

Les femmes et le tabac : il faut agir

Virginia Ernster,¹ Nancy Kaufman,² Mimi Nichter,³ Jonathan Samet⁴ et Soon-Young Yoon⁵

Une démarche tenant compte des différences entre hommes et femmes permet de mieux saisir les tendances épidémiologiques, les stratégies de marketing social, les politiques économiques et les actions internationales dans le contexte des femmes face à l'épidémie de tabagisme. L'article apporte, s'il en était besoin, la preuve de la nocivité du tabagisme pour les femmes, et en particulier du tabagisme passif pour elles-mêmes comme pour leurs enfants. Les femmes fument de plus en plus – un phénomène qui n'est pas sans rapport avec les stratégies offensives adoptées par l'industrie du tabac en matière de publicité, de parrainage et de promotion commerciale.

De grandes orientations sont proposées ici. A tous les niveaux, il faudrait envisager une stratégie multiforme – y compris une modification de la législation et des mesures fiscales et budgétaires, une amélioration des services de santé destinés plus particulièrement aux femmes et l'organisation de programmes de sevrage tabagique. Il faut intensifier la recherche sexospécifique sur le tabagisme, notamment dans les pays en développement. Enfin, le renforcement des pouvoirs et des responsabilités des femmes devrait être indissociable de tous les efforts de lutte antitabac car l'engagement des femmes est déterminant pour le succès des programmes nationaux et l'avenir de la convention-cadre pour la lutte antitabac dont l'élaboration a récemment été entreprise.

Article publié en anglais dans *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, **78** (7) : 891-901.

Introduction

La Conférence internationale organisée par l'OMS sur le tabac et la santé à Kobe (Japon) du 14 au 18 novembre 1999 avait pour thème «Créer la différence et éviter l'épidémie de tabagisme chez les femmes et les jeunes» (1). Chercheurs, représentants de gouvernements et d'organisations non gouvernementales ainsi que militants de la cause antitabac ont à cette occasion lancé un appel en faveur d'une action mondiale pour endiguer l'épidémie de tabagisme chez les femmes et les jeunes. La Déclaration de Kobe dit en substance : «Il y a déjà plus de 200 millions de femmes qui fument et les fabricants de cigarettes ont lancé des campagnes acharnées pour attirer les femmes et les jeunes filles dans le monde entier. D'ici 2025, le nombre de femmes qui fument devrait quasiment tripler... Il faut trouver de toute urgence des solutions globales face aux dangers du tabagisme et aborder le problème de l'épidémie chez les femmes et les jeunes filles. On sait aujourd'hui que le tabagisme est un phénomène qui contribue à l'inégalité entre hommes et femmes et sape le principe même du droit fondamental des femmes et des enfants à la santé.» (1)

L'importance d'une démarche sexospécifique et le renforcement des pouvoirs des femmes étaient les deux grands axes de la conférence, durant laquelle les décideurs ont compris qu'il fallait inscrire la spécificité hommes/femmes au cœur des politiques de lutte antitabac. Nous nous intéressons ici à la lutte antitabac dans la mesure où elle concerne les femmes et proposons des mesures pour l'élaboration de lignes d'action et leur mise en pratique. L'hypothèse de base est que les rapports de sexospécificité – c'est-à-dire la répartition des rôles et responsabilités entre hommes et femmes – influencent la prévalence, les déterminants, le traitement et, en dernier ressort, l'issue des maladies liées au tabac chez les femmes (2). La sexospécificité, phénomène institutionnellement bien ancré, est un ensemble complexe de valeurs et de normes qui interpénètrent les structures sociales et les divers systèmes, notamment juridiques, politiques, économiques, sanitaires et religieux. L'adoption d'une démarche sexospécifique pour la lutte antitabac aidera à mieux appréhender sur le plan épidémiologique le problème du tabagisme et à conférer aux programmes une plus grande efficacité.

Le tabagisme chez les femmes

Hausse de la prévalence et effets du tabac sur la santé des femmes

D'après les projections de l'OMS pour les années 90, on estimait que, dans le monde, 47 % des fumeurs étaient des hommes et 12 % des femmes (3). Or la prévalence du tabagisme parmi les femmes est beaucoup plus élevée (>20 %) aux Amériques et en Europe et pourrait atteindre 30 % au Brésil, au Danemark et en Norvège (4). Même si les taux sont en baisse dans certains pays, on a la preuve que, par

¹ Professor et Vice-Chair, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Medicine, University of California, San Francisco (Etats-Unis d'Amérique). (Correspondance : mél. : vernster@epi.ucsf.edu)

² Vice-Président, The Robert Wood Johnson Foundation, Princeton, NJ (Etats-Unis d'Amérique).

³ Assistant Professor, Department of Anthropology, University of Arizona, Tucson, AZ (Etats-Unis d'Amérique).

⁴ Professor and Chairman, School of Hygiene and Public Health, Johns Hopkins University, Baltimore, MD (Etats-Unis d'Amérique).

⁵ Bureau de liaison New York, Projet OMS de convention-cadre pour la lutte antitabac, Campaign for Tobacco Free Kids, Washington, DC (Etats-Unis d'Amérique).

Réf. : 00-0604

suite d'un marketing offensif, le tabagisme est en augmentation chez les femmes, particulièrement dans les pays en développement.

Dans de nombreux pays industrialisés, des enquêtes ont montré que les taux de tabagisme parmi les filles de 14 à 19 ans étaient comparables voire supérieurs à ceux enregistrés parmi les garçons (5). Les taux sont par ailleurs en augmentation dans de nombreux pays des Régions de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental, où le tabac symbolise la libération de la femme et le rejet des rôles sexospécifiques traditionnels. En outre, un préjugé courant parmi les femmes jeunes attribue au tabac des vertus amincissantes. Il y a d'autant plus de raisons de s'inquiéter que les statistiques sur la consommation de cigarettes ne tiennent pas compte de l'usage très répandu du tabac sans fumée parmi les femmes en milieu rural. En Inde, par exemple, 22 % des paysannes du Kerala chiquent du tabac roulé dans des feuilles de bétel. Les femmes fument aussi des *bidis* (petites cigarettes fabriquées localement) et des *bookabs*, comme au Bihar et dans certaines régions du Pendjab et de l'Haryana; on sait d'autre part que, dans les zones rurales proches de Goa, les femmes se frottent et se bourrent la bouche de tabac en poudre brûlé (6).

Le Tableau 1 récapitule les dangers du tabac pour la santé des femmes. Les femmes qui fument risquent plus que les autres de souffrir de stérilité primaire ou secondaire (7, 8) et d'avoir des difficultés à concevoir un enfant (9-12). Pour ce qui est de l'issue de la grossesse, les femmes qui fument sont plus exposées que les autres au risque de rupture prématurée des membranes, de décollement prématuré du placenta normalement implanté, de placenta praevia (obstruction partielle ou totale du col utérin par le placenta) ou encore d'accouchement avant terme (13-30). Qui plus est, leurs enfants présentent un poids inférieur à la naissance, risquent plus que les autres d'être de petite taille pour leur âge gestationnel et risquent aussi

davantage de mourir à la naissance ou peu après. Les femmes qui fument sont d'autre part plus exposées que les autres au risque de maladie cardio-vasculaire, notamment de cardiopathie coronarienne, d'ischémie cérébrale ou d'hémorragie méningée. Plus d'une douzaine d'études prospectives et de nombreuses enquêtes cas-témoins ont montré que le tabagisme était l'une des principales causes de cardiopathie coronarienne chez les femmes (31-38).

Les femmes qui prennent des contraceptifs oraux sont particulièrement exposées au risque de maladie cardio-vasculaire si elles fument (39, 40). Des études ont montré que, pour les grandes fumeuses qui prenaient des contraceptifs oraux, le risque était de 20 à 40 fois plus élevé que pour les non-fumeuses qui ne prenaient pas de contraceptif oral (41, 42). Plus récemment, d'autres études sur de nouvelles préparations contraceptives orales ont montré que le risque de maladie cardio-vasculaire associé à cette forme de contraception était inférieur à ce qu'il était avec les anciennes préparations; malgré tout, le risque relatif pour les fumeuses, et notamment les grandes fumeuses, reste considérablement plus élevé que pour les non-fumeuses qui ne pratiquent pas la contraception orale (43-45).

En 1995, on évaluait à un tiers la proportion de tous les décès par cancer (47 % pour les hommes et 14 % pour les femmes) qui était due au tabac dans les pays développés (46). Cette proportion est actuellement inférieure dans les pays en développement, en raison de la prévalence antérieure plus faible du tabagisme (47). En 1990, le cancer du poumon était devenu la troisième cause de cancer chez les femmes dans le monde (48). Entre 1950 et 1995, les taux de mortalité par cancer du poumon pour 100 000 femmes n'ont cessé d'augmenter aux Etats-Unis d'Amérique (Figure 1). On trouvera à la Figure 2 les taux de mortalité par cancer du poumon standardisés sur l'âge chez les femmes âgées de 15 à 64 ans en 1990, par région du monde. Les risques sont plus élevés pour bien d'autres cancers chez les fumeuses, y compris les cancers de la bouche et du pharynx, de l'œsophage, du larynx, de la vessie, du pancréas, du rein, du col utérin et peut-être d'autres cancers.

Bien que l'on n'ait pas apporté la preuve systématique des effets du tabac sur la densité osseuse chez les femmes pré- ou post-ménauposées, de nombreuses études ont montré qu'elle était plus faible chez les fumeuses que chez les non-fumeuses après la ménopause (49-54). Des études de cohorte sur les rapports entre le tabac et la fracture du col du fémur chez les femmes ont fait apparaître des risques relatifs ajustés en fonction de plusieurs variables de l'ordre de 1,2 à 2 (55-59). Un nombre plus limité d'études aux résultats plus irréguliers a montré qu'il y avait un rapport entre le tabac et le risque de fracture autre que celle du col du fémur.

La fumée de tabac ambiante : les femmes sont concernées

Le tabagisme est encore pour l'essentiel une habitude dépendante masculine qui fait des femmes et des

Tableau 1. Dangers du tabac pour la santé des femmes

Les femmes qui fument sont particulièrement exposées aux risques suivants :

- Stérilité primaire ou secondaire
- Difficulté à concevoir un enfant
- Issue défavorable de la grossesse :
 - rupture prématurée des membranes
 - décollement prématuré du placenta
 - placenta praevia
 - accouchement avant terme
 - nouveau-né de faible poids
 - nouveau-né de petite taille (par rapport à son âge gestationnel)
 - enfant mort-né
 - mort de l'enfant peu après la naissance
- Maladie cardio-vasculaire, notamment
 - cardiopathie coronarienne
 - ischémie cérébrale
 - hémorragie méningée
- Cancer, notamment
 - poumon, œsophage, bouche et pharynx, vessie, pancréas, rein, col utérin
- Bronchopneumopathie chronique obstructive, notamment
 - bronchite et emphysème
- Fracture du col du fémur

enfants les principales victimes du tabagisme passif ou involontaire. C'est particulièrement vrai pour les femmes des pays en développement dans les Régions de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental, de la Région de la Méditerranée orientale et des Caraïbes, où le nombre de femmes qui fument est encore peu élevé. Le tabagisme (passif ou involontaire) concerne donc les femmes en raison de l'impact nocif de la fumée de tabac ambiante sur leur santé et sur celle de leurs enfants. Pour une femme, la grossesse est une période de grande vulnérabilité pendant laquelle l'exposition à la fumée de tabac peut compromettre le développement du fœtus. Pour l'enfant, les effets de l'exposition à la fumée de tabac ambiante varient selon l'âge. Le nourrisson et l'enfant sont vulnérables parce que leurs mécanismes de défense sont encore immatures et que des organes comme les poumons ne sont pas encore pleinement développés. L'exposition à la fumée de tabac ambiante pendant la petite enfance augmente le risque de maladie grave des voies respiratoires inférieures telle que bronchite ou pneumopathie. Même si ce risque diminue avec l'âge, l'exposition de l'enfant à la fumée de tabac ambiante reste associée à une augmentation des symptômes respiratoires et des épisodes de maladie durant la scolarité, en même temps qu'elle compromet la fonction respiratoire. Il est donc tout-à-fait justifié de protéger les enfants de la fumée de tabac ambiante quel que soit leur âge.

Les sujets asthmatiques sont extrêmement sensibles à la fumée de tabac ambiante et il faut particulièrement éviter qu'ils y soient exposés. En moyenne, 10 % des petits Asiatiques souffrent d'asthme, que le tabagisme des parents peut aggraver. L'exposition des femmes asthmatiques à la fumée de tabac ambiante est aussi un facteur préoccupant car cela risque d'exacerber leur maladie. Le tabagisme involontaire chez les adultes accroît le risque de cancer du poumon chez les non-fumeuses mariées à des fumeurs ; aux Etats-Unis, des études ont montré que le risque relatif était de 1:19 (60).

Christofides a conclu en ces termes son étude sur les politiques nationales de lutte antitabac : « Certaines mesures concernant la fumée de tabac ambiante ont été utiles pour les non-fumeurs et donnent aux autorités une idée de la voie à suivre. La Suède a imposé de sévères restrictions à l'usage du tabac dans les lieux publics et sur les lieux de travail. L'Afrique du Sud a également imposé des restrictions du même type. En Chine, plus de 70 villes ont adopté une législation interdisant l'usage du tabac dans certains endroits tels que théâtres, salles de jeux vidéo, salles de concert, gymnases, salles de lecture ou d'exposition, centres commerciaux, salles d'attente, moyens de transport publics, écoles et crèches. Il est également prévu que les municipalités imposent d'autres restrictions. » (3)

Donner des pouvoirs aux femmes pour leur éviter d'être exposées chez elles à la fumée de tabac ambiante est une gageure pour les décideurs en santé publique parce qu'il s'agit de combattre l'inégalité entre hommes et femmes dans la sphère privée. Les responsables des politiques de lutte antitabac devront toutefois s'attaquer à ce problème s'ils veulent obtenir des résultats au niveau de la famille.

Fig. 1. Taux de mortalité par cancer du poumon ajustés sur l'âge pour 100 000 femmes, Etats-Unis d'Amérique, 1950-1995

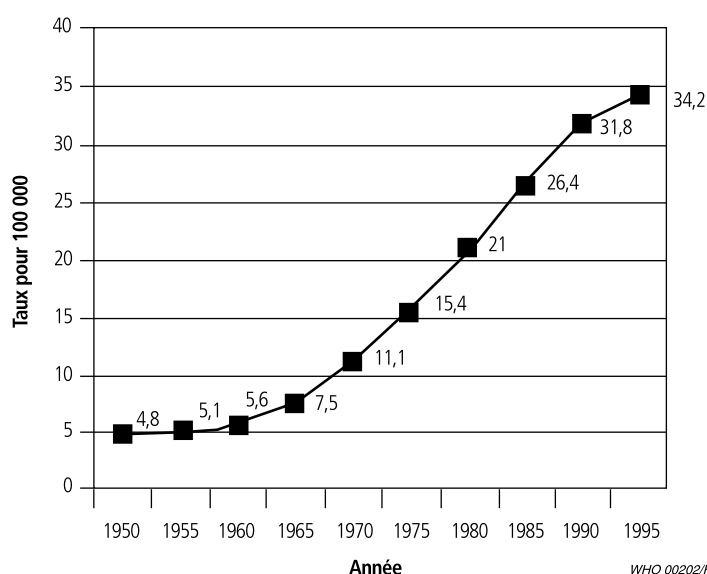
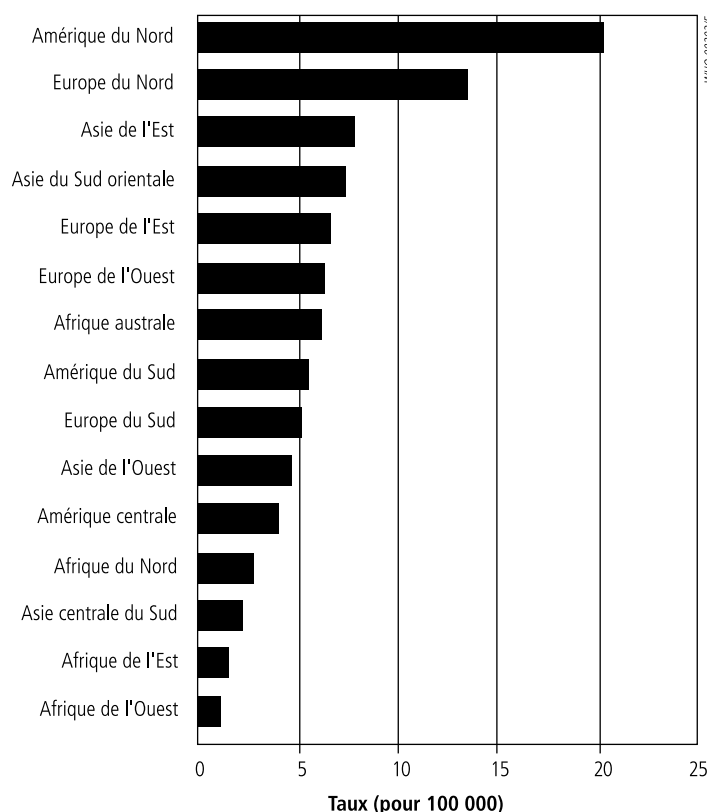


Fig. 2. Taux de mortalité par cancer du poumon standardisés sur l'âge pour 100 000 femmes âgées de 15 à 64 ans, par région



Publicité, parrainage et promotion commerciale

L'industrie du tabac exploite depuis longtemps dans la publicité, les actions de parrainage et la promotion commerciale le thème de l'émancipation de la femme afin d'attirer les femmes et d'en faire de nouvelles

consommatrices. La prolifération de réclames enjoliveuses pour le tabac dans le monde entier est un moyen de présenter le tabagisme comme « normal » et peut inciter les femmes et les adolescentes à croire qu'il s'agit d'une habitude courante et socialement souhaitable pour elles. La publicité pour des cigarettes « légères », « qui dégagent peu de fumée » ou « qui sentent moins » est une tentative pour désamorcer le problème de la nocivité et du potentiel dépendogène du tabac et rassurer les fumeurs et ceux qui pourraient le devenir en leur faisant croire qu'ils peuvent fumer « en toute sécurité ». Dans bien des pays développés et en développement, la préférence des femmes va aux cigarettes « légères » ou « dégageant peu de fumée » car elles pensent qu'il s'agit de produits plus sains. L'industrie du tabac exploite cette illusion et fait croire que certaines marques de cigarettes comportent moins de risques.

La publicité

Pour vendre cette vision, les fabricants de cigarettes dépensent plus de US \$5 milliards par an en actions publicitaires et commerciales – et cela rien qu'aux Etats-Unis. La culture de la consommation « fait entrevoir la promesse d'une vie merveilleuse : l'épanouissement individuel par la transformation de soi-même et du mode de vie » (61). La publicité pour le tabac fait miroiter un fantasme en invitant le consommateur à croire « que le produit peut faire ce qu'on ne peut pas arriver à faire soi-même » (62). Bien que, dans les pays en développement, seules les élites puissent consommer vraiment à l'occidentale, les cigarettes concrétisent cette promesse à peu de frais. La représentation occidentale de la femme émancipée se conjugue à la séduction du style de vie moderne lié à la consommation. Il s'agit là d'une association délibérée de l'émancipation de la femme et d'un produit dépendogène. Comme le dit l'industrie du tabac elle-même : « ...Le pourcentage de femmes qui fument va certainement augmenter dans la population. Le rôle des femmes dans la société s'affirme : leur pouvoir d'achat augmente et elles vivent plus longtemps que les hommes. Comme un rapport officiel l'a récemment montré, elles semblent être moins influencées que les hommes par les campagnes antitabac. Tout cela fait d'elles une cible de choix pour les spécialistes avertis du marketing en Europe. Alors, malgré les hésitations antérieures, pourquoi pas une attaque plus résolue sur cette part de marché importante que sont les fumeuses ? » (63)

Un autre rapport met les points sur les i : « Il s'offre une excellente occasion de segmenter le marché que représentent les femmes en fonction des valeurs, de l'âge, du mode de vie ainsi que des préférences quant à la longueur et à la circonférence des cigarettes. Pour cela, il faudrait envisager une approche plus moderne et mieux adaptée au mode de vie des jeunes fumeuses adultes. » (64) La longue histoire du marketing de l'industrie du tabac en direction des femmes aux Etats-Unis donne une idée de ce que sont et seront les pratiques en la matière

dans d'autres parties du monde. Au début du XX^e siècle, peu de femmes faisaient usage du tabac et, si elles fumaient, elles passaient pour des rebelles ou des femmes émancipées. C'est en 1919 que la société Lorillard utilisa pour la première fois l'image d'une femme qui fumait dans sa publicité pour les marques Murad et Helman, au grand dam du public. En 1926, Chesterfield entrait sur le marché féminin avec une affiche où une femme disait à un fumeur « Hé ! envoie-moi un peu de ta fumée »* – grâce à quoi les ventes augmentèrent de 40 % en deux ans (65). Bientôt apparut l'association avec la mode et la minceur. En 1927, Marlboro lançait sa campagne « Légère comme l'air »* dans la revue de mode chic *Le Bon Ton* et, un an plus tard, Lucky Strike lançait une campagne auprès des femmes sur le thème « Une Lucky au lieu d'un bonbon »* (66).

Ces réclames associaient directement le tabac à la minceur : « Avec une Lucky, finie l'envie des bonbons qui font grossir »* ou encore « Jamais ça, plutôt une Lucky »* – montrant en arrière-plan la silhouette d'une femme avec un double menton caricatural. Une autre réclame affichant deux silhouettes, celle d'une femme mince et celle d'une femme obèse, posait la question : « C'est vous dans cinq ans, ça ? En cas d'envie, prenez plutôt une Lucky. Bien grillée. »* Dès la fin des années 20, la publicité pour cigarettes faisait régulièrement apparaître des femmes avec leurs nouveaux « symboles de liberté ». Des réclames pour des marques de cigarettes apparaurent dans des revues de mode comme *Vogue*, *Vanity Fair* ou *Harper's Bazaar* (67). Une ère nouvelle commençait où les femmes allaient devenir la cible du marketing de l'industrie du tabac.

La fin des années 60 et le début des années 70 furent marquées par une évolution des marques de cigarettes pour femmes. Philipp Morris lança les Virginia Slims à l'aide de la plus grande campagne de marketing de son histoire (avec pour slogan « Il en a fallu du temps, les filles ! »*) (68). Sa publicité insistait sur le charme, la minceur et l'indépendance. En 1970, Brown et Williamson lancèrent la Flair, une cigarette mode, tandis que Liggett et Myers mettaient sur le marché la cigarette Eve. Depuis, d'autres créneaux sont apparus. Pourtant, les marques pour femmes ne représentent qu'entre 5 et 10 % du marché des cigarettes (69) et la majorité des femmes qui fument (50 % de la part du marché aux Etats-Unis) achètent des marques sexospécifiquement neutres comme Marlboro ou Camel.

Tout comme aux Etats-Unis, des marques de cigarettes pour femmes ont été introduites sur le marché dans de nombreux pays d'Asie, la plupart du temps à l'aide de thèmes publicitaires associant indépendance, assurance, charme et sexualité. Ces réclames visent particulièrement à séduire les jeunes femmes sensibles à ces thèmes qui cherchent à imiter les mannequins publicitaires ou à en acquérir les traits. Bien souvent, il s'agit en Asie de mannequins

* Traduction du Secrétariat de l'OMS.

occidentaux : c'est ainsi qu'au Japon la publicité pour les cigarettes Capri Superslim présente une blonde à la fois femme d'affaires et artiste, et la publicité pour les cigarettes Pianissimo (Salem) une blonde de type nordique. Pourquoi donc la publicité fait-elle appel à ces modèles étrangers. Qu'apportent-ils à l'image et que disent-ils sur le produit qu'un modèle local ne pourrait faire ? Sans aller chercher plus loin, on peut dire que les Occidentaux fonctionnent en tant que signes de l'Occident. D'après Dentsu, la plus grande agence de publicité japonaise, les Blancs confèrent aux produits japonais quelque chose d'étranger qui symbolise prestige, qualité et modernité (70).

Selon un publicitaire de Tokyo « les fabricants de cigarettes insistent beaucoup sur la publicité pour des cigarettes dégageant peu de fumée, conçues au fond pour les femmes qui détestent avoir les cheveux ou les vêtements imprégnés de l'odeur du tabac » (71). R. J. Reynolds a commercialisé la Pianissimo, une version de la Salem avec moins de fumée et moins d'odeur, qui est très appréciée des femmes. Des données récentes recueillies en Thaïlande montrent que les jeunes fumeurs préfèrent les cigarettes étrangères et que les jeunes femmes, en particulier, ont une prédilection très nette pour ces cigarettes, notamment les Marlboro Light. Jusqu'à présent, il n'existe que peu de recherches qui puissent expliquer ces préférences, encore qu'il ne soit pas difficile de déduire que ces cigarettes se vendent bien parce qu'elles sont considérées comme « moins nocives » (72).

En Inde, où il est généralement mal vu pour une femme ou une jeune fille de fumer, une filiale de British American Tobacco a lancé en 1990 une cigarette pour femmes baptisée *Ms* à grand renfort de publicité, avec des femmes mannequins chargées d'assurer la promotion du produit et de distribuer des échantillons gratuits. Face aux protestations de militantes féministes, outrées de ce ciblage délibéré sur les femmes et les jeunes filles, des représentants de la société sont venus à la rescousse, expliquant que la marque « visait les femmes émancipées, que les femmes représentées dans la publicité étaient généralement habillées à l'occidentale et qu'on ne les voyait pas précisément en train de fumer » (73). Compte tenu du fait que les Indiennes hésiteraient peut-être à aller acheter des cigarettes dans un magasin, le texte publicitaire précisait : « Appelez-nous pour recevoir une cartouche à domicile ! »*

Les actions promotionnelles

Virginia Slims, la marque de cigarettes pour femmes qui a le plus de succès, est la grande spécialiste des actions promotionnelles. Depuis des années, Philip Morris offre un agenda annuel Virginia Slims, le *Book of Days*. Ses catalogues « V-wear » proposent chemisiers, manteaux, foulards et autres accessoires en échange de preuves d'achat de ses paquets de cigarettes. Chaque catalogue a un thème (par exemple le charme) que l'on retrouve sur la couverture, sur les photos et sur les textes utilisés pour en faire la promotion. Pour se

procurer les articles en question, il faut accumuler de nombreuses preuves d'achat. Par exemple, pour un manteau noir, il faut avoir acheté 325 paquets (74), soit une dépense de US \$621 sur la base d'un coût moyen de US \$1,91 par paquet de la marque (75). Le thème se retrouve aussi dans les magasins, où de petits paniers à provisions en plastique affichent la publicité pour Virginia Slims et les achats sont mis dans des sacs en plastique portant le logo VS. Le thème de leur catalogue de vêtements pour l'automne 1998 était « Une flamme dans la nuit* ». Misty Slims, un produit d'American Tobacco Company, offre des vêtements, des briquets et même un guide d'achat pour centres commerciaux Rand Mc Nally. Les catalogues de Camel Cash (R. J. Reynolds) proposent vêtements, articles de bijouterie, étuis à rouge à lèvres, briquets et autres accessoires.

L'industrie des loisirs

En plus du marketing, de la promotion commerciale de certaines manifestations et du parrainage de rencontres sportives féminines et de concours de beauté, les fabricants de cigarettes font largement appel à l'industrie des loisirs. Le tabac s'insinue également dans la culture populaire par le biais des films, de la télévision et de la musique. Plusieurs études montrent que le tabac est omniprésent dans les films à grand succès ; l'une d'elles, en particulier, qui consistait à analyser la présence du tabac à l'écran sur près de quatre décennies (1960-1996), indique que ce phénomène avait retrouvé dans les années 90 son niveau des années 60 (76). Les chercheurs ont divisé chaque film en séquences de 5 minutes : dans les années 90, un tiers des séquences comportait une référence au tabac et 57 % des personnages principaux fumaient. Entre 1991 et 1996, 80 % des personnages masculins et 27 % des personnages féminins fumaient. Les chercheurs ont d'autre part noté que l'on voyait de plus en plus de cigares : les cinq films de leur échantillon de 1996 comportaient des fumeurs de cigare.

La télévision offre elle aussi des occasions de montrer des fumeurs. D'après une étude faite en 1984 sur les émissions aux heures de grande écoute, on voyait une fois par heure quelqu'un en train de fumer (77). En 1992, une autre étude a fait apparaître la même fréquence ; 24 % des programmes de grande écoute sur les trois grandes chaînes montraient des gens qui fumaient (78). De plus, avec la mondialisation des médias, ce qui se fait dans un pays est reproduit bien au-delà des frontières nationales. Ainsi, de nombreux pays insulaires des Caraïbes reçoivent leurs programmes télévisés directement des Etats-Unis et sont donc exposés au phénomène du tabagisme par les médias.

La musique populaire est un autre moyen de faire passer le message du tabac. Les vidéoclips musicaux à la télévision établissent le lien visuel entre tabac et musique ; une étude a montré que l'on voyait des gens fumer dans 19 % des vidéoclips présentés sur quatre chaînes musicales (79). Les affiches

publicitaires pour de nouveaux albums et les couvertures des disques compacts elles-mêmes montrent des musiciens en train de fumer. Philip Morris a parrainé sous le label Club Benson & Hedges une série de concerts en direct dans des clubs de villes comme Los Angeles ou La Nouvelle-Orléans. En 1997, la société a lancé sa propre marque de disques, Woman Thing Music (Musique pour les femmes), sur le modèle de son slogan publicitaire « C'est pour les femmes »*. Les CD, qui présentent de nouveaux talents féminins, sont commercialisés avec les paquets de Virginia Slims. Lors d'une tournée musicale, des auditions ont été organisées dans les villes où se déroulaient les concerts ; certains d'entre eux étaient gratuits et des objets portant la marque Virginia Slims étaient distribués aux spectateurs.

Les principaux fabricants de cigarettes ont leur propre site Internet où l'information sur l'entreprise et les produits voisine avec le matériel promotionnel. Ainsi, le site de Brown & Williamson (<http://www.bw.com>) comporte des pages sur leurs actions de parrainage en faveur d'organisations communautaires et de leurs programmes de lutte antitabac parmi les jeunes. Le fait qu'ils parrainent Fishbone Fred, auteur de chansons pour enfants candidat à un Grammy, est mentionné sur le site. Lors de ses tournées, Fred chante entre autres « Sois pas bête : arrête! »*, et sa cassette de chansons pour la protection des enfants est commercialisée sur le site.

Dans la Déclaration de Kobe, un appel a été lancé aux gouvernements, aux institutions du système des Nations Unies et aux groupes de femmes pour que soient « interdites dans le monde entier les actions directes ou indirectes de publicité, de promotion commerciale et de parrainage menées par l'industrie du tabac dans tous les médias et toutes les formes de loisirs et que des fonds publics soient libérés pour financer une contre-publicité qui, dissociant le tabac de la libération de la femme, touchera les femmes et les adolescentes dans des contextes culturels très divers ». Il y est également stipulé qu'« il faudrait interdire dans le monde entier l'utilisation d'un nom de marque, d'un logo ou d'une marque déposée en rapport avec les cigarettes sur des produits n'ayant rien à voir avec le tabac, et aussi interdire les distributeurs automatiques de produits du tabac » (1).

Les femmes et l'économie du tabac

Tout comme la réglementation de la publicité, les mesures économiques sont indispensables pour renforcer la lutte antitabac. D'après la Banque mondiale, le tabagisme entraîne des pertes économiques qui se chiffrent à US \$200 milliards par an – pour moitié dans des pays en développement (80). Les appels en faveur de la lutte antitabac, et notamment d'un relèvement des taxes sur les produits du tabac, se justifient surtout par les effets positifs que l'on peut en attendre en termes de recul de la morbidité et des décès prématurés. Des mesures agissant sur les prix et sur d'autres facteurs pourraient

contribuer à éviter des millions de décès prématurés dus au tabagisme. De plus, les politiques de lutte antitabac offrent un excellent rapport coût-efficacité et devraient donc faire partie intégrante de toute enveloppe minimale de soins.

Malheureusement, les données sur le tabagisme ventilées par sexe sont rares – ce qui confirme la nécessité de procéder à des analyses économiques tenant compte de la différence hommes-femmes. Malgré tout, l'analyse qui suit devrait s'appliquer à l'un et l'autre sexe, même si l'on peut s'attendre à des variations entre hommes et femmes. Les premiers à bénéficier d'un recul du tabagisme seraient les fumeurs, notamment du sexe féminin, et leur famille. Des données en provenance d'Australie, de Chine, de Malaisie, des Philippines et du Viet Nam montrent que les ménages consacrent beaucoup d'argent au tabac. En Chine, par exemple, on évaluait à 25 % du revenu journalier en 1990 la somme consacrée à l'achat de 20 cigarettes. De même, aux Philippines, la part du revenu médian des ménages consacrée à l'achat de cigarettes de marque importées était de 35 % en 1989. Les ménages pauvres consacraient généralement une proportion supérieure de leurs revenus au tabac – et il ne s'agit là que d'une partie des coûts entraînés par le tabagisme (81).

Le relèvement du prix des cigarettes est une mesure efficace pour réduire la demande. Pour une augmentation de prix de 10 %, on obtient une réduction de la demande d'environ 4 % dans les pays à revenu élevé et d'environ 8 % dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (81). Par ailleurs, les hausses de prix se répercutent plus sur les enfants et les adolescents. Les estimations relatives à l'élasticité des prix donnent à penser que les groupes socio-économiques défavorisés, les personnes peu instruites et les groupes minoritaires réagiront eux aussi davantage à un relèvement des prix. Il faut faire d'autres analyses pour savoir comment le prix des cigarettes influence le comportement des femmes ayant peu de revenus, encore que l'on puisse là aussi supposer qu'une hausse des prix modifiera leurs habitudes.

La taxation est l'un des moyens de lutte antitabac les plus efficaces et c'est aussi un excellent moyen d'empêcher les enfants de commencer à fumer. Etant donné que, dans bien des pays, les taxes sur le tabac sont encore extrêmement faibles, il y a beaucoup de marge pour les amener à un niveau proche de celui des pays qui ont remporté des succès dans la lutte antitabac, et où les taxes représentent entre les deux tiers et les trois quarts du prix des cigarettes. Plus encore que la simple taxation du tabac, l'affectation du produit des taxes à la lutte antitabac peut contribuer au recul du tabagisme.

Des études économiques montrent par ailleurs que la diffusion d'information sur le tabac et la santé contribue très nettement à la réduction de la consommation de cigarettes et a un effet immédiat. La législation sur la lutte contre la pollution à l'intérieur des locaux et les mesures restreignant l'accès des jeunes aux produits du tabac, lorsqu'elles

sont appliquées résolument et de façon globale, peuvent aussi faire reculer sensiblement le tabagisme parmi les jeunes.

La contrebande est un autre problème économique qui intéresse les décideurs. Même si 30 % environ des cigarettes exportées dans le monde font l'objet de contrebande, le problème a souvent été exagéré par l'industrie du tabac (81). Il existe plusieurs mesures faciles à mettre en œuvre, y compris l'application plus stricte des textes, l'utilisation de timbres fiscaux et le relèvement des amendes imposées aux trafiquants, pour réduire sensiblement l'ampleur du problème.

Par ailleurs, augmenter les crédits alloués aux programmes de sevrage tabagique pour les femmes, former le personnel de santé en tenant plus compte des problèmes de sexospécificité et mettre au point des programmes à assise communautaire sont autant d'importantes mesures budgétaires susceptibles d'aider les femmes et les jeunes filles.

Discussion

Il faut étayer les mesures nationales de lutte antitabac par des mécanismes régionaux et internationaux pour pouvoir mettre les multinationales devant leurs responsabilités et s'attaquer à des problèmes transnationaux tels que la contrebande. Fort heureusement, il existe déjà au niveau international des traités et documents officiels sur la santé des femmes, par exemple les textes des Nations Unies sur le droit des femmes et des enfants à la santé, auxquels on peut faire appel pour renforcer les conventions sur des questions particulières et, à l'aide de la convention-cadre pour la lutte antitabac, intensifier les programmes nationaux. Pour toutes les questions intéressant les femmes et le tabac, la Convention relative aux droits de l'enfant et la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes devraient venir compléter la convention-cadre.

La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, qui a été signée par 163 pays dont la plupart des pays des Régions de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental, a également à voir avec le droit des femmes à la santé. Le comité chargé de sa mise en œuvre a souligné que l'application par les gouvernements de l'article 12 relatif à la santé des femmes était déterminante pour la santé et le bien-être des femmes (82). En vertu de cet article, les Etats sont tenus d'éliminer la discrimination à l'égard des femmes en termes d'accès aux soins de santé et d'inclure dans les rapports officiels des statistiques ventilées par sexe, par âge, par appartenance ethnique et par lieu géographique. Ils doivent également faire rapport sur les ressources affectées à la santé des femmes et inscrire une démarche sexospécifique dans toutes les politiques et tous les programmes qui ont trait à la santé des femmes.

Le Programme d'action de Beijing est un autre document officiel important du point de vue des

droits des femmes (83). Adopté en 1995 par plus de 180 Etats lors de la Quatrième Conférence mondiale sur les femmes, il fait de la santé l'un des douze principaux champs de préoccupation. De plus, en 1999, la Commission de la condition de la femme, qui supervise la mise en œuvre du Programme d'action de Beijing, a recommandé que des mesures soient prises par les gouvernements, le système des Nations Unies et la société civile, lesquels doivent notamment concevoir, mener et renforcer des programmes de prévention du tabagisme chez les femmes et les jeunes filles, analyser la façon dont l'industrie du tabac exploite les jeunes femmes en les prenant pour cible et, enfin, aider à faire interdire la publicité pour le tabac et à empêcher que les mineurs aient accès aux produits du tabac. En outre, ils doivent encourager la création d'espaces non-fumeurs, favoriser l'organisation de programmes de sevrage tabagique pour les femmes et veiller à ce que l'étiquetage des produits informe des dangers du tabagisme, dans le droit fil de l'Initiative pour un monde sans tabac proposée par l'OMS en juillet 1998 (84).

Pour que ces traités et documents officiels soient effectivement respectés, il faut associer les organisations féminines nationales et les ministères qui s'occupent des femmes à la prise des décisions sur la convention-cadre et sur la législation antitabac. Il faut aussi mobiliser les organisations non gouvernementales (ONG) s'occupant des femmes et les dirigeants de la société civile pour en faire des partenaires. Au sein du mouvement des femmes contre le tabac, certains groupes comme le Réseau international des femmes contre le tabac (INWAT) et l'Organisation nationale des Femmes aux Etats-Unis (NOW), ont proposé des stratégies communautaires. NOW, par exemple, distribue sur vidéocassette un module de formation qui redéfinit la libération de la femme et rappelle aux jeunes femmes leurs droits en matière de santé. D'autres groupes, comme le Réseau latino-américain pour la santé des femmes, diffusent des bulletins dans lesquels ils donnent des informations sur des questions de santé telles que les rapports entre cancer du poumon et tabagisme. A travers le monde, de nombreuses organisations de femmes médecins, infirmières ou scientifiques alliées aux médias ont entrepris des programmes communautaires qui aident à associer les femmes à la lutte antitabac.

De toutes parts, les femmes se sont mobilisées à travers de multiples réseaux régionaux femmes et santé pour la lutte contre le tabagisme. En 1984, les représentantes de 60 groupes s'occupant de la santé des femmes ont, à l'occasion de la première réunion régionale sur les femmes et la santé en Colombie, créé le Réseau pour la santé des femmes en Amérique latine et aux Caraïbes (LACWHN) (85), qui fédère environ 2000 groupes d'Amérique latine et des Caraïbes (à peu près 80 %) ainsi que d'Amérique du Nord, d'Europe, d'Afrique, d'Asie et du Pacifique.

Il existe dans les Régions de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidentale diverses organisations de femmes, en particulier des réseaux locaux ou

mondiaux qui s'occupent de questions telles que la santé des femmes, l'environnement, la défense des consommateurs, les droits fondamentaux et les migrations. Ces groupes pourraient eux aussi être mobilisés et se faire les avocats de la lutte contre l'épidémie de tabagisme.

En 1987, le Groupe d'action des femmes contre le tabac était créé à Tokyo par des femmes médecins, professeurs, écrivains et autres qui s'inquiétaient de l'augmentation du tabagisme parmi les jeunes femmes. Les principaux objectifs étaient de faire respecter les droits des non-fumeurs et d'empêcher les jeunes femmes de commencer à fumer. Parmi les activités du groupe, on peut citer des actions d'éducation antitabac à l'école, la création d'un service d'aide téléphonique pour les non-fumeuses victimes du tabagisme passif au bureau et l'organisation d'une campagne pour la suppression des distributeurs automatiques de produits du tabac.

Un autre groupe actif est l'Association des consommateurs de Penang (CAP), une organisation de défense des consommateurs bien connue en Malaisie qui mène depuis 1973 des campagnes antitabac. Ces dernières années, elle a organisé de nombreux séminaires, forums, expositions et autres manifestations et publié brochures, modules pédagogiques, affiches, auto-collants et autres matériels pour informer le public des méfaits du tabac pour la santé, l'environnement et l'économie.

Il y a d'autres exemples encore de réseaux internationaux, par exemple Gabriela, une coalition nationale d'organisations de femmes aux Philippines dotée d'une commission pour la santé des femmes et leurs droits en matière de procréation et qui gère des dispensaires pour femmes dans la zone métropolitaine de Manille et dans deux communautés pilotes. Le Centre Asie-Pacifique d'appui et de recherche pour les femmes (ARROW), une ONG régionale implantée en Malaisie, s'emploie à réorienter les politiques des gouvernements et des ONG en matière de santé, de population et de santé génésique et à faire adopter une démarche soucieuse des femmes et des différences entre les sexes. L'Organisation Femmes au cœur de l'environnement et du développement (WEDO) est devenue l'un des

moteurs de la mobilisation des réseaux internationaux autour du problème femmes et tabac.

La convention-cadre pour la lutte antitabac, en cours d'élaboration par l'OMS, et les programmes, comités et organismes nationaux de lutte antitabac doivent veiller à ce que les organisations de femmes mentionnées plus haut soient associées à la formulation et à l'application des politiques de lutte contre le tabagisme. Pour autant que l'égalité entre hommes et femmes soit garantie dans le processus de décision, ces politiques pourront enclencher une dynamique «par le bas» qui permettra à la fois d'atteindre les familles et les communautés et d'infléchir les tendances nationales.

Conclusion

L'adoption d'une démarche sexospécifique face au problème du tabagisme aidera à mieux saisir les tendances épidémiologiques, les stratégies de marketing social, les politiques économiques ainsi que les actions internationales. A tous les niveaux, il faudrait envisager une stratégie multiforme associant une modification de la législation et des mesures fiscales et budgétaires à l'amélioration des services de santé, qui devront tenir compte des besoins des femmes, et à des programmes de sevrage tabagique. Les principales mesures à prendre sont connues : relèvement des taxes sur les cigarettes, interdiction absolue de la publicité et des actions promotionnelles pour les produits du tabac, restriction de l'usage du tabac dans les lieux publics et sur les lieux de travail, information des consommateurs sur les dangers du tabagisme pour la santé et, enfin, meilleur accès aux programmes de sevrage tabagique. Il faut faire bien d'autres analyses sexospécifiques pour comprendre les rapports entre la situation des femmes et les tendances épidémiologiques, les facteurs comportementaux et les politiques économiques, en particulier dans les pays en développement. Le renforcement des pouvoirs et des responsabilités des femmes, qui doit être au cœur de tous les efforts de lutte antitabac, est vital pour le succès des programmes nationaux et la mise en œuvre de la convention-cadre pour la lutte antitabac. ■

Bibliographie

1. *Report of the Fourth Meeting of the WHO Centre for Health Development, Kobe, Japan, 18-19 October 1999.* Kobe, Centre OMS pour le développement sanitaire à Kobe, document non publié, 1999.
2. *Gender and health : a technical paper.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1998 (document non publié WHO/FRH/WHO/98.16).
3. **Gajalakshmi CK et al.** Patterns of tobacco use and its health consequences. In : Jha P, Chaloupka F, eds. *Tobacco control in developing countries.* Oxford, Oxford University Press, 2000.
4. *Tobacco or health : a global status report.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1997.
5. **Chollat-Traquet CM.** *Les femmes et le tabac.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1992.
6. **Aghi M, Asma S, Vaithinathan R.** Initiation and maintenance of tobacco use. In : Samet J, Yoon S-Y, eds. *Women and the tobacco epidemic : Challenges for the 21st Century.* Baltimore, MD, WHO/Johns Hopkins University School of Public Health (sous presse).
7. **Daling J et al.** Cigarette smoking and primary tubal infertility. In : Rosenberg MJ, ed. *Smoking and reproductive health.* Littleton, MA, PSG Publishing Co., 1987 : 40-46.
8. **Joesoef MR et al.** Fertility and use of cigarettes, alcohol, marijuana, and cocaine. *Annals of Epidemiology*, 1993, **3** : 592-594.
9. **Baird DD, Wilcox AJ.** Cigarette smoking associated with delayed conception. *Journal of the American Medical Association*, 1985, **253** : 2979-2983.

10. **Curtis KM, Savitz DA, Arbuckle TE.** Effects of cigarette smoking, caffeine consumption, and alcohol intake on fecundability. *American Journal of Epidemiology*, 1997, **146** : 32-41.
11. **Howe G et al.** Effects of age, cigarette smoking, and other factors on fertility : findings in a large prospective study. *British Medical Journal*, 1985, **290** : 1697-1700.
12. **Spinelli A, Figa-Talamanca I, Osborn J.** Time to pregnancy and occupation in a group of Italian women. *International Journal of Epidemiology*, 1997, **26** : 601-609.
13. **Hadley CB, Main DM, Gabbe SG.** Risk factors for preterm premature rupture of the fetal membranes. *American Journal of Perinatology*, 1990, **7** : 374-379.
14. **Harger JH et al.** Risk factors for preterm premature rupture of fetal membranes : a multicenter case-control study. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 1990, **57** : 451-455.
15. **Ekwo EE et al.** Risks for premature rupture of amniotic membranes. *International Journal of Epidemiology*, 1993, **22** : 495-503.
16. **Spinillo A et al.** Factors associated with abruptio placentae in preterm deliveries. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 1994, **73** : 307-312.
17. **Williams MA et al.** Cigarettes, coffee, and preterm premature rupture of the membranes. *American Journal of Epidemiology*, 1992, **135** : 895-903.
18. **Ananth CV, Savitz DA, Luther ER.** Maternal cigarette smoking as a risk factor for placental abruption, placenta previa, and uterine bleeding in pregnancy. *American Journal of Epidemiology*, 1996, **144** : 881-889.
19. **Handler AS et al.** The relationship between exposure during pregnancy to cigarette smoking and cocaine use and placenta previa. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1994, **170** : 884-889.
20. **Monica G, Lilja C.** Placenta previa, maternal smoking and recurrence risk. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 1995, **74** : 341-345.
21. **Chelmos D, Andrew DE, Baker ER.** Maternal cigarette smoking and placenta previa. *Obstetrics and Gynecology*, 1996, **87** : 703-706.
22. **Zhang J, Fried DB.** Relationship of maternal smoking during pregnancy to placenta previa. *American Journal of Preventive Medicine*, 1992, **8** : 278-282.
23. **Heffner LJ et al.** Clinical and environmental predictors of preterm labor. *Obstetrics and Gynecology*, 1993, **81** : 750-757.
24. **Olsen P et al.** Epidemiology of preterm delivery in two birth cohorts with an interval of 20 years. *American Journal of Epidemiology*, 1995, **142** : 1184-1193.
25. **Wen SW et al.** Intrauterine growth retardation and preterm delivery : prenatal risk factors in an indigent population. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1990, **162** : 213-218.
26. **Cnattingius S et al.** Effect of age, parity, and smoking on pregnancy outcome : a population-based study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1993, **168** : 16-21.
27. **McDonald AD, Armstrong BG, Sloan M.** Cigarette, alcohol, and coffee consumption and prematurity. *American Journal of Public Health*, 1992, **82** : 91-93.
28. **Meis PJ et al.** Factors associated with preterm birth in Cardiff, Wales. I. Indicated and spontaneous preterm birth. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1995, **173** : 597-602.
29. **Wisborg K et al.** Smoking during pregnancy and preterm birth. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1996, **103** : 800-805.
30. **Raymond EG, Mills JL.** Placental abruption. Maternal risk factors and associated conditions. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 1993, **72** : 633-639.
31. **Thun MJ et al.** Age and the exposure-response relationships between cigarette smoking and premature death in Cancer Prevention Study II. In : Shopland DR et al., eds. *Changes in cigarette-related disease risks and their implication for prevention and control*. Rockville, MD, National Institutes of Health, National Cancer Institute, 1997 : 383-475.
32. **Prescott E et al.** Smoking and risk of myocardial infarction in women and men : longitudinal population study. *British Medical Journal*, 1998, **316** : 1043-1047.
33. **Burns DM et al.** The American Cancer Society Cancer Prevention Study I : 12-year follow-up of 1 million men and women. In : Shopland DR et al., eds. *Changes in cigarette-related disease risks and their implication for prevention and control*. Rockville, MD, National Institutes of Health, National Cancer Institute, 1997 : 13-42.
34. **Njolstad I, Arnesen E, Lund-Larsen PG.** Smoking, serum lipids, blood pressure, and sex differences in myocardial infarction. A 12-year follow-up of the Finnmark Study. *Circulation*, 1996, **93** : 450-456.
35. **Kawachi I et al.** Smoking cessation and time course of decreased risks of coronary heart disease in middle-aged women. *Archives of Internal Medicine*, 1994, **154** : 169-175.
36. **Paganini-Hill A, Hsu G.** Smoking and mortality among residents of a California retirement community. *American Journal of Public Health*, 1994, **84** : 992-995.
37. **Doll R et al.** Mortality in relation to smoking : 22 years' observations on female British doctors. *British Medical Journal*, 1980, **280** : 967-971.
38. **Friedman GD et al.** Smoking and mortality : the Kaiser Permanente experience. In : Shopland DR et al., eds. *Changes in cigarette-related disease risks and their implication for prevention and control*. Rockville, MD, National Institutes of Health, National Cancer Institute, 1997 : 477-499.
39. **Owen-Smith V et al.** Effects of changes in smoking status on risk estimates for myocardial infarction among women recruited for the Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study in the UK. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1998, **52** : 420-424.
40. **Rosenberg L et al.** Myocardial infarction and cigarette smoking in women younger than 50 years of age. *Journal of the American Medical Association*, 1985, **253** : 2965-2969.
41. **Shapiro S et al.** Oral contraceptive use in relation to myocardial infarction. *Lancet*, 1979, **1** : 743-747.
42. **Croft P, Hannaford PC.** Risk factors for acute myocardial infarction in women : evidence from the Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study. *British Medical Journal*, 1989, **298** : 165-168.
43. **D'Avanzo B et al.** Oral contraceptive use and risk of myocardial infarction : an Italian case-control study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1994, **48** : 324-325.
44. **Lewis MA et al.** Third generation oral contraceptives and risk of myocardial infarction : an international case-control study. *British Medical Journal*, 1996, **312** : 88-90.
45. **Organisation mondiale de la Santé.** WHO Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. Acute myocardial infarction and combined oral contraceptives : results of an international multicentre case-control study. *Lancet*, 1997, **349** : 1202-1209.
46. **Peto R et al.** Mortality from tobacco in developed countries : indirect estimation from national vital statistics. *Lancet*, 1992, **339** : 1268-1278.
47. **L'épidémie de tabagisme : une urgence mondiale de santé publique.** *Tabac Alerte !* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1996.
48. **Pisani P.** Estimates of the worldwide mortality from 25 cancers in 1990. *International Journal of Cancer*, 1999, **83** : 18-29.
49. **Orwoll ES et al.** Axial bone mass in older women. *Annals of Internal Medicine*, 1996, **124** : 187-196.
50. **Hollenback KA et al.** Cigarette smoking and bone mineral density in older men and women. *American Journal of Public Health*, 1993, **83** : 1265-1270.
51. **Nguyen TV et al.** Lifestyle factors and bone density in the elderly : implications for osteoporosis prevention. *Journal of Bone and Mineral Research*, 1994, **9** : 1339-1346.
52. **Kiel DP et al.** The effect of smoking at different life stages on bone mineral density in elderly men and women. *Osteoporosis International*, 1996, **6** : 240-248.

53. **Writing Group for PEPI.** Effects of hormone therapy on bone mineral density : results from the Postmenopausal Estrogen/ Progestin Interventions (PEPI) trial. *Journal of the American Medical Association*, 1996, **77** : 53-56.
54. **Burger H et al.** Risk factors for increased bone loss in elderly population : the Rotterdam Study. *American Journal of Epidemiology*, 1998, **147** : 871-879.
55. **Cornuz J et al.** Smoking, smoking cessation, and risk of hip fracture in women. *American Journal of Medicine*, 1999, **106** : 311-314.
56. **Cummings SR et al.** Risk factors for hip fracture in white women. *New England Journal of Medicine*, 1995, **332** : 767-773.
57. **Forsen L et al.** Interaction between current smoking, leanness, and physical inactivity in the prediction of hip fracture. *Journal of Bone and Mineral Research*, 1994, **9** : 1671-1678.
58. **Paganini-Hill A et al.** Exercise and other factors in the prevention of hip fracture : the Leisure World Study. *Epidemiology*, 1991, **2** : 16-25.
59. **Kiel DP et al.** Smoking eliminates the protective effect of oral estrogens on the risk of hip fracture among women. *Annals of Internal Medicine*, 1992, **116** : 716-721.
60. **Samet J, Yang GH.** Environmental tobacco smoke. In : Samet J, Yoon S-Y, eds. *Women and the tobacco epidemic: Challenges for the 21st Century*. Baltimore, MD, WHO/Johns Hopkins University School of Public Health (sous presse).
61. **Featherstone M.** Consumer culture, symbolic power and universalism. In : Stauth G, Zubaida S, eds. *Mass culture, popular culture, and social life in the Middle East*. Francfort, Campus Verlag, 1987.
62. **Comerford A, Slade J.** *Selling cigarettes: a salesman's perspective*. Document rédigé à la demande du Committee on Preventing Nicotine Addiction on Children and Youths, 1994.
63. **Rogers D.** Overseas memo. *Tobacco Reporter*, February 1982.
64. **American Tobacco Company.** *Internal report* (BW ATX040017950/7951), 17 novembre 1983.
65. **Tennant RB.** *The American cigarette industry: a study in economic analysis and public policy*. New Haven, CT, Yale University Press, 1950.
66. **Ernster VL.** Mixed messages for women : a social history of cigarette smoking and advertising. *New York State Journal of Medicine*, 1985, **85** : 335-340.
67. **Tilley NM.** *The R.J. Reynolds Tobacco Company*. Chapel Hill, SC, University of North Carolina Press, 1985.
68. **Jones KE.** *Women's brands : cigarette advertising explicitly directed toward women*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1987.
69. Breast cancer deaths and cigarettes advertising dollars rise. *Marketing to Women*, 1991, **4** (8) : 8.
70. **Mueller B.** Standardization vs specialization : an examination of westernization in Japanese advertising. *Journal of Advertising Research*, Jan/Feb 1992 : 18; voir aussi : **Lin C.** Cultural differences in message strategies : a comparison between American and Japanese TV commercials. *Journal of Advertising Research*, juillet/août 1993 : 41.
71. **Azuma N.** Smoke and mirrors : Japanese women buying into sweet song of US tobacco companies. *Asia Times*, 18 juillet 1997.
72. **Hughes B.** Action on smoking and health, Bangkok, Thailand. Globalink communication, June 1999. Voir aussi Crossette B. Women in Delhi angered by smoking pitch. *New York Times*, 18 mars 1990, A : 18.
73. **Prakash Gupta,** communication personnelle, 1999.
74. Virginia Slims advertisement. *People*, 1995, **44** (7) : 12.
75. *The tax burden on tobacco*. Washington, DC, The Tobacco Institute, 1998 : 33.
76. **Stockwell TF, Glantz SA.** Tobacco use is increasing in popular films. *Tobacco Control*, 1997, **6** : 282-284.
77. **Cruz J, Wallack L.** Trends in tobacco use on television. *American Journal of Public Health*, 1986, **76** : 698-699.
78. **Hazan AR, Glantz SA.** Current trends in tobacco use on prime-time fictional television. *American Journal of Public Health*, 1995, **35** : 116-117.
79. **DuRant RH et al.** Tobacco and alcohol use behaviors portrayed in music videos : a content analysis. *American Journal of Public Health*, 1997, **87** : 1131-1135.
80. *Curbing the epidemic : governments and the economics of tobacco control*. Washington, DC, Banque mondiale, 1999.
81. **Jacobs R.** Economic policies. In : Samet J, Yoon S-Y, eds. *Women and the tobacco epidemic: Challenges for the 21st Century*. Baltimore, MD, WHO/Johns Hopkins University School of Public Health (sous presse).
82. **Abaka C.** Strengthening international agreements. In : Samet J, Yoon S-Y, eds. *Women and the tobacco epidemic: Challenges for the 21st Century*. Baltimore, MD, WHO/Johns Hopkins University School of Public Health (sous presse).
83. **Nations Unies.** *Rapport de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes*, Beijing, 4-15 septembre 1995 (publication des Nations Unies, n° de vente 96.IV.13).
84. **Nations Unies, Division de la promotion de la femme.** *Rapport de la Commission de la condition de la femme (E/1999/27 — E/CN.6/1999/10)*. New York, Nations Unies, 1999.
85. **Bianco M, Matusi Y, Nakano N.** The international women's movement and anti-tobacco campaigns. In : Samet J, Yoon S-Y, eds. *Women and the tobacco epidemic: Challenges for the 21st Century*. Baltimore, MD, WHO/Johns Hopkins University School of Public Health (sous presse).