un effet faible ou nul. Si l'on imposait une interdiction absolue, concluent les auteurs de cette étude, la consommation de tabac tomberait de plus de 6 % dans les pays à revenu élevé. Les modèles fondés sur ces estimations indiquent que l'interdiction de la publicité imposée par l'Union européenne (encadré 4.2) pourrait réduire la consommation de cigarettes de près de 7 %. D'autres chercheurs ont comparé, dans 100 pays, les tendances de la consommation dans le temps selon que la publicité et la promotion étaient presque entièrement interdites ou qu'elles ne faisaient l'objet d'aucune restriction. Ils ont constaté que, dans les pays où l'interdiction est presque totale, la consommation baisse beaucoup plus rapidement (figure 4.4). Il est important de noter que, dans cette étude, d'autres facteurs ont peut-être contribué à la baisse de la consommation dans certaines pays.

En dehors des recherches économiques, il existe d'autres types d'études, par exemple des enquêtes sur la mémorisation des messages publicitaires par les enfants, qui concluent que la publicité et la promotion influent effectivement sur la demande de cigarettes et attirent de nouveaux fumeurs. Ces publicités attirent l'attention des enfants, qui retiennent leur message. En outre, on remarque depuis peu que les fabricants orientent une part croissante de leurs activités publicitaires et promotionnelles vers les marchés qu'ils jugent en expansion ou prometteurs, notamment parmi certains jeunes et certains groupes minoritaires particuliers, chez qui la cigarette était peu répandue jusqu'à ces derniers temps. Ce corpus de recherches non économiques pourrait être particulièrement intéressant pour les responsables gouvernementaux que préoccupent les tendances du tabagisme parmi certains groupes de population.

#### FIGURE 4.4 L'INTERDICTION TOTALE DE LA PUBLICITÉ RÉDUIT LA CONSOMMATION DE CIGARETTES

*Tendances de la consommation pondérée de cigarettes par habitant dans les pays où la publicité est totalement interdite et dans les pays où elle ne l'est pas*



*Note* : L'analyse porte sur les variations de la consommation de cigarettes par adulte de 15 à 64 ans, pondérée par le chiffre de la population, entre 1980-82 et 1990-92, dans 102 pays. Les pays où l'interdiction est complète ont initialement un niveau de consommation plus élevé que les autres pays, mais, en fin de période, leur niveau de consommation est plus bas. Cette différence est due au fait que la consommation diminue plus fortement dans les pays où la publicité est interdite que dans les autres. *Source* : Saffer, Henry. *The Control of Tobacco Advertising and Promotion*. Document de référence.

#### ENCADRÉ 4.2 L'INTERDICTION DE LA PUBLICITÉ ET DE LA PROMOTION DU TABAC DANS L'UNION EUROPÉENNE

En 1989, dans le cadre d'une initiative plus large de lutte contre le cancer, la Commission européenne a proposé une directive visant à limiter la publicité pour les produits du tabac dans la presse et par voie de panneaux publicitaires et d'affiches. Le Parlement européen a modifié la proposition de la Commission en 1990

et a voté en faveur de l'interdiction de la publicité.

La Commission a indiqué qu'à l'époque, elle n'avait été en mesure d'obtenir qu'une interdiction partielle, en ajoutant toutefois qu'elle pourrait proposer ultérieurement une interdiction complète, compte tenu des progrès réalisés par les pays

*(suite page suivante)*

---

**ENCADRÉ 4.2** (suite)

membres particuliers. En juin 1991, la Commission a présenté une proposition modifiée de directive sur le tabac.

Entre 1992 et 1996, rien n'a été fait pour mettre la proposition en œuvre, en raison de l'opposition d'au moins trois États membres : l'Allemagne, les Pays-Bas et le Royaume-Uni. Au Royaume-Uni, toutefois, l'opposition a disparu en 1997, lorsque le parti travailliste, qui avait promis dans son manifeste d'interdire la publicité pour le tabac, remporta les élections. Le texte de la directive proposée a finalement été adopté par la Commission en juin 1998. La directive stipule que toute publicité directe et indirecte (y compris le parrainage) pour les produits du tabac sera interdite à l'intérieur de l'Union européenne, toutes les dispositions devant être appliquées et contrôlées d'ici à octobre 2006. Ses principales dispositions sont les suivantes :

- Tous les pays membres de l'Union européenne doivent adopter une législation nationale le 30 juillet 2001 au plus tard.
- Toutes les publicités dans la presse écrite doivent cesser au plus tard un an après cette date.
- Les parrainages (à l'exception des activités ou manifestations

de portée mondiale) doivent cesser au plus tard trois ans après cette date.

- Le parrainage par les marques de cigarettes d'événements mondiaux telles que les courses automobiles de formule 1 peut se poursuivre pendant cinq ans après cette date, mais doit prendre fin le 1<sup>er</sup> octobre 2006 au plus tard. Pendant la période allant du 31 juillet 2001 au 1<sup>er</sup> octobre 2006, le niveau global de parrainage doit baisser et les fabricants doivent limiter volontairement la publicité pour le tabac qui entoure les manifestations en question.
- Des informations peuvent être fournies sur les produits aux points de vente.
- Les publications professionnelles du secteur du tabac peuvent contenir des publicités pour le tabac.
- Les publications des pays du tiers monde qui ne sont pas expressément destinées au marché de l'Union européenne ne sont pas touchées par cette interdiction.

Cette directive est à présent en vigueur.

---

### *Les restrictions sur le tabagisme dans les lieux publics ou au travail*

Les pays et les États sont de plus en plus nombreux à limiter la cigarette dans les lieux publics, comme les restaurants et les transports. Dans certains pays, par exemple aux États-Unis, certains lieux de travail sont soumis aux mêmes restrictions. Manifestement, ce sont les non-fumeurs qui en bénéficient le plus, puisqu'ils ne sont plus exposés aux risques sanitaires et aux nuisances de la fumée de tabac environnementale. Cependant, comme nous l'avons vu, ce n'est pas dans les lieux publics ni au travail que les non-fumeurs sont le plus exposés, mais chez eux. Ces restrictions ne sont donc qu'un moyen imparfait de répondre aux besoins des non-fumeurs.

Le deuxième effet de ces restrictions est qu'elles se traduisent par une réduction de la consommation de cigarettes chez certains fumeurs, et qu'elles en amènent même certains à cesser de fumer. Aux États-Unis, ces restrictions ont fait baisser la consommation de tabac de l'ordre de 4 à 10 %, selon diverses estimations. Pour que ces restrictions soient appliquées, il semble qu'elles doivent être approuvées par la société en général et que la population doit être informée des conséquences pour la santé de l'exposition à la fumée de tabac environnementale. En dehors des États-Unis, on dispose de relativement peu de données sur l'efficacité des restrictions sur le tabagisme dans les lieux couverts.

### *L'impact potentiel des mesures autres que les prix sur la demande mondiale de tabac*

Nous avons présenté les faits indiquant l'efficacité d'un certain nombre de mesures autres que de prix, à savoir l'information des consommateurs, la diffusion de rapports et d'études scientifiques, l'affichage de mises en garde, la contre-publicité, les interdictions totales de la publicité et de la promotion, et les restrictions sur le tabagisme. Dans le cadre des recherches menées en préparation de ce rapport, nous avons utilisé le modèle décrit dans l'encadré 4.1 pour évaluer l'impact potentiel sur la consommation de cigarettes dans le monde d'un programme comprenant l'ensemble de ces mesures. Étant donné que, jusqu'à présent, peu de chercheurs avaient essayé d'estimer l'impact total de ces mesures, le modèle a été élaboré sur la base d'hypothèses prudentes. Il suppose, en se fondant sur les chiffres disponibles concernant l'efficacité des mesures autres que de prix, qu'à elles toutes, elles persuaderaient entre 2 et 10 % de fumeurs de cesser. Jouant la prudence, le modèle prend comme hypothèse qu'elles n'auraient aucun effet sur la consommation quotidienne de cigarettes de ceux qui continueraient à fumer.

Compte tenu de cela, l'application d'un ensemble de mesures autres que de prix pourrait réduire le nombre de fumeurs vivant dans le monde en 1995 de

23 millions, même selon l'hypothèse basse, c'est-à-dire si le nombre de consommateurs ne diminuait que de 2 % (tableau 4.2). En se fondant sur les hypothèses antérieures relatives au nombre de fumeurs repentis qui éviteraient un décès prématuré, le modèle indique que 5 millions de vies pourraient être sauvées.

## Les substituts nicotiniques et autres traitements de sevrage

Outre le relèvement des taxes et les mesures autres que de prix, il existe encore un type d'intervention qui peut contribuer à réduire la consommation de tabac. Il s'agit des traitements de sevrage et de différents types de programmes, tels que l'éducation du fumeur, les traitements en milieu hospitalier, les programmes de psychothérapie et la gamme croissante de produits pharmacologiques destinés à faciliter le sevrage, comme les substituts nicotiniques (SN) et un antidépresseur au non générique de bupropion. Les substituts nicotiniques, sous forme de timbre transdermique (patch), gommes, aérosols et inhalateurs, fournissent de faibles doses de nicotine sans apporter les autres éléments nocifs en présence dans la fumée de tabac. Utilisés à bon escient, ils sont considérés

TABLEAU 4.2 NOMBRE POTENTIEL DE FUMEURS QUI CESSERAIENT DE FUMER ET NOMBRE DE VIES SAUVÉES PAR UN ENSEMBLE DE MESURES AUTRES QUE DE PRIX (millions)

Fumeurs vivant en 1995

| Région                         | Variation du nombre de fumeurs<br>si le programme réduit<br>la prévalence du tabagisme de |      | Variation du nombre de décès<br>si le programme réduit<br>la prévalence du tabagisme de |      |
|--------------------------------|---|------|---|------|
|                                | 2 %   | 10 % | 2 %   | 10 % |
| Afrique subsaharienne          | -1  | -7   | -0,4  | -2   |
| Amérique latine et Caraïbes    | -2  | -10  | -0,5  | -2   |
| Asie de l'Est et Pacifique     | -8  | -40  | -2  | -10  |
| Asie du Sud (cigarettes)       | -2  | -9   | -0,3  | -2   |
| Asie du Sud ( <i>bidis</i> )   | -2  | -10  | -0,4  | -2   |
| Europe orientale et            |   |      |   |      |
| Asie centrale                  | -3  | -15  | -0,7  | -3   |
| Moyen-Orient et                |   |      |   |      |
| Afrique du Nord                | -0,8  | -4   | -0,2  | -1   |
| Revenu faible et intermédiaire | -19   | -93  | -4  | -22  |
| Revenu élevé                   | -4  | -21  | -1  | -5   |
| Monde                          | -23   | -114 | -5  | -27  |

Note : Les chiffres ont été arrondis.

Source : Ranson, Kent, P. Jha, F. Chaloupka et A Yurekli. *Effectiveness and Cost-effectiveness of Price Increases and Other Tobacco Control Policy Interventions*. Document de référence.

comme sûrs et efficaces par les grandes organisations médicales des pays à revenu élevé. Une abondante documentation conclut qu'ils doublent le taux de succès des autres tentatives de sevrage, que d'autres interventions soient utilisées parallèlement ou non (tableau 4.3). Le bupropion a également fait la preuve de son efficacité dans les essais effectués aux États-Unis. L'un des principaux avantages des substituts nicotiques est qu'ils peuvent être auto-administrés, et sont donc plus commodes pour les fumeurs qui souhaitent cesser de fumer dans les pays où il est difficile d'obtenir un soutien médical intensif.

Les substituts nicotiques sont prescrits uniquement pour traiter les symptômes de retrait des fumeurs qui tentent de cesser de fumer. On ne leur a pas encore découvert de lien avec les maladies cardio-vasculaires ou respiratoires, et on s'accorde à reconnaître qu'ils sont une source de nicotine beaucoup plus sûre que le tabac. Certes, la nicotine produit des effets physiologiques, tels que l'augmentation de la tension, mais en comparaison de la cigarette, les doses apportées par les substituts sont plus faibles et sont fournies plus lentement. Pour les fumeurs réguliers, les substituts nicotiques représentent un moyen de réduire le coût du sevrage.

Il est plus facile d'obtenir des substituts nicotiques dans certains pays que dans d'autres. Dans certains pays à revenu élevé, ils se vendent sans ordonnance, dans d'autres non. Les modèles fondés sur les données relatives aux États-Unis montrent que le nombre de gens cessant de fumer augmenterait significativement, et qu'un plus grand nombre de vies seraient épargnées, si les substituts nicotiques étaient en vente libre. Selon le modèle, en cinq ans, près de 3 000 décès seraient évités, rien qu'aux États-Unis. Il semble aussi que c'est le type d'aide que désirent les fumeurs : aux États-Unis, les ventes de substituts nicotiques ont augmenté de 150 % entre 1996, année où la vente libre a été autorisée, et 1998.

En dehors des pays à revenu élevé, les substituts nicotiques ne sont pas toujours disponibles, sous quelque forme que ce soit. Par exemple, ils sont en

---

**TABLEAU 4.3 EFFICACITÉ DE DIFFÉRENTES MÉTHODES DE SEVRAGE**

| <i>Intervention et comparaison</i>  | <i>Augmentation du pourcentage de fumeurs s'abstenant pendant 6 mois ou plus</i> |
|---|--|
| Breve conversation (3 à 10 minutes) avec un professionnel, par comparaison avec aucune conversation                           | 2 à 3  |
| SN et brève conversation, par comparaison avec brève conversation, avec ou sans placebo                                       | 6  |
| Soutien intensif (consultations, par exemple) plus SN, par comparaison avec soutien intensif ou soutien intensif plus placebo | 8  |

*Source* : Raw, Martin et al. 1999. Les chiffres proviennent de l'Agency for Health Care Policy and Research, et de la Bibliothèque Cochrane.

---



vente en Afrique du Sud, en Argentine, au Brésil, en Indonésie, en Malaisie, au Mexique, aux Philippines et en Thaïlande, mais, dans certains de ces pays, on ne les trouve que dans quelques grandes villes. Ils sont introuvables dans certains pays à revenu intermédiaire et dans de nombreux pays à faible revenu. Une dose journalière de substitut nicotinique coûte à peu près le même prix qu'une dose de tabac, mais comme les substituts nicotamiques sont généralement vendus dans la quantité nécessaire à un traitement, ils paraissent relativement plus chers à l'achat. En comparaison de la cigarette, la vente des substituts nicotamiques est strictement réglementée.

Informés des faits, de nombreux responsables envisageraient sans doute d'élargir l'accès aux substituts, sachant qu'ils constituent un élément précieux des politiques de maîtrise du tabagisme, par exemple en assouplissant les règles de vente, en augmentant le nombre des points de vente et les horaires de vente, et en levant certaines restrictions sur le conditionnement des produits.

Étant donné que les substituts nicotamiques semblent contribuer à réduire le coût du sevrage, les dirigeants pourraient également songer à les subventionner ou à les fournir gratuitement aux fumeurs de condition modeste qui souhaitent cesser, pendant des périodes de durée déterminée. Cette approche est en cours d'expérimentation dans certains contextes. Au Royaume-Uni, par exemple, on a proposé que les fumeurs les plus démunis soient admis à recevoir gratuitement une quantité donnée de substituts nicotamiques s'ils décident d'arrêter de fumer. Le ciblage de ces services sur les pauvres soulève des problèmes dans tous les pays.

Il est certain que les autorités doivent réfléchir soigneusement avant d'élargir l'accès aux substituts nicotamiques, car la plupart des pays sont peu désireux de promouvoir la vente d'un produit addictif quelconque aux enfants. Toutefois, les professionnels de la santé des pays à revenu élevé s'accordent à reconnaître que, s'ils sont utilisés à bon escient, les substituts nicotamiques sont utiles et doivent être recommandés aux fumeurs adultes qui veulent s'arrêter. On ne dispose guère d'études sur la rentabilité des traitements de substitution nicotinique, principalement dans les pays à revenu faible et intermédiaire, où vivent la plupart des fumeurs. Il serait utile, pour les dirigeants locaux, de recevoir plus d'information sur la rentabilité des traitements, tant pour déterminer s'il est judicieux d'affecter une partie des rares ressources publiques à de tels produits que pour donner aux responsables un terrain d'action plus sûr.

Dans le cadre de la préparation de ce rapport, nous avons modélisé l'impact potentiel de l'élargissement de l'accès aux substituts nicotamiques selon les méthodes décrites précédemment. Pour obtenir des résultats prudents, nous avons supposé que des traitements pourraient être moins efficaces que ne l'indiquent les études disponibles sur les pays à revenu élevé. Dans cet esprit, nous avons pris pour hypothèse prudente que le taux de succès des

consommateurs utilisant des substituts nicotiques atteindrait le double de celui des autres fumeurs tentant de cesser, mais que seulement 6 % des fumeurs recourraient aux substituts nicotiques. Nous avons estimé ainsi que 6 millions de fumeurs vivant en 1995 seraient capables de s'arrêter et que 1 million de décès pourraient être évités. Si 25 % des fumeurs utilisent un substitut nicotinique, nous obtenons 29 millions de fumeurs vivant en 1995 parvenant à s'arrêter et 7 millions de décès évités.

## Notes

1. Smith, Adam. *La Richesse des nations*. 1776. Version revue par Edwin Canaan, 1976. University of Chicago Press, Chicago.
2. Par exemple, pour que la taxe représente les quatre cinquièmes du prix au détail, il faut que le prix de gros (avant la taxe) du paquet soit multiplié par quatre. Ainsi, si le prix avant la taxe est de 50 cents, le taux de taxation sera  $0,5 \times 4 = 2$  dollars. Le prix au détail sera égal à 2 dollars (la taxe) + 0,50 (prix de gros) = 2,50 dollars. L'effet sur le prix au détail varierait suivant les pays, bien entendu, en fonction de facteurs tels que le prix de gros. D'une manière générale, une majoration de cet ordre ferait augmenter le prix pondéré par la population d'environ 80 à 100 % dans les pays à revenu faible et intermédiaire.

## CHAPITRE 5

### Réduire l'offre de tabac

**S**I beaucoup d'éléments tendent à prouver qu'on peut réduire la demande de tabac, il est moins sûr qu'on puisse en limiter l'offre. Dans la première partie de ce chapitre, nous analysons brièvement ce qui se produit dans les pays qui s'efforcent de restreindre l'accès au tabac et d'en réduire l'offre par des restrictions commerciales ou par leur politique agricole. Dans la deuxième partie, nous examinons un moyen *efficace* de limiter l'offre : la lutte contre la contrebande.

#### La plupart des interventions sur l'offre sont relativement peu efficaces

L'un des constats les plus élémentaires, sur les marchés, est que si l'on empêche un fournisseur d'opérer, il est rapidement remplacé par un autre, dès lors que les incitations sont assez puissantes. Or les incitations à fournir du tabac sont évidentes, comme nous le montrons ci-dessous.

#### *Interdiction du tabac*

Étant donné que le tabac est l'un des produits les plus nocifs pour la santé, quelques défenseurs de la santé publique demandent que sa culture soit interdite, avançant que le problème ne tenait pas à la consommation mais à la production. Ils font état de la réduction marquée des maladies liées à l'alcool durant les périodes où l'offre d'alcool s'est trouvée limitée au XX<sup>e</sup> siècle. Ainsi,

lorsqu'il était difficile de se procurer de l'alcool à Paris (France) pendant la Deuxième Guerre mondiale, la consommation est tombée de 80 % par habitant. Les décès dus aux maladies hépatiques ont diminué de moitié en un an, et des quatre cinquièmes après cinq ans. Après la guerre, l'offre d'alcool est redevenue normale et la mortalité due aux maladies hépatiques a retrouvé son niveau antérieur.

Néanmoins, un certain nombre de raisons font que l'interdiction du tabac a peu de chances d'être réalisable ou efficace. En premier lieu, même lorsqu'une substance est interdite, elle reste largement consommée, comme c'est le cas pour de nombreuses drogues illicites. En second lieu, la prohibition engendre toute une série de problèmes : elle encourage l'activité criminelle et coûte cher à faire appliquer. En troisième lieu, d'un point de vue économique, le niveau optimal de consommation de tabac n'est pas nul. Enfin, l'interdiction du tabac risque d'être fort impopulaire dans la plupart des pays. En Inde, les autorités ont récemment tenté en vain d'interdire un type de tabac à mâcher dénommé *gutka*, déclenchant un mouvement d'opposition politique contre la prohibition.

### *Restrictions sur l'achat de tabac par les jeunes*

Plusieurs pays à revenu élevé essaient d'imposer des restrictions sur la vente de cigarettes aux adolescents. Sous leur forme actuelle, ces restrictions sont inefficaces. D'une manière générale, elles sont difficiles à appliquer, d'autant plus que les jeunes adolescents se font souvent approvisionner par leurs aînés et, parfois, par leurs parents. En outre, dans les pays à faible revenu, où la consommation est en hausse, les systèmes, infrastructures et ressources nécessaires pour assurer l'application de ces restrictions sont beaucoup moins disponibles que dans les pays à revenu élevé.

### *Substitution et diversification des cultures*

Plus d'une centaine de pays cultivent le tabac, dont 80 sont en développement. Quatre pays produisent les deux tiers de la récolte mondiale : en 1997, le premier producteur mondial de tabac était la Chine (42 % du total), suivie par les États-Unis, l'Inde et le Brésil, qui produisaient chacun environ 24 %. Les 20 plus gros producteurs représentent plus de 90 % du total (tableau 5.1). Depuis une vingtaine d'années, la part des pays à revenu élevé dans la production mondiale est tombée de 30 à 15 %, tandis que celle des pays du Moyen-Orient et d'Asie passait de 40 à 60 %. La part de l'Afrique est passée de 4 à 6 %, et celle des autres régions a peu varié.

Si la Chine vend la majeure partie de sa production sur le marché intérieur, d'autres gros producteurs exportent une proportion élevée de la leur. Le Brésil, la Turquie, le Zimbabwe, le Malawi, la Grèce et l'Italie exportent tous plus de

TABLEAU 5.1 LES 30 PREMIERS PRODUCTEURS DE TABAC BRUT  
Chiffres de 1997, par volume décroissant

| Pays         | Production<br>(milliers<br>de tonnes) | Variation<br>de la prod.<br>par rapport<br>à 1994 | Part du<br>total<br>mondial<br>(%) | Superficie<br>(milliers<br>d'ha) | Part du<br>total<br>mondial<br>(%) | Ratio<br>des export.<br>(%) | Ratio<br>des import.<br>(%) | Recettes<br>d'exportation<br>du tabac en<br>% du total<br>(1995) |
|--------------|---------------------------------------|---|------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--|
| Chine        | 3 390,0                               | 51,5  | 42,12                              | 1 880,0                          | 38,4                               | 2,9                         | 4,7                         | 0,68   |
| États-Unis   | 746,4                                 | 4,0   | 9,27                               | 328,4                            | 6,7                                | 35,5                        | 7,4                         | 0,55   |
| Inde         | 623,7                                 | 18,1  | 7,75                               | 420,2                            | 8,6                                | 23,2                        | <sup>c</sup>                | 0,44   |
| Brésil       | 576,6                                 | 30,5  | 7,16                               | 329,5                            | 6,7                                | 77,0                        | 0,2                         | 2,55   |
| Turquie      | 296,0                                 | 57,7  | 3,68                               | 323,0                            | 6,6                                | 89,3                        | 0,5                         | 1,17   |
| Zimbabwe     | 192,1                                 | 8,0   | 2,39                               | 99,3                             | 2,0                                | 109,7                       | <sup>c</sup>                | 23,05  |
| Indonésie    | 184,3                                 | 15,2  | 2,29                               | 217,5                            | 4,4                                | 10,2                        | 27,6                        | 0,42   |
| Malawi       | 158,6                                 | 61,7  | 1,97                               | 122,3                            | 2,5                                | 74,2                        | <sup>c</sup>                | 60,64  |
| Grèce        | 132,5                                 | -2,2  | 1,65                               | 67,3                             | 1,4                                | 74,5                        | 12,8                        | 2,05   |
| Italie       | 131,4                                 | 0,3   | 1,63                               | 47,5                             | 1,0                                | 78,7                        | 18,3                        | 0,04   |
| Argentine    | 123,2                                 | 50,3  | 1,53                               | 71,0                             | 1,5                                | 60,6                        | 5,1                         | 0,59   |
| Pakistan     | 86,3                                  | -14,0   | 1,07                               | 45,9                             | 0,9                                | 1,6                         | <sup>c</sup>                | 0,08   |
| Bulgarie     | 78,2                                  | 124,3   | 0,97                               | 48,5                             | 1,0                                | 53,5                        | 58,3                        | 5,40   |
| Canada       | 71,1                                  | -0,5  | 0,88                               | 28,5                             | 0,6                                | 24,0                        | 12,6                        | 0,04   |
| Thaïlande    | 69,3                                  | 17,4  | 0,86                               | 47,0                             | 1,0                                | 48,5                        | 15,3                        | 0,11   |
| Japon        | 68,5                                  | -13,8   | 0,85                               | 25,6                             | 0,5                                | 0,5                         | 145,4                       | 0,04   |
| Philippines  | 60,9                                  | 8,7   | 0,76                               | 29,4                             | 0,6                                | 17,2                        | 18,3                        | 0,17   |
| Corée du Sud | 54,4                                  | -44,8   | 0,68                               | 27,2                             | 0,6                                | 8,4                         | 26,2                        | 0,02   |
| Mexique      | 44,3                                  | -35,1   | 0,55                               | 25,4                             | 0,5                                | 31,8                        | 8,3                         | 0,11   |
| Bangladesh   | 44,0                                  | -26,7   | 0,55                               | 50,3                             | 1,0                                | <sup>c</sup>                | 16,1                        | 0,03   |
| Espagne      | 42,3                                  | 0,1   | 0,53                               | 13,3                             | 0,3                                | 53,9                        | 126,7                       | 0,06   |
| Pologne      | 41,7                                  | -3,3  | 0,52                               | 19,0                             | 0,4                                | 6,9                         | 66,4                        | 0,12   |

(suite page suivante)

TABLEAU 5.1 (suite)

| Pays             | Production<br>(milliers<br>de tonnes) | Variation<br>de la prod.<br>par rapport<br>à 1994 | Part du<br>total<br>mondial<br>(%) | Superficie<br>(milliers<br>d'ha) | Part du<br>total<br>mondial<br>(%) | Recettes                                   |                             |   |
|------------------|---------------------------------------|---|------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|--|-----------------------------|---|
|                  |                                       |   |                                    |                                  |                                    | Ratio<br>des export.<br>des import.<br>(%) | Ratio<br>des export.<br>(%) | Ratio<br>d'exportation<br>du tabac en<br>% du total<br>(1995) |
| Cuba             | 37,0                                  | 117,6   | 0,46                               | 59,0                             | 1,2                                | 13,5                                       | 0,8                         | n.c.  |
| Moldova          | 35,8                                  | -15,8   | 0,45                               | 17,2                             | 0,4                                | 61,4                                       | 6,7                         | 6,90  |
| Viet Nam         | 32,0                                  | n.c.  | 0,40                               | 36,0                             | 0,7                                | n.c.                                       | n.c.                        | 0,04  |
| Rép. dominicaine | 30,3                                  | 41,7  | 0,38                               | 21,2                             | 0,4                                | 58,1                                       | 2,2                         | 5,26  |
| Macédoine        | 30,0                                  | n.c.  | 0,37                               | 22,0                             | 0,4                                | n.c.                                       | n.c.                        | 5,44  |
| Kirghizistan     | 30,0                                  | -33,3   | 0,37                               | 12,0                             | 0,2                                | 76,7                                       | 3,3                         | 6,96  |
| Afrique du Sud   | 29,0                                  | -1,4  | 0,34                               | 14,9                             | 0,3                                | 41,5                                       | 55,5 <sup>c</sup>           | 0,31  |
| Tanzanie         | 25,1                                  | 15,1  | 0,31                               | n.c.                             | n.c.                               | 55,8                                       | <sup>c</sup>                | 4,53  |
| Total mondial    | 8 048,4                               | 25,9  | 100,0                              | 4 893,8                          | 100,0                              | 25,3                                       | 24,4                        |   |

a. Ratio des exportations par rapport à la production intérieure

b. Ratio des importations par rapport à la production intérieure

c. Moins de 0,1 %.

n.c. = Non connu.

Source : van der Merwe, Rowena et al. *The Supply-side Effects of Tobacco Control Policies*. Document de référence. (Les chiffres proviennent du Département de l'agriculture des États-Unis, de l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture et d'autres sources.)

70 % de leur récolte. Seuls deux pays sont fortement tributaires de leurs recettes d'exportation de tabac brut : le Zimbabwe (23 % des recettes) et le Malawi (61 %). Plusieurs autres pays — Bulgarie, Moldova, République dominicaine, Macédoine, Kirghizistan et Tanzanie — tirent une bonne partie de leurs devises du tabac, même si leur part de la production mondiale est faible. Le tabac est une source majeure de recettes pour quelques pays à économie fortement agraire, notamment le Malawi, le Zimbabwe, l'Inde et la Turquie.

Au plan historique, le tabac est une culture très attractive pour les exploitants, car il fournit un revenu net plus élevé par unité de superficie que la plupart des cultures de rapport, et sensiblement plus que les cultures vivrières. Dans les régions les plus productives du Zimbabwe, par exemple, le tabac est environ 6,5 fois plus rentable que la deuxième culture la plus rentable. Il y a aussi des raisons pratiques à l'intérêt des cultivateurs pour le tabac. La première est que le cours mondial de ce produit est relativement stable par rapport à d'autres cultures. Cette stabilité permet aux exploitants de planifier sur plusieurs campagnes et d'obtenir du crédit pour d'autres entreprises, en même temps que pour le tabac. La deuxième est que l'industrie du tabac fournit généralement un soutien en nature énergétique aux producteurs, notamment sous forme de matériaux et de conseils. La troisième est que les industriels accordent souvent des prêts aux producteurs. La quatrième est que les autres cultures peuvent soulever des problèmes de stockage, de collecte et de livraison. Or le tabac est moins périssable que beaucoup de cultures et les industriels fournissent parfois une assistance pour la livraison ou la collecte, tandis que pour les autres cultures, la collecte et le paiement peuvent être effectués tardivement et que les prix peuvent fluctuer.

Un certain nombre de programmes expérimentaux ont été lancés en vue de substituer d'autres cultures au tabac mais, hormis l'exception reconnue du Canada, il n'y a pas de preuves fermes que ces programmes permettent de réduire la consommation de tabac, car les cultivateurs ne sont guère motivés pour y participer tant que le cours du tabac reste soutenu et parce que d'autres fournisseurs se tiennent prêts à les remplacer. La substitution des cultures peut cependant trouver sa place dans des programmes de diversifications plus larges, si elle aide les cultivateurs de tabac les plus démunis à trouver d'autres moyens de subsistance. Nous examinerons cette question plus en détail au chapitre suivant.

### *Soutien des prix et subventions en faveur de la culture du tabac*

Si les pays en développement préfèrent taxer les recettes d'exportation du tabac, les pays à revenu élevé ont pour tradition de soutenir les prix et de fournir d'autres types de subventions aux cultivateurs. C'est le cas en particulier des États-Unis et des membres de l'Union européenne, ainsi que de la Chine. Les

raisons à cela sont le désir de stabiliser les prix à un niveau élevé, de soutenir les petites exploitations familiales, de limiter les importations de tabac afin d'économiser les devises, et de conserver l'appui politique du secteur. Ces subventions vont souvent de pair avec des restrictions sur les importations.

Ces politiques ont pour effet de relever artificiellement le cours mondial du tabac et des produits du tabac. Les économistes affirment que, chaque fois que le prix augmente de cette manière, les fumeurs peuvent réagir en réduisant leur consommation. Cependant, les faits indiquent que si cet effet sur la consommation existe, il est très limité. Dans la plupart des pays à revenu élevé comme les États-Unis, le prix au producteur du tabac-feuille ne représente qu'une faible partie du prix des cigarettes. En outre, les importations de tabac meilleur marché augmentent, de sorte que les aides gouvernementales ne se traduisent que par une différence négligeable dans le prix du paquet. Aux États-Unis, selon une analyse effectuée récemment, ces programmes majorent les prix de 1 %. Une hausse de cet ordre n'a quasiment aucun effet sur la consommation et, inversement, l'élimination des subventions ne risque guère d'entraîner une augmentation de la consommation.

Il est difficile d'évaluer comment la suppression des aides influencerait sur la production mondiale. La hausse des prix intérieurs aux États-Unis peut contribuer à relever le cours mondial du tabac-feuille, améliorant la rentabilité de ce produit pour les cultivateurs des pays à faible revenu, mais les effets pour ces derniers seraient mitigés si on éliminait à la fois les subventions et les restrictions à l'importation. Par exemple, si le cours du tabac produit aux États-Unis baissait à la suite de l'élimination des subventions, les fabricants de cigarettes américains pourraient en acheter de plus grandes quantités sur place, réduisant de ce fait leurs importations de tabac de moins bonne qualité en provenance des pays à faible revenu. D'un autre côté, la libéralisation du commerce pourrait stimuler les importations de ce tabac.

Mis à part leur impact minime sur la consommation, ces aides n'ont pas leur place dans une bonne politique agricole et commerciale. Leur principal rôle est sans doute de caractère politique, et elles accroissent le nombre des gens qui ont un intérêt personnel dans la production de tabac.

### *Restrictions sur le commerce international*

Il est démontré que le libre-échange élargit les options du consommateur et accroît l'efficacité de la production. Plusieurs études ont reconnu qu'il stimule la croissance dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Si les arguments en faveur du libre-échange en général sont valables, il est bien certain cependant que le tabac est plus nocif pour la santé que la plupart des autres biens de consommation exportés. La grande question qui se pose aux responsables est donc celle de savoir comment limiter le commerce du tabac sans entamer les



effets bénéfiques du libre-échange. Comme nous l'avons signalé au chapitre 1, la libéralisation des échanges a contribué à accroître la consommation de tabac dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Logiquement, les restrictions commerciales devraient avoir l'effet inverse. En fait, de telles restrictions auraient des conséquences indésirables pour diverses raisons, dont la principale est qu'elles déclencheraient probablement des mesures de représailles qui ralentiraient la croissance économique et la hausse des revenus. Entre-temps, la libéralisation du commerce a amené la communauté internationale à prendre position, par l'intermédiaire de l'Accord général sur les tarifs douaniers et le commerce (GATT), reconnaissant aux pays le droit d'adopter et de faire appliquer des mesures visant à protéger la santé publique, à condition qu'elles s'appliquent au même titre aux articles importés et à ceux produits localement. L'article XX du GATT déclare expressément que les règles du libre-échange n'interdisent pas les mesures nécessaires à la protection de la santé.

En 1990, la Thaïlande a tenté d'interdire les importations de cigarettes et la publicité, tentative qui a été contestée par les fabricants de tabac américains. Une commission du GATT a fait une enquête et a rendu un arrêt suivant lequel la Thaïlande ne pouvait pas interdire les importations de cigarettes, mais qu'elle pouvait imposer des taxes, interdire la publicité et appliquer des restrictions sur les prix, et qu'elle pouvait exiger que tous les fabricants dont les produits étaient vendus en Thaïlande affichent de sévères mises en garde et une description des ingrédients sur les paquets. Cet arrêté a été interprété comme signifiant que la Thaïlande pouvait interdire la vente de *tous* les produits du tabac, à condition que l'interdiction s'applique aussi bien aux cigarettes produites localement qu'à celles d'origine étrangère. La Thaïlande a mis en œuvre des mesures énergiques de réduction de la demande, notamment l'interdiction générale de la publicité et des promotions, et la mention sur les paquets des graves risques de santé posés par la cigarette. Cette décision historique, et la réaction rapide et ferme de la Thaïlande, a créé un précédent autorisant les pays à intervenir pour réduire la demande de tabac pour des raisons de santé publique, sans porter atteinte aux principes du libre-échange.

## Lutte contre la contrebande

La contrebande de cigarettes pose un problème sérieux. Selon les experts, environ 30 % des exportations, soit quelque 355 milliards de cigarettes, sont écoulées en contrebande. Ce pourcentage est beaucoup plus élevé que pour la plupart des biens de consommation vendus sur les marchés mondiaux. Le problème est particulièrement aigu là où il existe de grandes différences dans la fiscalité imposée par des États ou des pays voisins, là où la corruption est générale et où les ventes d'articles de contrebande sont tolérées. Nous allons décrire rapidement l'ampleur du problème et examiner les options dont on

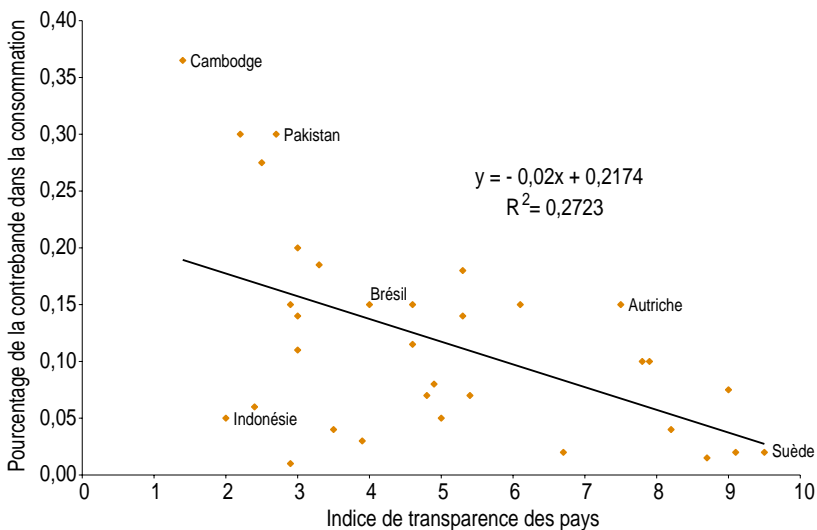
dispose pour le maîtriser. L'avantage principal de la lutte contre la contrebande n'est pas qu'elle réduit la demande mais qu'elle aide à appliquer les hausses de prix qui réduisent la demande.

Les écarts de prix entre les pays ou les États sont de puissantes incitations à la contrebande, mais le prix n'est pas le seul facteur en jeu. Une étude sur la mesure dans laquelle d'autres éléments, tels que la prévalence de la corruption dans un pays, contribuent à amplifier l'ampleur du problème a été réalisée en préparation de ce rapport. Selon des indicateurs standard des niveaux de corruption basés sur l'Indice des pays de Transparency International, l'étude a montré qu'en dépit d'exceptions notables, la contrebande tend à augmenter en proportion du degré de corruption existant dans les pays (figure 5.1).

La contrebande à grande échelle s'appuie sur des organisations criminelles, des réseaux relativement sophistiqués de distribution dans les pays destinataires et l'absence de contrôle des mouvements internationaux de cigarettes. La plupart du temps, la contrebande porte sur des cigarettes de marques internationales connues. C'est une activité très lucrative : une organisation de contrebandiers

FIGURE 5.1 LA CONTREBANDE DE TABAC TEND À CROÎTRE AVEC LE DEGRÉ DE CORRUPTION

*La contrebande en fonction de l'indice de transparence*



Source : Merriman, David, A. Yurekli et F. Chaloupka. « How Big Is the Worldwide Cigarette Smuggling Problem? » Document de travail du NBER. Cambridge, Massachusetts: National Bureau of Economic Research, à paraître.

achète, par exemple, un conteneur de 10 millions de cigarettes, sans acquitter les taxes, pour 200 000 dollars. La valeur fiscale de cette quantité de cigarettes dans l'Union européenne est d'au moins 1 million de dollars, compte tenu des droits de consommation, de la taxe à la valeur ajoutée (TVA) et des droits d'importation. L'ampleur des bénéfices est telle que les contrebandiers peuvent absorber le coût de l'expédition dans des pays éloignés.

La contrebande intervient généralement durant le transit entre le pays d'origine des cigarettes et leur lieu de destination officiel. Pour encourager les échanges commerciaux entre pays, un régime dit « de transit » est en vigueur, qui suspend provisoirement les droits de douane et de consommation et la TVA à acquitter sur les marchandises en provenance du pays A à destination du pays B pendant qu'elles transitent par les pays C, D, etc. Or, de grandes quantités de cigarettes ne parviennent jamais à leur lieu de destination, car elles ont été achetées et vendues par des commerçants non officiels. Une autre forme de contrebande, « l'aller-retour », se pratique lorsqu'il existe des différences de prix relativement importantes entre deux pays voisins. On a observé que des cigarettes exportées d'Afrique du Sud, du Canada et du Brésil, par exemple, arrivaient dans un pays voisin pour réapparaître dans leur pays d'origine à un prix réduit, net de taxes.

Pour que la contrebande soit possible, il faut que les cigarettes passent par un grand nombre de propriétaires en peu de temps, ce qui interdit pratiquement de suivre leurs mouvements. De plus, l'impuissance à empêcher les ventes illicites et la difficulté de distinguer entre les produits licites et illicites peuvent réduire les risques courus par les contrebandiers. En Russie, par exemple, et dans de nombreux pays à faible revenu, la majorité des cigarettes sont vendues sur le trottoir.

Selon les théories économiques, les fabricants de tabac eux-mêmes profitent de l'existence de la contrebande. Des études réalisées sur l'impact de la contrebande font apparaître que, lorsque les cigarettes de contrebande représentent un pourcentage élevé des ventes totales, le prix moyen de toutes les cigarettes, taxées et non taxées, diminue, stimulant les ventes en général. La présence de cigarettes de contrebande sur un marché qui avait jusqu'alors été fermé aux marques importées aide à faire augmenter la demande de ces marques, et donc à élargir leur part du marché. La contrebande incite également les pouvoirs publics à réduire la fiscalité.

On dispose encore de très peu d'expérience et de données de recherche sur l'efficacité de différentes mesures de lutte contre la contrebande. Cependant, plusieurs options s'offrent aux autorités. En premier lieu, le caractère licite ou illicite des paquets de cigarettes pourrait être plus facile à distinguer pour le client et pour les agents de la loi si, par exemple, un timbre fiscal bien visible, et difficile à contrefaire, était apposé sur les paquets dédouanés et si les paquets importés en franchise avaient un emballage différent. Des mises en garde

énergiques, rédigées dans la langue locale, signaleraient également la différence. En deuxième lieu, la contrebande pourrait être sanctionnée de manière assez sévère pour décourager ceux qui se croient actuellement à l'abri des poursuites. En troisième lieu, on pourrait délivrer une licence à tous ceux qui font partie de la chaîne allant du fabricant au consommateur, comme cela se fait déjà en France et à Singapour. En quatrième lieu, les fabricants pourraient être tenus d'imprimer un numéro de série sur chaque paquet de cigarettes, afin qu'on puisse suivre son trajet. Grâce aux perfectionnements constants de la technologie, le marquage des paquets pourrait aussi donner des informations sur le distributeur, le grossiste et l'exportateur. En cinquième lieu, on pourrait exiger des fabricants qu'ils assument la responsabilité d'améliorer la tenue de leurs écritures, afin que la destination finale de leurs produits soit bien celle qui était officiellement prévue. Des systèmes de contrôle informatisés permettraient aux autorités de suivre individuellement chaque expédition et de la localiser à tout moment. Ce système existe déjà à Hong Kong. Enfin, les exportateurs pourraient être tenus d'indiquer sur l'emballage le pays de destination des cigarettes et d'imprimer des avertissements dans la langue de ce pays. Quand des compagnies internationales fabriquent les cigarettes localement, cela pourrait être indiqué sur le paquet afin de faciliter le dépistage et de sensibiliser les consommateurs à la contrebande. Un certain nombre de pays ont intensifié leurs activités de lutte contre la contrebande. Le Royaume-Uni, par exemple, vient d'annoncer un programme de plus de 55 millions de dollars contre le trafic de cigarettes et d'alcool, qui prévoit notamment la création de postes spéciaux. Plus on acquerra d'expérience, plus les contrôles devraient se renforcer dans tous les pays touchés.

## CHAPITRE 6

# Les coûts et les conséquences de la lutte contre le tabagisme

**E**N dépit de la menace évidente que le tabac représente pour la santé mondiale, de nombreux gouvernements, en particulier dans les pays à revenu faible et intermédiaire, n'ont pas pris de mesures notables pour y parer. Parfois, c'est parce qu'ils sous-estiment le danger, ou parce qu'ils pensent à tort qu'on ne peut pas faire grand-chose pour réduire la consommation. Cependant, de nombreux gouvernements hésitent à agir, car ils craignent que la lutte contre le tabagisme n'ait des conséquences économiques préjudiciables. Dans ce chapitre, nous examinons certaines des idées les plus répandues sur les conséquences de la lutte contre le tabagisme pour les pays et pour les individus, avant d'évaluer la rentabilité des interventions.

### **La lutte contre le tabagisme est-elle préjudiciable pour l'économie ?**

Nous allons analyser brièvement les unes après les autres certaines des craintes les plus fréquemment exprimées, sous forme de réponses aux questions les plus couramment posées.

*Une chute de la demande de tabac provoquera-t-elle une montée du chômage ?*

L'une des grandes raisons de l'inaction des pouvoirs publics tient à la crainte d'éliminer des emplois. Cette crainte est alimentée principalement par les

arguments du lobby du tabac, qui affirme que la lutte contre le tabagisme supprimerait des millions d'emplois dans le monde. Pourtant, si l'on se penche de plus près sur ces arguments et sur les données les justifiant, on constate que les effets négatifs sur l'emploi de la lutte contre le tabagisme sont largement exagérés. La culture du tabac tient une place peu importante dans la plupart des économies. Mis à part un tout petit nombre de pays agricoles fortement tributaires de la culture du tabac, non seulement il n'y aurait pas de suppression *nette* d'emplois, mais il pourrait même y avoir création d'emplois si la consommation mondiale de tabac baissait. Comment cela ? Parce que l'argent consacré auparavant au tabac servirait à acheter d'autres biens et services, créant ainsi des emplois. Les quelques pays tributaires du tabac conserveraient des marchés suffisants pour ne pas perdre d'emplois pendant des années, même face à une baisse progressive de la demande.

La branche professionnelle du tabac estime à 33 millions le nombre des gens employés dans la culture du tabac dans le monde. Ce total comprend les travailleurs saisonniers, à temps partiel et les familles de cultivateurs. Il englobe aussi les exploitants qui produisent également d'autres cultures. Sur ce total, 15 millions vivent en Chine et 3,5 millions en Inde. Le Zimbabwe compte une centaine de milliers de travailleurs agricoles employés dans les exploitations de tabac. Le tabac fait vivre un nombre relativement faible, mais néanmoins substantiel, de travailleurs dans les pays à revenu élevé : aux États-Unis, par exemple, il existe 120 000 exploitations productrices de tabac, et dans l'Union européenne, il en existe 135 000, surtout petites, en Grèce, Italie, Espagne et France. Dans le secteur manufacturier, le tabac ne représente qu'un petit nombre d'emplois (moins de 1 % des emplois manufacturiers dans la plupart des pays), car la fabrication est largement mécanisée. On note cependant quelques exceptions à cette règle : le tabac représente 8 % de la production manufacturière en Indonésie, et entre 2,5 et 5 % en Turquie, au Bangladesh, en Égypte, aux Philippines et en Thaïlande. Toutefois, d'une manière générale, il est évident que la production de tabac constitue une faible partie de l'activité économique dans la plupart des pays.

L'argument suivant lequel la lutte contre le tabagisme provoquera des suppressions d'emplois massives est généralement fondé sur des études financées par la branche industrielle du tabac, qui estiment le nombre d'emplois attribuables au tabac dans chaque secteur, les revenus associés à ces emplois, les recettes fiscales générées par les ventes de tabac et la part du tabac dans la balance commerciale du pays, le cas échéant. Ces études estiment également l'effet démultiplicateur de l'argent gagné dans la culture et la manufacture du tabac sur le reste de l'économie. Cependant, les méthodes utilisées dans ces études sont contestables. En effet, elles évaluent la part *brute* du tabac dans l'emploi et dans l'économie. Elle tiennent rarement, voire jamais, compte du fait que si les gens ne dépensent pas d'argent pour acheter du tabac, ils s'en

servent généralement pour acheter d'autres biens, créant ainsi des emplois compensatoires. En outre, ces méthodes surestiment l'impact de toute intervention visant à réduire la demande, car leurs estimations de certaines variables, telles que les tendances du tabagisme et celles de la mécanisation de la production de cigarettes, sont généralement statiques.

Les études indépendantes de l'impact du tabac sur l'activité économique des pays particuliers aboutissent à des conclusions différentes. Au lieu de considérer la part brute du tabac dans l'économie, elles retiennent sa part *nette*, c'est-à-dire les avantages pour l'économie de toutes les activités liées au tabac, après la prise en compte de l'effet compensatoire des emplois qui seraient créés par l'argent non consacré au tabac. Ces études concluent que les mesures de lutte contre le tabagisme auraient un effet faible ou nul sur l'emploi total, sauf dans un très petit nombre de pays producteurs de tabac.

Selon une étude effectuée au Royaume-Uni, le nombre d'emplois aurait augmenté de plus de 100 000 équivalents plein temps en 1990 si les anciens fumeurs avaient consacré leur argent à l'achat de produits de luxe, et si un recul des recettes fiscales survenu à la suite de mesures non fiscales de réduction de la demande avait été compensé par une taxe sur d'autres biens et services. Une étude menée aux États-Unis a abouti à la conclusion que 20 000 emplois supplémentaires seraient créés entre 1993 et 2000 si la totalité de la consommation intérieure était éliminée. Il y aurait suppression nette d'emplois dans la région productrice de tabac, mais le total national augmenterait, car l'argent économisé sur les achats de tabac serait injecté dans d'autres secteurs de l'économie. Il est certain que les transitions dans un secteur peuvent être douloureuses et soulever des problèmes sociaux et politiques sur le court terme, mais les transitions sont des phénomènes courants et celle-ci n'aurait rien d'exceptionnel.

Ces observations ne concernent pas uniquement les pays à revenu élevé : de fait, certains pays à faible revenu pourraient bénéficier d'avantages surprenants. Ainsi, selon une étude réalisée en préparation de ce rapport, le Bangladesh, qui importe la presque totalité de sa consommation de cigarettes, serait nettement gagnant si toute la consommation intérieure disparaissait. Dans le secteur structuré de l'économie, la création nette d'emplois pourrait atteindre 18 % si les fumeurs consacraient leur argent à l'achat d'autres biens et services.

L'impact économique d'une chute mondiale de la consommation de tabac varierait suivant les types d'économie. À cet effet, on peut grouper les pays en trois catégories. La première comprend ceux qui produisent plus de tabac brut qu'ils n'en consomment, autrement dit, les exportateurs nets, tels que le Brésil, le Kenya et le Zimbabwe. La deuxième est formée des pays où la consommation est à peu près égale à la production, c'est-à-dire les pays « en équilibre ». Dans la troisième catégorie, on trouve les pays qui consomment plus qu'ils ne produisent, soit les importateurs nets, comme l'Indonésie, le Népal et le Viet Nam. C'est la catégorie la plus nombreuse.

Dans ce dernier groupe, ce sont les consommateurs qui supportent la majeure partie de l'impact des mesures de lutte contre le tabagisme, et le nombre d'emplois créés devrait l'emporter sur le nombre d'emplois perdus (tableau 6.1). Cependant, les quelques pays agricoles qui sont fortement tributaires du tabac pourraient subir une perte nette d'emplois. Parmi les plus touchés seraient ceux qui exportent la plus grande partie de leur récolte, comme le Malawi et le Zimbabwe. Selon un modèle, si la culture du tabac disparaissait entièrement du jour au lendemain au Zimbabwe, la perte nette d'emplois atteindrait 12 %. Il convient toutefois de souligner que ce scénario extrême a peu de chances de se réaliser.

TABLEAU 6.1 EFFETS SUR L'EMPLOI DE LA RÉDUCTION OU DE L'ÉLIMINATION DE LA CONSOMMATION DE TABAC

| <i>Catégorie, nom du pays et année</i> | <i>Variations nettes de l'emploi en pourcentage de l'économie pendant l'année indiquée</i> | <i>Hypothèses</i>  |
|--|--|--|
| <b>Exportateurs nets</b>               |  |  |
| Canada (1992)                          | 0,1 %  | Élimination de toutes les dépenses de consommation intérieures, dépenses conformes aux schémas de dépense « moyens »                   |
| États-Unis (1993)                      | 0 %  | Élimination de toutes les dépenses de consommation intérieures, dépenses conformes aux schémas de dépense « moyens »                   |
| Royaume-Uni (1990)                     | +0,5 %   | Réduction de 40 % des dépenses de consommation de tabac, dépenses conformes aux schémas « nouveaux ex-fumeurs »                        |
| Zimbabwe (1980)                        | -12,4 %  | Élimination de toute la consommation intérieure de tabac et redistribution de la production selon les schémas entrée-sortie « moyens » |
| <b>Économies en équilibre</b>          |  |  |
| Afrique du Sud (1995)                  | +0,4 %   | Élimination de toutes les dépenses de consommation intérieures, dépenses conformes aux schémas des « nouveaux ex-fumeurs »             |
| Écosse (1989)                          | +0,3 %   | Élimination de toutes les dépenses de consommation intérieures, dépenses conformes aux schémas de dépense « moyens »                   |
| <b>Importateurs nets</b>               |  |  |
| État du Michigan (E.U.) (1992)         | +0,1 %   | Élimination de toutes les dépenses de consommation intérieures, dépenses conformes aux schémas de dépense « moyens »                   |
| Bangladesh (1994)                      | +18,7 %  | Élimination de toutes les dépenses de consommation intérieures, dépenses conformes aux schémas de dépense « moyens »                   |

Sources : Buck, David et al., 1995 ; Irvine, I. J. et W. A. Sims, 1997 ; McNicoll, I. H. et S. Boyle, 1992 ; van der Merwe, Rowena et al., document de référence ; Warner, K. E. et G. A. Fulton, 1994 ; Warner, K. E. et al, 1996.



Au niveau des ménages et des petites communautés rurales, cet ajustement entraînerait une perte de revenu, des bouleversements et éventuellement l'exode, et de nombreux gouvernements auraient à cœur de faciliter le processus de transition (encadré 6.1)

---

#### ENCADRÉ 6.1 COMMENT AIDER LES AGRICULTEURS LES PLUS DÉFAVORISÉS

Il serait surprenant qu'on assiste à une réduction importante et immédiate de la production de tabac. Comme nous l'avons montré au chapitre 5, il est fort peu probable que les politiques visant à limiter la production de tabac soient applicables ou politiquement acceptables dans la majorité des pays. Parallèlement, si la *demande* de tabac baisse, elle le sera lentement, ce qui permettra aux plus directement touchés de s'adapter au même rythme.

Il est évidemment essentiel pour les pouvoirs publics d'évaluer exactement la manière dont une baisse progressive de la demande affectera les régions productrices de tabac. Selon les études qui ont été effectuées dans la plupart des pays à revenu élevé, l'économie de ces régions se diversifie peu à peu. Dans ces pays, les producteurs de tabac procèdent à des ajustements économiques depuis plusieurs dizaines d'années et, dans de nombreuses régions productrices, l'économie est plus diversifiée que par le passé. De nombreux cultivateurs souhaitent poursuivre la diversification. Selon une enquête effectuée auprès des producteurs de tabac américains, par exemple, la moitié des personnes interrogées avaient au

moins entendu parler d'exploitants de leur comté qui poursuivaient d'autres activités agricoles rentables. Les producteurs jeunes et plus éduqués s'intéressaient plus à la diversification que leurs aînés et estimaient la chose plus réalisable que ces derniers. De même, une importante minorité savaient que des changements étaient possibles, mais reconnaissaient qu'ils seraient lents. Huit sur dix ont déclaré qu'ils pensaient personnellement continuer à cultiver le tabac, mais un sur trois a répondu qu'il déconseillerait à ses enfants de poursuivre cette activité.

Néanmoins, les autorités pourraient vouloir aider les producteurs les plus démunis à faire face aux coûts de la transition, cela pour plusieurs raisons. En effet, les exploitations agricoles sont une source d'emploi majeure en milieu rural, et de nombreuses sociétés leur attribuent une grande importance sociale. En outre, les exploitants peuvent représenter une opposition politique importante dans la maîtrise du tabagisme. Plusieurs mesures peuvent être envisagées : encourager de bonnes politiques agricoles et commerciales, élaborer de vastes programmes de

(suite page suivante)

---

---

**ENCADRÉ 6.1** *(suite)*

développement rural, aider les producteurs à diversifier leur production, offrir des possibilités de formation et divers programmes de protection sociale. Certains gouvernements ont proposé de financer ces activités au moyen des recettes fiscales du tabac. Les réussites locales peuvent être une bonne source d'enseignements. Aux États-Unis, par exemple, certaines

communautés rurales qui sont de longue date tributaires du tabac ont formé des coalitions avec des groupes actifs dans le domaine de la santé publique, et se sont entendues sur un ensemble de principes régissant les politiques de nature à réduire la consommation de tabac et à promouvoir en même temps la pérennité des communautés rurales.

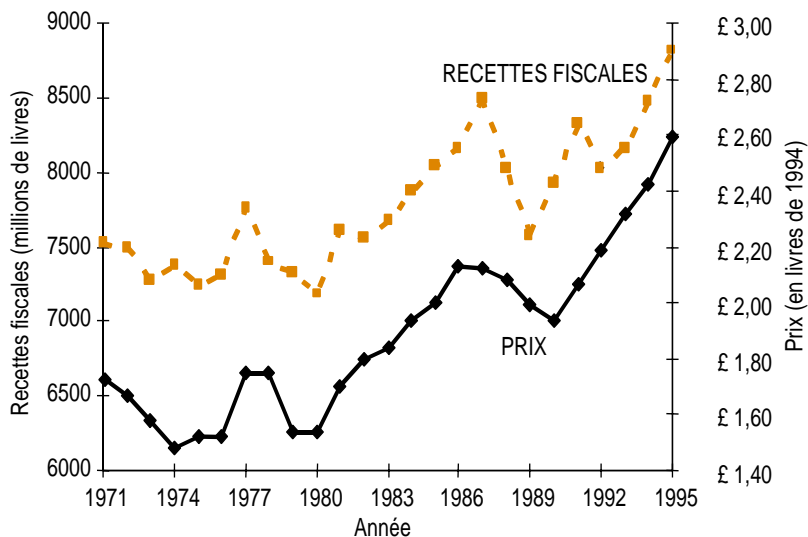
---

### *Le relèvement de la fiscalité du tabac réduira-t-il les recettes publiques ?*

Les pouvoirs publics sont fréquemment opposés au relèvement de la fiscalité du tabac, persuadés que la baisse de la demande qui en résulterait ferait perdre des recettes importantes à l'État. En réalité, c'est l'inverse qui est vrai sur le court et moyen terme. Sur la longue période, les choses sont moins claires. L'augmentation des recettes fiscales sur le court et moyen terme s'explique par le fait que la demande de cigarettes est relativement inélastique. Il est évident que la hausse des prix fera baisser la consommation, mais dans une proportion inférieure à celle de l'augmentation du prix. Au Royaume-Uni, par exemple, les taxes sur les cigarettes ont augmenté à plusieurs reprises au cours des 30 dernières années. Par suite de ces augmentations, et également du développement des connaissances sur les conséquences du tabagisme pour la santé, la consommation a fortement baissé pendant la même période, puisque le nombre des ventes annuelles de cigarettes est tombé de 138 milliards à 80 milliards d'unités. Pourtant, les recettes continuent d'augmenter. Pour chaque hausse de 1 %, les recettes publiques s'accroissent de 0,6 à 0,9 % au Royaume-Uni (figure 6.1). Un modèle mis au point en préparation de ce rapport montre que des majorations modestes de 10 % des droits de consommation sur les cigarettes appliquées dans tous les pays feraient progresser les recettes fiscales provenant du tabac d'environ 7 % en moyenne, les chiffres variant suivant les pays.

FIGURE 6.1 LA HAUSSE DE LA FISCALITÉ DU TABAC FAIT AUGMENTER LES RECETTES

*Prix réel et recettes fiscales du tabac au Royaume-Uni, 1971–95*



Source : Townsend, Joy. « The Role of Taxation Policy in Tobacco Control. » Dans Abedian, I. et al., directeurs de publication. *The Economics of Tobacco Control*. Le Cap, Afrique du Sud, Centre de recherche fiscale appliquée, Université du Cap.

Certaines mesures autres que la hausse des prix, comme l’interdiction de la publicité et des promotions, les campagnes d’information publiques et les vignettes de mise en garde, devraient entraîner une baisse des recettes, de même que la libéralisation de la vente des substituts nicotiniques et autres aides au sevrage. Cependant, l’effet de ces actions sur les recettes publiques serait progressif et compensé par la majoration de la fiscalité prévue dans les programmes généraux de maîtrise du tabagisme.

Il importe bien entendu de reconnaître que, si la lutte contre le tabagisme a pour objectif ultime de protéger la santé des individus, les pouvoirs publics devraient souhaiter voir la consommation de tabac baisser à tel point qu’en fin de compte, les recettes fiscales provenant du tabac commenceraient elles aussi à diminuer. On pourrait considérer cette perte de recettes comme l’aune à laquelle mesurer le succès de la prévention du tabagisme, ou la disposition de la société à payer les avantages sanitaires du recul du tabagisme. Mais c’est là une possibilité théorique plutôt qu’un scénario probable. Selon les tendances actuelles, le nombre de fumeurs continuera sans doute à augmenter dans les

pays à faible revenu au cours des 30 prochaines années. Tout aussi important, les autorités auraient toute latitude pour adopter un impôt sur le revenu ou une autre taxe à la consommation qui remplacerait les recettes fiscales du tabac.

### *L'augmentation des taxes sur le tabac stimulera-t-elle la contrebande ?*

D'aucuns affirment que ce serait le cas et que l'intensification de la contrebande s'accompagnerait d'un surcroît d'activités criminelles. Dans ce scénario, le tabagisme demeure élevé et les recettes fiscales tombent. Cependant, les analyses économétriques et autres effectuées dans un grand nombre de pays à revenu élevé indiquent que, même en présence d'une contrebande importante, la hausse des taxes fait augmenter les recettes et baisser le tabagisme. Par conséquent, si la contrebande constitue indéniablement un problème sérieux, et si des écarts importants entre les taux de fiscalité encouragent la contrebande, ce n'est pas en réduisant les taxes ni en renonçant à les augmenter qu'il convient de réagir, mais en réprimant la criminalité. Par ailleurs, il est logique de penser que la contrebande serait moins attractive si les pays s'entendaient avec leurs voisins pour harmoniser la fiscalité des cigarettes.

C'est ce qu'illustre clairement le cas du Canada. Au début des années 80 et 90, ce pays a fortement majoré les taxes sur les cigarettes, si bien que leur prix réel a sensiblement augmenté. Entre 1979 et 1991, le tabagisme des adolescents a baissé d'environ deux tiers, celui des adultes a diminué et les recettes fiscales ont enregistré une hausse substantielle. Pourtant, préoccupé par la montée de la contrebande, le gouvernement a fortement réduit les taxes sur les cigarettes. Il en est résulté une progression du tabagisme chez les adolescents et dans l'ensemble de la population, tandis que les recettes fédérales provenant des taxes sur le tabac diminuaient dans une mesure deux fois plus importante qu'on ne l'avait prédit.

Le cas de l'Afrique du Sud est également instructif. Pendant les années 90, l'Afrique du Sud a considérablement relevé les droits de consommation sur les cigarettes (plus de 450 %). En pourcentage du prix de vente, les taxes sont passées de 38 à 50 %. Comme il fallait s'y attendre, la contrebande a aussi augmenté, passant de 0 à 6 % du marché, soit la moyenne mondiale. Les ventes ont reculé de plus de 20 %, signalant une baisse nette substantielle de la consommation en dépit de la contrebande. Entre-temps, les recettes fiscales ont plus que doublé en valeur réelle.

Des chercheurs ont évalué au moyen d'une étude économétrique l'impact potentiel de divers scénarios fiscaux sur l'incitation à la contrebande entre pays européens. Ils ont conclu que, même si les taux de contrebande étaient des multiples des taux officiels, les recettes fiscales n'en augmenteraient pas moins. Ils ont également conclu que la contrebande induite par la hausse des

prix serait sans doute un problème plus sérieux dans les pays où les cigarettes sont déjà chères. Dans les pays où elles sont relativement bon marché, la hausse des prix n'aurait que peu d'effet sur la contrebande.

*Les consommateurs défavorisés seront-ils les plus touchés par la charge financière ?*

Dans de nombreux pays, il est généralement admis que le régime fiscal doit être équitable, en ce sens que l'impôt doit peser plus lourdement sur ceux qui sont le plus en mesure de payer. C'est sur ce principe que reposent les régimes d'impôts progressifs, dans lesquels les taux marginaux s'élèvent à mesure que croît le revenu. La fiscalité du tabac, au contraire, est régressive, dans la mesure où, comme les autres taxes de consommation, elles imposent une charge financière disproportionnée aux économiquement faibles. Ce caractère régressif est encore accentué par le fait que le tabagisme est plus fréquent parmi les ménages défavorisés que parmi les ménages aisés, en sorte que les fumeurs pauvres dépensent une part plus élevée de leur revenu sous forme de taxes sur les cigarettes.

Certains craignent que, par suite de l'augmentation des taxes, les pauvres ne consacrent une part croissante de leur revenu aux cigarettes, grevant encore davantage le budget familial. Même si la demande fléchit, il n'en est pas moins vrai que les consommateurs défavorisés qui continueront à consommer plus de tabac que les riches, acquitteront plus de taxes. Cependant, de nombreuses études montrent que les personnes à faible revenu sont plus sensibles aux variations de prix que les personnes à revenu élevé. Si leur consommation baisse plus rapidement, leur charge fiscale *relative* diminue en comparaison de celle des consommateurs aisés, même si elles continuent à payer davantage dans l'absolu. Deux études réalisées aux États-Unis et au Royaume-Uni confortent l'idée que l'*augmentation* des taxes sur le tabac est progressive, même si *en soi* la fiscalité du tabac est régressive. Il faudrait disposer également d'études concernant les pays à revenu faible et intermédiaire pour confirmer cette observation. Bien entendu, tous les fumeurs individuels doivent renoncer aux avantages perçus de la cigarette et subir le coût du retrait, pertes qui sont relativement plus importantes pour les consommateurs défavorisés.

La fiscalité du tabac, comme toutes les autres taxes, doit s'exercer compte tenu de la nécessité de veiller à ce que *l'ensemble* du régime des impôts et des dépenses soit proportionnel ou progressif. À l'heure actuelle, le régime fiscal de la plupart des pays est composé de taxes nombreuses et variées, l'objectif général étant qu'il soit progressif ou proportionnel, même si des taxes particulières ou certains éléments du système ont un caractère régressif. Pour compenser le caractère régressif de la fiscalité du tabac, l'État peut adopter des impôts plus progressifs ou d'autres programmes de transfert. Des services

sociaux bien ciblés, notamment des programmes d'éducation et de santé, iraient dans ce sens.

En principe, il convient de financer les avantages publics au moyen des recettes générales. Pour autant, on ne saurait négliger les capacités de recettes exceptionnelles de la fiscalité du tabac. On estime qu'en Chine, une hausse de 10 % de la taxe sur les cigarettes réduirait la consommation de 5 % et accroîtrait les recettes de 5 %, ce qui produirait suffisamment de recettes pour financer un programme de services de santé essentiels pour un tiers des 100 millions de Chinois les plus démunis.

### *La lutte contre le tabagisme imposera-t-elle des coûts aux particuliers ?*

En réduisant la consommation de cigarettes, les mesures de lutte contre le tabagisme réduiront la satisfaction, ou avantages, du fumeur, tout comme les restrictions imposées à la consommation de tout autre bien réduit le bien-être du consommateur. Le fumeur régulier doit soit renoncer au plaisir de fumer, soit supporter les coûts du sevrage, ou les deux à la fois. Cela représente une perte d'excédent du consommateur, qui contrebalance les avantages procurés par la maîtrise du tabagisme.

Cependant, comme nous l'avons vu plus haut, le tabac n'est pas un bien de consommation ordinaire, offrant des avantages ordinaires, car il soulève des problèmes de toxicomanie et d'information. Pour le fumeur toxicomane qui regrette de fumer et souhaiterait cesser, les avantages de la cigarette comprennent sans doute l'absence de symptômes de retrait. Si les mesures de lutte contre le tabagisme réduisent la consommation individuelle, ces fumeurs devront supporter des coûts de retrait substantiels.

Étant donné que la plupart des fumeurs se disent désireux de cesser, mais que peu d'entre eux y parviennent, on peut penser que les coûts perçus du sevrage sont plus grands que les coûts perçus de l'absence de sevrage, par exemple les méfaits pour la santé. Si l'augmentation de la fiscalité inverse ce rapport, certains fumeurs peuvent en venir à renoncer à la cigarette. Cependant, eux aussi auront à supporter des coûts de retrait. Mieux informés des risques du tabac pour la santé, les fumeurs percevraient que le coût de continuer à fumer est plus élevé et se rendraient compte des avantages du sevrage. L'élargissement de l'accès aux substituts nicotiques et à d'autres traitements contribuerait à faire baisser les coûts du sevrage.

Certains diront que les mesures de lutte contre le tabagisme imposent des coûts plus lourds aux individus défavorisés qu'aux individus aisés. Mais si cela est vrai pour le tabac, la situation n'a rien d'exceptionnel dans le domaine de la santé publique. La décision de subir des interventions sanitaires de toutes sortes, comme la vaccination des enfants ou le planning familial, est souvent

plus coûteuse pour les ménages pauvres. Par exemple, une famille pauvre peut habiter loin du dispensaire, et pendant qu'elle s'y rend, elle renonce à un certain revenu. Cependant, les responsables de la santé publique n'hésitent généralement pas à affirmer que les avantages de la plupart des interventions pour la santé valent le sacrifice, tant que celui-ci n'est pas assez important pour décourager les individus démunis.

Lorsqu'on examine la perte d'excédent du consommateur subie par les fumeurs, il importe de faire une distinction entre les fumeurs réguliers et les autres. Pour les enfants et les adolescents qui sont soit débutants soit simplement fumeurs en puissance, le coût de ne pas fumer est certainement moins élevé, puisque la dépendance n'est peut-être pas encore établie et que le coût du retrait devrait être minime. Parmi les autres coûts, on peut citer le rejet par une partie des pairs, une réduction de la satisfaction de se rebeller contre les parents et la perte des autres plaisirs qu'apporte la cigarette.

Les restrictions sur l'usage du tabac dans les lieux publics et au travail imposent aussi des coûts aux fumeurs, en les obligeant à sortir pour fumer ou à fumer moins. Ces interventions transfèrent comme il se doit les coûts du tabagisme des non-fumeurs aux fumeurs. Là encore, cette hausse des coûts sera ressentie par tous les fumeurs et en amènera certains à modifier leur comportement tabagique. Pour les non-fumeurs, en revanche, les mesures de lutte contre le tabagisme se traduiront par un bien-être supplémentaire. On peut penser que les pertes de bien-être des fumeurs sont minimisées si les mesures de lutte contre le tabagisme font partie d'un programme complet.

### *La maîtrise du tabagisme en vaut-elle le prix ?*

Nous analysons à présent la question de savoir si la lutte contre le tabagisme est rentable en comparaison d'autres mesures de santé publique. Pour les gouvernements qui envisagent leurs options, cette information pourrait constituer un facteur de décision important.

On peut estimer la rentabilité de différentes interventions de santé publique en estimant les gains en années de vie en bonne santé que chaque intervention permettra de réaliser moyennant les coûts publics requis pour la mettre en œuvre. Selon le Rapport sur le développement dans le monde de 1993 de la Banque mondiale, *Investir dans la santé*, les mesures de maîtrise du tabagisme ont un bon rapport coût-efficacité et méritent de figurer dans un programme minimum de soins de santé. Selon plusieurs études, les programmes d'action publics coûtent entre 20 et 80 dollars par année actualisée de vie en bonne santé de plus (une année de vie corrigée du facteur invalidité, ou AVCI)<sup>1</sup>.

Pour ce rapport, nous avons estimé la rentabilité de chacune des mesures de réduction de la demande examinées au chapitre 4 : accroissement de la fiscalité, programme de mesures autres que de prix, comprenant l'interdiction

de la publicité et des promotions, une meilleure information sanitaire et des restrictions sur le tabagisme public, et accès aux substituts nicotiques. Les résultats peuvent aider particulièrement les pays à revenu faible et intermédiaire à évaluer les domaines sur lesquels doivent porter principalement leurs interventions, compte tenu de leurs besoins propres.

Les estimations ont été obtenues au moyen du modèle décrit dans l'encadré 4.1. On trouvera une description détaillée des hypothèses et des paramètres utilisés dans un document de référence établi en préparation de ce rapport. Certaines interventions, comme le relèvement des taxes ou l'interdiction de la publicité et des promotions, ont un coût minime ou nul, puisqu'elles ne coûtent qu'un « trait de plume ». Par prudence, le modèle a attribué des coûts de mise en œuvre et d'administration importants, ainsi que le coût des médicaments dans le cas de la substitution nicotique. Toutefois, nous n'avons pas tenu compte des coûts éventuels pour les individus. Les résultats (tableau 6.2) indiquent que les majorations fiscales ont de loin le meilleur rapport coût-efficacité et que leurs avantages sont comparables à ceux de nombreuses interventions sanitaires. S'agissant des frais administratifs liés à la majoration et au suivi des taxes sur le tabac, suivant les hypothèses retenues, le coût de la mise en œuvre d'une hausse des taxes de 10 % pourrait être inférieur à cinq dollars par AVCI (et ne dépasserait certainement pas 17 dollars par AVCI) dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Ces valeurs sont comparables à celles de nombreuses interventions sanitaires financées par l'État, telles que la vaccination des enfants. Les mesures autres que de prix peuvent également être très rentables pour les pays à revenu faible et intermédiaire. Suivant les hypothèses retenues, certains programmes ne coûteraient pas plus de 68 dollars par AVCI, soutenant raisonnablement la comparaison avec plusieurs types d'interventions sanitaires bien établies, tels que le programme de traitement intégré de l'enfant malade, dont le coût a été estimé entre 30 et 50 dollars par AVCI dans les pays à faible revenu et entre 50 et 100 dollars dans les pays à revenu intermédiaire.

Nous avons également évalué la rentabilité probable d'un élargissement de l'accès aux substituts nicotiques. À cet effet, nous avons supposé que le coût des substituts nicotiques serait assumé par la collectivité. Les résultats indiquent que les pouvoirs publics devront procéder avec toute la prudence voulue et effectuer des analyses de rentabilité au niveau local avant d'envisager de fournir ces nouveaux traitements aux frais de la collectivité. Il est important de noter que la simple libéralisation de l'accès aux substituts nicotiques a beaucoup plus de chances d'être rentable, et que la rentabilité de ces traitements s'améliorerait à mesure que leur efficacité et le nombre d'adultes désireux de cesser augmenteraient.

Il faut de toute évidence poursuivre les recherches pour déterminer l'efficacité de ces programmes, leur rapport coût-efficacité probable dans des pays ayant des niveaux de revenu différents et leur coût pour les individus.



**TABLEAU 6.2 RENTABILITÉ DES MESURES DE LUTTE CONTRE LE TABAGISME**  
 Valeur de différentes interventions (dollars par AVCI gagnée), par région

| Région                            | Hausses des prix de 10 % | Mesures autres que de prix, efficacité 5 % | SN (fournis par la collectivité) 25 % de couverture |
|-----------------------------------|--------------------------|--|---|
| Afrique subsaharienne             | 2 à 8                    | 34 à 136                                   | 195 à 206   |
| Amérique latine et Caraïbes       | 10 à 42                  | 173 à 690                                  | 241 à 295   |
| Asie de l'Est et Pacifique        | 3 à 13                   | 53 à 212                                   | 338 à 355   |
| Asie du Sud                       | 3 à 10                   | 32 à 127                                   | 289 à 298   |
| Europe orientale et Asie centrale | 4 à 15                   | 64 à 257                                   | 227 à 247   |
| Moyen-Orient et Afrique du Nord   | 7 à 28                   | 120 à 482                                  | 223 à 260   |
| Revenu faible et intermédiaire    | 4 à 17                   | 68 à 272                                   | 276 à 297   |
| Revenu élevé                      | 161 à 645                | 1 347 à 5 388                              | 746 à 1 160   |

Note : Pour tous les calculs, nous avons utilisé un taux d'escompte de 3 % et nous avons projeté les avantages sur une période de 30 ans ; pour les interventions autres que de prix, les coûts ont été projetés sur une période de 30 ans. Les fourchettes résultent des variations du coût de fourniture des services, qui vont de 0,005 % à 0,02 % du PNB annuel.

Source : Ranson, Kent, P. Jha, F. Chaloupka et A. Yurekli. *Effectiveness and Cost-effectiveness of Price Increases and Other Tobacco Control Policy Interventions*. Document de référence.

Le coût de la mise en œuvre d'un programme global de lutte contre le tabagisme n'a été estimé que de manière approximative. Les faits observés dans les pays à revenu élevé semblent indiquer que ce coût serait très modique. En effet, les pays à revenu élevé qui ont des programmes très complets y consacrent annuellement entre 50 cents et 2,50 dollars par habitant. Dans cette perspective, le coût de la lutte contre le tabagisme dans les pays à revenu faible et intermédiaire devrait être abordable, même dans les pays où les dépenses de santé publiques par habitant sont extrêmement faibles. Les auteurs du Rapport sur le développement dans le monde de 1993 de la Banque mondiale, *Investir dans la santé*, estimaient que pour appliquer un programme d'interventions de santé publique essentielles comprenant des mesures de lutte contre le tabagisme, il en coûterait 4 dollars par habitant dans les pays à faible revenu, et 7 dollars dans les pays à revenu intermédiaire. La lutte contre le tabagisme ne représenterait qu'une fraction du total.

### Note

1. Une année de vie corrigée du facteur invalidité (AVCI) est une mesure temporelle qui permet aux épidémiologistes de saisir, au moyen d'un indicateur unique, le nombre d'années de vie perdues à la suite de décès prématurés (par décès prématuré on entend un décès survenant avant l'âge jusqu'auquel le défunt aurait pu compter vivre s'il était membre de la population modèle normalisée, où l'espérance de vie à la naissance est égale à celle de la population ayant la durée de vie la plus longue, à savoir la population japonaise) et les années d'invalidité d'une gravité et d'une durée données. Une AVCI est une année de vie en bonne santé perdue.



## CHAPITRE 7

### Programme indicatif d'action

**S**EULES deux causes de mortalité sont importantes et en progrès dans le monde : le VIH et le tabac. Si la plupart des pays ont au moins commencé à réagir face au VIH, il n'en est pas de même dans le cas de l'épidémie mondiale de tabagisme, face à laquelle la réaction est jusqu'à présent limitée et sporadique. Nous examinons dans ce chapitre certains des facteurs qui pourraient décider les autorités à agir et nous proposons un programme indicatif d'action.

Tous les gouvernements savent qu'ils ont à tenir compte non seulement des facteurs économiques, mais de nombreux autres également pour élaborer leurs grandes orientations. Les mesures de lutte contre le tabagisme ne font pas exception à la règle. La plupart des sociétés sont soucieuses de protéger leurs enfants, encore qu'à des degrés variables selon les cultures. Elles souhaiteraient aussi atténuer les souffrances et les dommages affectifs causés par la charge de morbidité et de décès prématurés du tabac. Les études économiques n'ont pas encore permis de former un consensus sur la manière d'évaluer cette charge. La lutte contre le tabagisme est une option attrayante pour les dirigeants qui tiennent à améliorer la santé publique. Étant donné l'ampleur de la charge de morbidité, une réduction même modeste se traduirait par des avancées sensibles sur le plan de la santé. Les sociétés sont d'accord sur le fait qu'il est souhaitable d'accomplir des progrès dans le domaine de la santé, comme en témoignent les politiques et les mesures de lutte contre le tabagisme prises par l'OMS et d'autres organisations internationales (encadrés 7.1 et 7.2 et appendice A).

Beaucoup de sociétés pourraient penser que la meilleure raison de prendre l'offensive contre le tabagisme consiste à dissuader les enfants et les adolescents de fumer. Or, comme nous l'avons vu au chapitre 3, les interventions axées précisément sur les consommateurs les plus jeunes n'ont guère de chances de réussir, tandis que les interventions *réellement efficaces*, la fiscalité essentiellement, affectent aussi les adultes. De même, les interventions visant expressément à protéger les non-fumeurs sont sans effet pour la plupart d'entre eux et, encore une fois, la fiscalité est l'option la plus efficace. En situation réelle, de nombreuses sociétés jugent acceptable, voire souhaitable, que les effets des mesures prises ne se limitent pas aux populations cibles. En tout état de cause, les politiques qui auraient pour seul effet de décourager les enfants de commencer à fumer n'auraient aucun impact sur le nombre mondial de décès liés au tabac avant plusieurs dizaines d'années, puisque la plupart des décès projetés pour la première moitié du XXI<sup>e</sup> siècle concernent les fumeurs actuels (figure 7.1). Par conséquent, les autorités désireuses d'obtenir des avancées sanitaires à moyen terme voudront aussi encourager les adultes à cesser de fumer.

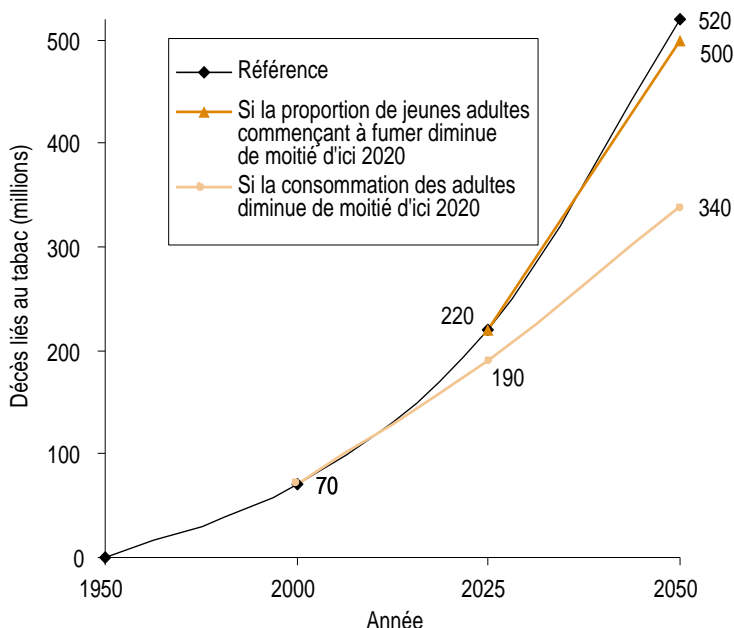
### Surmonter les obstacles politiques au changement

Pour être efficaces, les gouvernements qui décident d'appliquer des mesures de lutte contre le tabagisme doivent s'assurer auparavant que cette décision jouira d'un large soutien de l'opinion. On pourrait penser que les fumeurs sont farouchement opposés à la lutte anti-tabac, mais la réalité est tout autre : les chercheurs qui ont effectué des études dans les pays à revenu élevé dotés de programmes efficaces de lutte contre le tabagisme ont noté que la plupart des fumeurs adultes sont favorables à certaines mesures, telles qu'une large diffusion de l'information. Le gouvernement ne peut pas, à lui seul, assurer la réussite de ces programmes sans la participation de la société civile, du secteur privé et de différents groupes d'intérêts. Les programmes ont de plus grandes chances de réussir s'ils ont été entérinés par des intérêts sociaux très divers, qui en assument le pilotage et ont le pouvoir de mettre en œuvre les changements et d'assurer leur pérennité.

Peu de chercheurs ont tenté de mesurer l'impact combiné de différentes interventions. Comme nous l'avons montré au chapitre 4, chaque intervention distincte peut sauver des millions de vies, mais on ne sait pas encore si un programme comportant plusieurs mesures en sauverait encore plus que la somme de chaque intervention particulière. Les pays où existent des programmes accordent sans doute une importance différente à chacun de leurs éléments, compte tenu du contexte national. Par exemple, un pays où la fiscalité du tabac est plus faible que dans les pays voisins notera sans doute qu'une hausse de la fiscalité exercera un effet particulièrement marqué sur la

FIGURE 7.1 SI LES FUMEURS ACTUELS NE CESSENT PAS DE FUMER, LE NOMBRE DES DÉCÈS LIÉS AU TABAC AUGMENTERA CONSIDÉRABLEMENT AU COURS DES 50 PROCHAINES ANNÉES

Nombre cumulé des décès liés au tabac entre 1950 et 2050, pour différentes stratégies d'intervention (estimation)



Note : Peto et al. estiment à 60 millions le nombre de décès dus au tabac survenus entre 1950 et 2000 dans les pays développés. Nous estimons que 10 millions de décès additionnels auront eu lieu entre 1990 et 2000 dans les pays en développement. Nous avons pris pour hypothèse que les pays en développement n'ont aucun décès dû au tabac avant 1990 et que le nombre mondial de ces décès est resté minime jusqu'en 1950. Les projections relatives aux décès à compter de 2000 reposent sur Peto (communication personnelle [1998]).

Sources : Peto, Richard et al. 1994. *Mortality from Smoking in Developed Countries 1950–2000*. Oxford University Press ; et Peto, Richard, communication personnelle.

consommation de cigarettes. De même, dans un pays où la population est relativement éduquée et aisée, une hausse des prix aura moins d'effet, tandis qu'une campagne d'information sera plus efficace. Les facteurs culturels, comme un passé totalitaire, peuvent influencer sur la façon dont certaines mesures, par exemple l'interdiction de fumer dans les lieux publics, seront acceptées. Ces généralisations sont quelque peu simplistes, mais elles peuvent constituer un bon point de départ pour les responsables.

---

**ENCADRÉ 7.1 L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ ET LA CONVENTION-CADRE SUR LA LUTTE ANTI-TABAC**

À l'Assemblée mondiale de la santé, en mai 1996, les États membres de l'OMS ont adopté une résolution demandant à la directrice générale de l'OMS, Gro Harlem Brundtland, de lancer la mise au point d'une Convention-cadre sur la lutte anti-tabac. Aussi l'OMS a-t-elle donné la priorité à la relance des activités de lutte contre le tabagisme et créé un nouveau projet, l'Initiative Se libérer du tabac. L'un des piliers de cette initiative est la Convention-cadre de l'OMS sur la lutte anti-tabac (CCLA).

La CCLA sera un instrument juridique international visant à maîtriser l'expansion de la pandémie mondiale de tabac, principalement dans les pays en développement. Lorsqu'elle entrera en vigueur, la Convention marquera un précédent pour l'OMS et pour le monde. En effet, ce sera la première fois que les 191 États membres de cette organisation exerceront l'autorité constitutionnelle de l'OMS lui permettant de servir de plate-forme pour l'élaboration d'une convention. En outre, ce sera la première convention multilatérale concernant expressément un dossier de santé publique. La formulation de la CCLA sera facilitée par la connaissance du caractère addictif et fatal du tabagisme, et par le désir éprouvé par de nombreux pays d'améliorer la réglementation du tabac au moyen d'instruments internationaux.

La stratégie réglementaire internationale utilisée pour promouvoir un accord et un programme d'action multilatéraux sur la maîtrise du tabagisme est fondée sur la méthode des conventions-cadres et des protocoles afférents. Elle favorise le consensus international par une démarche progressive, en essayant d'obtenir des accords distincts sur chaque dossier. Elle comprend les étapes suivantes :

- Les États adoptent une convention-cadre prévoyant qu'ils coopéreront pour atteindre des objectifs généraux et établissant les institutions essentielles d'une structure juridique multilatérale.
- Des protocoles distincts, contenant des dispositions précises visant à atteindre les objectifs généraux prévus par la convention-cadre, sont conclus.

Cette méthode a déjà été utilisée dans d'autres domaines, par exemple lors de l'adoption de la Convention de Vienne sur la protection de la couche d'ozone et du Protocole de Montréal.

La négociation et la mise en œuvre de la CCLA contribueront à limiter le tabagisme en sensibilisant l'opinion nationale et internationale, et en mobilisant des ressources techniques et financières qui assureront l'efficacité des mesures nationales de lutte contre le tabagisme. La convention renforcera également la coopération internationale sur les

*(suite page suivante)*

---

---

**ENCADRÉ 7.1 (suite)**

aspects de la lutte contre le tabagisme qui débordent les frontières nationales, tels que la commercialisation et la promotion à l'échelle mondiale des produits du tabac et la contrebande. Bien que la négociation

de chaque traité ait un caractère individuel et dépende de la volonté politique des États, le Plan de travail accéléré de l'OMS pour la CCLA prévoit que la convention sera adoptée en mai 2003 au plus tard.

---

---

**ENCADRÉ 7.2 LA POLITIQUE DE LA BANQUE MONDIALE DANS LE DOMAINE DU TABAC**

Consciente des méfaits du tabac, la Banque mondiale a adopté en 1991 une politique sur ce produit qui s'articule autour de cinq grands axes : 1) les activités menées par la Banque dans le secteur de la santé, telles que le dialogue de politique générale et les prêts, découragent l'utilisation des produits du tabac ; 2) la Banque ne consent aucun prêt, n'effectue aucun investissement, ni ne garantit directement d'investissement ou de prêt en faveur de la production, du traitement ou de la commercialisation du tabac. Cependant, dans un petit nombre de pays agricoles qui tirent l'essentiel de leurs revenus ou de leurs recettes en devises du tabac, la Banque s'efforce de traiter la question en répondant le plus efficacement possibles aux besoins de pays en développement des intéressés. Elle les aide à diversifier leurs cultures et à réduire la part occupée par le tabac dans leur économie ; 3) la Banque n'accorde pas directement de prêts en faveur d'activités de production du tabac, dans la mesure où cela est réalisable ; 4) les pays ne peuvent pas inclure de tabac ni de machines ou de matériel de

traitement du tabac dans les importations financées par des prêts de la Banque ; et 5) le tabac et les importations liées au tabac peuvent ne pas être visés par les accords signés par l'emprunteur et la Banque pour libéraliser le commerce et réduire les droits de douane.

La politique de la Banque est conforme aux arguments avancés dans ce rapport à l'appui de l'élimination des subventions. Cependant, l'accent mis sur les mesures de limitation de l'offre n'a pas eu d'effet mesurable sur la consommation de tabac depuis 1991. Dans l'intervalle, la Banque a donné la priorité à la promotion de la santé et à l'information dans ses activités de lutte contre le tabagisme, qui portent sur environ 14 pays et font partie de projets d'un coût total de plus de 100 millions de dollars. Le rapport de la Banque sur la stratégie sectorielle de 1997 a étendu en principe aux prix et à la réglementation la portée de ces activités. L'efficacité des mesures de prix dans la réduction de la demande est confirmée par ce rapport.

---

Les gouvernements qui envisagent de prendre des mesures de lutte anti-tabac sont confrontés à des obstacles politiques majeurs. Cependant, s'ils parviennent à identifier les principales parties prenantes, tant du côté de l'offre que du côté de la demande, ils pourront évaluer le poids relatif de chaque camp, s'il s'est dispersé ou concentré, et les autres facteurs susceptibles d'influer sur la manière dont les différents camps réagissent au changement. Par exemple, les responsables pourront constater que le camp avantage, celui des non-fumeurs, forme une catégorie éparpillée et dispersée, tandis que le camp pénalisé, celui des producteurs de tabac, par exemple, a de l'entregent et sait faire vibrer la corde sensible. Pour que la transition entre la dépendance et l'indépendance par rapport au tabac se fasse sans heurts, il faut planifier soigneusement les interventions et avoir une bonne connaissance de la carte politique, quels que soient la nature de l'économie et le cadre politique national. C'est ce qu'a fait le Viet Nam, par exemple.

### Les priorités de la recherche

On sait déjà que les mesures de limitation de la demande (majoration de la fiscalité et interdiction de la publicité et des promotions, par exemple) donnent de bons résultats dans les pays à revenu élevé, et on en sait assez pour mettre ces mesures en œuvre sans attendre. Parallèlement, toutefois, les pays devront mettre en œuvre des programmes de recherche à la fois épidémiologiques et économiques, qui aideront les responsables à ajuster le tir pour avoir les meilleures chances de succès. Nous indiquons ci-dessous certains des principaux domaines de recherche.

#### *Recherches sur les causes, les conséquences et les coûts du tabagisme, aux niveaux national et international*

Ces recherches sont nécessaires si l'on veut compter les victimes du tabac et classer les décès selon leur cause. Il existe des méthodes simples et bon marché pour cela : on peut, par exemple, placer sur les certificats de décès des questions sur l'usage du tabac, ce qui permet de comparer le nombre de décès dus au tabagisme et à d'autres causes. Ces recherches n'ont pas seulement pour avantage d'informer les autorités sur l'avance de l'épidémie de tabac ou de fournir des points de référence pour suivre l'effet des mesures de lutte, elles permettent également de stimuler l'action des pouvoirs publics et peuvent avoir un impact substantiel sur la consommation de tabac.

Les pays à revenu élevé ne sont désormais plus les seuls à effectuer des recherches épidémiologiques, mais la recherche sur les causes du tabagisme, le caractère addictif du tabac et les facteurs comportementaux associés à l'initiation reste principalement axée sur l'Amérique du Nord et l'Europe



occidentale. Parallèlement à la mise en œuvre des mesures de contrôle, il pourrait être utile d'entreprendre des recherches sur ces questions pour affiner le ciblage des interventions, par exemple de celles qui visent à améliorer l'information sanitaire pour les pauvres, afin d'en maximiser l'effet.

Pour les économistes, il est urgent d'analyser le rapport coût-efficacité de chaque type d'intervention au niveau national. Il serait bon d'obtenir des données plus précises sur l'élasticité-prix dans les pays à revenu faible et intermédiaire, ainsi que des estimations des coûts pour la société et la santé publique du tabagisme dans ces pays.

La recherche sur le tabagisme ne reçoit pas autant de fonds qu'on s'y attendrait vu l'ampleur de la charge de morbidité qu'il engendre. Au début des années 90, dernière période pour laquelle des données sont disponibles, les investissements dans la recherche-développement sur le tabagisme se montaient à 50 dollars par décès survenu en 1990 (148-164 millions de dollars au total). Pour le VIH, en revanche, la recherche-développement a reçu environ 3 000 dollars par décès survenu en 1990 (919-985 millions de dollars au total). Ce sont essentiellement les pays à revenu élevé qui financent les recherches sur ces deux maladies.

## Recommandations

Nous présentons deux recommandations :

1. Les pays où les *pouvoirs publics* décident de prendre des mesures volontaristes pour maîtriser le tabagisme doivent adopter une stratégie polyvalente visant à dissuader les enfants de commencer à fumer, à protéger les non-fumeurs et à informer tous les fumeurs des méfaits du tabac. Cette stratégie, qui doit être adaptée aux besoins de chaque pays, comportera : 1) une majoration de la fiscalité, fondée sur les taux pratiqués dans les pays qui ont réussi à faire baisser la consommation (entre les deux tiers et les quatre cinquièmes du prix de vente des cigarettes au détail) ; 2) la publication et la diffusion des résultats des recherches effectuées sur les effets du tabac sur la santé, l'apposition de mises en garde bien visibles sur les paquets de cigarettes, l'interdiction totale de la publicité et des promotions, et la limitation du tabagisme au travail et dans les lieux publics ; et 3) l'élargissement de l'accès aux substituts nicotiques et aux traitements de sevrage.
2. Il conviendrait que les *organisations internationales*, telles que les institutions des Nations Unies, réexaminent leurs programmes et politiques en vigueur afin de donner la priorité à la lutte contre le tabagisme, qu'elles parrainent des recherches sur les causes, les conséquences et les coûts du tabagisme et sur la rentabilité

d'interventions données au niveau local, et qu'elles se penchent sur les aspects internationaux de la lutte contre le tabagisme. Il est recommandé, en particulier, qu'elles travaillent avec la Convention-cadre sur la lutte anti-tabac. Les grands domaines d'action comprennent la promotion d'accords internationaux sur la répression de la contrebande, des pourparlers sur l'harmonisation des taxes en vue de réduire les incitations à la contrebande, et l'interdiction de la publicité et de la promotion par le canal des moyens de communication mondiaux.

La menace posée par le tabagisme pour la santé publique est sans précédent, mais les opportunités de réduction de la mortalité liée à ce fléau grâce à des interventions officielles bien conçues sont également sans précédent. Nous montrons dans ce rapport ce qui peut être accompli, et que des interventions relativement limitées pourraient avoir des conséquences bénéfiques pour la santé au XXI<sup>e</sup> siècle.

## APPENDICE A

### La fiscalité du tabac : la perspective du Fonds monétaire international

**L**ES programmes de stabilisation appuyés par le FMI dans les pays qui ont besoin d'accroître leurs recettes fiscales pour réduire le déficit des finances publiques comprennent souvent des hausses de la fiscalité du tabac. Si une majoration des droits de consommation des produits du tabac est surtout motivée par la nécessité d'augmenter les recettes, elle engendre néanmoins des avantages pour la santé en réduisant la consommation de tabac.

Lorsqu'ils fixent les taux d'imposition, les pouvoirs publics doivent tenir compte de plusieurs facteurs, notamment l'impact de la contrebande, les achats à l'étranger et les achats hors taxes sur les ferries et dans les avions. Les gouvernements ont intérêt à réduire la contrebande de tabac non seulement pour améliorer les recettes des droits de consommation, mais également pour limiter les pertes des recettes fournies par les autres taxes, telles que l'impôt sur le revenu et la taxe à la valeur ajoutée, qui leur échappent lorsque les opérations clandestines se substituent aux transactions licites. En dernière analyse, les droits de consommation du tabac doivent tenir compte du pouvoir d'achat des consommateurs locaux, des taxes en vigueur dans les pays voisins et, surtout, de la mesure dans laquelle les autorités fiscales ont les moyens et la volonté d'en assurer la perception.

Pour ce qui est de la structure des droits de consommation du tabac, il convient de taxer tous les types de tabac : cigarettes, cigares, pour pipe, à priser, à mâcher et à rouler. La pratique optimale, sur le plan international, consiste à appliquer les droits de consommation en fonction de la destination, c'est-à-dire que les importations sont taxées, mais les exportations exonérées.

Les droits de consommation peuvent être fixes (fonction de la quantité) ou *ad valorem* (fonction de la valeur). Si l'un des objectifs principaux de la fiscalité est de décourager la consommation de tabac, il est alors tout à fait justifié de prélever des droits fixes qui frappent également chaque cigarette et qui sont en outre plus faciles à administrer, car il suffit de déterminer la quantité matérielle de produit, sa valeur n'entrant pas en ligne de compte. Cependant, les droits *ad valorem* suivent mieux l'inflation que les droits fixes, même lorsque ces derniers sont relevés assez souvent.

Pour administrer les droits de consommation intérieurs, il convient d'appliquer une stratégie intégrée comprenant l'inscription des contribuables ; la déclaration et la perception ; le recouvrement des arriérés ; l'audit ; et des services pour les contribuables. Il peut arriver que les pays en développement et en transition doivent traiter les installations de production de tabac comme des entités extraterritoriales et administrer les droits de consommation de la même manière que les droits de douane, c'est-à-dire que le fisc contrôle alors les expéditions à destination et en partance des installations de production.

Les timbres fiscaux peuvent faciliter l'administration du paiement des droits et empêcher d'expédier ailleurs les marchandises ayant acquitté les droits dans une juridiction donnée. L'adoption du timbre implique toutefois des coûts considérables pour les producteurs de la marchandise taxée. Il ne contribue que médiocrement au contrôle si son utilisation ne fait pas l'objet d'une surveillance au niveau de la vente au détail.

## APPENDICE B

### Documents de référence

CERTAINS de ces documents de référence seront publiés dans un ouvrage à paraître à Oxford University Press, intitulé *Tobacco Control Policies in Developing Countries*, préparé sous la direction de Prabhat Jha et Frank Chaloupka.

Bobak, Martin, Prabhat Jha, Son Nguyen et Martin Jarvis. *Poverty and Tobacco*.

Chaloupka, Frank, Tei-Wei Hu, Kenneth E. Warner, Rowena van der Merwe et Ayda Yurekli. *Taxation of Tobacco Products*.

Gajalakshmi, C.K., Prabhat Jha, Son Nguyen et Ayda Yurekli. *Patterns of Tobacco Use, and Health Consequences*.

Jha, Prabhat, Phillip Musgrove et Frank Chaloupka. *Is There a Rationale for Government Intervention?*

Jha, Prabhat, Fred Paccaud, Ayda Yurekli et Son Nguyen. *Strategic Priorities for Governments and Development Agencies in Tobacco Control*.

Joossens, Luk, David Merriman, Ayda Yurekli et Frank Chaloupka. *Issues in Tobacco Smuggling*.

Kenkel, Donald, Likwang Chen, Teh-Wei Hu et Lisa Bero. *Consumer Information and Tobacco Use*.

Lightwood, James, David Collins, Helen Lapsley, Thomas Novotny, Helmut Geist et Rowena van der Merwe. *Counting the Costs of Tobacco Use*.

Merriman, David, Ayda Yurekli et Frank Chaloupka. *How Big Is the Worldwide Cigarette Smuggling Problem?*

- Novotny, Thomas E., Jillian C. Cohen et David Sweanor. *Smoking Cessation, Nicotine Replacement Therapy, and the Role of Government in Supporting Cessation.*
- Peck, Richard, Frank Chaloupka, Prabhat Jha et James Lightwood. *Cost-Benefit Analysis of Tobacco Consumption.*
- Ranson, Kent, Prabhat Jha, Frank Chaloupka et Ayda Yurekli. *Effectiveness and Cost-effectiveness of Price Increases and Other Tobacco Control Policy Interventions.*
- Saffer, Henry. *The Control of Tobacco Advertising and Promotion.*
- Sunley, Emil M., Ayda Yurekli et Frank Chaloupka. *The Design, Administration, and Potential Revenue of Tobacco Excises: A Guide for Developing and Transition Countries.*
- Taylor, Allyn L., Frank Chaloupka, Emmanuel Guindon et Michaelyn Corbett. *Trade Liberalization and Tobacco Consumption.*
- Van der Merwe, Rowena, Fred Gale, Thomas Capehart et Ping Zhang. *The Supply-side Effects of Tobacco Control Policies.*
- Woollery, Trevor, Samira Asma, Frank Chaloupka et Thomas E. Novotny. *Other Measures to Reduce the Demand for Tobacco Products.*
- Yurekli, Ayda, Son Nguyen, Frank Chaloupka et Prabhat Jha. *Statistical Annex.*

## APPENDICE C

### Remerciements

**C**E rapport a considérablement bénéficié des idées, des apports techniques et des lectures critiques de nombreuses personnes et organisations. Les auteurs dont les travaux ont été utilisés dans le texte sont cités dans la Notice bibliographique. Les évaluateurs des documents de référence ou du rapport récapitulatif sont indiqués ci-dessous. Enfin, une série de consultations ont fourni aux auteurs des informations utiles.

#### **A. Évaluateurs des documents de référence ou du rapport récapitulatif**

Iraj Abedian, Samira Asma, Peter Anderson, Enis Baris, Howard Barnum, Edith Brown-Weiss, Neil Collishaw, Michael Ericksen, Christine Godfrey, Robert Goodland, Ramesh Govindaraj, Vernor Griese, Jack Henningfield, Chee-Ruey Hsieh, Teh-Wei Hu, Gregory Ingram, Paul Isenman, Steven Jaffee, Dean Jamison, Michael Linddal, Alan Lopez, Dorsati Madani, Will Manning, Jacob Meerman, Cyril Muller, Philip Musgrove, Richard Peck, Richard Peto, Markku Pekurinen, John Ryan, David Sweanor, John Tauras, Joy Townsend, Adam Wagstaff, Kenneth Warner, Trevor Woollery, Russell Wilkins, Witold Zatonski, Barbara Zolty et Mitch Zeller.

## B. Consultations

### 1. Examen du projet de rapport préliminaire et des principaux aspects économiques

Le 27 août 1997, à la 10<sup>e</sup> conférence sur le Tabac ou la santé, Beijing (Chine), organisée avec le concours de la Banque mondiale.

*Président de séance* : Thomas Novotny

*Participants* : Iraj Abedian, Frank Chaloupka, Simon Chapman, Kishore Chaudhry, Neil Collishaw, Vera Luisa da Costa y Silva, Prakash Gupta, Laksmiati Hanafiah, Natasha Herrera, Teh-Wei Hu, Desmond Johns, Prabhat Jha, Luk Joossens, Ken Kyle, Eric LeGresley, Michelle Lobo, Judith Mackay, Patrick Masobe, Kathleen McCormally, Zofia Mielecka-Kubien, Rafael Olganov, Alex Papilaya, Terry Pechacek, Milton Roemer, Ruth Roemer, Lu Rushan, Cecilia Sepulveda, David Simpson, Paramita Sudharto, Joy Townsend, Sharad Vaidya, Rowena Van Der Merwe, Kenneth Warner, Shaw Watanabe, David Zaridze et Witold Zatonski.

### 2. Examen initial du plan et du contenu des documents de référence

Le 20 février 1998, à la conférence de l'Université du Cap sur « L'économie du tabac : vers une gamme d'interventions optimales », le Cap (Afrique du Sud), organisée avec le concours de l'Institut de médecine sociale et préventive de l'Université de Lausanne et de l'Université du Cap.

*Président de séance* : Paul Isenman

*Participants* : Iraj Abedian, Judith Bale, Enis Baris, Frank Chaloupka, David Collins, Neil Collishaw, Brian Easton, Helmut Geist, Chee-Ruey Hsieh, Teh-Wei Hu, Prabhat Jha, Luk Joossens, Kamal Nayan Kabra, Pamphil Kweyuh, Helen Lapsley, Judith Mackay, Eddie Maravanyika, Sergiusz Matusia, Thomas Novotny, Fred Paccaud, Richard Peck, Krzysztof Przewozniak, Yussuf Saloojee, Conrad Shamlaye, Timothy Stamps, Krisela Steyn, Frances Stillman, David Sweanor, Joy Townsend, Rowena Van Der Merwe, Kenneth Warner et Derek Yach.

### 3. Réunion d'examen technique pour les économistes

Les 22–24 novembre 1998, à Lausanne (Suisse), organisée par l'Institut de médecine sociale et préventive de l'Université de Lausanne et la Banque mondiale.



*Co-présidents de séance* : Felix Gutzwiller et Fred Paccaud

*Participants* : Iraj Abedian, Nisha Arunatilleke, Martin Bobak, Phyllida Brown, Frank Chaloupka, David Collins, Jacques Cornuz, Christina Czart, Nishan De Mel, Jean-Pierre Gervasoni, Peter Heller, Tomasz Hermanowski, Alberto Holly, Teh-Wei Hu, Paul Isenman, Dean Jamison, Prabhat Jha, Luk Joossens, Jim Lightwood, Helen Lapsley, David Merriman, Phillip Musgrove, Son Nguyen, Richard Peck, Markku Pekurinen, Thomson Prentice, Kent Ranson, Marie-France Raynault, John Ryan, Henry Saffer, David Sweanor, John Tauras, Allyn Taylor, Joy Townsend, Rowena van der Merwe, Kenneth Warner, Trevor Woollery et Ayda Yurekli.

#### **4. Examen par les experts extérieurs**

Le 17 mars 1999, à Washington (États-Unis). Réunion parrainée par l'Office on Smoking and Health, Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis.

*Président de séance* : Michael Ericksen

*Participants* : Iraj Abedian, Samira Asma, Judith Bale, Enis Baris, Phyllida Brown, Frank Chaloupka, Peter Heller, Paul Isenman, Prabhat Jha, Nancy Kaufman, Thomas Loftus, Judith Mackay, Caryn Miller, Rose Nathan, Son Nguyen, Fred Paccaud, Anthony So, Roberta Walburn, Kenneth Warner, Trevor Woollery, Derek Yach et Ayda Yurekli.



## APPENDICE D

# Le monde par niveau de revenu et par région (nomenclature de la Banque mondiale)

| <i>Afrique subsaharienne</i> | <i>Amérique latine et Caraïbes</i> | <i>Asie de l'Est et Pacifique</i> | <i>Asie du Sud</i> | <i>Europe et Asie centrale</i> | <i>Moyen-Orient et Afrique du Nord</i> | <i>Pays à revenu élevé OCDE</i> | <i>Autres pays à revenu élevé</i> |
|------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|--------------------|--------------------------------|--|---------------------------------|-----------------------------------|
| <i>Faible revenu</i>         |                                    |                                   |                    |                                |  |                                 |                                   |
| Angola                       | Guyana                             | Cambodge                          | Afghanistan        | Arménie                        | Rép. du Yémen                          |                                 |                                   |
| Bénin                        | Haïti                              | Chine                             | Bangladesh         | Azerbaïdjan                    |  |                                 |                                   |
| Burkina Faso                 | Honduras                           | Mongolie                          | Bhoutan            | Bosnie-Herzégovine             |  |                                 |                                   |
| Burundi                      | Nicaragua                          | Myanmar                           | Inde               | Moldova                        |  |                                 |                                   |
| Cameroun                     |                                    | RDP lao                           | Népal              | Rép. kirghize                  |  |                                 |                                   |
| Comores                      |                                    | Viet Nam                          | Pakistan           |                                |  |                                 |                                   |
| Congo, Rép. dém. du          |                                    |                                   | Sri Lanka          | Tadjikistan                    |  |                                 |                                   |
| Congo, Rép. du               |                                    |                                   |                    |                                |  |                                 |                                   |
| Côte d'Ivoire                |                                    |                                   |                    |                                |  |                                 |                                   |
| Érythrée                     |                                    |                                   |                    |                                |  |                                 |                                   |
| Éthiopie                     |                                    |                                   |                    |                                |  |                                 |                                   |
| Gambie                       |                                    |                                   |                    |                                |  |                                 |                                   |
| Ghana                        |                                    |                                   |                    |                                |  |                                 |                                   |
| Guinée                       |                                    |                                   |                    |                                |  |                                 |                                   |
| Guinée-Bissau                |                                    |                                   |                    |                                |  |                                 |                                   |
| Guinée équatoriale           |                                    |                                   |                    |                                |  |                                 |                                   |
| Kenya                        |                                    |                                   |                    |                                |  |                                 |                                   |
| Lesotho                      |                                    |                                   |                    |                                |  |                                 |                                   |

## LE MONDE PAR NIVEAU DE REVENU ET PAR RÉGION (NOMENCLATURE DE LA BANQUE MONDIALE) (suite)

| <i>Afrique<br/>subsaharienne</i> | <i>Amérique latine<br/>et Caraïbes</i> | <i>Asie de l'Est<br/>et Pacifique</i> | <i>Asie<br/>du Sud</i> | <i>Europe et<br/>Asie centrale</i> | <i>Moyen-Orient et<br/>Afrique du Nord</i> | <i>Pays à<br/>revenu élevé<br/>OCDE</i> | <i>Autres pays à<br/>revenu élevé</i> |
|----------------------------------|--|---------------------------------------|------------------------|------------------------------------|--|---|---------------------------------------|
|----------------------------------|--|---------------------------------------|------------------------|------------------------------------|--|---|---------------------------------------|

*Faible revenu (suite)*

Libéria  
Madagascar  
Malawi  
Mali  
Mauritanie  
Mozambique  
Niger  
Nigéria  
Ouganda  
Rép. centrafricaine  
Rwanda  
Sao Tomé-  
et-Principe  
Sénégal  
Sierra Leone  
Somalie  
Soudan  
Tanzanie  
Togo  
Zambie  
Zimbabwe

*Revenu intermédiaire, tranche inférieure*

Botswana  
Belize  
Cap-Vert  
Colombie  
Costa Rica  
Corée,  
Rép. dém. de  
Maldives  
Répub. féd. de  
Micronésie

Albanie  
Belarus  
Bulgarie  
Estonie

Algérie  
Cisjordanie et  
Gaza  
Égypte





Liechtenstein  
Macao  
Martinique  
Monaco  
Nouvelle-  
Calédonie  
Polynésie française  
Qatar  
Réunion  
Singapour

---

Source : Banque mondiale, 1998





## Notice bibliographique

### Chapitre 1. Les tendances mondiales du tabagisme

L'analyse de la consommation et de l'épidémiologie s'inspire de Gajalakshmi et al., document de référence ; Lund et al., 1995 ; Ranson et al., document de référence ; Wald et Hackshaw, 1996, et World Health Organization, 1997. La partie relative au statut socio-économique s'inspire de Bobak et al., document de référence ; Académie chinoise de médecine préventive, 1997 ; Gupta, 1996 ; Jenkins et al., 1997 ; Obot, 1990 ; Hill et al., 1998 ; Rapports du Surgeon General des États-Unis, 1989 et 1994 ; Gouvernement britannique, 1998 ; Wersall et Eklund, 1998 ; et White et Scollo, 1998. L'analyse de la libéralisation du commerce s'inspire de Chaloupka et Laixuthai, 1996 ; et Taylor et al., document de référence.

### Chapitre 2. Les conséquences du tabagisme pour la santé

L'analyse de la dépendance nicotinique s'inspire de Charlton, 1996 ; Foulds, 1996 ; Lynch et Bonnie, 1994 ; Kessler, 1995 ; McNeill, 1989 ; et Rapports du Surgeon General des États-Unis, 1988, 1989 et 1994. L'examen de la charge de morbidité attribuable au tabagisme s'inspire de Bobak et al., document de référence ; Doll et Peto, 1981 ; Doll et al., 1994 ; Agence de protection de l'environnement, 1992 ; Gajalakshmi et al., document de référence ; Gupta, 1989 ; Jha et al., à paraître ; Liu et al., 1998 ; Meara, à paraître ; Niu et al.,

1998 ; Parish et al., 1995 ; Peto et al., 1994 ; Peto, Chen, et Boreham, 1999 ; et Faculté royale de médecine, 1992.

### **Chapitre 3. Les fumeurs savent-ils quels risques ils courent et assument-ils leurs coûts ?**

L'analyse de la connaissance des risques pour la santé s'inspire de Ayanian et Cleary, 1999 ; Barnum, 1994 ; Chaloupka et Warner, sous presse ; Académie chinoise de médecine préventive, 1997 ; Johnston et al., 1998 ; Kenkel et al., document de référence ; Kessler, 1995 ; Levshin et Droggachih, 1999 ; Schoenbaum, 1997 ; Viscusi, 1990, 1991, et 1992 ; Weinstein, 1998 et Zatonski, 1996. L'examen des coûts imposés aux autres s'inspire de Lightwood et al., document de référence, Manning et al., 1991 ; Pekurinen, 1992 ; Viscusi, 1995 ; Warner et al., sous presse ; et Banque mondiale 1994b.

### **Chapitre 4. Réduire la demande de tabac**

Ce chapitre s'inspire de Abedian et al., 1998 ; Chaloupka et al., document de référence ; Chaloupka et Warner, sous presse ; Townsend, 1996 ; Jha et al., document de référence ; Kenkel et al., document de référence ; Laugesen et Meads, 1991 ; Novotny et al., document de référence ; Pekurinen, 1992 ; Ranson et al., document de référence ; Raw et al., 1999 ; Reid, 1996 ; Saffer et Chaloupka, 1999 ; Saffer et al., document de référence ; Tansel, 1993 ; Townsend, 1998 ; Département de la santé du Royaume-Uni, 1998 ; Rapport du Surgeon General des États-Unis, 1989 ; Warner et al., 1997 ; et Zatonski et al., 1999.

### **Chapitre 5. Réduire l'offre de tabac**

Ce chapitre s'inspire de Altman et al., 1998 ; Berkelman et Buehler, 1990 ; Chaloupka et Warner, sous presse ; Crescenti, 1992 ; Organisation pour l'alimentation et l'agriculture, 1998 ; Ginsberg, 1999 ; IEC, 1998 ; Joossens et al., document de référence ; Maravanyika, 1998 ; Merriman et al., document de référence ; Reuter, 1992 ; Taylor et al., document de référence ; Thursby et Thursby, 1994 ; Département de l'agriculture des États-Unis 1998 ; Van der Merwe, document de référence ; Warner, 1988 ; Warner et Fulton, 1994 ; Warner et al., 1996 ; et Zang et Husten, 1998.

### **Chapitre 6. Les coûts et les conséquences de la lutte contre le tabagisme**

Ce chapitre s'inspire de Altman et al., 1998 ; Buck et al., 1995 ; Centers for Disease Control et Prevention, 1998 ; Chaloupka et al., document de référence ;

Doll et Crofton, 1996 ; Efroymsen et al., 1996 ; Irvine et Sims, 1997 ; Jones, 1999 ; Joossens et al., document de référence ; McNicoll et Boyle, 1992 ; Murray et Lopez, 1996 ; Orphanides et Zervos, 1995 ; Suranovic et al., 1999 ; Townsend, 1998 ; Van der Merwe, 1998 ; Van der Merwe et al., document de référence ; Warner, 1987 ; Warner et Fulton, 1994 ; Warner et al., 1996 ; et Banque mondiale, 1993.

## **Chapitre 7. Programme indicatif d'action**

Ce chapitre s'inspire de Jha et al., document de référence ; Abedian et al., 1998 ; OMS 1996a ; U.S. Surgeon General 1999 ; et Samet et al., 1997.



## Bibliographie

- Abedian, Iraj, Rowena van der Merwe, Nick Wilkins, and Prabhat Jha, eds. 1998. *The Economics of Tobacco Control: Towards an Optimal Policy Mix*. Cape Town, South Africa: Applied Fiscal Research Centre, University of Cape Town.
- Agro-economic Services, Ltd, and Tabacosmos, Ltd. 1987. *The Employment, Tax Revenue and Wealth that the Tobacco Industry Creates*.
- Altman, D. G., D. J. Zaccaro, D. W. Levine, D. Austin, C. Woodell, B. Bailey, M. Sligh, G. Cohn, and J. Dunn. 1998. "Predictors of Crop Diversification: A Survey of Tobacco Farmers in North Carolina." *Tobacco Control* 7(4):376–82.
- American Economics Group, Inc. 1996. *Economic Impact in the States of Proposed FDA Regulations Regarding the Advertising, Labeling and Sale of Tobacco Products*. Washington, D.C.
- Atkinson, A. B., and J. L. Skegg. 1973. "Anti-Smoking Publicity and the Demand for Tobacco in the UK." *The Manchester School of Economic and Social Studies* 41:265–82.
- Atkinson, A. B., J. Gomulka, and N. Stern. 1984. *Household Expenditure on Tobacco 1970-1980: Evidence from the Family Expenditure Survey*. London: London School of Economics.
- Ayanian, J., and P. Cleary. 1999. "Perceived Risks of Heart Disease and Cancer Among Cigarette Smokers." *Journal of the American Medical Association* 281(11):1019–21.

- Barendregt, J. J., L. Bonneux, and P. J. van der Maas. 1997. "The Health Care Costs of Smoking." *New England Journal of Medicine* 337(15):1052–7.
- Barnum, Howard. 1994. "The Economic Burden of the Global Trade in Tobacco." *Tobacco Control* 3:358–61.
- Barnum, Howard, and R. E. Greenberg. 1993. "Cancers." In Jamison, D. T., H. W. Mosley, A. R. Measham, and J. L. Bobadilla, eds., *Disease Control Priorities in Developing Countries*. New York: Oxford Medical Publications.
- Becker, G. S., M. Grossman, and K. M. Murphy. 1991. "Rational Addiction and the Effect of Price on Consumption." *American Economic Review* 81:237–41.
- . 1994. "An Empirical Analysis of Cigarette Addiction." *American Economic Review* 84:396–418.
- Berkelman, R. L., and J. W. Buehler. 1990. "Public Health Surveillance of Non-Infectious Chronic Diseases: the Potential to Detect Rapid Changes in Disease Burden." *International Journal of Epidemiology* 19(3):628–35.
- Booth, Martin. 1998. *Opium : A History*. New York: St. Martin's Press.
- British American Tobacco. 1994. *Tobacco Taxation Guide: A Guide to Alternative Methods of Taxing Cigarettes and Other Tobacco Products*. Woking, U.K.: Optichrome The Printing Group.
- Buck, David, C. Godfrey, M. Raw, and M. Sutton. 1995. *Tobacco and Jobs*. York, U.K.: Society for the Study of Addiction and the Centre for Health Economics, University of York.
- Capehart, T. 1997. "The Tobacco Program—A Summary and Update." *Tobacco Situation & Outlook Report*. U.S. Department of Agriculture, Economic Research Service, TBS-238.
- Chaloupka, F. J. 1990. *Men, Women, and Addiction: The Case of Cigarette Smoking*. NBER Working Paper No. 3267. Cambridge, Mass.: National Bureau of Economic Research.
- . 1991. "Rational Addictive Behavior and Cigarette Smoking." *Journal of Political Economy* 99(4):722–42.
- . 1998. *The Impact of Proposed Cigarette Price Increases*. Policy Analysis No. 9, Health Sciences Analysis Project. Washington D.C.: Advocacy Institute.
- Chaloupka, F. J., and A. Laixuthai. 1996. *US Trade Policy and Cigarette Smoking in Asia*, NBER Working Paper No. 5543. Cambridge, Mass.: National Bureau of Economic Research.
- Chaloupka, F. J., and H. Saffer. 1992. "Clean Indoor Air Laws and the Demand for Cigarettes." *Contemporary Policy Issues* 10(2):72–83.
- Chaloupka, F. J., and H. Wechsler. 1997. "Price, Tobacco Control Policies and Smoking Among Young Adults." *Journal of Health Economics* 16(3):359–73.

- Chaloupka, F. J., and K. E. Warner. In press. "The Economics of Smoking." In Newhouse, J., and A. Culyer, eds., *The Handbook of Health Economics*. Amsterdam: North Holland.
- Chaloupka, F. J., and M. Grossman. 1996. *Price, Tobacco Control Policies and Youth Smoking*. NBER Working Paper No. 5740. Cambridge, Mass.: National Bureau of Economic Research.
- Chaloupka, F. J., and R. L. Pacula. 1998. *An Examination of Gender and Race Differences in Youth Smoking Responsiveness to Price and Tobacco Control Policies*. NBER Working Paper No. 6541. Cambridge, Mass.: National Bureau of Economic Research.
- Chalton, A. 1996. "Children and Smoking: The Family Circle." *British Medical Bulletin*, 52(1):90–107.
- Chase Econometrics. 1985. *The Economic Impact of the Tobacco Industry on the United States Economy in 1983*. Bala Cynwyd, Penn.: Chase Econometrics.
- Chinese Academy of Preventive Medicine. 1997. *Smoking in China: 1996 National Prevalence Survey of Smoking Pattern*. Beijing: China Science and Technology Press.
- Coalition on Smoking or Health. 1994. *Saving Lives and Raising Revenue: The Case for a \$2 Federal Tobacco Tax Increase*. Washington D.C.
- Collins, D. J., and H. M. Lapsley. 1997. *The Economic Impact of Tobacco Smoking in Pacific Islands*. Wahroonga, NSW, Australia: Pacific Tobacco and Health Project.
- Collishaw, Neil. 1996. "An International Framework Convention for Tobacco Control." *Heart Beat* 2:11.
- Crescenti, M. G. 1992. "No Alternative to Tobacco." *Tobacco Journal International* 6, November-December 14.
- Doll, Richard, and R. Peto. 1981. *The Causes of Cancer*. New York: Oxford University Press.
- Doll, Richard, R. Peto, K. Wheatley, R. Gray, and I. Sutherland. 1994. "Mortality in Relation to Smoking: 40 Years' Observations on Male British Doctors." *British Medical Journal*, 309(6959):901–11.
- Doll, Richard, and John Crofton, eds. 1996. "Tobacco and Health." *British Medical Bulletin* Vol. 52, No. 1.
- Douglas, S. 1998. "The Duration of the Smoking Habit." *Economic Inquiry* 36(1):49–64.
- Duffy, M. 1996. "Econometric Studies of Advertising, Advertising Restrictions, and Cigarette Demand: A Survey." *International Journal of Advertising* 15:1–23.
- The Economist. 1995. "An Anti-Smoking Wheeze: Washington Needs a Sensible All-Drugs Policy, Not a "War" on Teenage Smoking." 19 August, pp. 14–15.

- . 1997. "Tobacco and Tolerance." 20 December, pp. 59–61.
- Efroyimson, D., D. T. Phuong, T. T. Huong, T. Tuan, N. Q. Trang, V. P. N. Thanh, and T. Stone. *Decision Mapping for Tobacco Control in Vietnam: Report to the International Tobacco Initiative*. PATH Canada. Project 94-0200-01/02214.
- Ensor, T. 1992 "Regulating Tobacco Consumption in Developing Countries." *Health Policy and Planning*, 7:375–81.
- EPA (Environmental Protection Agency). 1992. *Respiratory Health Effects of Passive Smoking: Lung Cancer and Other Disorders*. EPA, Office of Research and Development, Office of Air and Radiation. EPA/600/6-90/006F.
- Evans, W. N., and L. X. Huang. 1998. *Cigarette Taxes and Teen Smoking: New Evidence from Panels of Repeated Cross-Sections*. Working paper. Department of Economics, University of Maryland.
- Evans, W. N. and M. C. Farrelly. 1998. "The Compensating Behavior of Smokers: Taxes, Tar and Nicotine." *RAND Journal of Economics* 29(3):578–95.
- Evans, W. N., M. C. Farrelly, and E. Montgomery. 1996. *Do Workplace Smoking Bans Reduce Smoking?* NBER Working Paper No. 5567. Cambridge, Mass.: National Bureau of Economic Research.
- FAO (Food and Agriculture Organization). 1998. Food and Agriculture Organization of the United Nations Database (<http://apps.fao.org>).
- Federal Trade Commission. 1995. "Cigarette Advertising and Promotion in the United States, 1993: A Report of the Federal Trade Commission." *Tobacco Control* 4:310–13.
- Foulds, J. "Strategies for Smoking Cessation." *British Medical Bulletin* 52(1):157–73.
- Gajalakshmi, C. K., and R. Peto. Studies on Tobacco in Chennai, India. In Lu, R., J. Mackay, S. Niu, and R. Peto, eds. *The Growing Epidemic*, proceedings of the *Tenth World Conference on Tobacco or Health*, Beijing, 24–28 August 1997. Singapore: Springer-Verlag (in press).
- Gale, F. 1997. "Tobacco Dollars and Jobs." *Tobacco Situation & Outlook*. U.S. Department of Agriculture, Economic Research Service, TBS 239(September):37–43.
- . 1998. "Economic Structure of Tobacco-Growing Regions." *Tobacco Situation & Outlook*. U.S. Department of Agriculture, Economic Research Service, TBS 241(April): 40–47.
- General Accounting Office. 1989. *Teenage Smoking: Higher Excise Tax Should Significantly Reduce the Number of Smokers*. Washington D.C.
- Ginsberg, S. "Tobacco Farmers Feel the Heat." *Washington Post* January 2, 1999.
- Glantz, S. A., and W. W. Parmley. 1995. "Passive Smoking and Heart Disease: Mechanisms and Risk." *Journal of the American Medical Association* 73(13):1047–53.



- Gong, Y. L., J. P. Koplan, W. Feng, C. H. Chen, P. Zheng, and J. R. Harris. 1995. "Cigarette Smoking in China: Prevalence, Characteristics, and Attitudes in Minhang District." *Journal of the American Association of Medicine* 274(15):1232–34.
- Goto, K., and S. Watanabe. 1995. "Social Cost of Smoking for the 21st Century." *Journal of Epidemiology*, 5(3):113–15.
- Gray, Mike. 1998. *Drug Crazy : How We Got Into This Mess And How We Can Get Out*. New York: Random House.
- Grise, V. N. 1995. *Tobacco: Background for 1995 Farm Legislation*. Agricultural Economic Report No.709. Washington: U.S. Department of Agriculture, Economic Research Service.
- Gupta, P. C. 1989. "An Assessment of Morbidity and Mortality Caused by Tobacco Usage in India." In Sanghvi, L. D. and P. Notani, eds., *Tobacco and Health: the Indian Scene*. Bombay: International Union Against Cancer and Tata Memorial Center.
- . 1996 "Survey of Sociodemographic Characteristics of Tobacco Use Among 99,598 Individuals in Bombay, India, Using Handheld Computers." *Tobacco Control* 5:114–20.
- Hackshaw, A. K., M. R. Law, and N. J. Wald. 1997. "The Accumulated Evidence of Lung Cancer and Environmental Tobacco Smoke." *British Medical Journal* 315(7114):980–88.
- Harris and Associates. 1989. *Prevention in America: Steps People Take—or Fail to Take—For Better Health*, cited in U.S. Department of Health and Human Services. 1989. *Reducing the Health Consequences of Smoking: 25 Years of Progress: a Report of the Surgeon General*, DHHS Publication No. (CDC) 89-8411, Office on Smoking and Health, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Centers for Disease Control, Public Health Service, Washington, D.C.: U.S. Department of Human and Health Services.
- Harris, J. E. 1987. "The 1983 Increase in the Federal Cigarette Excise Tax." In Summers L. H., ed., *Tax Policy and the Economy*. Vol. 1. Cambridge, Mass.: MIT Press.
- . 1994. *A Working Model for Predicting the Consumption and Revenue Impacts of Large Increases in the U.S. Federal Cigarette Excise Tax*. NBER Working Paper No. 4803. Cambridge, Mass.: National Bureau of Economic Research.
- Hill, D. J., V. M. White, and M. M. Scollo. 1998. "Smoking Behaviours of Australian Adults in 1995: Trends and Concerns." *Medical Journal of Australia* 168 (5):209–13.
- Hodgson, T. A. 1998. "The Health Care Costs of Smoking." *New England Journal of Medicine* 338(7):470.
- Hodgson, T. A., and M. R. Meiners. 1982. "Cost-of-Illness Methodology: A Guide to Current Practices and Procedures." *Milbank Memorial Fund Quarterly* 60:429–62.

- Hsieh, C. R., and T. W. Hu. 1997. *The Demand for Cigarettes in Taiwan: Domestic Versus Imported Cigarettes*. Discussion Paper No. 9701. Nankang (Taipei): The Institute of Economics, Academia Sinica.
- Hu, T. W., H. Y. Sung, and T. E. Keeler. 1995a. "Reducing Cigarette Consumption in California: Tobacco Taxes vs. an Anti-Smoking Media Campaign." *American Journal of Public Health* 85(9):1218–22.
- . 1995b. "The State Antismoking Campaign and the Industry Response: the Effects of Advertising on Cigarette Consumption in California." *American Economic Review* 85(2):85–90.
- Hu, T. W., H. Y. Sung, and T. E. Keeler, M. Marcinia, A. Keith, and R. Manning. Forthcoming. "Cigarette Consumption and Sales of Nicotine Replacement Products."
- Hu, T. W., J. Bai, T. E. Keeler, P. G. Barnett, and H. Y. Sung. 1994. "The Impact of California Proposition 99, A Major Anti-Cigarette Law, on Cigarette Consumption." *Journal of Public Health Policy* 15(1):26–36.
- Hu, T. W., T. E. Keeler, H. Y. Sung, and P. G. Barnett. 1995. "Impact of California Anti-Smoking Legislation on Cigarette Sales, Consumption, and Prices." *Tobacco Control* 4(suppl):S34–S38.
- IEC. 1998. IEC Foreign Trade Statistics, World Bank Economic and Social Database, Washington D.C.: The World Bank.
- Irvine, I. J., and W. A. Sims. 1997. "Tobacco Control Legislation and Resource Allocation Effects." *Canadian Public Policy* 23(3): 259–73.
- Jenkins, C. N., P. X. Dai, D. H. Ngoc, H. V. Kinh, T. T. Hoang, S. Bales, S. Stewart, and S. J. McPhee. 1997. "Tobacco Use in Vietnam: Prevalence, Predictors, and the Role of the Transnational Tobacco Corporations." *Journal of the American Medical Association* 277(21):1726–31.
- Jha, P., O. Bangoura, and K. Ranson 1998. "The Cost-Effectiveness of Forty Health Interventions in Guinea." *Health Policy and Planning* 13(3): 249–62.
- Jha, P., R. Peto, A. Lopez, W. Zatonski, J. Boreham, and M. Jarvis. Forthcoming. "Tobacco-Attributable Mortality by Socioeconomic Status."
- Johnston, L. D., P. M. O'Malley, and J. G. Bachman. 1998. Smoking Among American Teens Declines Some. *Monitoring the Future Study*. University of Michigan Institute for Social Research. Press release. December 18. Washington D.C.
- Jones, A. M. 1999. "Adjustment Costs, Withdrawal Effects, and Cigarette Addiction." *Journal of Health Economics* 18:125–37.
- Joossens, L., and M. Raw. 1995. "Smuggling and Cross-Border Shopping of Tobacco in Europe." *British Medical Journal* 310(6991):1393–97.
- Jorenby, D. E., S. J. Leischow, M. A. Nides, S. I. Rennard, J. A. Johnston, A. R. Hughes, S. S. Smith, M. L. Muramoto, D. M. Daughton, K. Doan, M. C. Fiore, and T. B. Baker. "A Controlled Trial of Sustained-Release Bupropion,

- a Nicotine Patch, or Both for Smoking Cessation." *New England Journal of Medicine* 340(9):685–91.
- Keeler, T. E., M. Marciniak, and T. W. Hu. Forthcoming. "Rational Addiction and Smoking Cessation: An Empirical Study." *Journal of Socio-Economics*.
- Keeler, T. E., T. W. Hu, P. G. Barnett, and W. G. Manning. 1993. "Taxation, Regulation and Addiction: A Demand Function for Cigarettes Based on Time-Series Evidence." *Journal of Health Economics* 12(1):1–18.
- Kenkel, D. S. 1991. "Health Behavior, Health Knowledge, and Schooling." *Journal of Political Economy* 99(2):287–305.
- Kessler, D. A. 1995. "Nicotine Addiction in Young People." *New England Journal of Medicine* 333(3):186–89.
- Laugesen, M., and C. Meads. 1991. "Tobacco Advertising Restrictions, Price, Income and Tobacco Consumption in OECD Countries, 1960-1986." *British Journal of Addiction* 86(10):1343–54.
- Leu, R. E., and T. Schaub. 1983. "Does Smoking Increase Medical Expenditures?" *Social Science & Medicine* 17(23):1907–14.
- Levshin, V., and V. Drozgachih. 1999. "Knowledge and Education Regarding Smoking Among Moscow Teenagers." Paper presented at the workshop on "Tobacco Control in Central and Eastern Europe." Las Palmas de Gran Canaria. February 26, 1999.
- Lewit, E. M., and D. Coate. 1982. "The Potential for Using Excise Taxes to Reduce Smoking." *Journal of Health Economics* 1(2):121–45.
- Liu, B. Q., R. Peto, Z. M. Chen, J. Boreham, Y. P. Wu, J. Y. Li, T. C. Campbell, and J. S. Chen. 1998. "Emerging Tobacco Hazards in China. I. Retrospective Proportional Mortality Study of One Million Deaths." *British Medical Journal* 317(7170):1,411–22.
- Longfield, J. 1994. *Tobacco Taxes in the European Union: How to Make Them Work for Health*. London: UICC and Health Education Authority.
- Lu, R., J. Mackay, S. Niu, and R. Peto, eds. *The Growing Epidemic*, proceedings of the *Tenth World Conference on Tobacco or Health*, Beijing, 24–28 August 1997. Singapore: Springer-Verlag (in press).
- Lund, K. E., A. Roenneberg, and A. Hafstad. 1995. "The Social and Demographic Diffusion of the Tobacco Epidemic in Norway." In Slama, K., ed., *Tobacco and Health*. New York: Plenum Press.
- Lynch, B. S., and R. J. Bonnie, eds. *Growing Up Tobacco Free: Preventing Nicotine Addiction in Children and Youths*. Washington D.C.: National Academy Press.
- Mackay, Judith, and J. Crofton. 1996. "Tobacco and the Developing World." *British Medical Bulletin* 52(1):206–21.
- Mahood, G. 1995. "Canadian Tobacco Package Warning System." *Tobacco Control* 4:10–14.

- Manning, W. G., E. B. Keeler, J. P. Newhouse, E. M. Sloss, and J. Wasserman. 1991. *The Costs of Poor Health Habits*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- . 1989. "The Taxes of Sin: Do Smokers and Drinkers Pay Their Way?" *Journal of the American Medical Association* 261(11):1604–09.
- Maravanyika, Edward. 1998. "Tobacco Production and the Search for Alternatives for Zimbabwe." In Abedian, I., and others, eds., *The Economics of Tobacco Control*. Cape Town, South Africa: Applied Fiscal Research Centre, University of Cape Town.
- Massing, Michael. 1998. *The Fix*. New York: Simon & Schuster.
- McNeill, A. D., and others. 1989. "Nicotine Intake in Young Smokers: Longitudinal Study of Saliva Cotinine Concentrations." *American Journal of Public Health* 79(2):172–75.
- McNicoll, I. H., and S. Boyle, 1992. "Regional Economic Impact of a Reduction of Resident Expenditure on Cigarettes: A Case Study of Glasgow." *Applied Economics* 24:291–96.
- Meara, E. "Why Is Health Related to Socioeconomic Status?" Ph.D. dissertation. Department of Economics. Harvard University, forthcoming.
- Merriman, David, A. Yurekli, and F. Chaloupka. "How Big Is the Worldwide Cigarette Smuggling Problem?" NBER Working Paper. Cambridge, Mass.: National Bureau of Economic Research, forthcoming.
- Miller, V. P., C. Ernst, and F. Collin. 1999. "Smoking-Attributable Medical Care Cost in the USA." *Social Science & Medicine* 48:375–91.
- Moore, M. J. 1996. "Death and Tobacco Taxes." *RAND Journal of Economics* 27(2):415–28.
- Murray, C. J., and A. D. Lopez, eds. 1996. *The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020*. Cambridge, Mass.: Harvard School of Public Health.
- Musgrove, Philip. 1996. *Public and Private Roles in Health*. Discussion Paper No. 339, Washington, D.C.: The World Bank.
- National Cancer Policy Board. 1998. *Taking Action to Reduce Tobacco Use*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Niu, S. R., G. H Yang, Z. M. Chen, J. L. Wang, G. H Wang, X. Z. He, H. Schoepff, J. Boreham, H. C. Pan, and R. Peto. 1998. "Emerging Tobacco Hazards in China 2. Early Mortality Results from a Prospective Study." *British Medical Journal* 317(7170):1423–24.
- Non-Smokers' Rights Association/Smoking and Health Action Foundation. 1994. *The Smuggling of Tobacco Products: Lessons from Canada*. Ottawa: NSRA/SHAF.
- Obot, I. S. 1990. "The Use of Tobacco Products Among Nigerian Adults: A General Population Survey." *Drug Alcohol Dependence* 26(2):203–08.

- Orphanides, A., and D. Zervos. 1995. "Rational Addiction with Learning and Regret." *Journal of Political Economy* 103(4):739–58.
- Parish, S., R. Collins, R. Peto, L. Youngman, J. Barton, K. Jayne, R. Clarke, P. Appleby, V. Lyon, S. Cederholm-Williams, and others. 1995. "Cigarette Smoking, Tar Yields, and Non-Fatal Myocardial Infarction: 14,000 Cases and 32,000 Controls in the United Kingdom. The International Studies of Infarct Survival (ISIS) Collaborators." *British Medical Journal* 311(7003):471–77.
- Pearl, R. 1938. "Tobacco Smoking and Longevity." *Science* 87:216–7.
- Pekurinen, Markku. 1991. *Economic Aspects of Smoking: Is There a Case for Government Intervention in Finland?* Helsinki: Vapok-Publishing.
- Peto, Richard, A. D. Lopez, and L. Boqi. "Global Tobacco Mortality: Monitoring the Growing Epidemic." In Lu R., J. Mackay, S. Niu, and R. Peto, eds., *The Growing Epidemic*. Singapore: Springer-Verlag (in press).
- Peto, Richard, A. D. Lopez, J. Boreham, M. Thun, and C. Heath, Jr. 1994. *Mortality from Smoking in Developed Countries 1950–2000*. Oxford: Oxford University Press.
- Peto, Richard, Z. M. Chen, and J. Boreham. 1999. "Tobacco: the Growing Epidemic." *Nature Medicine* 5 (1):15–17.
- Price Waterhouse. 1992. *The Economic Impact of the Tobacco Industry on the United States Economy*. Arlington, Virginia.
- Raw, Martin, A. McNeill, and R. West. 1999. "Smoking Cessation: Evidence-Based Recommendations for the Healthcare System." *British Medical Journal* 318(7177):182–85.
- Reid, D. 1994. "Effect of Health Publicity on Prevalence of Smoking." *British Medical Journal* 309(6966):1441.
- . 1996. "Tobacco Control: Overview." *British Medical Bulletin* 52(1):108–20.
- Reuter, P. 1992. *The Limits and Consequences of U.S. Foreign Drug Control Efforts*. RAND Cooperation Publication No. RP-135.
- Rice, D. P., T. A. Hodgson, P. Sinsheimer, W. Browner, and A. N. Kopstein. 1986. "The Economic Costs of the Health Effects of Smoking, 1984." *Milbank Quarterly* 64(4):489–547.
- Rigotti, N. A., J. R. DiFranza, Y. C. Chang, and others. 1997. "The Effect of Enforcing Tobacco-Sales Laws on Adolescents' Access to Tobacco and Smoking Behavior." *New England Journal of Medicine* 337(15):1044–51.
- Roberts, M. J., and L. Samuelson. 1988. "An Empirical Analysis of Dynamic, Nonprice Competition in an Oligopolistic Industry." *RAND Journal of Economics* 19(2):200–20.
- Robson, L., and E. Single. 1995. *Literature Review of Studies of the Economic Costs of Substance Abuse*. Ottawa: Canadian Center on Substance Abuse.
- Roemer, R. 1993. *Legislative Action to Combat the World Tobacco Epidemic*. 2nd ed. Geneva: World Health Organization.

- Royal College of Physicians. 1962. *Smoking and Health. Summary and Report of the Royal College of Physicians of London on Smoking in Relation to Cancer of the Lung and Other Diseases*. New York: Pitman Publishing Co.
- . 1992. *Smoking and the Young*. London.
- Rydell, C. P., and S. S. Everingham. 1994. *Controlling Cocaine: Supply Versus Demand Programs*. RAND Cooperation Publication No. MR-331-ONDPC/A/DPRC
- Rydell, C. P., J. P. Caulkins, and S. S. Everingham. 1996. "Enforcement or Treatment? Modeling the Relative Efficacy of Alternatives for Controlling Cocaine." *Operations Research* 44(5):687–95
- Saffer, Henry, and F. Chaloupka. 1999. *Tobacco Advertising: Economic Theory and International Evidence*. NBER Working Paper No. 6958. Cambridge, Mass.: National Bureau of Economic Research.
- Saffer, Henry. 1995. "Alcohol Advertising and Alcohol Consumption: Econometric Studies." In Martin, S. E., ed., *The Effects of the Mass Media on the Use and Abuse of Alcohol*. Bethesda: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Saloojee, Yussuf. 1995. "Price and Income Elasticity of Demand for Cigarettes in South Africa." In Slama, K., ed., *Tobacco and Health*. New York, NY: Plenum Press.
- Samet, J. M., D. Yach, C. Taylor, and K. Becker. 1998. Research for effective global tobacco control in the 21st century working group convened during the 10th World Conference on Tobacco or Health. *Tobacco Control*; 7(1):72–7
- Schelling, T. C. 1986. "Economics and Cigarettes." *Preventive Medicine* 15(5):549–60.
- Schoenbaum, M. 1997. "Do Smokers Understand the Mortality Effects of Smoking? Evidence from the Health and Retirement Survey." *American Journal of Public Health* 87(5):755–59
- Scitovsky, T. 1976. *The Joyless Economy: An Inquiry into Consumer Satisfaction and Human Dissatisfaction*. Oxford: Oxford University Press.
- Silagy, C., D. Mant, G. Fowler, and M. Lodge. 1994. "Meta-Analysis on Efficacy of Nicotine Replacement Therapies in Smoking Cessation." *Lancet* 343(8890):139–42.
- Single, E., D. Collins, B. Easton, H. Harwood, H. Lapsley, and A. Maynard. 1996. *International Guidelines for Estimating the Costs of Substance Abuse*. Ottawa: Canadian Center on Substance Abuse.
- Slama, K., ed. 1995. *Tobacco and Health*. New York, NY: Plenum Press.
- Smith, Adam. 1776. *Wealth of Nations*. Edition edited by Canaan, Edwin, 1976. University of Chicago Press. Chicago.
- Stavrinou, V. G. 1987. "The Effects of an Anti-Smoking Campaign on Cigarette Consumption: Empirical Evidence from Greece." *Applied Economics* 19(3):323–29.

- Stigler, G., and G. S. Becker. 1977. "De Gustibus Non Est Disputandum." *American Economic Review* 67:76–90.
- Stiglitz, J. 1989. "On the Economic Role of the State." In A. Heertje, ed., *The Economic Role of the State*. Cambridge, Mass.: Basil Blackwell in association with Bank Insinger de Beauford NV.
- Sullum, J. 1998. *For Your Own Good: The Anti-Smoking Crusade and the Tyranny of Public Health*. New York: The Free Press.
- Suranovic, S. M., R. S. Goldfarb, and T. C. Leonard. 1999. "An Economic Theory of Cigarette Addiction." *Journal of Health Economics* 18:1–29.
- Swenor, D. T., and L. R. Martial. 1994. *The Smuggling of Tobacco Products: Lessons from Canada*. Ottawa (Canada): Non-Smokers' Rights Association/Smoking and Health Action Foundation.
- Tansel, A. 1993. "Cigarette Demand, Health Scares and Education in Turkey." *Applied Economics* 25(4):521–29.
- Thursby, J. G., and M. C. Thursby. 1994. *Interstate Cigarette Bootlegging: Extent, Revenue Losses, and Effects of Federal Intervention*. NBER Working Paper No. 4763. Cambridge, Mass.: National Bureau of Economic Research.
- Tobacco Institute. 1996. *The Tax Burden on Tobacco. Historical Compilation 1995*. Vol. 30. Washington D.C.
- Townsend, Joy. 1987. "Cigarette Tax, Economic Welfare, and Social Class Patterns of Smoking." *Applied Economics* 19:355–65.
- . 1988. *Price, Tax and Smoking in Europe*. Copenhagen: World Health Organization.
- . 1993. "Policies to Halve Smoking Deaths." *Addiction* 88(1):37–46.
- . 1996. "Price and Consumption of Tobacco." *British Medical Bulletin* 52(1):132–42.
- . 1998. "The Role of Taxation Policy in Tobacco Control." In Abedian, I., and others, eds., *The Economics of Tobacco Control*. Cape Town, South Africa: Applied Fiscal Research Centre, University of Cape Town.
- Townsend, Joy, P. Roderick, and J. Cooper. 1994. "Cigarette Smoking by Socioeconomic Group, Sex, and Age: Effects of Price, Income, and Health Publicity." *British Medical Journal* 309(6959):923–27.
- Treyz, G. I. 1993. *Regional Economic Modeling: A Systematic Approach to Economic Forecasting and Policy Analysis*. Boston, Mass.: Kluwer Academic Publishers.
- Tye, J. B., K. E. Warner, and S. A. Glantz. 1987. "Tobacco Advertising and Consumption: Evidence of a Causal Relationship." *Journal of Public Health Policy* 8:492–508.
- U.S. Centers for Disease Control and Prevention. 1994. "Medical-Care Expenditures Attributable to Cigarette Smoking—United States, 1993." *Morbidity and Mortality Weekly Report* 43(26):469–72.

- . 1998. "Response to Increases in Cigarette Prices by Race/Ethnicity, Income, and Age Groups—United States, 1976-1993." *Morbidity and Mortality Weekly Report* 47(29):605–9.
- U.K. Department of Health. 1998. *Smoking Kills: A White Paper on Tobacco*. London: The Stationary Office. (<http://www.official-documents.co.uk/document/cm41/4177/contents.htm>)
- U.S. Department of Health and Human Services. 1988. *The Health Consequences of Smoking: Nicotine Addiction. A Report of the Surgeon General*. Rockville, Maryland: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Health Promotion and Disease Prevention, Office on Smoking and Health. DHHS Publication No.(CDC)88-8406.
- . 1989. *Reducing the Health Consequences of Smoking: 25 Years of Progress. A Report of the Surgeon General*. Rockville, Maryland: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. DHHS Publication No.(CDC)89-8411.
- . 1990. *The Health Benefits of Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General*. Rockville, Maryland: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. DHHS Publication No. (CDC) 90-8416.
- . 1994. *Preventing Tobacco Use Among Young People. A Report of the Surgeon General*. Atlanta, Georgia: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.
- USDA (U.S. Department of Agriculture). 1998. Economic Research Service Database. (<http://www.econ.ag.gov/prodsrvs/dataprod.htm>)
- Van der Merwe, Rowena. 1998. "Employment and Output Effects for Bangladesh Following a Decline in Tobacco Consumption." Population, Health and Nutrition Department. The World Bank.
- Viscusi, W. K. 1990. "Do Smokers Underestimate Risks?" *Journal of Political Economy* 98(6):1253–69.
- . 1991. "Age Variations in Risk Perceptions and Smoking Decisions." *Review of Economics and Statistics* 73(4):577–88.
- . 1992. *Smoking: Making the Risky Decision*. New York: Oxford University Press.
- . 1995. "Cigarette Taxation and the Social Consequences of Smoking." In Poterba, J. M., ed., *Tax Policy and the Economy*. Cambridge, Mass.: MIT Press.
- Wald, N. J., and A. K. Hackshaw. 1996. "Cigarette Smoking: An Epidemiological Overview." *British Medical Bulletin*, 52(1):3–11.



- Warner, K. E. 1986. "Smoking and Health Implications of a Change in the Federal Cigarette Excise Tax." *Journal of the American Medical Association* 255(8):1028–32.
- . 1987. Health and Economic Implications of a Tobacco-Free Society." *Journal of the American Medical Association* 258(15):2080–6.
- . 1988. "The Tobacco Subsidy: Does it Matter?" *Journal of the National Cancer Institute* 80(2) 81–83.
- . 1989. "Effects of the Antismoking Campaign: An Update." *American Journal of Public Health* 79(2):144–51.
- . 1990. "Tobacco Taxation as Health Policy in the Third World." *American Journal of Public Health* 80(5):529–31.
- . 1997. "Cost-Effectiveness of Smoking Cessation Therapies: Interpretation of the Evidence and Implications for Coverage." *PharmacoEconomics* 11:538–49.
- Warner, K. E., and G. A. Fulton. 1994. "The Economic Implications of Tobacco Product Sales in a Non-tobacco State." *Journal of the American Medical Association* 271(10):771–6.
- Warner, K. E., and others. *The Medical Costs of Smoking in the United States: Estimates, Their Validity and Their Implications*, forthcoming.
- Warner, K. E., F. J. Chaloupka, P. J. Cook, and others. 1995. "Criteria for Determining an Optimal Cigarette Tax: the Economist's Perspective." *Tobacco Control* 4:380–86.
- Warner, K. E., G. A. Fulton, P. Nicolas, and D. R. Grimes. 1996. "Employment Implications of Declining Tobacco Product Sales for the Regional Economies of the United States." *Journal of the American Medical Association* 275(16):1241–6.
- Warner, K. E., J. Slade, and D. T. Sweanor. 1997. "The Emerging Market for Long-term Nicotine Maintenance." *Journal of the American Medical Association* 278(13):1087–92.
- Warner, K. E., T. A. Hodgson, and C. E. Carroll. 1999. *The Medical Costs of Smoking in the United States: Estimates, Their Validity and Implications*. Ann Arbor, MI: University of Michigan, School of Public Health. Department of Health Management and Policy. Working Paper.
- Watkins, B. G. III. 1990. "The Tobacco Program: An Econometric Analysis of Its Benefits to Farmers." *American Economist* 34(1):45–53.
- Weinstein, N. D. 1998. "Accuracy of Smokers' Risk Perceptions." *Annals of Behavioral Medicine* 20(2):135–40.
- Wersall, J. P., and G. Eklund. 1998. "The Decline of Smoking Among Swedish Men." *International Journal of Epidemiology* 27(1):20–6.
- WHO (World Health Organization). 1996a. *Investing in Health Research and Development*, Report of the Ad Hoc Committee on Health Research Relating to Future Intervention Options (Document TDR/Gen/96.1.), Geneva, Switzerland.

- . 1996b. *Tobacco Alert Special Issue: the Tobacco Epidemic: a Global Public Health Emergency*. Geneva, Switzerland.
- . 1997. *Tobacco or Health: a Global Status Report*. Geneva, Switzerland.
- . 1999. *Making a Difference*. World Health Report. Geneva, Switzerland.
- World Bank. 1990. *Brazil: the New Challenge of Adult Health*. Washington, D.C.
- . 1992. *China: Long-term Issues and Options in the Health Transition*. Washington, D.C.
- . 1993. *The World Development Report 1993: Investing in Health*. New York: Oxford University Press.
- . 1994a. *Chile: the New Adult Health Policy Challenge*. Washington, D.C.
- . 1994b. *Averting the Old Age Crisis*. Washington, D.C.
- . 1996. *China: Issues and Options in Health Financing*. Report No. 15278-CHA, Washington, D.C.
- . 1997. *Confronting AIDS: Public Priorities in a Global Epidemic*. World Bank Policy Report. Washington, D.C.
- . 1998. *World Development Indicators*. Washington, D.C.
- Zatonski, W. 1996. *Evolution of Health in Poland Since 1988*. Warsaw: Marie Skeodowska-Curie Cancer Center and Institute of Oncology, Department of Epidemiology and Cancer Prevention.
- Zatonski, W., K. Przewozniak, and M. Porebski. 1999. *The Impact of Enlarged Pack Health Warnings on Smoking Behavior and Attitudes in Poland*. Paper presented at the workshop on "Tobacco Control in Central and Eastern Europe." Las Palmas de Gran Canaria. February 26, 1999.
- Zhang, Ping, and C. Husten. 1998. "The Impact of the Tobacco Price Support Program on Tobacco Control in the United States." *Tobacco Control* 7(2):176–82.
- Zhang, Ping, C. Husten, and G. Giovino. 1997. *The Impact of the Price Support Program on Cigarette Consumption in the United States*. Atlanta: Office on Smoking and Health, Centers for Disease Control and Prevention.

## Index

### A

- Accord général sur les tarifs douaniers et le commerce (GATT), 67
- adolescents, 4, 17
  - salive, 21, 22
- adolescents, risques, 30, 31–32
- Afrique du Sud
  - fiscalité, 40, 41, 78
  - misés en garde, 49
- âge, 19
  - taux de morbidité, 23
  - voir également* adolescents
- Asie du Sud, morbidité, 25
- avantages, 3, 29
  - lutte contre le tabagisme, 80

### B

- Banque mondiale, politique sur le tabac, 89
- bidis, 45
- Brundtland, Gro Harlem, 88
- bupropion, 58

### C

- Canada
  - fiscalité, 40, 41, 77
  - misés en garde, 49–50
  - substitution des cultures, 65
- cancer du poumon, 24, 28
- cardiopathies, 24, 25
- charge de morbidité, 22–23
- Chine, 17, 18, 19
  - délai entre l'exposition au risque et la maladie, 24
  - employés, 72
  - fiscalité et, 80
  - hausses de prix, 43, 46
  - morbidity, 25
  - production de tabac, 62
- conséquences pour la santé, 2–3, 21–28
- consommateurs défavorisés, 10, 25–26
  - fiscalité et, 78–79
- contrebande, 9, 10, 67–70

fabricants de tabac et, 69  
 fiscalité et, 78–79  
 contre-offensive publicitaire,  
 médias, 51  
 Convention-cadre sur la lutte  
 anti-tabac, 11–12, 88  
 coûts, 4–5, 30, 32–35, 90–91  
 des substituts nicotiques, 59  
 imposés aux autres, 32–35  
 soins de santé, 4  
 cultivateurs, aide, 74

## D

délai entre l'exposition au risque  
 et le décès, 23–24  
 demande  
 mesures de réduction, 39–60  
 mesures de réduction autres que  
 de prix, 48, 56–57  
 dépenses, 72–73  
 dépenses de santé, 32–35  
 financement, 36  
 sur la durée de vie, 33–34  
 dissuasion, 5–8  
 intervention des pouvoirs  
 publics, 35–36  
 droits de consommation, 93–94  
*voir également* fiscalité

## E

éducation, 16, 17  
 éducation sanitaire, 36  
 emploi, 72  
 lutte contre le tabagisme et,  
 67–71  
 enfants  
 de fumeurs, 28  
 éducation sanitaire, 35  
 publicité, 53  
 risque, 30, 31–32  
 enfants santé, 27

épidémiologie, 90  
 États-Unis  
 adolescents, 21–22, 31  
 délai entre l'exposition au risque  
 et la maladie, 23–24  
 dépenses de santé, 34  
 employés, 71, 72  
 hausse des prix, 43, 44, 45–46  
 informations de choc, 48  
 exportateurs, 70  
 exposition des non-fumeurs à  
 la fumée.  
*Voir* tabagisme passif

## F

fabricants, 70  
 faible teneur en goudron, 25  
 marques, 49  
 faible teneur en nicotine, 25  
 marques, 49  
 famille, 47  
 fiscalité, 6–7, 35–36, 39–40, 92  
 consommateurs défavorisés et,  
 79–80  
 contrebande et, 75–79  
 coût-efficacité, 10–11  
 demande mondiale et, 44, 45  
 droits, 93–94  
 effets sur la consommation, 41  
 fixation des taux, 93  
 harmonisation, 78  
 niveau optimal, 47  
 recettes publiques et, 9, 76, 77  
 régime fiscal différent, 36  
 taxes *ad valorem*, 40  
 types, 40  
 Fonds monétaire international  
 fiscalité, 93–94  
 fumeurs  
 nombre potentiel de fumeurs qui  
 cesseraient de fumer, 57

réguliers, 31

## G

grossesse, 27

## I

impôts spécifiques sur le tabac, 40  
 incitations. *Voir* avantages  
 information, 48  
   de choc, 7  
 initiative Se libérer du tabac, 88–89  
 institutions internationales, 11–12  
 interdiction. *Voir* restrictions  
 interventions axées sur l'offre 61–67,  
 interventions individuelles, 86

## J

jeunes, restrictions sur l'accès aux  
 cigarettes, 62

## L

lieu de travail, 56  
 lieux publics, 56  
 lutte contre le tabagisme, 8–11  
   conséquences, 71–83  
   coût, 9–10, 71–83  
   coûts de mise en œuvre, 83  
   coûts pour l'individu, 80–81  
   rentabilité, 10–11, 81–83

## M

maladies cardio-vasculaires, 25, 28  
 maladies vasculaires, 24  
 Malawi, production de tabac, 62  
 mesures de lutte contre le tabagisme,  
   impact estimatif, 45–46  
 mesures de réduction de la demande  
   autres que de prix, 7–8, 77  
   demande mondiale, 56  
 méthode de la Convention-cadre et  
   des protocoles, 88

mis en garde, 49–51  
 morbidité, 24  
 mortalité, 23, 87

## N

nicotine  
   dépendance, 2, 6, 21–22  
   retrait, 58  
 niveau de consommation, 43  
 nombre de cigarettes fumées, 16  
 Norvège, 16

## O

obstacles politiques au changement,  
 86–87  
 offre, réduire l', 61–70  
 Organisation mondiale de la santé,  
   Convention-cadre sur la lutte  
   anti-tabac, 11–12

## P

parties prenantes, 90  
 pays à faible revenu, 13–15  
   âge, 17  
   dépenses de santé, 33–34  
   hausse des prix et, 43–44  
   mortalité, 23  
 pays à revenu élevé, 14, 16, 30  
   délai entre l'exposition au risque  
   et la maladie, 23, 24  
   dépenses de santé, 32–33,  
   34–35  
   fiscalité, 48  
   fiscalité et recettes publiques, 78  
   hausse de prix et, 43–44  
   interdiction de la publicité, 53  
   mortalité, 23  
   résultats de recherches publiés,  
   48–49  
   substituts nicotiniques, 58–59  
 pays à revenu intermédiaire, 13–15

âge, 17  
 dépenses de santé, 33–34  
 mortalité, 3  
 pays en développement, 14  
   production de tabac, 62  
 pays producteurs de tabac, en  
   équilibre, 73  
 pays producteurs, employés, 73  
 Pays-Bas, dépenses de santé, 34  
 Plan de travail accéléré, 88  
 poids à la naissance, 27  
 politique, 11–12, 85–86, 93–94  
   dépenses de santé, 33  
 Pologne, 26  
   éducation, 26  
   mises en garde, 49  
   risques, 30–31  
 pouvoirs publics, 11  
   intervention, 35–36  
   recettes, 76, 77  
 prévalence, 16  
 prévention, 35  
 priorités de la recherche, 90–91  
 prix  
   contrebande et, 67  
   toxicomanie et réaction, 43–44,  
   45–46  
 programmes de maîtrise du  
   tabagisme en milieu scolaire, 51  
 promotion. *Voir* publicité  
 publication, résultats des recherches,  
   48–49, 91  
 publicité, 52  
   interdiction, 53  
   *voir également* contre-publicité

## R

Rapport de stratégie sectorielle  
 (1997), 89  
 recettes publiques, 40, 41, 77  
 recommandations, 91–92  
 répartition régionale, 15

restrictions, 36, 56, 61–62, 82  
 restrictions commerciales, 8–9, 14  
   internationales, 66–67  
 résultats des recherches, publication,  
   48–49, 91  
 risques, 3–5, 29–32, 33  
 Royaume-Uni, 16  
   adolescents, 22  
   dépenses de santé, 33  
   employés, 73  
   fiscalité, 41  
   hausse des prix, 45–46

## S

salive, 21–22  
 schémas régionaux, 15  
 sevrage, 28, 80  
   arrêt de la cigarette dans le  
   monde, 18–19  
   efficacité, 58  
 soutien des prix, 65–66  
 statut socio-économique, 16  
 substitution et diversification des  
   cultures, 8, 62–65  
 substituts nicotiniques, 8, 57–60  
   rentabilité, 82  
 subventions, 65–66  
 Suisse, dépenses de santé, 34  
 Surgeon General, 49

## T

tabagisme passif, 27–28, 47  
 taxes *ad valorem*, 40  
 tendances, 2, 13–20  
 Thaïlande, interdiction, 67  
 timbres fiscaux, 69  
 toxicomanie, 37  
 Turquie, mises en garde, 50

## U

Union européenne, interdiction de la  
 publicité, 53, 54–55

**V**

Viet Nam, 20

**Z**

Zimbabwe

employés, 72

production de tabac, 62, 65