



Tabac ou santé

Rapport du Directeur général

En mai 1989, l'Assemblée de la Santé, par la résolution WHA42.19, a approuvé un plan d'action pour "le tabac ou la santé" (1988-1995) proposé par le Directeur général et auquel avait souscrit le Conseil exécutif. Le programme "tabac ou santé" qui, par suite du processus de restructuration au Siège, a récemment été transféré au programme de lutte contre les toxicomanies, a fait ultérieurement l'objet de demandes adressées au Directeur général pour que soient prises des mesures supplémentaires, dans les résolutions WHA43.16 (1990), WHA44.26 (1991) sur l'usage du tabac et les voyages, et WHA46.8 (1993) sur l'usage du tabac dans les bâtiments du système des Nations Unies.

Le présent document rend compte des faits qui, au cours des deux dernières années, sont en rapport avec la mise en oeuvre des résolutions susmentionnées.

TABLE DES MATIERES

	Pages
I. Introduction	2
II. Etat d'avancement et efficacité des programmes globaux de lutte antitabac des Etats Membres	3
III. Usage du tabac et voyages	7
IV. Usage du tabac dans les bâtiments du système des Nations Unies	7
V. Suite à donner par le Conseil exécutif	8

I. INTRODUCTION

1. Au cours des quelques dernières années, plusieurs résolutions de l'Assemblée de la Santé concernant "le tabac ou la santé" ont souligné les principales orientations de l'OMS dans ce domaine, lesquelles sont énumérées dans un plan d'action pour la période 1988-1995¹ proposé par le Directeur général, appuyé par le Conseil exécutif et approuvé par l'Assemblée de la Santé en mai 1989 (résolution WHA42.19). Dans des résolutions ultérieures, le Directeur général a été prié expressément de prendre des mesures supplémentaires et de rendre compte périodiquement sur l'exécution de certaines activités.

2. Comme l'avait demandé l'Assemblée de la Santé, le présent document rend compte de l'application des résolutions ci-après :

La résolution WHA43.16 (1990) priait le Directeur général de surveiller les progrès et l'efficacité des programmes globaux de lutte antitabac dans les Etats Membres et de faire rapport tous les deux ans à l'Assemblée de la Santé à ce sujet. Le rapport pour 1993-1994 figure dans la section II ci-après. Cette section est structurée en fonction des activités du programme telles qu'elles sont exposées dans le plan d'action approuvé dans la résolution WHA42.19.

La résolution WHA44.26 (1991) sur l'usage du tabac et les voyages priait le Directeur général de tenir le Conseil exécutif et l'Assemblée de la Santé informés des progrès accomplis dans l'application de cette résolution au titre du programme "tabac ou santé". La section III contient le rapport établi à ce sujet.

La résolution WHA46.8 (1993) sur l'usage du tabac dans les bâtiments du système des Nations Unies priait le Directeur général de faire rapport à la Quarante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé sur les progrès réalisés dans son application. La section IV contient un rapport de situation.

Enfin, la section V indique les actions que le Conseil exécutif pourrait envisager dans le domaine "tabac ou santé".

Le document EB95/47 (point 22.1 de l'ordre du jour provisoire) contient un rapport sur la mise en oeuvre de la résolution WHA45.20 (1992) concernant la collaboration plurisectorielle dans le programme OMS "tabac ou santé".

3. Entre-temps, poursuivant le processus de réforme et de restructuration au Siège, le Directeur général a décidé de transférer le programme "tabac ou santé" au programme de lutte contre les toxicomanies, à compter du 1^{er} mai 1994. Cette fusion, qui apparaît dans le neuvième programme général de travail, reflète l'importance d'une approche intégrée et complète des problèmes associés à l'usage de toutes les substances psychoactives. On peut donc s'attendre à ce que les activités de l'OMS dans ce domaine soient considérablement renforcées. Un nouveau plan d'action pour "le tabac ou la santé" (1996-2000) sera établi en conséquence et soumis à l'examen des organes directeurs.

¹ Document WHA42/1989/REC/1, annexe 2, appendice 2.

II. ETAT D'AVANCEMENT ET EFFICACITE DES PROGRAMMES GLOBAUX DE LUTTE ANTITABAC DES ETATS MEMBRES

Renforcement des programmes nationaux de lutte antitabac

4. Depuis 1970, l'Assemblée de la Santé a adopté 13 résolutions sur divers aspects de la question "tabac ou santé". Considérées ensemble, ces résolutions lancent un appel aux Etats Membres pour qu'ils adoptent des politiques nationales globales de lutte antitabac. Cependant, bien que plusieurs de ces résolutions, en particulier celles de 1986 (WHA39.14) et de 1990 (WHA43.16), indiquent de façon assez détaillée ce qui doit figurer dans les politiques nationales de lutte contre le tabagisme, bien des Etats Membres éprouvent de grandes difficultés à déterminer comment doivent être appliqués des politiques et programmes nationaux complets de lutte antitabac.

5. Confrontés à cette situation, les bureaux régionaux de l'OMS et le programme "tabac ou santé" au Siège ont accompli de grands efforts pour fournir sur place des avis et une aide aux Etats Membres, collaborant avec les fonctionnaires des services de santé publique dans divers pays en vue de résoudre le problème central de la lutte contre le tabagisme. En 1993 et 1994, des consultants et des membres du personnel de l'OMS ont continué de fournir sur place des avis et une aide pour l'élaboration par des Etats Membres (Albanie, Chine, Côte d'Ivoire, Lettonie, Moldova, Pologne, République démocratique populaire lao, République tchèque, Singapour, Slovaquie et Slovénie) d'une politique antitabac. Il s'agissait parfois d'une mission individuelle, tandis que dans d'autres cas une équipe d'experts de l'OMS, d'autres Etats Membres ou de diverses institutions internationales fournissait avis et assistance. Dans tous les cas, l'OMS répondait aux Etats Membres qui lui demandaient un appui pour renforcer leur politique de lutte contre le tabagisme.

6. Outre les missions dans les pays, des réunions et plans d'action ont été mis au point au niveau régional pour encourager le renforcement des politiques et programmes nationaux antitabac. Une version révisée du *Plan d'action antitabac ("Pour une Europe non-fumeurs")* a été publiée en 1993 par le Bureau régional de l'Europe, qui a également parrainé les troisième et quatrième séminaires annuels sur la lutte contre le tabagisme (Autriche, 1993 et Suède, 1994). Ces séminaires ont réuni des responsables "tabac ou santé" de l'OMS de la plupart des Etats Membres européens en vue d'établir des stratégies pour la lutte contre le tabagisme au niveau national. Dans la Région du Pacifique occidental, une réunion s'est tenue au printemps de 1994 pour élaborer un plan d'action régional, lequel a été passé en revue par le Comité régional puis publié à l'automne de 1994. Il y a lieu de signaler que le Directeur régional pour le Pacifique occidental a déclaré publiquement qu'il préconisera l'instauration d'une "Région du Pacifique occidental libérée de la publicité sur le tabac d'ici l'an 2000" comme élément important de la politique régionale "tabac ou santé". La Conférence panafricaine sur la lutte contre le tabagisme (Zimbabwe, novembre 1993) a suscité dans toute la Région africaine un regain d'intérêt pour toutes les questions relatives à la lutte antitabac. Dans toutes les Régions, les conseillers régionaux pour les questions "tabac ou santé" ont continué de fournir le plus d'aide possible aux Etats Membres qui souhaitaient renforcer leur programme de lutte contre le tabagisme.

7. La valeur potentielle de ces activités ne saurait être contestée. Toute lutte globale contre le tabagisme implique un changement des structures sanitaires, sociales, économiques et juridiques. Dans tous ces domaines, chaque pays a ses propres structures et systèmes. Les principes généraux issus de l'expérience internationale en matière de lutte contre le tabagisme ne peuvent pas être appliqués directement, mais doivent être adaptés à chaque situation nationale. Malgré l'utilité incontestable des publications et des conférences internationales, rien ne peut se substituer à l'exécution d'activités antitabac là où elles comptent le plus, c'est-à-dire dans chaque pays. En outre, toute expérience nationale réussie constitue un bon exemple pour d'autres pays et suscite l'émulation.

8. A la suite des missions "tabac ou santé" de l'OMS, des changements de politique générale sont tangibles dans beaucoup de pays. Dans d'autres, on a mieux pris conscience de la manière de mettre en

oeuvre les politiques de lutte antitabac, et il se peut que les missions donnent encore de bons résultats sous la forme d'une modification ultérieure de la politique et des programmes.

9. On peut citer bien des exemples d'un renforcement de la politique de lutte contre le tabagisme à la suite de missions de l'OMS. Dans la plupart des cas, l'appui de l'OMS est probablement venu compléter un effort déjà entrepris au niveau national pour promouvoir une amélioration de la politique antitabac. Au Népal, qui avait bénéficié d'une mission "tabac ou santé" de l'OMS en 1992, l'interdiction de fumer dans les lieux publics, sur le lieu de travail et dans les transports publics est désormais efficace. La taxe sur le tabac a également augmenté, les nouvelles recettes servant à financer les améliorations absolument nécessaires en matière de soins de santé et de protection sanitaire. En Chine, une interdiction partielle de la publicité sur le tabac est entrée en vigueur et il est interdit de fumer à bord des aéronefs. Un nouveau projet de règlement a été introduit en vue de transformer en une interdiction quasi totale les restrictions qui frappent actuellement la publicité sur le tabac. Un coordonnateur de la politique "tabac ou santé" a été nommé à temps complet dans les Ministères de la Santé de l'Inde (mission "tabac ou santé" en 1992) et de la Côte d'Ivoire. L'Inde s'efforce actuellement d'interdire en totalité la publicité sur le tabac et d'étendre à tous les produits à base de tabac le prélèvement effectif de la taxe sur le tabac. En Slovaquie, l'Assemblée législative a voté l'interdiction de la publicité sur le tabac, et la stratégie d'application a été renforcée afin que la loi soit totalement respectée. La Lituanie (mission "tabac ou santé" en 1992) a adopté une législation complète sur la lutte contre le tabagisme. Depuis la Conférence panafricaine de 1993, une législation globale de lutte antitabac a été proposée par le nouveau Gouvernement d'Afrique du Sud. Ce ne sont là que quelques exemples parmi beaucoup d'autres des politiques antitabac qui ont été renforcées à la suite de missions "tabac ou santé" de l'OMS dans les pays.

10. Il a été prouvé que l'OMS peut aider utilement les Etats Membres à renforcer leurs programmes et politiques antitabac, mais il reste beaucoup à faire. Les politiques de lutte contre le tabagisme sont vigoureusement combattues, principalement par l'industrie du tabac, partout où l'on cherche à les appliquer. Il en résulte qu'il n'existe que dans fort peu de pays une politique complète correspondant à la presque totalité des recommandations de l'Assemblée de la Santé.

11. De toute évidence, l'OMS ne peut compter renforcer elle-même la lutte contre le tabagisme partout en effectuant des missions ponctuelles dans les Etats Membres. Elle souhaiterait un partenariat avec d'autres institutions pour faire en sorte que tous les Etats Membres puissent obtenir à des sources internationales une assistance et des avis spécialisés qui les aideront à élaborer et poursuivre une politique et un programme nationaux renforcés pour la lutte antitabac. Grâce à une collaboration internationale concertée visant à fournir des avis et une aide spécialisés sur place pour mettre en oeuvre des stratégies antitabac, tous les Etats Membres de l'OMS pourraient à la longue saisir l'occasion d'appliquer les politiques globales de lutte contre le tabagisme qui ont été recommandées par l'Assemblée de la Santé.

Action de promotion, d'information du public et d'éducation

12. Le bulletin d'information trimestriel intitulé *Alerte au tabac*, qui est distribué dans le monde entier aux responsables des questions "tabac ou santé", reste un outil extrêmement utile pour promouvoir la santé et développer l'éducation du public en matière de tabagisme. En 1993-1994, une série de six numéros, chacun consacré à l'une des Régions de l'OMS, a été produite.

13. L'observation annuelle de la Journée mondiale sans tabac dans tous les Etats Membres de l'OMS revêt une importance croissante comme moyen non négligeable de promotion de la santé et d'éducation sanitaire. La Journée mondiale sans tabac avait pour thème en 1993 "La santé contre le tabagisme" et en 1994 "Les médias à l'appui d'une société sans tabac". Des plans sont en cours d'élaboration pour célébrer avec éclat en 1995 la Journée mondiale sans tabac qui aura pour thème : "Le tabac, c'est plus cher qu'on ne le croit". Chaque année, le thème choisi fait l'objet de travaux de recherche et les informations pertinentes sont l'objet d'une large diffusion.

14. La participation à des conférences internationales telles que la Troisième Conférence internationale sur la cardiologie préventive (Oslo, juin 1993), la Conférence panafricaine sur le tabac ou la santé (Harare, novembre 1993), la Cinquième Conférence internationale sur la réduction des effets nocifs de la toxicomanie (Toronto, mars 1993), le Congrès mondial sur la santé pulmonaire (Allemagne, juin 1994) et la Neuvième Conférence mondiale sur le tabac ou la santé (Paris, octobre 1994) a permis à l'OMS d'inciter les membres des professions de santé, ainsi que d'autres concernés par la lutte contre le tabagisme, à plaider plus efficacement en faveur du renforcement des politiques et programmes antitabac.

Centre de données "tabac ou santé" de l'OMS

15. Afin de faciliter la surveillance des progrès réalisés dans la mise en oeuvre des programmes mondiaux, régionaux et nationaux de lutte contre le tabagisme, l'OMS a créé un centre de données pour la surveillance épidémiologique systématique. Des données sont recueillies systématiquement à diverses sources sur la production, la consommation et le commerce du tabac, la prévalence du tabagisme et ses effets sur la santé, et les activités nationales de lutte antitabac. En s'inspirant de ces données, l'OMS a préparé une évaluation complète de la situation "tabac ou santé" aux niveaux national, régional et mondial au début des années 90, les données relatives aux tendances remontant jusqu'aux années 60 pour beaucoup d'indicateurs. Cette évaluation, la première d'une série de rapports biennaux, fournit un aperçu mondial et régional de la situation ainsi que des profils de pays succincts pour tous les Etats Membres, établis selon un mode de présentation normalisé. L'OMS espère la publier au début de 1995.

16. Le Tableau 1 récapitule les tendances de la consommation de cigarettes dans les Régions de l'OMS. Les deux Régions comptant la consommation moyenne par habitant (adulte) la plus élevée en 1990-1992 étaient l'Europe (2290 cigarettes par adulte et par an) et le Pacifique occidental (2000). C'est dans la Région africaine qu'on a observé la consommation la plus faible (540). Pour les pays développés dans leur ensemble, la consommation par habitant adulte est actuellement d'environ 2400 cigarettes, chiffre qui reste nettement supérieur à celui de la consommation moyenne dans le monde en développement (1370 cigarettes).

17. Cependant, l'écart se comble rapidement. En 1970-1972, la consommation par adulte dans les pays développés était 3,25 fois plus élevée que dans le monde en développement (voir Figure 1). Dès 1980-1982, le rapport était tombé à 2,38 et dès 1990-1992 à 1,75. Pendant la dernière décennie, la consommation par habitant a baissé en moyenne de 1,4 % par an dans les pays développés, mais elle a augmenté chaque année de 1,7 % dans les pays en développement. Si ces tendances devaient se poursuivre, la consommation de cigarettes par adulte dans le monde en développement dépasserait les niveaux enregistrés dans le monde développé à un moment donné entre 2005 et 2010, c'est-à-dire en l'espace de deux décennies.

18. Les tendances accusent des différences particulièrement marquantes d'une Région de l'OMS à l'autre. Pendant la dernière décennie, c'est dans la Région des Amériques qu'on a enregistré le déclin le plus rapide de la consommation par habitant. Cela n'est pas entièrement dû à une baisse de la consommation au Canada et aux Etats-Unis d'Amérique; même si l'on ne tient pas compte de ces deux pays, la consommation par habitant dans la Région a quand même diminué chaque année en moyenne de 1,7 %. En revanche, l'augmentation de la consommation dans le Pacifique occidental (2,2 %) et en Asie du Sud-Est (1,8 %) est principalement imputable à la Chine et à l'Inde. A partir de 1983, la consommation par habitant (adulte) en Chine a augmenté de 3,9 % par an pour atteindre le chiffre de 1900 cigarettes en 1990-1992. En Inde, où 90 % environ des cigarettes sont consommées sous forme de *bidis* (cigarettes traditionnelles roulées à la main), la consommation par adulte a augmenté d'environ 2 % par an pendant la dernière décennie et elle dépasse maintenant le chiffre de 1200 cigarettes (*bidis* inclus).

19. L'OMS estime qu'il existe aujourd'hui dans le monde environ 1,1 milliard de fumeurs habituels (voir Tableau 2), dont quelque 300 millions (200 millions de sexe masculin et 100 millions de sexe féminin) dans les pays développés et près de trois fois plus (800 millions, presque tous de sexe masculin) dans les pays en développement. Au niveau mondial, 30 % de tous les adultes (48 % des hommes, 12 % des femmes) sont

des fumeurs habituels. Dans les pays développés, 41 % des hommes sont des fumeurs habituels, et il en est de même pour 21 % des femmes (voir Figure 2). La moitié des hommes vivant dans les pays en développement sont fumeurs, contre environ 8 % pour les femmes.

20. Ces estimations pour les pays en développement sont tout à fait provisoires, puisque, dans bien des cas, on ne possède pas de données fiables sur l'usage du tabac qui soient représentatives de la population tout entière. Eu égard à l'importance de données de prévalence fiables pour une estimation fondamentale de l'ampleur du tabagisme et à leur utilité pour prédire la mortalité future due au tabac, il est nécessaire de disposer de toute urgence de méthodes permettant une évaluation rapide. L'OMS fournit actuellement des directives pour aider les Etats Membres, en particulier dans les régions en développement, à recueillir des données.

21. L'OMS, en collaboration étroite avec l'Unité d'Etudes sur le Cancer de l'Imperial Cancer Research Fund à l'Université d'Oxford (Royaume-Uni), a chiffré les conséquences sanitaires de l'épidémie de tabagisme dans les pays développés. Un rapport important contenant des estimations détaillées du nombre et des pourcentages de décès imputés au tabagisme dans plus de 50 pays ou groupes de pays a été publié.¹ On estime qu'entre 1950 et 2000 le tabagisme aura causé environ 62 millions de décès dans les pays développés (12,5 % de tous les décès : 20 % des décès d'hommes et 4 % des décès de femmes (voir Tableau 3)). Plus de la moitié de ces décès (38 millions) auront eu lieu entre l'âge de 35 ans et 69 ans. A l'heure actuelle, l'usage du tabac est à l'origine de plus d'un décès d'homme sur trois (36 %) à l'âge mûr, et d'environ un décès de femmes sur huit (13 %). Chaque fumeur qui meurt dans ce groupe d'âge perd en moyenne 22 ans par rapport à l'espérance de vie moyenne. Selon les estimations de ce rapport, dans les années 90 près de deux millions de personnes par an seront mortes du tabagisme dans les pays développés (1,44 million d'hommes et 480 000 femmes). Le Tableau 3 récapitule les tendances des décès dus au tabac.

22. Par suite de l'absence de données, il est beaucoup plus difficile d'estimer les conséquences sanitaires de l'usage du tabac, en particulier des cigarettes, dans les pays en développement. On estime qu'à l'heure actuelle le tabac provoque environ un million de décès par an dans les pays en développement, mais ce chiffre est fortement sujet à caution. Si les tendances actuelles se maintiennent et si les risques de décès dus à l'usage du tabac sont les mêmes dans les pays en développement que ceux qu'on a observés dans le monde industrialisé, le tribut annuel en vies humaines imputable au tabac augmentera de façon spectaculaire pour atteindre environ 7 millions de décès par an dans les années 2020 ou au début des années 2030 (voir Tableau 4). La principale incertitude concerne non pas le fait de savoir si ces décès auront bien lieu, mais plutôt à quel moment si les tendances actuelles persistent en ce qui concerne l'usage du tabac.

23. Afin d'aider les pays en développement à surveiller d'une manière plus fiable l'évolution de leur épidémie de tabagisme, l'OMS a établi, en collaboration avec l'Université d'Oxford, un réseau mondial d'études épidémiologiques prospectives couvrant toutes les Régions. Ces études fourniront de précieux renseignements sur l'évolution des risques de mortalité dus au tabac au cours des quelques prochaines décennies, et elles devraient constituer une source d'informations primordiale pour les programmes nationaux de lutte contre le tabagisme. L'OMS s'est employée simultanément à instaurer avec le CIRC un réseau d'études cas-témoins en Afrique pour obtenir des données sur l'impact actuel de l'usage du tabac sur les taux de cancer dans cette Région.

¹ Peto, R., Lopez, A. D. et al. *Mortality from smoking in developed countries, 1950-2000*. Oxford University Press pour le compte de l'Organisation mondiale de la Santé et de l'Imperial Cancer Research Fund, 1994.

III. USAGE DU TABAC ET VOYAGES

24. Comme l'Assemblée de la Santé le lui avait demandé en 1991 dans la résolution WHA44.26, le Directeur général a collaboré avec l'OACI à l'étude de la question de l'usage du tabac à bord des aéronefs. Quelque peu encouragée par l'OMS, l'Assemblée de l'Organisation de l'Aviation civile internationale a adopté en octobre 1992, à sa vingt-neuvième session, une résolution priant instamment tous les Etats contractants :

de prendre dès que possible toutes les mesures nécessaires afin de limiter progressivement le droit de fumer à bord de tous les vols internationaux de passagers, avec l'objectif d'arriver à des interdictions complètes d'ici le 1^{er} juillet 1996.

Dans la même résolution, il était demandé au Conseil de l'OACI :

d'intensifier ses études concernant les incidences sur la sécurité qu'entraînerait l'interdiction de fumer à bord des aéronefs;

et :

de prendre des mesures appropriées, avec l'aide et la coopération de l'Organisation mondiale de la Santé, en vue de promouvoir un environnement libre de fumée de tabac à bord de tous les vols internationaux.

25. L'OACI a maintenant achevé une étude détaillée des incidences sur la sécurité qu'entraînerait l'interdiction de fumer à bord des aéronefs et elle a conclu qu'aucun obstacle d'ordre technique ni aucune préoccupation légitime sur le plan de la sécurité ne s'opposent à l'instauration d'une interdiction de fumer à bord des vols internationaux dès le 1^{er} juillet 1996.

26. Des fonctionnaires de l'OMS ont collaboré étroitement avec leurs homologues de l'OACI et avec des consultants de l'OACI en vue de promouvoir les voyages aériens sans tabagisme. Un Etat Membre au moins a d'ores et déjà instauré l'interdiction de fumer à bord de ses aéronefs lors des vols aussi bien nationaux qu'internationaux. De nombreux Etats Membres et beaucoup de compagnies aériennes développent progressivement l'accès à un environnement exempt de fumée de tabac lors des voyages aériens. Pour récompenser des progrès exceptionnels obtenus à cet égard, une médaille Tabac ou Santé a été décernée à un certain nombre de compagnies aériennes (Aeroflot, 1988; Northwest Airlines, 1988; Civil Aviation Administration of China, 1989; Saudia, 1989; Zambia Airways, 1990; Air Canada, 1991; Egyptair, 1992; Thai Airways International, 1992; Royal Jordanian Airlines, 1993; Zimbabwe Airlines, 1993; Air Botswana Corporation, 1993; Cathay Pacific, 1994; Gulf Air Company, 1994). L'OMS continuera à collaborer étroitement avec l'OACI pour faire tout ce qui est possible en vue d'assurer de façon satisfaisante et en temps opportun l'interdiction de fumer qu'il est proposé d'instaurer sur tous les vols internationaux dès le 1^{er} juillet 1996.

IV. USAGE DU TABAC DANS LES BATIMENTS DU SYSTEME DES NATIONS UNIES

27. En 1993, l'Assemblée de la Santé a adopté la résolution WHA46.8, invitant le Directeur général à faire des démarches auprès du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies, en le priant instamment :

1) de prendre les mesures nécessaires pour interdire la vente et la consommation de tous les produits du tabac dans l'ensemble des bâtiments appartenant aux organisations et aux institutions spécialisées du système des Nations Unies, ou utilisés ou gérés par elles, pour les besoins de leurs activités;

- 2) *de veiller à ce que la mise en oeuvre progressive de cette interdiction s'effectue en deux ans au maximum à compter de la date de la présente Assemblée de la Santé;*
- 3) *d'encourager et d'aider les fonctionnaires qui souhaitent s'arrêter de fumer à prendre part à des programmes de sevrage tabagique, et de mettre à la disposition de ceux qui ne veulent pas s'arrêter des zones fumeurs abritées en plein air.*

Le Directeur général était prié en outre de faire rapport à la Quarante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé en 1995 sur les progrès réalisés dans l'application de cette résolution.

28. La résolution WHA46.8 a été transmise, ainsi qu'il avait été demandé, au Cabinet du Secrétaire général, qui en a accusé réception par écrit. En 1994, le Conseil économique et social des Nations Unies, dans la résolution 1994/47, a aussi prié le Secrétaire général de coordonner les mesures d'application de la résolution WHA46.8. Le Cabinet du Secrétaire général adjoint de l'Organisation des Nations Unies chargé de la coordination s'emploie actuellement à faire en sorte que cette application soit effective.

29. Grâce à l'encouragement donné par l'OMS, les bâtiments de l'UNICEF et de la Banque mondiale, ainsi que le nouveau siège du Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés, sont aussi désormais tous pratiquement libérés du tabagisme. Le Directeur général a écrit aux chefs de secrétariat des institutions des Nations Unies pour les encourager à collaborer avec l'OMS en vue d'instaurer un environnement exempt de tabagisme sur tous les lieux de travail du système des Nations Unies. Les chefs de secrétariat des institutions ont également été priés de désigner un membre de leur personnel pour collaborer avec les fonctionnaires de l'OMS à un examen approfondi des mesures qui permettraient de réaliser dans leurs locaux un environnement libéré de la fumée du tabac. Il est prévu que l'interdiction proposée de l'usage du tabac sur les lieux de travail sera en vigueur dès la mi-1995 dans les locaux de l'Organisation des Nations Unies et de ses institutions spécialisées.

V. SUITE A DONNER PAR LE CONSEIL EXECUTIF

30. Le Conseil exécutif souhaitera peut-être transmettre à l'Assemblée mondiale de la Santé, pour son information et pour un nouvel examen de la question, le présent rapport sur les progrès réalisés dans la mise en oeuvre de diverses résolutions.

31. Le Conseil exécutif voudra peut-être aussi prier le Directeur général d'ajouter au présent rapport toutes informations qui seraient disponibles d'ici l'ouverture de la Quarante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé. Il s'agit tout particulièrement, en l'occurrence, de la résolution WHA46.8 sur l'usage du tabac dans les bâtiments du système des Nations Unies, qui priait le Directeur général de faire rapport à la Quarante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé sur les progrès réalisés dans l'application de cette résolution.

TABLEAU 1. ESTIMATIONS ET TENDANCES MONDIALES ET REGIONALES DE LA CONSOMMATION DE CIGARETTES DE 1970-1972 A 1990-1992

	Cigarettes par adulte			% changement annuel		
	1970-1972	1980-1982	1990-1992	de 1970-1972 à 1980-1982	de 1980-1982 à 1990-1992	de 1970-1972 à 1990-1992
Régions de l'OMS						
Afrique	460	560	540	2,0	-0,4	0,8
Amériques	2 600	2 490	1 870	-0,4	-2,9	-1,6
Méditerranée orientale	730	930	910	2,4	-0,2	1,1
Europe	2 280	2 470	2 290	0,8	-0,8	0,0
Asie du Sud-Est	640	960	1 150	4,1	1,8	2,9
Pacifique occidental	1 140	1 600	2 000	3,4	2,2	2,8
Pays plus développés	2 670	2 770	2 400	0,4	-1,4	-0,5
Pays peu développés	820	1 160	1 370	3,5	1,7	2,6
Monde	1 450	1 650	1 640	1,3	-0,1	0,6

TABLEAU 2. ESTIMATION DU NOMBRE DE FUMEURS DANS LE MONDE (EN MILLIONS) AU DEBUT DES ANNEES 90

	Sexe masculin	Sexe féminin	Total
Pays développés	200	100	300
Pays en développement	700	100	800
Monde	900	200	1 100

**TABLEAU 3. ESTIMATION DU NOMBRE DES DECES DUS AU TABAC
DANS LES PAYS DEVELOPPES, 1955-1995**

	Hommes			Femmes		
	Nombre (milliers)	Pourcentage de :		Nombre (milliers)	Pourcentage de :	
		Tous les décès	Décès entre 35 et 69 ans		Tous les décès	Décès entre 35 et 69 ans
1955	447	10	20	26	<1	2
1965	793	17	28	70	2	4
1975	1 119	21	31	165	3	7
1985	1 369	24	35	317	6	11
1995 (projection)	1 442	25	36	476	9	13
1950-2000	52 millions	20	30	10,5 millions	4	7

**TABLEAU 4. ESTIMATION DU NOMBRE DES DECES
CAUSES CHAQUE ANNEE PAR LE TABAC**

	Décennie	Décennies
	des années 90	des années 2020 et du début des années 2030
Pays développés	2 millions	3 millions
Pays en développement	1 million	7 millions
Total	3 millions	10 millions

**FIGURE 1. CHANGEMENT RELATIF DE LA CONSOMMATION DE CIGARETTES
(COMPARAISON ENTRE PAYS DEVELOPPES ET PAYS EN DEVELOPEMENT)**

**(Rapport entre la consommation de cigarettes par adulte
dans les pays développés et la consommation
dans les pays en développement)**

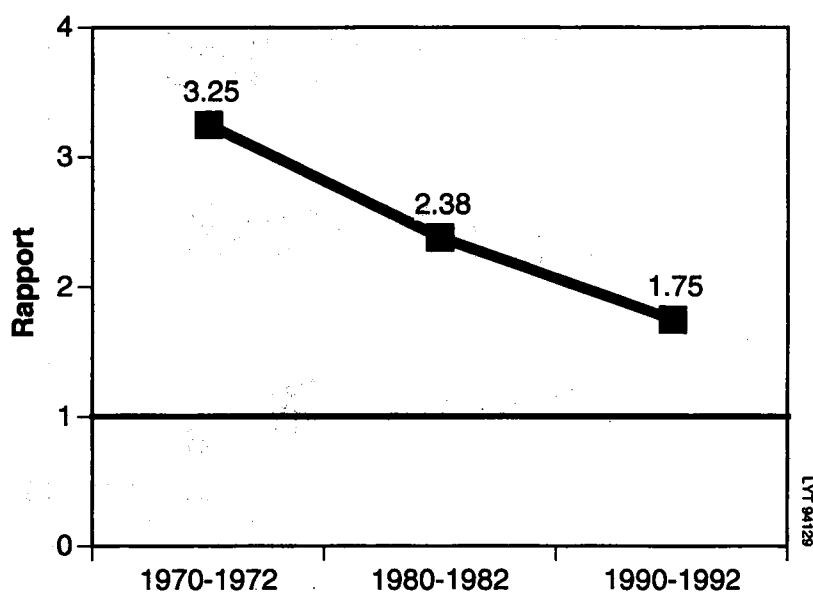
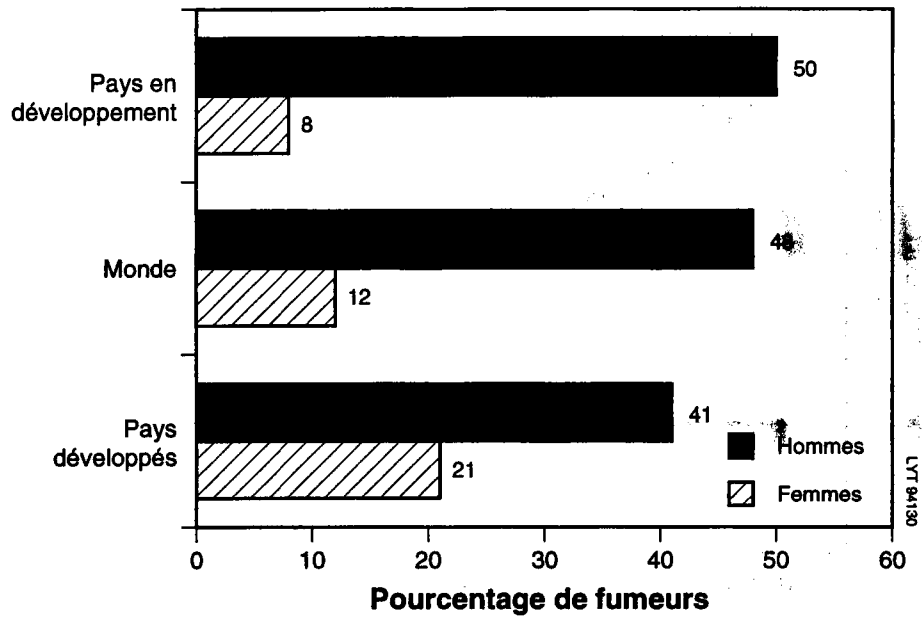


FIGURE 2. PREVALENCE DU TABAGISME DANS LES PAYS DEVELOPPES ET DANS LES PAYS EN DEVELOPPEMENT, HOMMES ET FEMMES DE 15 ANS OU PLUS, DEBUT DES ANNEES 90



= = =



Tabac ou santé

Rapport du Directeur général

RECTIFICATIF

Page 7, paragraphe 25, deuxième ligne

supprimer ... a conclu ...

insérer ... indiquera à ses organes directeurs ...

= = =