



Organisation
mondiale de la Santé

BUREAU RÉGIONAL DE L'Europe

COMITÉ RÉGIONAL DE L'EUROPE
SOIXANTE-CINQUIÈME SESSION

Vilnius (Lituanie), 14-17 septembre 2015



© iStock.com/art2media Kreativagentur

**Feuille de route reprenant les mesures en vue d'une
meilleure mise en œuvre de la Convention-cadre de
l'OMS pour la lutte antitabac dans la
Région européenne 2015-2025 :
dire adieu pour toujours
au tabac**



Document de travail



BUREAU RÉGIONAL DE L'

**Organisation
mondiale de la Santé**

Europe

Comité régional de l'Europe

Soixante-cinquième session

Vilnius (Lituanie), 14-17 septembre 2015

Point 5 e) de l'ordre du jour provisoire

EUR/RC65/10
+ EUR/RC65/Conf.Doc./6

16 juillet 2015
150475

ORIGINAL : ANGLAIS

Feuille de route reprenant les mesures en vue d'une meilleure mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac dans la Région européenne 2015-2025 : dire adieu pour toujours au tabac

Présentation conceptuelle et principaux éléments

Vision

Au final, la vision à long terme est de faire de la Région européenne une Région exempte de la morbidité, de la mortalité et de l'assuétude liées au tabagisme.

Cible

La cible vise une réduction relative de 30 % minimum de la prévalence actuelle du tabagisme chez les jeunes âgés de 15 ans ou plus pour 2025 (année de référence : 2010).

Principes directeurs

Sexospécificité
Protection des enfants
Protection contre les menaces pour les libertés et les droits fondamentaux de la personne humaine
Ne délaissier personne

Domaines prioritaires et auxiliaires

Domaine prioritaire n° 1 – Renforcer la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et soutenir l'innovation

Domaine prioritaire n° 2 – Relever les nouveaux défis

Domaine prioritaire n° 3 – Redéfinir les normes sociales

Domaine auxiliaire n° 1 – Évaluer les progrès, les lacunes, les gradients, les tendances et l'impact

Domaine auxiliaire n° 2 – Travailler ensemble : partenariats et collaboration internationale

Sommaire

	page
Introduction.....	3
Vision.....	4
Cibles.....	4
Principes directeurs.....	5
Objet et portée.....	5
Les domaines prioritaires.....	6
Domaine prioritaire n° 1 – Renforcer la mise en œuvre de la Convention-cadre de l’OMS pour la lutte antitabac et soutenir l’innovation.....	6
Recommandations à l’adresse des États membres.....	7
Mesures à prendre par le Bureau régional de l’OMS pour l’Europe.....	9
Domaine prioritaire n° 2 – Relever les nouveaux défis.....	9
Recommandations à l’adresse des États membres.....	11
Mesures à prendre par le Bureau régional de l’OMS pour l’Europe.....	11
Domaine prioritaire n° 3 – Redéfinir les normes sociales.....	12
Recommandations à l’adresse des États membres.....	13
Mesures à prendre par le Bureau régional de l’OMS pour l’Europe.....	14
Domaines auxiliaires.....	14
Domaine auxiliaire n° 1 – Évaluer les progrès, les lacunes, les gradients, les tendances et l’impact.....	14
Recommandations à l’adresse des États membres.....	15
Mesures à prendre par le Bureau régional de l’OMS pour l’Europe.....	15
Domaine auxiliaire n° 2 – Travailler ensemble : partenariats et collaboration internationale.....	16
Recommandations à l’adresse des États membres.....	16
Mesures à prendre par le Bureau régional de l’OMS pour l’Europe.....	17
Références.....	17
Annexe. Le tabac, contexte et impact.....	20

Introduction

1. Cette feuille de route prévoit une Région européenne de l’OMS exempte de la morbidité, de la mortalité et de l’assuétude liées au tabac – bref, une Région où le tabac appartient au passé.

2. Nous savons comment y parvenir. Les moyens sont décrits dans la Convention-cadre de l’OMS pour la lutte antitabac (1), entrée en vigueur voici dix ans et à laquelle 50 États membres de la Région européenne de l’OMS sont parties, dans ses principes directeurs pour la mise en œuvre, et dans les options stratégiques et les décisions adoptées par la Conférence des Parties. En outre, il y a un nouveau traité international, le Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac (2), qui peut être ratifié par les parties. Ces sont là des outils puissants qui ne sont pas exploités à leur plein potentiel : même si certains pays européens sont des chefs de file mondiaux de la lutte antitabac, le niveau général de mise en œuvre de la Convention-cadre reste relativement bas et très peu de signataires l’ont appliquée intégralement (3). En outre, au sein de l’Union européenne (UE), plusieurs directives importantes liées à la lutte antitabac sont contraignantes pour 28 des 53 États membres de la Région européenne de l’OMS, dont la très récente directive en matière de fabrication, de présentation et de vente des produits du tabac et des produits connexes (4). Le renforcement de la mise en œuvre de la Convention-cadre dans la Région européenne de l’OMS grâce à la présente feuille de route permettrait de s’assurer qu’aucun État membre n’est laissé pour compte et que les engagements assortis d’échéances soient respectés, tout en donnant à tous les États parties l’occasion de profiter des innovations, de se faire part mutuellement des expériences acquises et de faire face ensemble aux nouveaux défis qui surgissent, y compris à l’échelle internationale.

3. Nous savons ce que nous avons à gagner en cas de réussite. Le tabagisme est la cause de mortalité et de morbidité la plus facilement évitable ; c’est également l’un des principaux facteurs qui, en Europe, contribuent au manque d’équité dans le domaine de la santé¹. Lutter efficacement contre le tabac facilite la concrétisation des objectifs stratégiques de Santé 2020, le cadre politique de l’OMS pour la santé et le bien-être en Europe (5), pour faire reculer les inégalités en matière de santé et améliorer le leadership et la gouvernance participative pour la santé. Des mesures efficaces de lutte contre le tabac produisent non seulement des bienfaits pour la santé, mais aussi d’importants rendements sur investissements, avec des gains de productivité considérables et des économies pour les secteurs des soins de santé et de l’aide sociale (6).

4. Nous savons ce que nous risquons de perdre si nous échouons. La lutte contre le tabagisme est l’une des principales voies d’accès à la réalisation de l’objectif mondial d’une réduction de 25 % de la mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles pour 2025, adopté par l’Assemblée mondiale de la santé. Pourtant, il existe de sérieux doutes que cet objectif puisse être concrétisé (7) et, sur la base des estimations actuelles, il est peu probable que 36 pays de la Région européenne de l’OMS atteignent la cible volontaire connexe d’une réduction relative de 30 % de la consommation actuelle de tabac si des mesures plus strictes ne sont pas prises². Le renforcement de la mise en œuvre

¹ Voir l’annexe 1 pour de plus amples informations sur le contexte et l’impact du tabac.

² Dans la Région européenne de l’OMS, 11 autres pays devraient atteindre la cible ; on ne dispose pas de suffisamment de données pour les 6 pays restants.

de la Convention-cadre est un moteur essentiel pour la concrétisation des objectifs en rapport avec la santé dans le programme de développement pour l'après-2015 (8).

5. Nous avons le mandat pour agir. Dans la résolution EUR/RC64/R4 relative à la Déclaration d'Achgabat sur la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles dans le contexte de Santé 2020 (9), approuvée par le Comité régional de l'OMS pour l'Europe en sa soixante-quatrième session de 2014, les États membres de la Région ont affirmé leur engagement à accélérer les efforts en vue de parvenir à la pleine application de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Ils ont promis de collaborer ensemble en vue de réaliser l'objectif mondial relatif aux maladies non transmissibles liées à l'usage du tabac, et demandé la présente feuille de route pour les soutenir dans leurs efforts.

6. Cette feuille de route vise à orienter la dynamique dans la direction souhaitée et à aider les États membres et la Région européenne de l'OMS à atteindre l'objectif et à concrétiser sa vision. Elle tient compte du fait que la durée et les voies précises empruntées par les pays peuvent varier – une situation qui s'explique par la diversité de la Région et le contexte propre à chaque État membre – mais encourage tous les responsables à se mettre en route, à avancer à une vitesse appropriée, à combler l'écart entre les pays et à atteindre la destination commune. La préparation de la feuille de route est facilitée par les relations de travail étroites entretenues avec le secrétariat de la Convention-cadre de l'OMS et s'inspire des avis éclairés d'un groupe consultatif de haut niveau, de discussions techniques avec des représentants des États membres, des conseils du Comité permanent du Comité régional de l'OMS pour l'Europe (CPCR), de nouveaux éléments permettant de faire le point sur la lutte antitabac en Europe, et de l'évolution actuelle dans ce domaine.

Vision

7. Au final, la vision à long terme est de faire de la Région européenne une Région exempte de la morbidité, de la mortalité et de l'assuétude liées au tabagisme.

Cibles

8. Cette feuille de route décrit la voie à suivre pour atteindre la cible volontaire mondiale d'une réduction relative de 30 % minimum de la prévalence actuelle du tabagisme chez les jeunes âgés de 15 ans et plus pour 2025 (année de référence : 2010)³. Cette cible a été adoptée par l'Assemblée mondiale de la Santé en vertu du *Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020* (10), de son cadre global mondial de suivi approuvé dans la résolution WHA66.10 (11), et de la décision de la sixième session de la Conférence des Parties à la Convention-cadre de l'OMS (12). Dans cette décision, la Conférence des Parties, en vue de contribuer davantage à la réalisation de la cible mondiale relative aux maladies non transmissibles en

³ Les neuf cibles mondiales volontaires en matière de maladies non transmissibles sont fixées par rapport à l'année de référence 2010. In: WHO/Programmes/Noncommunicable diseases and mental health/NCD tools/About 9 voluntary targets. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/nmh/ncd-tools/en/>, accessed 9 June 2015).

rapport avec la réduction de la consommation de tabac, exhorte les parties à fixer une cible nationale pour 2025, à savoir une réduction relative de la consommation actuelle de tabac chez les personnes de 15 ans et plus.

9. D'autres mesures et jalons plus transitoires sont actuellement fixés pour suivre les progrès réalisés et mesurer le degré de réussite. Ils sont alignés sur ceux qui sont actuellement utilisés (3), sur la base de données déjà recueillies par les secrétariats de l'OMS et de la Convention-cadre, afin d'éviter d'alourdir la tâche des parties en matière de notification.

Principes directeurs

10. La feuille de route s'inspire des principes directeurs suivants :

- la sexospécificité – reconnaître que même si les hommes représentent actuellement la plus forte proportion de fumeurs, le tabagisme augmente chez les femmes ; que des facteurs biologiques, sociaux, économiques et culturels influencent les risques pour la santé ; et que les structures et les environnements peuvent limiter ou déterminer l'exposition et les comportements.
- la protection des enfants – reconnaître que l'exposition à la fumée du tabac commence in utero, que les enfants sont ciblés par l'industrie du tabac et que beaucoup deviennent dépendants du tabac avant d'être en mesure de prendre des décisions éclairées en tant qu'adulte, et que, comme le tabagisme a une influence sur la santé des fumeurs et de ceux qui les entourent, nous avons l'obligation de protéger les enfants contre les risques du tabagisme passif.
- la protection contre les menaces pour les libertés et les droits fondamentaux de la personne humaine – il ne s'agit pas seulement d'atteindre le niveau de santé le plus élevé possible, mais aussi de préserver contre le tabagisme passif et de protéger les travailleurs, y compris dans l'industrie du tabac.
- ne délaisser personne – souligner qu'il est important de s'assurer que tous les pays de la Région sont aidés à atteindre l'objectif, ce qui est particulièrement important vu les aspects transfrontaliers de la lutte antitabac, et s'aligner sur les principes directeurs pour le développement durable.

Objet et portée

11. Cette feuille de route s'inspire des articles de la Convention-cadre de l'OMS, ainsi que des directives pour leur mise en œuvre, des options stratégiques et décisions de la Conférence des Parties, et s'inscrit dans leur continuité (13). Tout en recommandant des options quant aux mesures à prendre, et sans se vouloir directive, elle contient donc beaucoup de points qui constituent déjà un engagement pour les parties à la Convention, dont des exigences du traité assorties d'échéances, telles que les mesures des articles 11 (échéance de trois ans) et 13 (échéance de cinq ans) et des recommandations pour l'article 8 (échéance de cinq ans).

12. Or, il est possible d'aller encore plus loin dans la Convention-cadre. Certains articles sont relativement négligés, tandis que d'autres peuvent être appliqués avec davantage de créativité afin d'explorer les limites du cadre juridiquement contraignant.

L'intention de la feuille de route est que les actions recommandées s'inscrivent dans le cadre de la Convention tout en permettant l'innovation.

13. La feuille de route ne peut pas contenir tous les aspects. Elle essaie de trouver un équilibre entre reconnaître l'importance d'une approche globale et se concentrer sur les mesures clés pour la concrétisation de la vision. Reconnaisant la spécificité de la Région européenne de l'OMS, la diversité de ses États membres et leur contexte propre, ainsi que l'écart entre le potentiel intégral de la Convention-cadre et les résultats actuels de sa mise en œuvre en Europe, la feuille de route met en évidence les mesures pour un impact maximal. Ceux-ci sont organisés en trois grands domaines prioritaires étayés par deux domaines auxiliaires transversaux, à savoir :

- *Domaine prioritaire n° 1 – Renforcer la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et soutenir l'innovation ;*
- *Domaine prioritaire n° 2 – Relever les nouveaux défis ;*
- *Domaine prioritaire n° 3 – Redéfinir les normes sociales ;*
- *Domaine auxiliaire n° 1 – Évaluer les progrès, les lacunes, les gradients, les tendances et l'impact ;*
- *Domaine auxiliaire n° 2 – Travailler ensemble : partenariats et collaboration internationale.*

Les domaines prioritaires

Domaine prioritaire n° 1 – Renforcer la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et soutenir l'innovation

14. Les pays doivent appliquer la Convention-cadre dans sa globalité, y compris toutes ses obligations minimales, avec la possibilité d'aller plus loin. Dans le contexte européen, cependant, certains articles auront probablement un impact immédiat plus important que d'autres. L'article 6 (1) décrit les principales mesures pour concrétiser la cible mondiale en matière de tabagisme et lutter contre le manque d'équité : l'augmentation des taxes sur le tabac et le maintien de prix élevés peuvent permettre de réduire sensiblement la consommation de tabac en encourageant un sevrage, en dissuadant les jeunes de commencer à fumer, en empêchant les rechutes et en réduisant le nombre de consommateurs de tabac. Ces mesures sont particulièrement importantes pour la protection des jeunes et des groupes à faible revenu. Il est important de reconnaître que l'application de l'article 6 ne relève pas de la compétence des ministères de la Santé et nécessite une collaboration étroite avec les ministères des Finances, ainsi qu'une formation spécialisée en matière de taxation du tabac. Avec l'adoption de principes directeurs en vue de la mise en œuvre de l'article 6 (1) par la Conférence des Parties lors de sa sixième session, une dynamique a été créée pour enregistrer des progrès notables en matière de taxation du tabac (14). Tout en reconnaissant le droit souverain des États membres à définir leurs politiques fiscales, il existe d'autres possibilités d'assurer une cohérence transfrontalière au sein de zones de développement économique. Là où, sur des territoires voisins, les écarts entre taux d'imposition sont importants et le franchissement

des frontières facile, il peut y avoir évasion fiscale, par exemple dans le cadre d'une forme de contrebande à petite échelle.

15. Même si le moteur des politiques doit être de réduire la consommation (et d'empêcher un remplacement par des produits moins chers), une fiscalité efficace sur les produits du tabac est également une importante source de recettes. Les débats sur la taxation des produits du tabac sont souvent associés à des arguments en rapport avec le commerce illicite, qui peut désamorcer les mesures de tarification et de taxation pour la lutte contre le tabagisme, et facilite l'accès aux produits du tabac peu onéreux [article 15 (1)]. Entre 9 et 11 % environ du marché mondial de la cigarette – voire jusqu'à 50 % dans certains pays – relève du commerce illicite. Ce phénomène ne sape pas seulement les efforts consentis pour la santé publique : il représente aussi une perte de recettes considérable pour les pouvoirs publics. Le nouveau protocole de la Convention-cadre, adopté par la Conférence des Parties en 2012, vise à éliminer toutes les formes de commerce illicite en matière de produits du tabac (2). En février 2015, il avait été signé par 53 États du monde et par l'UE, et ratifié par 6 parties. Par ailleurs, la Conférence des Parties a adopté des principes directeurs détaillés pour la mise en œuvre de plusieurs autres articles, dont l'article 11 (1) relatif au conditionnement et à l'étiquetage des produits du tabac (15). La nouvelle directive 2014/40/UE de l'UE sur les produits du tabac est également importante à cet égard (4), puisqu'elle régit des domaines relevant de plusieurs articles de la Convention-cadre de l'OMS, dont l'article 11.

16. Dans le cadre de la Convention, les pays sont déjà en train d'innover. Certains pays posent les bases d'un avenir sans tabac pour l'Europe, prennent des mesures en faveur d'un emballage banalisé et pour une génération du nouveau millénaire libérée du tabac : par exemple, dans la Région européenne de l'OMS, la Finlande, l'Irlande et le Royaume-Uni (Écosse) se fixent un objectif audacieux, à savoir une prévalence du tabagisme inférieure ou égale à 5 %. Interdire les présentoirs dans les points de vente est un outil efficace en vue de limiter l'attractivité des produits du tabac pour les jeunes, et en raison du succès de cette mesure, un certain nombre de pays enchaînent avec le lancement d'emballages banalisés. En outre, l'innovation sociale, destinée à répondre à un besoin ou à une finalité social(e), comprend en matière de lutte contre le tabagisme le recours aux médias sociaux et aux nouvelles technologies, avec les possibilités offertes par mCessation⁴, la cybersanté et l'apprentissage à distance.

17. Enfin, la mise en œuvre de la Convention-cadre requiert de la coordination et une stratégie pangouvernementale, ainsi que des moyens adéquats. Ces moyens peuvent provenir d'une réaffectation de fonds existants consacrés à la prévention ou d'autres sources ; dans un cas comme dans l'autre, les investissements doivent être suffisants et faire l'objet d'un suivi.

Recommandations à l'adresse des États membres

18. Ratifier la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, s'ils ne l'ont pas déjà fait, et renforcer sa mise en œuvre d'une manière globale, en assurant la cohérence

⁴ Projets de santé sur mobile (« mHealth ») pour la lutte contre le tabagisme. In : WHO/Health topics/Tobacco/More publications about tobacco/mHealth/Mobile health (mHealth) for tobacco control. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/tobacco/mhealth/projects/en/>, accessed 9 June 2015).

stratégique des mesures de lutte antitabac par l'adoption d'approches pangouvernementales et multipartites [article 5.1 (I)].

19. Envisager de fixer, pour 2015, une cible nationale à atteindre en 2025, en vue de la réduction relative de la consommation actuelle de tabac chez les personnes âgées de 15 ans et plus, en tenant compte de la cible volontaire mondiale fournie par l'Organisation mondiale de la santé, et élaborer ou renforcer les politiques et plans nationaux multisectoriels pour atteindre cette cible.

20. Promouvoir l'engagement total du ministère de la Santé et de tous les secteurs des pouvoirs publics afin d'encourager une démarche pangouvernementale pour la lutte antitabac et d'apporter un soutien financier suffisant en vue des activités nationales pour la mise en œuvre de la Convention-cadre. Mettre en place ou renforcer un mécanisme national de coordination et/ou point focal pour la lutte antitabac afin de promouvoir les activités nationales, le renforcement des capacités et la sensibilisation en vue de la mise en œuvre de la Convention-cadre, en établissant des liens entre tous les secteurs et en promouvant la participation des citoyens et de la société civile, et afin de fournir un soutien financier suffisant pour de telles activités nationales [article 5.2 a) ; article 26 (I)].

21. Instaurer à long terme des politiques fiscales cohérentes afin de contribuer aux objectifs sanitaires dans un délai donné, en surveillant, en augmentant ou en adaptant régulièrement les taux d'imposition afin de réduire la consommation de tabac et d'éviter les effets négatifs aux frontières [article 6 (I)].

22. Étant donné le risque de substitution, taxer tous les produits du tabac d'une manière comparable, avec une analyse périodique, afin de dissuader autant que possible les consommateurs de se tourner vers des produits ou des catégories de produits meilleur marché pour contourner la hausse de la fiscalité ou des prix de vente au détail [article 6 (I)].

23. En fonction du contexte national, envisager de consacrer des recettes à des programmes de lutte antitabac ou accorder à ceux-ci un financement continu, par exemple pour inclure le coût des programmes de sensibilisation, de promotion de la santé et de prévention des maladies, les services de sevrage, les activités de remplacement économiquement viables, et le financement de structures appropriées pour la lutte antitabac [article 6 (I)].

24. S'ils ne l'ont déjà fait, ratifier le Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac, ou y adhérer [article 15 (I)].

25. Lutter contre le commerce illicite de produits du tabac, faire figurer sur les unités de conditionnement et les cartouches de produits du tabac, ainsi que sur toute forme d'emballage extérieur, des identifiants uniques, et mettre en place des dispositifs et systèmes de sécurité permettant le repérage et la localisation, conformément au protocole de la Convention-cadre [article 15 (I)].

26. Recueillir des informations sur le commerce transfrontalier ; surveiller et échanger des informations entre autorités douanières, fiscales et autres [article 15 (I)].

27. Veiller à apposer sur les unités de conditionnement et les emballages des produits du tabac des avertissements et messages de mise en garde clairs, visibles, lisibles et de

grande taille qui décrivent les effets nocifs de la consommation de tabac pour la santé, comprennent des photos et des pictogrammes et fournissent des informations sur le sevrage tels que des numéros de téléphone spéciaux pour les personnes désireuses d'arrêter de fumer [article 11 (I)].

28. Lancer, dans le respect de sa Constitution ou de ses principes constitutionnels, une interdiction complète de la publicité, de la promotion et du parrainage pour tous les produits du tabac, y compris une interdiction de présenter un étalage de produits du tabac dans les points de vente et de faire de la publicité transfrontière. Cette interdiction doit couvrir les médias traditionnels (presse écrite, radio et télévision) et tous les supports de diffusion, dont Internet, les téléphones portables et les autres nouvelles technologies, ainsi que le cinéma [article 13 (I)].

29. Envisager de restreindre ou d'interdire l'utilisation de logos, de couleurs, d'images de marque ou d'informations promotionnelles sur les emballages autres que le nom de la marque affiché dans un format standard [article 11 (I)].

Mesures à prendre par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

30. Soutenir les ministères de la Santé dans la promotion d'une démarche intersectorielle pour la lutte antitabac et adopter une stratégie pangouvernementale cohérente pour l'élaboration de politiques, alignées sur Santé 2020.

31. Aider les pays à recenser et à surmonter les obstacles à une mise en œuvre intégrale de la Convention-cadre, en facilitant et en promouvant les compétences en matière de renforcement des capacités et de formation, ainsi que les compétences techniques, de même que les stratégies adaptées à des pays à contextes divers au sein de la Région européenne de l'OMS.

32. Promouvoir, en collaboration avec le secrétariat de la Convention, la mise en œuvre de l'article 15 de cette dernière, et en particulier la ratification du Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac par les parties de la Région européenne ; apporter une assistance technique aux parties, à leur demande, pour soutenir leurs travaux de ratification et travaux techniques en vue de l'application des exigences spécifiques de l'article 15.

33. Actualiser l'outil « maîtres achats » de l'OMS pour le calcul de coûts, afin de dépenser le moins possible pour la lutte contre le tabagisme.

34. Continuer à dénoncer certains mythes qui entourent le commerce illicite du tabac.

35. Aider les pays à élaborer et diffuser des approches novatrices et à collaborer, aux niveaux national et sous-national, à l'expérimentation de nouvelles politiques et pratiques pour la lutte antitabac, en renforçant ainsi le corpus de bases factuelles démontrant les mécanismes efficaces.

Domaine prioritaire n° 2 – Relever les nouveaux défis

36. Depuis l'adoption de la Convention-cadre pour la lutte antitabac par l'Assemblée mondiale de la santé, voici plus de dix ans, de nouvelles difficultés ont fait leur apparition.

Pour ce qui concerne les aspects liés à la santé publique, les inhalateurs électroniques de nicotine (ENDS) font l'objet d'une querelle entre partisans réels de la lutte contre le tabagisme. Au fur et à mesure que leur usage se répand, ces inhalateurs suscitent de plus en plus de dissensions. Alors que certains experts réservent un accueil favorable aux ENDS, qu'ils considèrent comme une piste pour réduire la consommation de tabac, d'autres estiment qu'ils pourraient saper les efforts consentis pour « dénormaliser » le tabagisme. Les ENDS représentent donc une innovation en évolution, avec une promesse et une menace pour la lutte contre le tabagisme. Les ENDS rempliront-ils la promesse, ou concrétiseront-ils la menace ? Cela dépend d'une interaction complexe et dynamique entre les secteurs qui les commercialisent (fabricants indépendants et entreprises de l'industrie du tabac), les consommateurs, les législateurs, les dirigeants politiques, les praticiens, les scientifiques et les partisans de la lutte contre le tabac (16).

37. Par ailleurs, la consommation de produits du tabac sans fumée et de pipes à eau a connu un formidable essor et s'est répandue, suscitant un intérêt croissant chez les jeunes (17,18). L'usage des pipes à eau s'est répandu à l'échelle mondiale, et il s'avère qu'il atteint un niveau alarmant chez les étudiants des niveaux secondaire et universitaire. La vente de tabac à usage oral (snus) est interdite depuis longtemps dans tous les pays de l'UE, sauf la Suède. Tandis que la Convention-cadre de l'OMS cherche à prévenir et réduire la consommation de tous les produits du tabac, la Directive de l'UE sur les produits du tabac présente un exemple de la façon dont la fabrication, la présentation et la vente de différents types de produits du tabac peut être réglementée.

38. Les incidences des accords de commerce et d'investissement sur l'application effective de la Convention-cadre de l'OMS sont actuellement soulignées (19). De nombreux gouvernements de la Région ont été traînés devant les tribunaux nationaux par l'industrie du tabac en raison de mesures de lutte contre le tabagisme. Le droit de l'Australie à introduire une législation relative à des emballages banalisés a été contesté en vertu d'un traité bilatéral d'investissement et fait l'objet d'un litige dans le cadre de l'Organisation mondiale du commerce. Les mécanismes de règlement des différends entre investisseurs et États permettent à des investisseurs étrangers de traîner les pays directement devant des tribunaux internationaux privés pour obtenir des compensations, contournant ainsi les tribunaux nationaux et européens.

39. Afin de se rapprocher de l'objectif mondial en matière de tabac, la Région européenne de l'OMS devra relever un défi précis, à savoir limiter la prévalence de la consommation actuelle de tabac en essayant de remédier aux inégalités dans le domaine sanitaire. En attendant, le ciblage des femmes et des enfants par l'industrie du tabac qui, par exemple, vend des produits dans des emballages susceptibles d'attirer les femmes ou les enfants, ajoute à la difficulté. Les politiques de lutte contre le tabagisme doivent être adaptées de façon à être efficaces pour tous les groupes de population, surtout pour les plus vulnérables et/ou ceux qui consomment le plus de tabac, y compris en prenant des mesures qui tiennent compte des risques sexospécifiques.

40. Il s'avère que les ENDS et les inhalateurs électroniques ne contenant pas de nicotine (ENNDS, pour *electronic non-nicotine delivery systems*) – le plus souvent sous la forme de cigarettes électroniques ou e-cigarettes – sont de plus en plus utilisés. Si ces produits peuvent présenter toute une série d'avantages potentiels pour certains fumeurs, des voix inquiètes se sont élevées concernant les risques potentiels pour la santé des utilisateurs et non-utilisateurs, l'efficacité s'agissant d'aider les fumeurs à arrêter le tabac

et à surmonter leur dépendance à l'égard de la nicotine, et les conséquences dans le cadre de la lutte contre le tabagisme, par exemple pour les politiques d'interdiction du tabac (16).

Recommandations à l'adresse des États membres

41. S'assurer qu'un ensemble complet de mesures de lutte contre le tabagisme, telles que la taxation, les avertissements, la protection contre la fumée de tabac ambiante et les thérapies de sevrage, s'appliquent à *tous* les produits du tabac [article 4.4 (1)].

42. Élaborer des politiques appropriées pour prévenir et limiter la consommation de tabac, l'exposition à la fumée du tabac et l'addiction nicotinique, en portant une attention particulière aux jeunes, aux non-fumeurs et aux groupes vulnérables [article 5.2 b) (1)].

43. Mettre en place des règlements pour interdire ou limiter l'emploi d'ingrédients visant à améliorer le goût et l'attractivité de tous les produits du tabac [articles et directives partielles 9 et 10 (1)].

44. Adopter et mettre en œuvre des mesures efficaces pour interdire la vente et la fourniture de tous les produits du tabac et inhalateurs de nicotine à des personnes de moins de 18 ans, notamment en interdisant aux mineurs l'accès aux distributeurs en libre-service [article 16 (1)].

45. En fonction des bases factuelles existantes, mettre en place des services et systèmes durables et homologués pour le sevrage tabagique, avec couverture des coûts et recours à des stratégies nouvelles ou novatrices ; créer un numéro de téléphone national pour personnes désireuses d'arrêter de fumer, si possible gratuit ou à tarif subventionné ; et incorporer des conseils succincts sur le sevrage tabagique à tous les stades du système de santé, y compris avant intervention chirurgicale [article 14 (1)].

46. Fournir une aide ciblée au sevrage tabagique à des groupes spécifiques, en particulier les femmes enceintes, les parents de jeunes enfants, les personnes ayant des troubles de santé mentale et les patients souffrant de problèmes cardiaques et respiratoires [article 14 (1)].

47. Tenir compte des préoccupations en rapport avec la consommation de tabac et la santé publique dans les négociations relatives à des accords de commerce et d'investissement. Veiller à ce que ces accords ne compromettent pas la capacité d'un pays à lutter contre l'épidémie de tabagisme à son échelle, y compris par la mise en œuvre de la Convention-cadre et de ses directives.

Mesures à prendre par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

48. Étoffer les connaissances en matière de prévention et de lutte contre les produits à base de tabac, comme les pipes à eau et les produits du tabac sans fumée, ainsi qu'en matière d'usage d'ENDS/ENNDS (suivi des habitudes de consommation ; recueil, synthèse et interprétation des bases factuelles ; étude des politiques envisageables et des meilleures pratiques, etc.).

49. Étayer et diffuser les meilleures pratiques en matière de lutte contre les nouvelles formes de tabac.

50. Fournir un soutien en ce qui concerne les aspects relatifs aux échanges commerciaux et aux investissements, de façon à ce que les pays soient armés pour relever les nouveaux défis, en constituant un réseau de personnes possédant les connaissances spécialisées requises pour que les pays puissent s'en inspirer, et recueillir et diffuser les expériences faites et les meilleures pratiques.

51. Promouvoir les pratiques de sevrage tabagique à l'efficacité reconnue, fondées sur des bases factuelles, ainsi que la formation de professionnels de santé dans ce domaine et de brèves interventions, en facilitant l'échange des meilleures pratiques entre les pays.

52. Étayer et promouvoir les meilleures pratiques pour empêcher la vente de tabac aux et par les mineurs, avec une recherche sur le sujet, contribuant ainsi à faire reculer la consommation de tabac chez les jeunes.

Domaine prioritaire n° 3 – Redéfinir les normes sociales

53. La consommation de tabac n'est pas la norme et la plupart des gens ne fument pas. En modifiant la perception de la norme au sein d'une communauté, ou en redéfinissant les normes sociales, on peut influencer les consommateurs de tabac actuels et potentiels en créant un environnement dans lequel le tabac perd de son attrait, est moins acceptable et moins accessible (20). En instaurant des environnements favorables, on peut protéger contre l'exposition à la fumée du tabac, promouvoir les modes de vie sans tabac, aider les consommateurs de tabac à arrêter de fumer et empêcher d'autres personnes de commencer à le faire. Par exemple, les personnes possédant des connaissances approfondies en matière de santé sont plus susceptibles de renoncer au tabac, même lorsqu'elles sont influencées par un groupe socioéconomique. La mise en œuvre de mesures strictes de lutte antitabac influence l'opinion publique, contribuant ainsi à une évolution des normes sociales. Une stratégie globale de ce type fait intervenir les membres de la population (fumeurs et non fumeurs) et les médias (21). L'Écosse (Royaume-Uni) a pour objectif l'avènement d'une génération de jeunes qui ne veulent pas fumer, grâce à des mesures de « dénormalisation » du tabac qui ciblent les enfants, par exemple des interdictions légales dans les lieux où les enfants se rassemblent, des programmes de prévention pour adolescents réalisés avec le concours de jeunes, en ciblant les parents pour le sevrage et en encourageant les familles à ne pas fumer dans leur foyer.

54. Les professionnels de la santé sont la clé de la redéfinition des normes sociales. Ce sont les instigateurs d'un changement de comportement ; ils servent d'exemples dans la société et sont aux avant-postes pour faire progresser la lutte contre le tabagisme, s'organisant souvent pour faire bouger les politiques.

55. L'un des éléments essentiels de la redéfinition des normes sociales est la protection de la santé publique face aux intérêts commerciaux et autres de l'industrie du tabac. En respectant intégralement la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, les pays devraient, plus que jamais, exploiter au maximum les dispositions de l'article 5.3 (1) et les directives de la Convention pour protéger les politiques de santé publique de ces intérêts de l'industrie du tabac.

Recommandations à l'adresse des États membres

56. Protéger, dans tous les secteurs des pouvoirs publics, les politiques et législations pour la lutte antitabac de l'interférence de l'industrie du tabac. Lorsque des interactions sont nécessaires avec l'industrie du tabac, les États membres devront s'assurer que ces interactions s'effectuent en toute transparence. Dans la mesure du possible, elles devraient avoir lieu en public, par exemple dans le cadre d'auditions publiques, d'avis public ou en divulguant au public la documentation relative à ces interactions [article 5.3 (1)].

57. Réduire au maximum les activités menées par les entreprises de l'industrie du tabac dans le cadre de leur responsabilité sociale, ou de préférence y mettre un terme, interdire toute publicité pour de telles activités conformément aux principes directeurs de la Convention-cadre pour la mise en œuvre de l'article 5.3, et rejeter les partenariats entre les pouvoirs publics et l'industrie du tabac [article 5.3 (1)].

58. Adopter, mettre en œuvre, surveiller et faire appliquer activement des mesures visant à assurer une protection contre l'exposition à la fumée du tabac dans les lieux de travail intérieurs, les transports publics, les lieux publics fermés et, le cas échéant, d'autres lieux publics, en envisageant une attention particulière pour les lieux où des enfants sont présents [article 8 (1)].

59. Envisager la suppression des exemptions existantes aux règles d'interdiction du tabac, par exemple dans les prisons, les établissements de santé mentale et les maisons de soins infirmiers, qui, tout en étant des lieux d'habitation pour certains, sont des lieux de travail pour d'autres [article 8 (1)].

60. Mobiliser la collectivité et la société civile, les inciter à participer à l'élaboration, à la mise en œuvre, à la promotion et au contrôle du respect d'une législation pour l'interdiction du tabac, et leur donner les moyens de le faire [article 8(1)].

61. Investir dans les mesures de communication, d'éducation et de formation, en donnant la priorité aux campagnes médiatiques en faveur du sevrage tabagique et campagnes de marketing social fondées sur des bases factuelles, avertissant des dangers du tabac et des risques encourus par les enfants en raison du tabagisme passif, et soutenir l'introduction et l'application de lois, y compris – mais pas uniquement – de celles qui ciblent les groupes sociaux ayant des besoins spécifiques [article 12 (1)].

62. Promouvoir l'instruction en santé et l'intégration d'informations sur le tabac dans les programmes de cours à tous les niveaux de formation scolaire et non scolaire, notamment dans les jardins d'enfants, les écoles et les établissements d'enseignement supérieur.

63. Promouvoir l'intégration de traitements de sevrage tabagique et de la prévention du tabagisme dans la formation de tout professionnel de la santé afin de lui donner les moyens de prodiguer aux consommateurs de tabac des conseils fondés sur des bases factuelles et de l'encourager à donner ces conseils.

64. Sensibiliser davantage la population aux conséquences sociales, économiques et environnementales de la production et de la consommation de tabac, et aux tactiques et à l'ingérence de l'industrie du tabac, dans le cadre des efforts visant à façonner les normes sociales [article 12 (1)].

Mesures à prendre par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

65. Faire la preuve de pratiques sophistiquées en mettant l'accent sur les nouvelles tactiques de l'industrie du tabac, notamment l'interférence avec la politique internationale.

66. Soutenir les pays alors qu'ils s'efforcent d'encourager les professionnels de la santé à être des exemples et de prodiguer aux consommateurs de tabac des conseils fondés sur des bases factuelles.

67. Promouvoir l'intégration des traitements de sevrage tabagique et de la prévention du tabagisme dans la formation des professionnels de la santé et préparer des programmes-types de cours sur la lutte contre le tabagisme à l'attention des professionnels de la santé.

68. Fournir des informations plus détaillées et précises sur la conception de campagnes, de messages et de stratégies efficaces de lutte contre le tabagisme et de promotion du sevrage, en facilitant la collaboration directe entre les pays afin qu'ils s'échangent leurs expériences et leurs connaissances.

Domaines auxiliaires

Domaine auxiliaire n° 1 – Évaluer les progrès, les lacunes, les gradients, les tendances et l'impact

69. Les bases factuelles sont le fondement des politiques et des mesures efficaces. Grâce à la surveillance de la consommation de l'ensemble des produits du tabac, on peut voir les résultats des politiques appliquées et déceler où de nouvelles politiques sont nécessaires. La ventilation de ces données en fonction de facteurs tels que le sexe, la position socioéconomique et le niveau de scolarisation révélera les gradients sociaux et servira de point de départ pour des mesures visant à gérer les déterminants sociaux. De même, il conviendrait d'évaluer au cas par cas l'impact que les mesures et les politiques de grande envergure pour la lutte contre le tabagisme ont eu sur les différents groupes sociaux. Il faudrait s'attacher particulièrement à standardiser les données et à coordonner les études au niveau national et international. La surveillance du tabagisme est un aspect distinct ; il faudrait s'efforcer de réaliser un suivi mieux intégré et plus détaillé non seulement de la prévalence et des facteurs de risque, mais aussi des politiques. Il faudrait encourager la publication de données clés et le partage de l'information avec la société civile, en particulier pour donner des armes aux partisans de la lutte antitabac, aux décideurs et aux médias. Il est nécessaire de mieux décrire les bonnes pratiques pour le financement durable en faveur des programmes de lutte antitabac et de la large diffusion de ces pratiques.

70. La recherche doit être coordonnée et mise en lien plus étroit avec les politiques ; l'accent doit être placé sur l'analyse d'impact et l'interprétation des résultats obtenus comme sources d'inspiration pour l'élaboration des politiques et les mesures à prendre. La recherche présente des lacunes évidentes en ce qui concerne l'évaluation des politiques, l'appréciation de l'impact, les études sur la mise en œuvre et l'appréciation des progrès accomplis et des changements survenus, ainsi que concernant les facteurs propres à l'offre et à la demande de tabac en Europe. Malgré le manque d'informations sur les coûts

directs et indirects du tabagisme, en se souvenant que les politiques doivent être fondées sur des bases factuelles, la recherche doit être axée sur l'action. En tirant un meilleur parti des articles sur la surveillance et la recherche [article 20 (1)] et sur les partenariats et la coopération internationale [article 22 (1)], par exemple, on pourrait établir de meilleurs rapports sur la consommation de tabac et dépister plus intelligemment les tentatives faites par l'industrie du tabac et ses partenaires pour influencer la mise en œuvre de la Convention-cadre pour la lutte antitabac. Ceci pourrait également permettre une meilleure coordination des stratégies de suivi et d'évaluation et de l'échange d'informations entre pays et réseaux (22).

Recommandations à l'adresse des États membres

71. Mettre et/ou maintenir en place des systèmes de surveillance de la consommation de tabac financés de manière durable par les pouvoirs publics ; mesurer et faire rapport régulièrement sur la consommation de tous les produits du tabac par les adultes et les adolescents, ventilée si nécessaire par âge, sexe et niveau socioéconomique [article 20 (1)].

72. Évaluer en permanence les mesures antitabac pour s'assurer des effets et résultats obtenus, y compris, si cela est approprié, de manière différentielle en fonction des groupes de population étudiés [article 20 (1)].

73. Promouvoir un programme de recherche dynamique et multidisciplinaire sur le tabac et les ENDS pour remédier au caractère lacunaire des connaissances, façonner les politiques et investir dans la transposition de la recherche en pratique [article 20 (1)].

74. Renforcer les programmes de contrôle et de surveillance de l'industrie du tabac ; déterminer et surmonter les obstacles afin d'obtenir un meilleur accès aux informations sur les ventes en temps réel, pour analyse [article 20 (1)].

75. Contrôler le niveau des dépenses consenties pour la lutte antitabac par l'ensemble des pouvoirs publics et au niveau sous-national, et les comparer avec les investissements recommandés par l'OMS dans ses « maîtres achats ».

76. S'associer à des partisans de la lutte antitabac, à des universitaires et à la société civile pour, ensemble, élaborer des mesures de lutte contre le tabagisme et en assurer le suivi et l'évaluation, en soutenant les efforts déployés grâce à une formation appropriée, au renforcement des capacités et à la fourniture d'informations [articles 4 et 22 (1)].

Mesures à prendre par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

77. Concevoir des stratégies mieux coordonnées de surveillance, de recherche et d'évaluation et encourager l'échange d'informations entre pays et réseaux, et la standardisation des outils et des stratégies lorsque cela est pertinent.

78. Encadrer l'évaluation des politiques, promouvoir une recherche qui reflète les priorités des politiques et diffuser les conclusions de la recherche pour soutenir davantage les pays dans leurs efforts.

79. Contribuer à ce que la recherche et les bases factuelles trouvent plus rapidement une application et une mise en pratique.

80. Décrire et promouvoir les méthodes d'avant-garde pour le financement durable des programmes de lutte contre le tabagisme.

81. Aider les parties à la Convention-cadre de l'OMS à respecter, en temps voulu, les obligations de notification qui leur incombent aux termes de l'article 21 du traité (1).

Domaine auxiliaire n° 2 – Travailler ensemble : partenariats et collaboration internationale

82. Dans un monde interdépendant, étant donné les forces qui, à l'échelle mondiale et régionale, œuvrent contre la santé de la population, la nécessité pour les pays d'agir ensemble prend une importance croissante (5). Les efforts des pays risquent d'être compromis par les activités transfrontalières de l'industrie du tabac et de ses partenaires (publicité, contrebande, pressions sur les politiques commerciales, etc.). Les pouvoirs publics peuvent inciter la société civile et les milieux universitaires – en les armant pour ce faire – à collaborer pour recueillir et utiliser les données probantes nécessaires afin de lutter efficacement contre le tabagisme dans leur pays et à contrecarrer un lobbying intensif de la part de l'industrie du tabac. Les partenariats qui encouragent la solidarité, l'apprentissage collectif et les interventions concrètes contribuent à ce que l'on trouve des stratégies novatrices et durablement efficaces qui répondent aux besoins des personnes à tous les niveaux de la société.

83. Des stratégies et des programmes multisectoriels de grande envergure sont essentiels pour faire reculer la consommation de tous les produits du tabac. L'un des objectifs stratégiques de Santé 2020 est d'améliorer le leadership et la gouvernance participative pour la santé. Une lutte efficace contre le tabac passe par des stratégies pangouvernementales et pansociétales, afin que tous les secteurs comprennent leur rôle et prennent leurs responsabilités pour la santé et pour une responsabilisation à tous les niveaux et dans tous les systèmes. Pour faciliter la réalisation des trois domaines prioritaires et la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS, il faudra nécessairement la participation de multiples secteurs, tels que la santé, l'enseignement, l'environnement, le commerce, les finances, les affaires sociales et l'agriculture, ainsi que d'intervenants au sens plus large, tels que les citoyens, les organisations de la société civile et les médias. Au sein des pays, les pouvoirs publics nationaux et sous-nationaux ont des rôles importants et complémentaires à jouer.

Recommandations à l'adresse des États membres

84. Faciliter la participation de tous les secteurs concernés, notamment la santé, les finances, l'économie, l'éducation, l'environnement et le commerce ; mettre en place et maintenir des partenariats avec des parties prenantes au sens plus large, telles que la société civile et les chercheurs, pour la réalisation des objectifs de la Convention-cadre de l'OMS [article 4 (1)].

85. Investir dans la coopération internationale [article 4 (1)].

86. Promouvoir et faciliter le développement, le transfert et l'acquisition de compétences techniques, scientifiques, juridiques et autres [article 22 (1)].

87. Soutenir d'autres États membres de la Région : par exemple, que ceux qui ont acquis de l'expérience en fassent part à ceux qui en ont le plus besoin.

Mesures à prendre par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

88. Continuer à travailler en étroite collaboration avec l'OMS et le secrétariat de la Convention-cadre pour aider les pays à traduire les dispositions de la Convention-cadre en politiques et programmes au niveau national, et à interpréter les recommandations énoncées pour la mise en œuvre afin de les adapter aux spécificités régionales.

89. Établir et maintenir des partenariats adaptés aux niveaux international et européen, notamment avec l'UE et les partenaires des Nations Unies concernés, pour soutenir la lutte antitabac dans la Région européenne de l'OMS en promouvant l'intégration de la mise en œuvre de la Convention-cadre aux programmes relatifs à la santé et au développement, ainsi qu'aux autres programmes multisectoriels, y compris, si cela est indiqué, aux plans-cadres des Nations Unies pour l'aide au développement.

90. Établir des relations de coopération avec des organisations ne faisant pas partie des Nations Unies et des pouvoirs publics, notamment avec des organisations de la société civile, ainsi qu'avec des institutions et des organismes de développement économique qui contribueraient à la formulation d'une argumentation plus solide concernant les aspects économiques de la lutte antitabac et seraient partisans de la conception et de l'instauration d'une fiscalité contre le tabac.

91. Encourager et faciliter le soutien réciproque entre États membres, en favorisant l'association de ceux qui ont les plus grands besoins et de ceux qui peuvent faire part de l'expérience la plus adéquate.

92. Réunir des groupes de pays et leur permettre de travailler plus facilement ensemble autour de thèmes d'intérêt commun, tels que les nouvelles problématiques, et intensifier la collaboration entre pays.

93. Mobiliser le soutien des associations professionnelles de médecins, d'infirmiers et d'autres professionnels de santé pour faire reculer le tabagisme dans leurs rangs, et pour leur donner les moyens d'aider les patients à arrêter le tabac.

Références

- (1) Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2003 (révisée en 2004, 2005 ; <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9242591017.pdf?ua=1> consulté le 9 juin 2015).
- (2) Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac, Séoul, 12 novembre 2012 (C.N.699.2012.TREATIES-IX. 4.a). New York : Nations Unies ; 2012 (<https://treaties.un.org/doc/source/signature/2012/CN699F.pdf>, consulté le 9 juin 2015).
- (3) European tobacco control status report 2014. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/248418/European-Tobacco-Control-Status-Report-2014-Eng.pdf?ua=1, accessed 10 June 2015).

- (4) Directive 2014/40/UE du Parlement européen et du Conseil du 3 avril 2014 relative au rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres en matière de fabrication, de présentation et de vente des produits du tabac et des produits connexes, et abrogeant la directive 2001/37/CE. Journal officiel de l'Union européenne 2014 ; L127:1–38 (http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/dir_201440_fr.pdf, consulté le 9 juin 2015).
- (5) Santé 2020 : une stratégie et un cadre politique européens pour le XXI^e siècle. Copenhague : Bureau régional de l'OMS ; 2013 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/215258/Health2020-Long-Fre.pdf, consulté le 9 juin 2015).
- (6) Tobacco return on investment Tool. In : NICE/About/What we do/Into practice/Return on investment tools [site Web]. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2014 (<http://www.nice.org.uk/about/what-we-do/into-practice/return-on-investment-tools/tobacco-return-on-investment-tool>, accessed 9 June 2015).
- (7) Kontis V, Mathers CD, Rehm J, Stevens GA, Shield KD, Bonita R, et al. Contribution of six risk factors to achieving the 25×25 non-communicable disease mortality reduction target: a modelling study. *Lancet*. 2014;384(9941):427-437. doi:10.1016/S0140-6736(14)60616-4.
- (8) Proposal for sustainable development goals. Open Working Group of the General Assembly on Sustainable Development Goals. New York: United Nations; 2014 (<https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/1579SDGs%20Proposal.pdf>, accessed 9 June 2015).
- (9) Résolution EUR/RC64/R4 du Comité régional de l'OMS pour l'Europe intitulée « Déclaration d'Achgabat sur la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles dans le contexte de Santé 2020 ». Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2014 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/259216/64rs04f_AshgabatNCD_140729.pdf?ua=1, consulté le 9 juin 2015).
- (10) Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf?ua=1, accessed 9 June 2015).
- (11) Résolution WHA66.10 de l'Assemblée mondiale de la santé. Suivi de la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2013 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R10-fr.pdf, consulté le 16 juin 2015).
- (12) Décision FCTC/COP6(16) de la Conférence des Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac : Mesures destinées à renforcer la contribution de la Conférence des Parties à la réalisation de la cible mondiale pour les maladies non transmissibles concernant la réduction du tabagisme. In : Rapport de la sixième session de la Conférence des Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (annexe 7), Moscou (Fédération de Russie), 13-18 octobre 2014 (http://apps.who.int/gb/ctc/PDF/cop6/FCTC_COP6_Report-fr.pdf, consulté le 9 juin 2015).
- (13) Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Directives pour l'application de l'article 5.3, de l'article 8, des articles 9 et 10, de l'article 11, de l'article 12, de

l'article 13, de l'article 14 (édition 2013). Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/80515/1/9789242505184_fre.pdf?ua=1, consulté le 16 juin 2015).

- (14) Directives pour l'application de l'article 6 de la convention-cadre de l'OMS : Mesures financières et fiscales visant à réduire la demande de tabac. In : OMS/FCTC/Instruments d'application du traité/directives adoptées [site Web]. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2014 (http://www.who.int/fctc/treaty_instruments/Guidelines_article_6_fr.pdf, consulté le 16 juin 2015).
- (15) 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. In : OMS/FCTC/Instruments d'application du traité/directives adoptées [site Web]. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2014 (<http://www.who.int/fctc/guidelines/adopted/fr/>, consulté le 16 juin 2015).
- (16) Inhalateurs électroniques de nicotine : Rapport de l'OMS (FCTC/COP/6/10 Rev.1). Sixième session de la Conférence des Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, Moscou (Fédération de Russie), 13-18 octobre 2014. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2014 (http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop6/FCTC_COP6_10Rev1-fr.pdf, consulté le 16 juin 2015).
- (17) Lutte contre les produits de tabac sans fumée. Rapport de l'OMS (FCTC/COP/6/9). Sixième session de la Conférence des Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, Moscou (Fédération de Russie), 13-18 octobre 2014. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2014 (http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop6/FCTC_COP6_9-fr.pdf, consulté le 16 juin 2015).
- (18) Lutte contre les produits de tabac pour pipe à eau. Rapport du Secrétariat de la Convention (FCTC/COP/6/11). Sixième session de la Conférence des Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, Moscou (Fédération de Russie), 13-18 octobre 2014. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2014 (http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop6/FCTC_COP6_11-fr.pdf, consulté le 16 juin 2015).
- (19) Questions touchant au commerce et à l'investissement en relation avec la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS. Rapport du Secrétariat de la Convention (FCTC/COP/6/20). Sixième session de la Conférence des Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, Moscou (Fédération de Russie), 13-18 octobre 2014. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2014 (http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop6/FCTC_COP6_20-fr.pdf, consulté le 16 juin 2015).
- (20) Directives pour l'application de l'article 12 de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac : Éducation, communication, formation et sensibilisation du public (décision FCTC/COP4/(7)). In : OMS/FCTC/Instruments d'application du traité/directives adoptées [site Web]. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2010 (<http://www.who.int/fctc/guidelines/adopted/fr/>, consulté le 16 juin 2015).
- (21) Zhang X, Cowling DW, Tang H. The impact of social norm change strategies on smokers' quitting behaviours. *Tob Control*. 2010;19:i51–i55. doi:10.1136/tc.2008.029447.
- (22) Giovino GA, Kulak JA, Kalsbeek WD, Leischow SJ. Research priorities for FCTC Articles 20, 21, and 22: surveillance/evaluation and information exchange. *Nicotine Tob Res*. 2013;15(4):847–861. doi:10.1093/ntr/nts336.

Annexe. Le tabac, contexte et impact

1. Le tabagisme est la cause de mortalité et de morbidité la plus facilement évitable. Chaque année, dans la Région européenne de l'OMS, 1,6 million de personnes décèdent de maladies liées au tabagisme, et cette Région est celle qui enregistre le pourcentage le plus élevé de décès imputables au tabac (16 %). A l'échelle mondiale, c'est également l'Europe qui accuse la plus forte prévalence de tabagisme chez les adultes (28 %), avec un taux de prévalence parmi les plus élevés chez les femmes (19 %) (1).

2. Le tabac est l'une des principales causes des inégalités dans le domaine sanitaire en Europe : la mortalité imputable aux maladies liées au tabagisme représente 22 % de l'ensemble des inégalités dans les taux de mortalité, toutes causes confondues, chez les hommes, et 6 % chez les femmes (2). Dans certains pays, ces pourcentages peuvent être plus élevés (3). Au niveau mondial, le fait d'être né de sexe masculin est l'indicateur le plus fiable d'une possible consommation de tabac. Cependant, le tabagisme est en plein essor chez les femmes (4). Les inégalités socioéconomiques en matière de consommation de tabac sont importantes et s'aggravent (5) : même dans les pays où la prévalence du tabagisme a été fortement diminuée, il peut y avoir des différences d'impact dans la mesure où, par exemple, la prévalence a connu une plus forte baisse chez les groupes de population à revenu élevé ou plus instruits. Certains groupes de population peuvent être confrontés à des défis particuliers : par exemple, le tabagisme est deux fois plus fréquent chez les personnes souffrant de problèmes de santé mentale qu'au sein du reste de la population. Cependant, seule une minorité de ces personnes profitent d'interventions efficaces en matière de sevrage tabagique. En outre, les établissements où sont dispensés des services de santé ne sont pas toujours obligatoirement non-fumeurs (6,7).

3. L'exposition à la fumée du tabac peut commencer à un stade précoce. Si la mère fume pendant la grossesse, les premiers méfaits liés au tabac apparaîtront in utero, puis les inégalités liées au tabagisme peuvent s'aggraver au cours de la vie. Plus de 40 % des enfants ont au moins un parent fumeur, et près d'un enfant sur deux respire régulièrement un air pollué par la fumée de tabac dans les lieux publics (8). Les enfants faisant partie de groupes défavorisés sont plus susceptibles de vivre avec des fumeurs. Dans ce cas, ils sont deux fois plus susceptibles de commencer à fumer eux-mêmes. La résolution EUR/RC64/R6 sur la stratégie européenne pour la santé des enfants et des adolescents 2015-2020 (9), adoptée par le Comité régional de l'OMS pour l'Europe en sa soixante-quatrième session de 2014, précise une aspiration, à savoir que tous les enfants nés en 2000 ou après deviennent des adultes non-fumeurs et atteignent un âge moyen sur un continent où le tabac est une rareté et où les enfants grandissent sans être exposés, de manière directe ou indirecte, à la fumée du tabac. Comme un grand nombre de personnes commencent à fumer avant l'âge de 18 ans, il est évident que les restrictions liées à l'âge pour la vente de produits du tabac ont été contournées dans de nombreux pays.

Références

- (1) WHO report on the global tobacco epidemic, 2013: enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship. In: WHO/Programmes/Tobacco Free Initiative (TFI)/Publications/WHO report on the global tobacco epidemic [website]. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://www.who.int/tobacco/global_report/2013/en/, accessed 9 June 2015).

- (2) Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJR, Schaap M, Menvielle G, Leinsalu M et al. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *N Engl J Med*. 2008;358(23):2468-2481. doi:10.1056/NEJMs0707519.
- (3) Jha P, Peto R, Zatonski W, Boreham J, Jarvis MJ, Lopez AD. Social inequalities in male mortality, and in male mortality from smoking: indirect estimation from national death rates in England and Wales, Poland, and North America. *Lancet*. 2006;368(9533):367-370.
- (4) Gender, health, tobacco and equity. Geneva: World Health Organization; 2010 (http://www.who.int/tobacco/publications/gender/gender_tobacco_2010.pdf?ua=1 accessed 9 June 2015).
- (5) Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe; 2013, updated reprint 2014 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/251878/Review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region-FINAL-REPORT.pdf?ua=1, accessed 9 June 2015).
- (6) Résolution EUR/RC63/R10 du Comité régional de l’OMS pour l’Europe intitulée « Le Plan d’action européen sur la santé mentale ». Copenhague : Bureau régional de l’OMS pour l’Europe ; 2013 (<http://www.euro.who.int/fr/about-us/governance/regional-committee-for-europe> , consulté le 16 juin 2015).
- (7) Smoking and mental health: a joint report by the Royal College of Physicians and the Royal College of Psychiatrists. London: Royal College of Physicians, Royal College of Psychiatrists; 2013 (https://www.rcplondon.ac.uk/sites/default/files/smoking_and_mental_health_-_full_report_web.pdf, accessed 9 June 2015).
- (8) Tabagisme. Aide-mémoire n° 339. In : OMS/Centre des médias/aide-mémoire/tabagisme [site Web]. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2015 (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/fr/>, consulté le 16 juin 2015).
- (9) Résolution EUR/RC64/R6 du Comité régional de l’OMS pour l’Europe intitulée « Investir dans l’enfance : la stratégie européenne pour la santé des enfants et des adolescents 2015-2020 et le plan d’action européen pour la prévention de la maltraitance des enfants 2015-2020 ». Copenhague : Bureau régional de l’OMS pour l’Europe ; 2014 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/259218/64rs06f_InvestChildren_140731.pdf, consulté le 16 juin 2015).

= = =