



Organisation
panaméricaine
de la Santé



Organisation
mondiale de la Santé
BUREAU RÉGIONAL DES Amériques

29^e CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINE

69^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'OMS POUR LES AMÉRIQUES

Washington, D.C., ÉUA, du 25 au 29 septembre 2017

Point 4.9 de l'ordre du jour provisoire

CSP29/11

27 juillet 2017*

Original : espagnol

STRATÉGIE ET PLAN D'ACTION VISANT À RENFORCER LA LUTTE ANTITABAC DANS LA RÉGION DES AMÉRIQUES 2018-2022

Introduction

1. Le tabagisme demeure un grave problème de santé publique. Il s'agit du principal facteur de risque évitable pour les quatre principaux groupes de maladies non transmissibles (MNT).¹ En 2012, près de 80 % de la totalité des décès dans la Région des Amériques étaient dus aux MNT, 35 % de ces décès étant des décès prématurés (entre 30 et 70 ans) (1). La lutte antitabac est par conséquent un facteur clé pour réduire la mortalité prématurée due à ces maladies.

2. La Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la Santé pour la lutte antitabac (2) (ci-après la Convention-cadre) rassemble toutes les mesures qui se sont avérées efficaces pour limiter l'épidémie de tabagisme. Cependant, 12 ans après son entrée en vigueur, et bien que 30 États Membres de la Région soient Parties à la Convention,² l'application des mesures n'est pas uniforme et une tendance au ralentissement est observée. Le présent document propose une feuille de route pour établir des priorités dans les éléments clés de la Convention qui permettront aux États Membres d'accélérer l'application des mesures, afin qu'ils puissent atteindre les cibles prévues en matière de réduction du tabagisme et de mortalité prématurée due aux MNT.

Antécédents

3. La stratégie et le plan d'action sont conformes aux engagements pris par les États Membres dans la Convention-cadre, ainsi qu'à la Déclaration de Port-of-Spain de la Communauté des Caraïbes (CARICOM) de 2007, la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non

* La présente version comporte des changements apportés à l'axe stratégique d'intervention 2 et l'objectif 2.2 pour les aligner avec la version originale.

¹ Maladies cardiovasculaires, maladies respiratoires chroniques, cancer et diabète.

² https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtsg_no=IX-4&chapter=9&clang=fr

transmissibles (2011), le Plan stratégique de l'OPS 2014-2019, les plans d'action mondial (2013-2020) et régional (2013-2019) pour la lutte contre les MNT et le Programme de développement durable des Nations Unies à l'horizon 2030 (3-8).

4. La stratégie et le plan d'action sont aussi en harmonie avec divers instruments internationaux concernant les droits humains, tels que le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, 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, qui sont expressément cités dans la Convention-cadre (9).

5. La stratégie et le plan d'action correspondent également aux décisions adoptées par la Conférence des Parties de la Convention-cadre (COP), principalement en ce qui a trait à la protection des politiques de santé publique en matière de lutte antitabac, aux questions relatives au commerce et à l'investissement, accords compris, et problèmes juridiques en relation avec la mise en œuvre de la Convention-cadre et aux mesures destinées à renforcer la mise en œuvre de la Convention-cadre par la coordination et la coopération (11, 12, 13).

6. Bien que les politiques antitabac aient leur place dans les engagements et les mandats des documents cités précédemment, les États Membres ont rencontré des difficultés pour progresser dans leur mise en œuvre, et ils ont sollicité l'aide du Bureau sanitaire panaméricain pour le renforcement des capacités en vue d'appliquer les mesures de lutte antitabac, indépendamment de leur qualité d'État Partie ou non à la Convention-cadre (10, 14).

7. Il est fondamental de renforcer les politiques de lutte antitabac pour que les États Membres puissent atteindre les cibles mondiales de réduction de la prévalence du tabagisme et de baisse de la mortalité prématurée due aux MNT (8, 15, 16).

Analyse de la situation

8. Selon les estimations de l'OMS, la mortalité pouvant être attribuée au tabagisme dans la Région représente 16 % des décès dus aux maladies cardiovasculaires, 25 % des décès dus au cancer et plus de la moitié (52 %) des décès dus aux maladies respiratoires chroniques. Le tabac, que ce soit par consommation directe ou par l'exposition à la fumée du tabac, tue chaque année près d'un million de personnes dans la Région (17). Les maladies liées au tabac et la mortalité prématurée exercent en outre une pression directe sur les systèmes de santé et les économies des pays, en particulier des pays à revenu faible et intermédiaire (18).

9. Actuellement, on compte dans la Région près de 127 millions de fumeurs. La prévalence actuelle (standardisée selon l'âge) de la consommation de tabac chez les adultes (15 ans ou plus) est de 17,1 %, avec une prévalence supérieure chez les hommes – 21,9 % contre 12,7 % chez les femmes. Cependant, cette différence entre les sexes est l'une des moindres par comparaison aux autres Régions de l'OMS, avec un rapport de 1,6

homme pour chaque femme consommatrice de tabac. Cela traduit une féminisation de la consommation qui est encore plus flagrante lorsqu'on analyse les données relatives aux adolescentes âgées de 13 à 15 ans, pour lesquelles la prévalence de la consommation est semblable voire plus élevée que pour les adolescents. Dans cette tranche d'âge, la prévalence de la consommation de tout type de produit dérivé du tabac oscille entre 1,9 % au Canada et 28,7 % en Jamaïque (19).

10. La Convention-cadre pour la lutte antitabac comporte toutes les mesures nécessaires pour réduire l'épidémie de tabagisme. L'application intégrale et complète de ces mesures doit être l'objectif de tous les États Parties à la Convention. Dans son *Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020*, l'OMS a accordé la priorité à quatre interventions considérées comme les plus avantageuses, qui figurent dans la Convention-cadre, et les a classées comme des interventions d'un très bon rapport coût/efficacité et faciles à mettre en œuvre, y compris dans les contextes où les ressources sont limitées (6, 20). Ces interventions correspondent aux articles suivants de la Convention-cadre : article 6 (augmentation de la fiscalité sur le tabac), article 8 (espaces entièrement non-fumeurs), article 11 (mises en garde sanitaires illustrées de grande dimension sur le conditionnement des produits du tabac) et article 13 (interdiction de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage), et peuvent être considérées comme un point de départ pour la mise en œuvre intégrale de la Convention. En outre, le fait que les quatre mesures requièrent des lois d'application implique que les indicateurs seront faciles à suivre, et ils sont d'ores et déjà recueillis tous les deux ans pour le rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme (21).

11. Depuis l'entrée en vigueur de la Convention-cadre au niveau international en 2005, le panorama de la lutte antitabac dans la Région a considérablement évolué, un nombre important de pays ayant adopté des mesures législatives et réglementaires pour se conformer aux prescriptions de la Convention. Cependant, comme il a été mentionné plus haut, les avancées obtenues sont inégales, qu'il s'agisse du type de mesures adoptées ou du nombre de pays les ayant adoptées. En outre, au cours des dernières années, un ralentissement du rythme d'adoption des mesures a pu être observé (tableau 1).

Tableau 1. Résumé de l'état d'application des mesures considérées comme les plus avantageuses dans la Région des Amériques, en décembre 2016

Type de mesure (article de la Convention-cadre)	Nombre total de pays où la mesure est pleinement appliquée ^a		Total
	Jusqu'en 2012	De 2013 à 2016	
Fiscalité supérieure au seuil recommandé par l'OMS* (article 6)	1	0	1
Création d'espaces entièrement non-fumeurs dans tous les lieux publics, les lieux de travail intérieurs et les transports publics (article 8) ^a	14	4	18

Type de mesure (article de la Convention-cadre)	Nombre total de pays où la mesure est pleinement appliquée ^a		Total
	Jusqu'en 2012	De 2013 à 2016	
Mises en garde sanitaires illustrées, de grande dimension et efficaces sur le conditionnement des produits du tabac (article 11)	12	4	16
Interdiction complète de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage (article 13)	3	2	5

Notes: *Les taxes représentent plus de 75 % du prix final de vente du produit (22).

^a Il est uniquement fait référence à la législation nationale ou infranationale qui concerne au moins 90 % de la population du pays.

Source : Données issues de la référence (19) actualisées en décembre 2016 pour les articles 8, 11 et 13 par l'équipe chargée de la lutte antitabac à l'OPS.

12. Comme il ressort du tableau 1, les progrès sont essentiellement centrés sur la création d'espaces entièrement non-fumeurs et sur l'application de mises en garde sanitaires sur le conditionnement des produits du tabac, les avancées pour les deux autres mesures étant très limitées. Il convient de préciser que, même si un seul pays atteint le seuil de fiscalité recommandé par l'OMS (22) (selon lequel le total des taxes doit représenter plus de 75 % du prix de vente du produit au détail), 21 pays ont augmenté la fiscalité sur le tabac depuis 2007 (année au cours de laquelle le suivi a commencé), ces augmentations étant toutefois minimales dans la grande majorité des cas (l'augmentation étant de plus de 10 points de pourcentage dans sept pays seulement) et, par conséquent, l'impact espéré sur le prix et la consommation de tabac très faible (23).

13. Il convient de prendre en compte certains éléments qui pourraient être à l'origine de la différence dans l'application des mesures. La législation relative aux espaces non-fumeurs et aux mises en garde sanitaires sur le conditionnement sont, en grande partie, de la compétence exclusive des autorités de santé. Outre qu'elles reposent sur de solides données scientifiques, comme les autres mesures préconisées par la Convention-cadre, ces deux mesures en particulier ont démontré leur solidité juridique puisqu'elles ont été confirmées par des tribunaux nationaux et internationaux à l'occasion de procédures généralement intentées par l'industrie du tabac. Au Guatemala et au Pérou par exemple, où ont été intentés des recours en inconstitutionnalité contre les lois relatives aux espaces non-fumeurs, les tribunaux se sont prononcés en faveur de l'État. Plus récemment, en Uruguay, le Centre international pour le règlement des différends relatifs aux investissements (CIRDI) de la Banque mondiale a confirmé que ces mesures ne violaient pas les droits commerciaux (26). Un autre élément qu'il convient de souligner tient au fait que la mise en œuvre de ces mesures est très peu coûteuse et il apparaît que, dans la Région, elles ont été approuvées aussi bien par décret du pouvoir exécutif que moyennant la législation émanant du pouvoir législatif (9).

14. Pour ce qui est de l'interdiction de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage, les États Membres sont souvent préoccupés par une possible inconstitutionnalité d'une mesure de ce type. Certains pays de la Région ont mené des évaluations de leurs principes constitutionnels et, dans la majorité des cas, aucune limite n'a été trouvée à une interdiction globale. Au cas où une telle limite pourrait exister, la Convention-cadre et les directives pour l'application de l'article 13 stipulent que le pays devra introduire la réglementation la plus stricte possible, compte tenu de ses principes constitutionnels (27, 28).

15. Pour ce qui est des mesures liées à l'augmentation des taxes, la définition des politiques ne dépend pas de l'autorité sanitaire. Qui plus est, dans certains cas, les autorités fiscales considèrent qu'une augmentation des taxes engendre nécessairement une augmentation du commerce illicite ainsi que d'autres problèmes économiques. Les données probantes indiquent cependant, de manière générale, que l'existence d'un lien direct entre le niveau d'imposition et le niveau de commerce illicite n'a pu être établie (29). Cela étant, en 2012, les États Parties à la Convention-cadre ont adopté le *Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac* (30), un nouveau traité international à part entière qui est ouvert à la ratification et qui compte, en décembre 2016, quatre États Parties de notre Région (31).

16. Il importe de souligner qu'au-delà des éléments pris en compte ci-dessus, les États Parties à la Convention-cadre ont indiqué que le principal obstacle à l'application des mesures est l'interférence de l'industrie du tabac (32).

17. Si nous analysons les progrès dans les pays, on observe que six d'entre eux (Argentine, Brésil, Chili, Panama, Suriname et Uruguay) appliquent trois des quatre mesures considérées comme les plus avantageuses au niveau d'exécution le plus élevé, conformément aux définitions de l'OMS (33), tandis que 15 autres pays appliquent uniquement une ou deux de celles-ci. Pourtant, 15 pays, dont 11 sont des États Parties à la Convention-cadre (19), n'appliquent encore aucune des mesures au niveau le plus élevé. Les articles 8, 11 et 13 ont une date limite d'application définie dans la Convention-cadre elle-même ou dans ses directives d'application (cinq ans à partir de l'entrée en vigueur de la Convention pour l'État Partie, dans le cas des articles 8 et 13, et trois ans dans le cas de l'article 11). Pour la majorité des États Parties, ce délai est d'ores et déjà caduc (27, 34, 35).

18. Il existe une certaine concentration géopolitique qui montre que les pays d'Amérique latine, surtout d'Amérique du Sud, ont réalisé davantage de progrès que ceux de la zone des Caraïbes (CARICOM et Caraïbes de langue espagnole). Ainsi, parmi les six pays qui ont appliqué trois des quatre mesures considérées comme les plus avantageuses, cinq appartiennent à l'Amérique latine (Argentine, Brésil, Colombie, Panama et Uruguay) et un à la CARICOM (Suriname). Parmi les 15 pays qui n'ont encore mis en place aucune des mesures à leur niveau d'application le plus élevé, 10 appartiennent à la CARICOM. Parmi les éléments qui pourraient être à l'origine de ces différences figurent l'existence d'une société civile mieux organisée, comme c'est le cas

dans les pays d'Amérique latine, et de plus grandes possibilités d'enquête au niveau national et, par conséquent, de données nationales disponibles pour appuyer les politiques ; ainsi que des systèmes de surveillance et de suivi du tabagisme et de l'application des politiques de meilleure qualité (19). À cela vient s'ajouter l'avantage relatif que détiennent les pays de plus grande taille et dont les économies sont plus puissantes pour ce qui est des ressources humaines et financières.

19. Un dernier aspect à prendre en compte est le fait que l'existence de la législation n'est pas en soi un gage d'effet, puisqu'elle doit s'accompagner de dispositifs d'application et de contrôle. Il est difficile d'apprécier ce dernier point, bien que des indices suggèrent que dans certains pays, cela constitue un défi (36, 37).

Proposition : Stratégie et plan d'action visant à renforcer la lutte antitabac dans la Région des Amériques 2018-2022

Principes d'orientation

20. La Convention-cadre et ses directives servent de base à la définition et à l'application des politiques de lutte antitabac, et sont fondamentales pour atteindre la cible de réduction de 30 % de la prévalence du tabagisme. L'OMS considère que quatre des articles de la Convention-cadre proposent des interventions très avantageuses qu'elle juge importantes pour atteindre la cible de réduction de la mortalité prématurée due aux MNT. La mise en œuvre des dispositions de ces articles est pertinente pour tous les États Parties de la Région, indépendamment de leur qualité d'État Partie ou non à la Convention.

21. L'application des mesures figurant dans la présente stratégie et le plan d'action associé doit se faire au moyen d'instruments juridiques contraignants et non d'accords volontaires. Outre l'adoption de la réglementation, il importe aussi de vérifier le niveau d'observation des mesures, comme d'enquêter sur les causes éventuelles du non-respect de celles-ci le cas échéant.

22. La définition des politiques fiscales en particulier, et des politiques nationales en général, constitue un droit souverain des États Membres, aussi les axes stratégiques d'intervention proposés dans le présent document s'appliqueront-ils au niveau national, selon qu'il convient, en fonction du contexte propre à chaque pays.

Objectif général

23. L'objectif général de la présente stratégie et du plan d'action est d'accélérer l'application de la Convention-cadre dans la Région, en particulier des dispositions des articles que l'OMS considère comme les plus avantageuses pour la lutte contre les MNT, afin de satisfaire à l'indicateur 2.1.2e (nombre de pays qui ont mis en œuvre des politiques, des stratégies ou des législations conformes à la Convention-cadre) du résultat immédiat 2.1.2 (les pays sont en mesure de mettre en œuvre des interventions très

rentables afin de réduire les quatre facteurs de risque modifiables pour les maladies non transmissibles) du projet de programme et budget de l'OPS 2018-2019. Ainsi, l'on contribuerait à atteindre l'objectif d'impact 5 (améliorer la santé de la population adulte en mettant l'accent sur les MNT et les facteurs de risque), et le résultat intermédiaire 2.1 (accès accru aux interventions visant à prévenir et prendre en charge les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risques) du Plan stratégique 2014-2019. De la même manière, la cible mondiale de réduction de 30 % du tabagisme chez les personnes âgées de 15 ans ou plus pourrait être atteinte et l'on contribuerait à atteindre les cibles mondiales de réduction de 25 % de la mortalité prématurée due aux MNT d'ici à 2025 (OMS) et d'un tiers d'ici à 2030, comme le prévoit l'objectif de développement durable 3.4 (6, 8).

Axes stratégiques d'intervention

- 1) Considérer comme une priorité pour la Région l'application de mesures pour créer des espaces entièrement non-fumeurs et l'adoption de mesures efficaces sur le conditionnement et l'étiquetage des produits du tabac.
- 2) Mettre en œuvre l'interdiction de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage et adopter des mesures pour rendre le tabac moins accessible financièrement.
- 3) Ratifier la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et le *Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac* pour les États Membres qui ne l'ont pas encore fait.
- 4) Renforcer la capacité des États Membres à faire face, dans le cadre des politiques de santé publique, aux tentatives d'interférence de l'industrie du tabac et de ceux qui défendent ses intérêts.

Axe stratégique d'intervention 1 : Application de mesures pour la création d'espaces entièrement non-fumeurs et l'adoption de mesures efficaces sur le conditionnement et l'étiquetage des produits du tabac

24. L'exposition à la fumée du tabac entraîne maladie et décès, aussi protéger la population contre l'exposition à la fumée du tabac promeut « le droit au meilleur état de santé qu'il est possible d'atteindre ». Les mesures efficaces prévoient l'interdiction totale de fumer et doivent s'appliquer au moins à l'ensemble des espaces publics fermés, des espaces de travail intérieurs et des transports publics ; elles peuvent aussi s'appliquer à d'autres espaces publics semi-fermés ou ouverts, selon les besoins de chaque pays (34).

25. L'incorporation de mises en garde sanitaires sur les emballages des produits du tabac est fondamentale pour sensibiliser le public aux effets du tabagisme sur la santé. L'article 11 de la Convention cadre et ses directives d'application indiquent que les mises en garde sanitaires doivent remplir certaines conditions pour assurer une visibilité

maximale : elles devraient couvrir 50 % ou plus des faces principales du conditionnement (mais pas moins de 30 %), être utilisées tour à tour et apparaître dans la langue ou les langues principales du pays, notamment. En outre, le conditionnement ne doit comporter aucun élément qui puisse donner l'impression erronée qu'un produit du tabac particulier est moins nocif que d'autres, comme par exemple des termes tels que « légère » ou « douce », et donner des informations de qualité sur les constituants et les émissions. Les pays les plus avancés de la Région, tels que le Canada et l'Uruguay, disposent de mises en garde sanitaires qui couvrent 75 % et 80 % des principales surfaces exposées, respectivement (19, 35).

26. En dernier lieu, les États Membres pourraient envisager l'adoption du paquet neutre ou simple (38), comme l'ont fait l'Australie, la France, l'Irlande et le Royaume-Uni (39-42). Le conditionnement neutre ou simple fait référence aux mesures visant à « limiter ou interdire l'utilisation de logos, de couleurs, d'images de marque ou de textes promotionnels sur les conditionnements hormis le nom de la marque et celui du nom du produit imprimés avec des caractères normaux et dans une couleur standardisée », mesures qui non seulement augmentent la visibilité des mises en garde sanitaires, mais qui diminuent aussi l'attractivité du produit et éliminent la possibilité d'utiliser le paquet comme élément de promotion (27, 35). De même, les États Membres peuvent envisager d'imposer une présentation unique par marque comme le fait l'Uruguay (une seule présentation est autorisée pour chaque marque de produits du tabac), afin de s'opposer à l'usage de variantes d'une même marque pour créer l'impression erronée que certaines variantes sont moins nocives que d'autres. Dans la Région, où l'on constate une tendance à la féminisation du tabagisme, cela serait particulièrement utile pour éviter les paquets conçus spécialement pour attirer le public féminin.

Objectif	Indicateur	Référence (2016)	Cible (2022)
1.1 Adopter une législation sur les espaces non-fumeurs dans toute la Région des Amériques.	1.1.1 Nombre de pays dotés d'une réglementation au niveau national qui crée des espaces 100 % non-fumeurs dans tout lieu public, tout lieu de travail intérieur et dans les transports publics.	18	35
1.2 Introduire des mises en garde sanitaires sur le conditionnement des produits du tabac.	1.2.1 Nombre de pays où le conditionnement du tabac comporte des mises en garde sanitaires conformes aux critères du rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme.	16	35
	1.2.2 Nombre de pays qui adoptent une politique de conditionnement neutre et/ou de présentation unique.	1	6

Source des informations relatives à l'indicateur : rapports des États Parties à la Convention-cadre qui doivent être présentés en 2018 et en 2020 et informations recueillies pour le rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme pour les années 2017, 2019 et 2021.

Axe stratégique d'intervention 2 : Mise en œuvre de l'interdiction de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage et adoption de mesures pour rendre le tabac moins accessible financièrement.

27. La littérature montre largement que la publicité en faveur du tabac, la promotion et le parrainage contribuent à l'augmentation de la consommation, en particulier chez les jeunes (43, 44, 45). Pour que l'interdiction soit efficace, elle doit être totale et s'appliquer à toutes les formes, directes ou indirectes, de publicité, de promotion et de parrainage, y compris transfrontières. De même, elle doit être élargie à tous les moyens de diffusion, à tous les horaires et tous les publics. L'interdiction partielle ne produit aucun effet ou un effet limité (9, 27). La féminisation de la consommation dans la Région s'explique en partie par le fait que l'industrie axe ses efforts de marketing de manière délibérée sur les femmes, aussi cet axe stratégique d'intervention sera-t-il particulièrement utile pour protéger les femmes et les jeunes (46).

28. Le conditionnement des produits du tabac est aussi reconnu comme un élément utilisé pour faire la publicité et la promotion de ces produits, et leur exposition dans les points de vente constitue un élément clé de la promotion et incite à la consommation. Elle crée en outre l'impression que le tabagisme est socialement acceptable, en particulier lorsque, comme c'est fréquemment le cas, ces produits sont placés à proximité des confiseries et autres articles destinés aux enfants (45). C'est pourquoi les directives pour l'application de l'article 13 de la Convention-cadre recommandent que les États Parties envisagent d'interdire l'exposition des produits dans les points de vente (27).

29. Conformément aux directives pour l'application de l'article 6, une augmentation des taxes est efficace lorsqu'elle se traduit par une hausse des prix qui réduit de manière significative la consommation de tabac, constitue à court terme une source importante de recettes, et aboutit à long terme à une réduction des dépenses occasionnées par les maladies associées au tabagisme. En outre, étant donné que les groupes de population à revenu faible ou intermédiaire sont plus sensibles aux hausses de taxes et de prix, la réduction de la consommation et de la prévalence du tabagisme sont proportionnellement plus notables dans ces groupes que dans les groupes à revenu plus élevé, ce qui entraîne une réduction des inégalités en matière de santé et de la pauvreté liée au tabac (47, 48).

Objectif	Indicateur	Référence (2016)	Cible (2022)
2.1 Adopter une interdiction totale de la publicité en faveur du tabac, de la	2.1.1 Nombre de pays dotés d'une interdiction totale de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage.	5	20

Objectif	Indicateur	Référence (2016)	Cible (2022)
promotion et du parrainage.	2.1.2 Nombre de pays qui incluent dans l'interdiction de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage, une interdiction de l'exposition du produit sur le point de vente.	4	19
2.2 Réduire l'accessibilité financière des produits du tabac par l'augmentation des taxes sur le tabac.	2.2.1 Nombre de pays où le total des taxes représentent 75 % ou plus du prix final de vente au détail, ou où la hausse a été suffisamment importante pour entraîner un changement de catégorie dans la classification.*	2	10
	2.2.2 Nombre de pays qui augmentent les taxes sur la consommation de tabac de façon à entraîner une hausse de l'indice d'accessibilité financière présenté dans le rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme	0	20

Notes: * Pourcentage du PIB par habitant nécessaire pour acheter 100 paquets de la marque de cigarettes la plus vendue dans le pays. * Voir la référence (33).

Source des informations relatives à l'indicateur : Rapports des États Parties à la Convention-cadre qui doivent être présentés en 2018 et en 2020, et informations recueillies pour le rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme pour les années 2017, 2019 et 2021.

Axe stratégique d'intervention 3 : Ratification de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et du Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac par les États Membres qui ne l'ont pas encore fait.

30. La Convention-cadre est l'un des traités internationaux qui a été adopté de la manière la plus généralisée et la plus rapide. Seuls cinq pays de la Région ne sont toujours pas Parties à la Convention-cadre. Certains d'entre eux ont cependant appliqué les mesures préconisées par la Convention-cadre ou manifesté leur intention de le faire.

31. Le *Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac* repose sur les dispositions de l'article 15 de la Convention-cadre et les complète. Le protocole vise en particulier à sécuriser la chaîne logistique pour éliminer le commerce illicite, et prévoit, entre autres, *a)* l'instauration d'un régime mondial de suivi et de traçabilité, *b)* l'octroi de licences, la vérification diligente, la tenue de registres, des mesures relatives au transit international, à la vente sur Internet, aux ventes en franchise de droits, et des sanctions et des techniques d'enquête spéciales et *c)* les aspects liés à l'échange d'informations et à la coopération internationale (30). Il est urgent d'atteindre les 40 premières ratifications requises pour l'entrée en vigueur du Protocole, pour que les pays puissent progresser sur la voie de l'application des mesures qu'il prévoit.

Objectif	Indicateur	Référence (2016)	Cible (2022)
3.1 Parvenir à la ratification de la Convention-cadre.	3.1.1 Nombre de pays qui sont des États Parties à la Convention-cadre.	30	33
3.2 Parvenir à la ratification du Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac.	3.2.1 Nombre d'États Parties à la Convention-cadre qui sont aussi Parties au Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac.	4	20

Source des informations relatives à l'indicateur : section du site Web des Nations Unies relative aux traités.

Axe stratégique d'intervention 4 : Renforcer les capacités des États Membres dans le domaine des politiques de santé publique pour faire face aux tentatives d'interférence de l'industrie du tabac et de ceux qui défendent ses intérêts.

32. Les intérêts de l'industrie du tabac sont inconciliables avec les intérêts et les objectifs des politiques de santé publique, comme le reconnaissent un nombre toujours plus grand de documents internationaux (4, 49, 50).

33. Les directives pour l'application de l'article 5.3 de la Convention-cadre recommandent : *a)* d'adopter des mesures pour limiter les interactions avec l'industrie du tabac et ceux qui travaillent à promouvoir ses intérêts, et garantir la transparence de celles qui ont lieu, *b)* rejeter les partenariats ainsi que les accords non contraignants ou sans force exécutoire avec l'industrie du tabac, *c)* éviter les conflits d'intérêts chez les responsables officiels ou les employés de l'État, *d)* exiger la transparence et l'exactitude des informations fournies par l'industrie du tabac, *e)* dénormaliser et, dans la mesure du possible, réglementer les activités décrites comme « responsabilité sociale des entreprises » et les activités connexes et *f)* ne pas accorder de traitement préférentiel à l'industrie du tabac même s'il s'agit d'une industrie publique (51).

34. Nombre d'États Membres de la Région ont su s'opposer avec succès aux efforts de l'industrie du tabac et de ses partenaires pour empêcher, retarder ou affaiblir l'adoption de réglementations efficaces en matière de lutte antitabac. De même, on assiste à des efforts visant à accroître la cohérence entre les traités internationaux de commerce et les politiques de lutte antitabac établies dans la Convention-cadre de l'OMS. L'Organisation panaméricaine de la Santé, en accord avec la stratégie et le plan d'action, redoublera ses efforts pour systématiser ces expériences et promouvoir efficacement les échanges entre les États Membres, en particulier en ce qui concerne la cohérence accrue entre les politiques des différentes agences gouvernementales.

Objectif	Indicateur	Référence (2016)	Cible (2022)
4.1 Établir des mécanismes efficaces pour éviter l'interférence de l'industrie du tabac ou de ceux qui défendent ses intérêts.	4.1.1 Nombre de pays qui disposent de mécanismes d'identification et de gestion des conflits d'intérêts pour les fonctionnaires et les employés publics ayant des compétences dans les politiques de lutte antitabac.	Non disponible	20

Source des informations relatives à l'indicateur : informations devant être recueillies par l'équipe chargée de la lutte antitabac à l'OPS.

Suivi et évaluation

35. La Stratégie et le plan d'action contribueront à atteindre le résultat intermédiaire 2.1 du Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2014-2019 (accès accru aux interventions visant à prévenir et prendre en charge les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risques), et à satisfaire à l'indicateur 2.1.2e (nombre de pays qui ont mis en œuvre des politiques, des stratégies ou des législations conformes à la Convention-cadre) du résultat immédiat 2.1.2 (les pays sont en mesure de mettre en œuvre des interventions très rentables afin de réduire les quatre facteurs de risque modifiables pour les maladies non transmissibles) du projet de programme et budget de l'OPS 2018-2019 (nombre de pays dotés de politiques, de stratégies ou de lois conformes à la Convention-cadre). Les informations relatives aux indicateurs des trois premiers axes stratégiques d'intervention sont recueillies tous les deux ans depuis 2007, de manière systématique et uniforme pour les 35 États Membres, dans le cadre du rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme. Néanmoins, cela ne signifie pas une augmentation des obligations des États Membres concernant le partage de l'information. Les seules nouvelles informations à présenter concernent le quatrième axe stratégique. À cette fin, le Bureau ajoutera un nombre réduit de questions supplémentaires au formulaire utilisé dans le cadre du rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme. En 2020, un rapport à mi-parcours sera établi pour les organes directeurs de l'OPS, et en 2022 un rapport final.

Incidences financières

36. Le coût total estimé pour l'exécution du plan d'action à la charge du Bureau sanitaire panaméricain pendant toute la durée du cycle allant de 2018 à 2022, y compris les dépenses de personnel et les activités, s'élève à US\$ 5 millions. Le financement des activités des pays devra être assumé par les États Membres.

Mesure à prendre par la Conférence sanitaire panaméricaine

37. La Conférence est priée d'envisager l'adoption du projet de résolution figurant à l'annexe A.

Annexes

Références

1. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud/Información y Análisis de Salud: Situación de la Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2016. Washington, DC, Estados Unidos de América, 2016.
2. Organisation mondiale de la Santé. Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, 2003 [consulté le 26 février 2017]. Disponible sur : http://www.who.int/fctc/text_download/fr/
3. Caribbean Community. Declaration of Port-of-Spain: Uniting to Stop the Epidemic of Chronic NCDs (2007). Port-of-Spain (Trinidad and Tabago) [consulté le 26 février 2017]. Disponible en anglais sur : <http://caricom.org/media-center/communications/statements-from-caricom-meetings/declaration-of-port-of-spain-uniting-to-stop-the-epidemic-of-chronic-ncds>
4. Nations Unies. Déclaration politique de la Réunion de haut niveau des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles. New-York, ONU, 2011 [consulté le 26 février 2017]. Disponible sur : <http://www.un.org/fr/ga/ncdmeeting2011/>
5. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2014-2019 [Internet]. 52^e session du Conseil directeur de l'OPS, 65^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 30 septembre au 4 octobre 2013 ; Washington, DC, États-Unis. Washington (DC) : OPS ; 2013 (Document officiel N° 345) [consulté le 26 février 2017]. Disponible sur : http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=23123&Itemid=270&lang=fr
6. Organisation mondiale de la Santé. Projet de plan d'action pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020. [Internet]. Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé ; 6 mai 2013 ; Genève, Suisse. OMS ; 2013 (document A66/9)[consulté le 26 février 2017]. Disponible sur : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_9-fr.pdf
7. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles [Internet]. 52^e session du Conseil directeur de l'OPS, 65^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; Washington, DC, États-Unis. Washington (DC) : OPS ; 2013 (résolution CD52.R9) [consulté le 26 février 2017]. Disponible sur : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/168015/3/CD52-R9-fra.pdf>

8. Nations Unies. Résolution approuvée par l'Assemblée générale des Nations Unies. Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030 [Internet]. Assemblée générale des Nations Unies ; 21 octobre 2015. New-York: ONU ; 2015 (document A/RES/70/1) [consulté le 26 février 2017]. Disponible sur : http://www.un.org/fr/documents/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1
9. Organización Panamericana de la Salud. Manual para Desarrollar Legislación para el Control del Tabaco en la Región de las Américas. Washington, DC: OPS; 2013 [consulté le 26 février 2017]. Disponible en espagnol sur : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=24914&Itemid=270
10. Organisation panaméricaine de la Santé. Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac : opportunités et défis concernant sa mise en oeuvre aux Amériques [Internet]. 48^e session du Conseil directeur de l'OPS, 60^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 29 septembre au 3 octobre 2008 ; Washington, DC, États-Unis. Washington (DC) : OPS ; 2010 (résolution CD48.R2) [consulté le 26 février 2017]. Disponible sur : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/166866/3/cd48.r2-f.pdf>
11. Conférence des Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Protection des politiques de santé publique en matière de lutte antitabac face aux intérêts commerciaux et autres de l'industrie du tabac [Internet]. Septième session ; 12 novembre 2016 ; Delhi, Inde. Delhi, Inde : FCTC ; 2016 (décision FCTC/COP7(8) [consulté le 26 juillet 2017]. Disponible sur : [http://www.who.int/fctc/cop/cop7/FCTC_COP7\(8\)_FR.pdf?ua=1](http://www.who.int/fctc/cop/cop7/FCTC_COP7(8)_FR.pdf?ua=1)
12. Conférence des Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Questions relatives au commerce et à l'investissement, accords compris, et problèmes juridiques en relation avec la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS [Internet]. Septième session ; 12 novembre 2016 ; Delhi, Inde. Delhi, Inde : FCTC ; 2016 (décision FCTC/COP7(21) [consulté le 26 juillet 2017]. Disponible sur : http://www.who.int/fctc/cop/cop7/FCTC_COP7_21_FR.pdf?ua=1
13. Conférence des Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Mesures destinées à renforcer la mise en œuvre de la Convention par la coordination et la coopération [Internet]. Septième session ; 12 novembre 2016 ; Delhi, Inde. Delhi, Inde : FCTC ; 2016 (décision FCTC/COP7(13) [consulté le 26 juillet 2017]. Disponible sur : http://www.who.int/fctc/cop/cop7/FCTC_COP7_13_FR.pdf?ua=1
14. Organisation panaméricaine de la Santé. Renforcement de la capacité des États Membres pour mettre en oeuvre les dispositions et les directives de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac [Internet]. 50^e session du Conseil directeur

de l'OPS, 62^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 27 septembre au 1^{er} octobre 2010 ; Washington, DC, États-Unis. Washington (DC) : OPS ; 2010 (résolution CD50.R6) [consulté le 26 février 2017]. Disponible sur : <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50.R6-f.pdf>

15. Organisation mondiale de la Santé. Projet de cadre global mondial de suivi et cibles pour la lutte contre les maladies non transmissibles [Internet]. Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé ; du 20 au 28 mai 2013 ; Genève, Suisse. OMS ; 2013 (document A66/8) [consulté le 26 février 2017]. Disponible sur : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_8-fr.pdf
16. Kontis V, Mathers CD, Rehm J, Stevens GA, Shield KD, Bonita R, et al. Contribution of six risk factors to achieving the 25x25 non-communicable disease mortality reduction target: a modelling study. Lancet [Internet]. 2 août 2014 [consulté le 26 février 2017];2014; 384 (9941):[427-37]. Disponible en anglais sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24797573>
17. World Health Organization. WHO Global Report: Mortality Attributable to Tobacco. Geneva: WHO; 2012 [consulté le 26 février 2017]. Disponible en anglais sur : http://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/fact_sheet_mortality_report.pdf
18. Pichon-Rivière A, Bardach A, Augustovski F, Alcaraz A, Reynales-Shigematus LM, Texeira Pinto M et al. Impacto económico del tabaquismo en los sistemas de salud de América Latina: un estudio en siete pays y su extrapolación a nivel regional. Rev Panam Salud Pública. [Internet] [consulté le 26 février 2017]; 2016;40(4):213-21. Disponible en espagnol sur: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31302/v40n4a05_213-21.pdf?sequence=1&isAllowed=y
19. Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre Control del Tabaco en la Región de las Américas. A 10 años del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco. Washington, DC: OPS; 2016 [consulté le 26 février 2017]. Disponible en espagnol sur : http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28380/9789275318867_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
20. World Health Organization, World Economic Forum. From Burden to “Best Buys”: Reducing the Economic Impact of Non-communicable Diseases in Low- and Middle-income Countries. Geneva: WHO; 2011 [consulté le 26 février 2017]. Disponible en anglais sur : <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js18804en/>

21. Organisation mondiale de la Santé. Rapport de l’OMS sur l’épidémie mondiale de tabagisme 2015 [consulté le 26 février 2017]. Résumé d’orientation disponible sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/181469/1/WHO_NMH_PND_15.5_fre.pdf?ua=1&ua=1. Version intégrale en anglais disponible sur : http://www.who.int/tobacco/global_report/2015/en/
22. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Manual Técnico de la OMS sobre Administración de Impuestos al Tabaco. Washington, DC: OPS; 2015 [consulté le 26 février 2017]. Disponible en espagnol sur : http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=32046&lang=es
23. Sandoval RC, Belausteguigoitia I y Hennis A. El caso de los impuestos al tabaco: dónde nos encontramos y cómo acelerar su uso a favor de la salud pública. Revista Panamericana de Salud Pública [Internet] [consulté le 26 février 2017]; 2016; 40(4):[200-1]. Disponible en espagnol sur : <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31299/v40n4a02-spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y>
24. Corte de Constitucionalidad de la República de Guatemala. Demanda de la Cámara de Comercio de Guatemala (V-A). Inconstitucionalidad general parcial, Expediente 2158-2009 [consulté le 26 février 2017]. Disponible en espagnol sur : https://www.tobaccocontrollaws.org/files/live/litigation/267/GT_Guatemala%20Chamber%20of%20Commerce%201.pdf
25. Sentencia del Plano Jurisdiccional del Tribunal Constitucional del Perú del 19 de julio de 2011. Proceso de Inconstitucionalidad. 5,000 ciudadanos contra el Article 3° de la Ley N.º 28705 - Ley general para la prevención y control de los riesgos del consumo de tabaco, sección 6, párrafo 65 [consulté le 26 février 2017]. Disponible en espagnol sur : <http://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2011/00032-2010-AI.html>
26. World Bank. International Centre for Settlement of Investment Disputes [Internet]. Phillip Morris Brand Sárí (Switzerland), Philip Morris Products S.A. (Switzerland) and Abal Hermanos S.A. (Uruguay) v. Oriental Republic of Uruguay (ICSID Case No. ARB/10/7) [consulté le 26 février 2017]. Disponible en anglais et en espagnol sur : <https://icsid.worldbank.org/sp/Pages/cases/casedetail.aspx?CaseNo=ARB/10/7>
27. Organisation mondiale de la Santé. Convention-cadre de l’OMS pour la lutte antitabac. Directives pour l’application de l’article 13 (*Publicité en faveur du tabac, promotion et parrainage*) de la Convention-cadre. Organisation mondiale de la Santé 2008 [Internet] [consulté le 26 février 2017]. Disponible sur : http://www.who.int/fctc/treaty_instruments/article_13_fr.pdf?ua=1

28. O'Neill Institute for National and Global Health Law. Estrategia de la Industria del Tabaco en el Ámbito Judicial Latinoamericano. Guía para Litigios [Internet]. Washington, DC. Febrero de 2012 [consulté le 26 février 2017]. Disponible en espagnol sur :
http://www.law.georgetown.edu/oneillinstitute/documents/2012_OneillTobaccoLitGuide_spa.PDF
29. Organisation mondiale de la Santé. Commerce illicite des produits du tabac : ce qu'il faut savoir pour y mettre fin, 2015 [Internet] [consulté le 26 février 2017]. Disponible sur :
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/176154/1/WHO_NMH_PND_15.3_fre.pdf
30. Organisation mondiale de la Santé. Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac, 2012 [Internet] [consulté le 26 février 2017]. Disponible sur :
<http://www.who.int/fctc/protocol/fr/>
31. Nations Unies. Collection des Traités. Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac [Internet]. New York : UN ; 2012. [consulté le 26 février 2017]. Disponible sur :
https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IX-4-a&chapter=9&clang=_fr
32. Organisation mondiale de la Santé. Application de l'article 5.3 de la Convention-cadre de l'OMS : évolution des questions liées à l'ingérence de l'industrie du tabac. Rapport du Secrétariat de la Convention [Internet]. Conférence des Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac ; Sixième session, du 13 au 18 octobre 2014. Moscou (Fédération de Russie) ; 2014 (document FCTC/COP/6/16) [consulté le 26 février 2017]. Disponible sur :
http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop6/FCTC_COP6_16-fr.pdf
33. World Health Organization. Technical note 1. Evaluation of existing policies and compliance. 2015. In: WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2015, Raising taxes on tobacco [Internet]. Geneva: WHO; [5]. Disponible en anglais sur :
http://www.who.int/tobacco/global_report/2015/technicalnote1.pdf?ua=1
34. Organisation mondiale de la Santé. Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Directives pour l'application de l'article 8 de la Convention-cadre. Organisation mondiale de la Santé, 2008 [Internet] [consulté le 26 février 2017]. Disponible sur :
http://www.who.int/fctc/cop/art%208%20guidelines_french.pdf?ua=1
35. Organisation mondiale de la Santé. Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Directives pour l'application de l'article 11 (Conditionnement et étiquetage des produits du tabac) de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Organisation mondiale de la Santé, 2008 [Internet] [consulté le 26 février

2017]. Disponible sur :

http://www.who.int/fctc/treaty_instruments/article_11_fr.pdf?ua=1

36. Barnoya J, Monzón JC, Biriz P, Navas-Acien A. Compliance to the smoke-free law in Guatemala 5-years after implementation. BMC Public Health [Internet]. 2016 doi: 10.1186/s12889-016-2960-x [consulté le 26 février 2017]. Disponible en anglais sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4852414/>
37. World Health Organization. Tobacco Free Initiative (TFI) WHO report on the global tobacco epidemic, 2015: [Internet]. Appendix VI: Global tobacco control policy data available online only. Column: “Overall compliance of regulation on...” [consulté le 26 février 2017]. Disponible en anglais sur : http://www.who.int/tobacco/global_report/2015/appendix_vi/en/
38. Organisation mondiale de la Santé. Le conditionnement neutre des produits du tabac : éléments factuels, élaboration et mise en œuvre de la politique :OMS ; 2016 [Internet] [consulté le 26 février 2017]. Disponible sur : <http://www.who.int/tobacco/publications/industry/plain-packaging-tobacco-products/fr/>
39. Australian Government. Department of Health. Introduction of Tobacco Plain Packaging in Australia [Internet] [consulté le 26 février 2017]. Disponible en anglais sur : <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/tobacco-plain>
40. United Kingdom. The National Archives. The Standardised Packaging of Tobacco Products Regulations 2015 [Internet] [consulté le 26 février 2017]. Disponible en anglais sur : <http://www.legislation.gov.uk/ukdsi/2015/9780111129876>
41. France. Assemblée Nationale. Amendement No AS1408, Article additionnel après l'article 5 du code de la santé publique [Internet]. Paris: Assemblée Nationale; 13 mars 2015 [consulté le 26 février 2017]. Disponible sur : <http://www.assemblee-nationale.fr/14/amendements/2302/CION-SOC/AS1408.pdf>
42. Ireland. Department of Health. Public Health (Standardised Packaging of Tobacco eAct 2015 [Commencement]) Bill 2014 [Internet]. Dublin: Ireland Department of Health; 2014 [consulté le 26 février 2017]. Disponible en anglais sur : <http://health.gov.ie/blog/statutory-instruments/public-health-standardised-packaging-of-tobacco-act-2015-commencement-order-2016/>
43. U.S. Department of Health and Human Services. Preventing Tobacco Use Among Youth and Young Adults. A Report of the Surgeon General [Executive Summary] Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2012 [Internet]. [consulté le 26 février

2017]. Disponible en anglais sur:

<https://www.surgeongeneral.gov/library/reports/preventing-youth-tobacco-use/exec-summary.pdf>

44. U.S. Department of Health and Human Services. National Institutes of Health. National Cancer Institute. NCI Tobacco Control Monograph Series 19. The Role of the Media in Promoting and Reducing Tobacco Use [Executive Summary], June 2008 [Internet] [consulté le 26 février 2017]. Disponible en anglais sur : <https://cancercontrol.cancer.gov/brp/tcrb/monographs/19/docs/M19ExecutiveSummary.pdf>
45. Alderete M. La Salud No Se Negocia/3^a. edición. Niños en la mira de la industria tabacalera [Internet]. Ciudad autónoma de Buenos Aires. Argentina. Octubre del 2015 [consulté le 26 février 2017]. Disponible en espagnol sur : <http://www.proepsainta.cl/wp-content/uploads/2016/03/Ni%C3%B1os-en-la-mira-de-la-industria-tabacalera-3%C2%AA-edicion-2015-1.pdf>
46. Haglund M. Les femmes et le tabac: une attirance fatale. Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé [Internet] [consulté le 26 février 2017]; 2010;88:563-563. doi: 10.2471/BLT.10.080747. Disponible sur : <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/8/10-080747/fr/>
47. Organisation mondiale de la Santé. Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Directives pour l'application de l'article 6 de la Convention-cadre de l'OMS. Organisation mondiale de la Santé, 2014 [Internet] [consulté le 26 février 2017]. Disponible sur : http://www.who.int/fctc/treaty_instruments/Guidelines_article_6_fr.pdf?ua=1
48. Nations Unies. Programme d'action d'Addis-Abeba issu de la troisième Conférence internationale sur le financement du développement (Programme d'action d'Addis-Abeba). New York, Nations Unies ; 2015 [consulté le 26 février 2017]. Disponible sur : <http://undocs.org/fr/A/RES/69/313>
49. Nations Unies. Cohérence de la lutte antitabac à l'échelle du système des Nations Unies. Conseil économique et social, du 2 au 27 juillet 2012. New York, NY. Nueva York: ONU ; 2012. (document E/2012/L.18) [consulté le 26 février 2017]. Disponible sur : http://www.who.int/fctc/ecosoc_resolution_fr.pdf
50. Organisation mondiale de la Santé. Transparence de la lutte antitabac [Internet]. Cinquante-quatrième Assemblée mondiale de la Santé, du 14 au 22 mai 2001; Genève, Suisse. Genève :OMS ; 2001 (résolution WHA54.18) [consulté le 26 février 2017]. Disponible sur : http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA54/fa54r18.pdf

51. Organisation mondiale de la Santé. Convention-cadre de l’OMS pour la lutte antitabac. Directives pour l’application de l’article 5.3 de la Convention-cadre de l’OMS. Organisation mondiale de la Santé, 2008 [Internet] [consulté le 26 février 2017]. Disponible sur :
http://www.who.int/fctc/treaty_instruments/adopted/article_5_3/fr/

29^e CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINE

69^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'OMS POUR LES AMÉRIQUES

Washington, D.C., ÉUA, du 25 au 29 septembre 2017

CSP29/11
Annexe A
Original : espagnol

PROJET DE RÉSOLUTION

STRATÉGIE ET PLAN D'ACTION VISANT À RENFORCER LA LUTTE ANTITABAC DANS LA RÉGION DES AMÉRIQUES 2018-2022

LA 29.^e CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINE,

(PP1) Ayant examiné la *Stratégie et le plan d'action visant à renforcer la lutte antitabac dans la Région des Amériques 2018-2022* (document CSP29/11) ;

(PP2) Reconnaissant que le tabagisme et l'exposition à la fumée du tabac représentent toujours un grave problème de santé publique et sont un facteur de risque commun aux principales maladies non transmissibles ;

(PP3) Reconnaissant que les maladies non transmissibles sont la principale cause de mortalité dans la Région, et que près d'un tiers des décès dus aux maladies non transmissibles sont des décès prématurés, survenant chez des personnes âgées de 30 à 70 ans ;

(PP4) Reconnaissant que les coûts élevés que les maladies liées au tabagisme occasionnent pour les familles et les systèmes de santé des États Membres, en aggravant la pauvreté et les inégalités en matière de santé et en rendant difficile la réalisation de l'objectif de la couverture sanitaire universelle dans la Région ;

(PP5) Reconnaissant que, bien que la Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la Santé pour la lutte antitabac soit en vigueur depuis 12 ans déjà au niveau international et que 30 des États Membres de la Région soient des États Parties à la Convention-cadre, les avancées dans l'application des mesures qu'elle prévoit ont été inégales, tant d'un pays à l'autre que pour ce qui est du type de mesures adoptées, et qu'un ralentissement du rythme d'application des mesures a pu être observé ;

(PP6) Reconnaissant également que les circonstances qui ont rendu difficile l'application au niveau national des mesures par les États Parties à la Convention-cadre sont nombreuses, mais soulignant que le défi commun majeur auquel se trouvent confrontés tous les pays est l'interférence de l'industrie du tabac et de ceux qui travaillent pour défendre ses intérêts ;

(PP7) Observant que la présente stratégie et le plan d'action établissent des priorités dans les interventions préconisées par la Convention-cadre et figurant parmi les interventions pour la lutte contre les maladies non transmissibles que l'OMS a défini comme très avantageuses et aisément applicables y compris dans des contextes où les ressources sont limitées, et par conséquent, que leur application est d'une importance majeure pour tous les États Membres, indépendamment de leur qualité d'État Partie ou non à la Convention-cadre,

DÉCIDE :

(OP)1. D'approuver *la Stratégie et le plan d'action visant à renforcer la lutte antitabac dans la Région des Amériques 2018-2022* (document CSP29/11) en fonction des conditions propres à chaque pays ;

(OP)2. De prier instamment les États Membres, compte tenu de leur contexte national :

- a) de promouvoir des pratiques de santé publique qui protègent la population en général, et les enfants et les adolescents en particulier, des dangers du tabac et de l'exposition à la fumée du tabac pour, en définitive, réduire le fardeau de morbidité et de mortalité qu'ils entraînent ;
- b) de considérer comme prioritaires l'adoption d'une réglementation intégrale relative aux espaces non-fumeurs et à l'utilisation de mises en garde sanitaires sur le conditionnement du tabac, ainsi que le renforcement et l'éventuelle amélioration de la réglementation existante dans ces domaines et son observation, dans le but de protéger, par ces mesures, l'ensemble de la population de la Région des Amériques ;
- c) de considérer l'adoption ou le renforcement de l'application du reste des mesures figurant dans la Convention-cadre, en mettant en particulier l'accent sur l'interdiction de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage en accord avec l'article 13, ainsi que sur les mesures fiscales visant à réduire la demande de tabac ;
- d) de considérer les taxes sur le tabac comme une source de recettes qui, en accord avec la législation nationale, pourraient être utilisées comme une source interne de financement de la santé en particulier, et du développement en général ;
- e) de renforcer leurs systèmes nationaux de surveillance afin de pouvoir évaluer non seulement la prévalence du tabagisme, mais aussi l'efficacité des mesures appliquées, et pouvoir obtenir des informations ventilées par sexe, genre et groupe ethnique, entre autres, dans la mesure du possible et utiliser cette information pour

mener des interventions basées sur des données probantes visant à la réduction des disparités;

- f) de s'opposer aux tentatives de l'industrie du tabac et des groupes qui lui sont associés d'interférer dans l'application des mesures de lutte antitabac visant à protéger la santé de la population, de la retarder, de l'empêcher ou d'y faire obstacle ; et de reconnaître la nécessité, dans le respect de la législation nationale en vigueur, de suivre les activités de l'industrie, de se tenir informé de celles-ci et de les rendre publiques afin de pouvoir mettre en évidence ses stratégies et d'en réduire l'efficacité ;
- g) de prendre en compte la nécessité de disposer d'instruments juridiques pour aborder la question des conflits d'intérêts chez les fonctionnaires et les employés de l'État en ce qui concerne la lutte antitabac ;
- h) d'envisager, lorsqu'ils sont parties à la Convention-cadre, de ratifier le *Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac*, afin de garantir son entrée en vigueur au plus tôt au niveau international.

(OP)3. De prier la Directrice :

- a) d'apporter son soutien aux États Membres en vue de l'élaboration, la révision et l'application de la réglementation et des politiques de lutte antitabac, indépendamment de leur qualité d'État Partie ou non à la Convention ;
- b) de promouvoir la coopération technique avec les pays et entre ceux-ci pour échanger les meilleures pratiques et les enseignements tirés ;
- c) de renforcer la coopération technique visant à l'amélioration des capacités des États Membres pour encourager la cohérence entre les politiques en matière de commerce et de santé publique dans le contexte de la lutte antitabac et protéger la santé de l'interférence de l'industrie du tabac ;
- d) d'encourager les alliances avec d'autres organismes internationaux et instances infrarégionales, ainsi qu'avec les membres de la société civile aux niveaux national et international en vue de la mise en œuvre de la stratégie et du plan d'action.



Rapport sur les incidences financières et administratives qu'aura pour le BSP le projet de résolution

1. **Point de l'ordre du jour :** 4.9 - Stratégie et plan d'action visant à renforcer la lutte antitabac dans la Région des Amériques 2018-2022

2. **Lien avec le [Programme et budget de l'OPS 2016-2017](#) :**

Catégories :

a) **Plan stratégique – Catégorie 2 :** Maladies non transmissibles et facteurs de risque

b) **Domaines programmatiques et résultats intermédiaires et immédiats :**

Cibles d'impact : Améliorer la santé de la population adulte en mettant l'accent sur les maladies non transmissibles et les facteurs de risque. Indicateurs apparentés :

5.1 Réduction d'au moins 9 % du taux de mortalité prématurée due à des MNT d'ici à 2019 par rapport à 2014.

5.2 Un écart relatif ne dépassant pas 6 % d'augmentation du taux régional de mortalité prématurée due à des MNT entre les groupes de pays les plus hauts et les plus bas dans l'indice des besoins de santé (HNI).

5.3. Un écart absolu ne dépassant pas 18 décès prématurés excédentaires dus à des MNT pour 100 000 personnes entre 2014 et 2019 sur tous les gradients de pays du HNI.

Domaine programmatique 2.1: Maladies non transmissibles et facteurs de risque

Résultat intermédiaire 2.1: Accès accru aux interventions visant à prévenir et prendre en charge les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risques

Indicateurs de résultats intermédiaires :

2.1.2a Prévalence de la consommation de tabac actuelle chez les adolescents de 13 à 15 ans

2.1.2b Prévalence standardisée selon l'âge de la consommation de tabac actuelle (adultes de plus de 18 ans)

Résultat immédiat 2.1.2 Les pays sont en mesure de mettre en œuvre des interventions très rentables (« meilleurs investissements ») afin de réduire les quatre facteurs de risque modifiables pour les maladies non transmissibles (tabagisme, mauvaise alimentation, sédentarité et usage nocif de l'alcool)

Indicateur de résultats immédiats :

2.1.2e Nombre de pays qui ont mis en œuvre des politiques, des stratégies ou des lois conformes à la Convention-cadre pour la lutte antitabac

3. Incidences financières :

- a) **Coût estimatif total de la mise en œuvre de la résolution sur toute la durée de mise en œuvre 2018-2022 (activités et personnel compris) : US\$ 5 000 000**
- b) **Coût estimatif pour l'exercice 2018-2019 (activités et personnel compris) : US\$ 2 000 000**

Lignes de dépenses	Par an (US\$)	Exercice 2018-2019 (US\$)	5 ans (US\$)
Ressources humaines :	480 000	960 000	2 400 000
STP P3 Caraïbes	120 000		
STP P3 Amérique centrale	120 000		
STP P3 Amérique du Sud	120 000		
STP P3 Région	120 000		
Activités :	520 000	1 040 000	2 600 000
Symposiums, formations, voyages, etc.	300 000		
Communications et campagnes	100 000		
Suivi et évaluation	70 000		
Publications, brochures	50 000		
Total:	1 000 000	2 000 000	5 000 000

- c) **Sur le coût estimatif indiqué au point b), quel montant pourrait-on inclure dans les activités programmées existantes ? :**

Comme il ressort du tableau qui précède, le budget estimé pour les dépenses de personnel correspond à trois nouveaux postes de conseillers temporaires (P3) au niveau infrarégional et un poste de classe similaire au niveau régional. Cette nouvelle dotation en personnel permettrait d'élargir et de renforcer le travail réalisé par les consultants qui sont chargés des maladies non transmissibles (MNT) au niveau des pays. Cela est crucial pour garantir la réalisation des objectifs de la présente stratégie et du plan d'action. Il convient de souligner que tous les bureaux de pays ne disposent pas d'un consultant pour les MNT. Dans certains cas, le bureau de pays dispose d'un consultant chargé de la lutte contre les maladies transmissibles et les maladies non transmissibles. Qui plus est, lorsqu'il existe un consultant chargé exclusivement des MNT, la lutte antitabac n'est que l'un de ses nombreux thèmes de travail, ce qui nuit indéniablement au suivi constant requis par les procédures législatives relatives à la lutte antitabac compte tenu de la force et de l'agressivité de l'opposition de l'industrie du tabac. En conséquence, le budget estimé pour l'engagement de personnel nouveau ne peut être inclus dans les activités programmées actuellement.

Il est cependant possible d'inclure 50 % du budget destiné aux activités déjà planifiées pour le prochain exercice.

4. Incidences administratives :

a) Indiquer les niveaux de l'Organisation où les activités seront mises en œuvre :

Ces activités seront menées à bien à tous les niveaux de l'Organisation, soit au niveau des pays et aux niveaux infrarégional et régional, et représenteront une charge importante au niveau infrarégional pour la coordination et la promotion de la coopération technique et l'accompagnement dans les processus législatifs nationaux. Il convient d'indiquer que la présente stratégie et le plan d'action ne requerront pas la présentation de nouveaux rapports de la part des États (à l'exception des actions visant à contrer l'industrie du tabac), étant donné que les mesures envisagées sont suivies tous les deux ans depuis 2007 dans le cadre du rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme et du rapport régional sur la lutte antitabac de l'OPS.

b) Besoins supplémentaires de dotations en personnel (indiquer le personnel supplémentaire, en équivalent plein temps, en précisant les qualifications requises) :

Comme le décrit le cadre, outre les fonctionnaires qui constituent actuellement l'équipe chargée de la lutte antitabac, quatre consultants temporaires de classe P3, dont trois au niveau infrarégional, sont nécessaires.

c) Calendriers (indiquer une durée suffisamment longue pour la mise en œuvre et l'évaluation) :

Le projet de stratégie et de plan d'action s'étend sur la période comprise entre 2018 et 2022.

Une évaluation à mi-parcours sera effectuée et présentée aux organes directeurs en 2020 ; une évaluation finale sera ensuite réalisée et présentée en 2023, conjointement à la proposition d'une mise à jour éventuelle du plan d'action afin de procéder au suivi nécessaire pour une période supplémentaire.



**FORMULAIRE ANALYTIQUE VISANT À LIER UN POINT DE L'ORDRE DU JOUR
AUX MISSIONS DE L'ORGANISATION**

1. Point de l'ordre du jour : 4.9 - Stratégie et plan d'action visant à renforcer la lutte antitabac dans la Région des Amériques 2018-2022

2. Unité responsable : Facteurs de risque (NMH/RF)

3. Fonctionnaire chargé de la préparation : Rosa Carolina Sandoval

4. Liens entre ce point de l'ordre du jour et le [Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017](#) :

Les maladies non transmissibles sont devenues la principale cause de mortalité et de morbidité dans la Région des Amériques. Dans ce contexte, les États Membres doivent renforcer et élargir leurs mesures de lutte contre ces maladies. Le tabagisme est reconnu comme le principal facteur de risque évitable des maladies non transmissibles. Les politiques de lutte antitabac sont essentielles pour promouvoir des modes de vie et des environnements sains.

5. Liens entre ce point de l'ordre du jour et le [Plan stratégique de l'OPS 2014-2019](#) :

Les mesures de lutte antitabac contribuent à la réduction de la charge des maladies non transmissibles qui figure dans le Plan stratégique de l'OPS, dans la catégorie 2 : maladies non transmissibles et facteurs de risque

6. Liste de centres collaborateurs et d'institutions nationales liés à ce point de l'ordre du jour :

Il existe cinq centres collaborateurs qui travaillent pour la lutte antitabac dans la Région, à savoir :

- États-Unis d'Amérique :
 - Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health - Department of Epidemiology, Institute for Global Tobacco Control (IGTC)
 - Centers for Disease Control and Prevention (CDC) - (Global Tobacco Program) Office on Smoking & Health (MS K50)
 - University of California - Center for Tobacco Control, Research and Education
 - Virginia Commonwealth University - Center for the Study of Tobacco Products, Department of Psychology
- Brésil : Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) - Secretaria Executiva da Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CONICQ)

L'OPS collabore aussi régulièrement avec plusieurs autres organisations, parmi lesquelles Campaign for Tobacco-Free Kids (CTFK), Framework Convention Alliance (FCA), University of Illinois, American Cancer Society (ACS), Universidad Alfonso Ibáñez et l'Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires.

7. Meilleures pratiques appliquées dans ce secteur et exemples tirés des pays de la Région des Amériques :

- Dans la Région, 18 pays ont mis en œuvre, au niveau le plus élevé, des lois qui créent des espaces non-fumeurs, et 16 pays ont déjà adopté les mises en garde sanitaires sur le conditionnement des produits du tabac, moyennant l'utilisation d'illustrations et de messages de manière efficace, ce qui démontre que ces deux mesures, outre qu'elles reposent sur des données probantes, sont politiquement viables et réalisables dans la Région.
- Des pays comme le Brésil, la Colombie, le Panama, le Suriname et l'Uruguay ont réussi à approuver une interdiction totale de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage, et sept pays ont augmenté la taxation de plus de 10 points de pourcentage (Bahamas, Colombie, Costa Rica, El Salvador, Nicaragua, Panama et Sainte-Lucie). De même, l'Argentine et le Chili sont les pays de la Région qui ont atteint le seuil préconisé de taxes sur le tabac, celles-ci représentant plus de 75 % du prix final de vente.

Au 31 décembre 2016, le Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac avait été ratifié par quatre pays de la Région (Équateur, Nicaragua, Panama et Uruguay).

8. Incidences financières du point de l'ordre du jour en question :

- Le coût total estimé de l'application de la résolution au cours de la période considérée (2018-2022) s'élève à US\$ 5 000 000.
- Le coût estimé pour l'exercice 2018-2019 est approximativement d'US \$ 2 000 000.
