



STRATÉGIE ET PLAN D'ACTION VISANT À RENFORCER LA LUTTE ANTITABAC DANS LA RÉGION DES AMÉRIQUES 2025-2030

Introduction

1. Le tabagisme demeure une menace majeure pour la santé publique mondiale. En plus de représenter une lourde charge sociale, économique et environnementale pour les pays, il accentue la pauvreté des foyers et accroît les inégalités. Le tabagisme est nocif sous toutes ses formes. Aucun niveau d'exposition à la fumée de tabac n'est sans danger et il constitue un facteur de risque évitable pour les quatre principaux groupes de maladies non transmissibles (MNT) : les maladies cardiovasculaires, le cancer, les maladies respiratoires chroniques et le diabète. Dans la Région des Amériques, les MNT sont la principale cause de mortalité et d'invalidité. Elles représentent 81 % des décès chaque année. Le tabagisme est à l'origine d'un million de décès par an dans la Région et touche de manière disproportionnée les habitants des pays à revenu faible ou intermédiaire (1). De nombreuses données attestent aujourd'hui des moyens de lutter contre l'épidémie de tabagisme de manière efficace et rentable par la mise en œuvre des mandats de la Convention-cadre pour la lutte antitabac de l'OMS (CCLAT) (2) et du *Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac* (le Protocole) (3), ainsi que grâce aux orientations du programme MPOWER de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) (4). L'OMS a reconnu cinq mesures contenues dans la CCLAT comme étant les meilleurs investissements pour prévenir et contrôler les MNT (5). Leur mise en œuvre, ainsi que celle d'autres mesures qui vont au-delà de la Convention et de ses protocoles pour protéger la santé humaine (6), est pertinente pour tous les États Membres, qu'ils soient ou non Parties à la CCLAT.

2. Bien que des progrès notables aient été accomplis ces dernières années dans la lutte contre l'épidémie de tabagisme dans la Région (4, 7) et que la faisabilité économique, politique, juridique et sociale des mesures de lutte ait été démontrée, la plupart des États Membres n'ont pas encore pleinement respecté leurs engagements internationaux en la matière (8). Le présent document propose une feuille de route à l'horizon 2030 qui accorde la priorité aux actions clés destinées à accélérer la mise en œuvre de la CCLAT et à permettre aux États Membres d'atteindre les objectifs envisagés en matière de réduction du tabagisme et de la mortalité prématurée causée par les MNT. Cette stratégie et plan d'action intègre une perspective d'équité en accordant une attention particulière aux groupes en situation de vulnérabilité, conformément aux décisions et mandats régionaux et mondiaux. Elle intègre également les enseignements tirés des objectifs non atteints de la *Stratégie et plan d'action visant à renforcer la lutte antitabac dans la Région des Amériques 2018-2022* de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) (8), et visent les produits du tabac

classiques et émergents ainsi que les inhalateurs électroniques contenant ou non de la nicotine, communément appelés collectivement « cigarettes électroniques ».¹

Antécédents

3. Cette stratégie et plan d'action respecte les engagements pris par les États Parties à la CCLAT et le Protocole, ainsi que les décisions adoptées par la Conférence des Parties à la CCLAT et la Réunion des Parties au Protocole.² Elle est également conforme, tant dans son contenu que dans sa durée, à la *Stratégie et plan d'action visant à renforcer la lutte antitabac 2018-2022* et à son rapport final (8), aux objectifs de développement durable à l'horizon 2030 (9), au *Plan d'action mondial pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020* (étendu à 2030) (10), au Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030 (11) et à la *Stratégie mondiale pour accélérer la lutte antitabac : faire avancer le développement durable par la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS 2019-2025* (étendue à 2030) (12). Elle est aussi en adéquation avec plusieurs instruments internationaux relatifs aux droits humains ratifiés par les États Membres, dont certains sont explicitement cités dans le préambule de la CCLAT (13, 14).

4. Cette stratégie et plan d'action sont également conformes aux résolutions du Conseil directeur de l'OPS relatives à la lutte antitabac (15-17), à la Déclaration de Port of Spain de la Communauté des Caraïbes (CARICOM) de 2007 (18), à la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies de 2011 (19), au Plan stratégique de l'OPS 2020-2025 (20), à la *Stratégie pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles 2012-2025* (21) et à l'Initiative de l'OPS pour une meilleure prise en charge des MNT et l'accélération des interventions de soins de santé primaires 2023-2030 (22).

5. Bien que les politiques de lutte antitabac soient exprimées dans les engagements et les mandats des documents susmentionnés, les États Membres ont connu des difficultés pour les mettre en œuvre, comme le montre le rapport final de la *Stratégie et plan d'action visant à renforcer la lutte antitabac dans la Région des Amériques 2018-2022* (8). Dans ce contexte, les États Membres ont sollicité le soutien du Bureau sanitaire panaméricain (BSP) pour élaborer une nouvelle stratégie et plan d'action afin de poursuivre les efforts déployés pour mettre en œuvre les mesures de lutte antitabac les plus rentables et relever de nouveaux défis, démontrant ainsi leur volonté politique et leur engagement à faire avancer le programme de lutte antitabac et les enjeux connexes émergents.

Analyse de la situation

6. Le tabagisme est un facteur de risque majeur pour les principales MNT. Elles constituent la principale cause de mortalité (prématurée dans un tiers des cas) et d'invalidité dans la Région (1), dont le coût annuel est estimé à 1,8 % du produit intérieur brut au niveau mondial (2,4 % dans la Région) (23, 24). Le tabagisme, la dépendance à la nicotine et l'exposition à la fumée représentent une menace mondiale pour le développement durable, en raison des dommages environnementaux,

¹ Le présent document utilise les termes employés dans les décisions et les rapports de la Conférence des Parties à la CCLAT. Ci-après, les produits du tabac chauffé, les SEAN et les SESN sont collectivement appelés « produits émergents » pour les différencier des produits conventionnels.

² Organes directeurs et délibérants des deux traités qui prennent les décisions nécessaires pour promouvoir leur mise en œuvre effective.

sociaux et économiques causés par la culture, la production, la distribution, la consommation et les déchets du tabac (25).

7. Selon les estimations de l'OMS, près de 1245 millions de personnes âgées de plus de 15 ans dans le monde (ci-après la « population adulte »), dont 133 millions (soit 11 %) vivent dans la Région des Amériques, consomment du tabac. Depuis 2000, date du début des estimations par l'OMS, le nombre de consommateurs de tabac a diminué de 16,35 % dans la Région (passant de 159 millions à 133 millions), malgré l'augmentation de la population totale (26). La Région présente toutefois quelques particularités : malgré l'accélération de la baisse du tabagisme chez les adultes, celle-ci ne sera pas suffisante pour atteindre l'objectif d'une réduction relative de 30 % ou plus d'ici 2025 par rapport à 2010³ (la projection actuelle prévoit que la Région atteindra une réduction relative de 27 %). Si la prévalence dans la population masculine est inférieure à la moyenne mondiale (21,7 % contre 34,4 % dans le monde), la situation inverse est observée dans la population féminine (11,4 % dans la Région contre 7,4 % dans le monde). Cependant, une réduction de 30 % de la prévalence chez les femmes est attendue d'ici 2025 par rapport à 2010 (26). En outre, du point de vue du genre, les femmes assument souvent la responsabilité principale des soins aux malades (les hommes sont confrontés à la charge de morbidité la plus élevée liée au tabagisme) et connaissent la charge de mortalité la plus élevée liée à l'exposition au tabagisme passif (7).

8. Dans la population adolescente (13-15 ans) de la Région, la consommation de tabac est estimée à au moins cinq millions d'adolescents. Le taux de prévalence moyen pour les deux sexes concorde avec le chiffre mondial (10 %). La Région des Amériques est l'une des deux régions où la différence de prévalence entre les sexes est la plus faible chez les adolescents (9,4 % chez les femmes et 10,3 % chez les hommes) (26), signe d'une tendance à la féminisation de la consommation de tabac par rapport à la population adulte. Cette tendance pourrait être attribuée en partie aux stratégies de marketing de l'industrie du tabac, spécifiquement conçues pour attirer le public féminin (27).

9. Depuis l'entrée en vigueur de la CCLAT en 2005, le paysage de la lutte antitabac dans la Région a considérablement évolué. Un nombre important de pays a adopté des mesures législatives ou exécutives ou une combinaison des deux, conformément aux mandats de la Convention (7). La mise en œuvre de ces mesures, notamment lorsque celles-ci sont complètes, a contribué à la baisse de la consommation, en dépit de progrès inégaux quant au type de mesures et au nombre de pays qui les ont adoptées. Les progrès portent essentiellement sur l'adoption d'environnements sans fumée et l'obligation d'apposer des avertissements relatifs à la santé sur les emballages des produits du tabac. Toutefois, d'autres mesures clés, telles que les taxes sur le tabac et l'interdiction de la publicité, de la promotion et du parrainage du tabac, ne sont encore mises en œuvre qu'à un degré limité. Ces avancées mitigées sont probablement dues, en partie, à une interférence plus importante de l'industrie à la mise en œuvre de ces mesures, dont l'adoption requiert le consensus d'un plus grand nombre de secteurs gouvernementaux. En outre, la faible mise en œuvre des mesures liées à la prestation de services d'aide au sevrage tabagique s'explique notamment par la pénurie de ressources humaines et financières (4).

³ Cible volontaire fixée dans le *Plan d'action mondial pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles*.

10. Par ailleurs et en dépit des progrès constants observés dans la mise en œuvre des mesures de lutte antitabac au cours de la période de mise en œuvre de la stratégie et plan d'action précédente, seul un objectif relatif à l'identification et à la gestion des conflits d'intérêts pour les fonctionnaires a pu être atteint (8), preuve que les progrès accomplis doivent être renforcés et étendus. En effet, le principal obstacle à l'avancement du programme de lutte antitabac est l'interférence persistante de l'industrie du tabac et de ses lobbyistes, notamment l'interférence de secteurs extérieurs à la santé dans les processus d'élaboration des politiques et le recours à des procédures judiciaires (28).

11. Pour sa part, la pandémie de COVID-19 a exacerbé les conséquences dévastatrices du tabagisme et de la nicotine, car les consommateurs de tabac et de nicotine présentaient un pronostic plus défavorable face à la maladie. À cet égard, l'OPS exhorte les pays à élargir et à accélérer l'intégration de services complets de lutte contre les MNT dans les soins de santé primaires comme l'une des actions nécessaires pour promouvoir le rétablissement dans l'ère post-pandémique, y compris des conseils pour le sevrage tabagique (22). La pandémie a mis en évidence la fragilité des systèmes et des services de santé, avec des perturbations et des retards dans les soins, mais elle a aussi donné l'occasion de les améliorer, grâce, par exemple, aux requêtes visant à renforcer les services d'aide au sevrage tabagique dans le monde entier.

12. Les progrès réalisés par les pays d'Amérique latine, en particulier dans le cas de l'Amérique du Sud et des États Membres de la CARICOM, ont été inégaux. Ainsi, en 2020, l'Amérique du Sud dans son ensemble est parvenue à mettre en œuvre des mesures visant à rendre les environnements publics totalement non-fumeurs, tandis que cette étape n'a pas encore été franchie dans les États Membres de la CARICOM, malgré divers engagements gouvernementaux en faveur d'un tel objectif à l'horizon 2022 (29). Parmi les facteurs susceptibles d'expliquer ces différences figurent d'une part la meilleure organisation de la société civile, la plus grande disponibilité de la recherche nationale pour soutenir le plaidoyer politique, la reconnaissance constitutionnelle du droit à la santé et l'importance accordée aux droits humains (30) et, d'autre part, des pratiques culturelles enracinées dans certaines communautés, telles que l'importance symbolique du *habano* (également connu sous le nom de cigare ou cigarillo).

13. Si la cigarette classique constitue toujours le produit du tabac le plus consommé, la disponibilité croissante sur les marchés de produits émergents tels que les cigarettes électroniques et les produits du tabac chauffé, ainsi que les stratégies de plus en plus agressives des industries qui les promeuvent pour attirer les jeunes, constituent un défi latent dans toute la Région (31). À titre d'exemple, l'augmentation alarmante de l'utilisation de la cigarette électronique chez les 13-15 ans, qui, dans de nombreux pays, est plus élevée que dans la population adulte, suscite des inquiétudes (32). L'OMS et l'OPS ont exprimé la nécessité d'une action urgente pour prévenir l'utilisation de ces produits et lutter contre la dépendance à la nicotine, dans le cadre d'une approche globale de la lutte antitabac. Les pays doivent veiller à l'application des réglementations interdisant la vente ou imposant des restrictions. Toutefois, de nombreux pays de la Région ne disposent toujours pas de réglementation pour ces produits, preuve d'une action insuffisante qui favorise l'apparition de produits fortement commercialisés et destinés à la population jeune.

14. Le marketing numérique constitue un défi supplémentaire qui a gagné de l'ampleur ces dernières années. Il comprend, entre autres pratiques, la publicité sur les sites Web ou les applications, ainsi que la promotion de produits nocifs pour la santé par des influenceurs sur les

réseaux sociaux. L'ère de la transformation numérique pose de sérieux défis aux gouvernements (33). Compte tenu du consensus international relatif à l'importance d'une interdiction totale de la publicité, de la promotion et du parrainage du tabac (2, 34), les États Membres devront transposer les initiatives existantes à l'environnement numérique et concevoir de nouvelles approches et stratégies adaptées à cet environnement.

15. La CCLAT et le Protocole comportent toutes les mesures dont l'efficacité a été démontrée pour lutter contre les conséquences négatives du tabagisme et de la dépendance à la nicotine, ainsi que les décisions prises dans le cadre de la Conférence des Parties à la CCLAT et des réunions des Parties au Protocole. Parmi les mesures inscrites dans la CCLAT, l'OMS a reconnu cinq d'entre elles comme les meilleurs investissements pour prévenir et combattre les MNT, en raison de leur rapport coût-efficacité et de leur applicabilité, même dans des contextes où les ressources sont limitées : augmentation de la fiscalité du tabac (article 6), environnements sans tabac (article 8), mesures concernant le conditionnement et l'étiquetage des produits du tabac (article 11), interdiction de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage (article 13), ainsi que mesures relative à la dépendance à l'égard du tabac et le sevrage tabagique (article 14) (5).

Proposition

16. Les cinq mesures de la CCLAT reconnues par l'OMS comme les meilleurs investissements pour prévenir et contrôler les MNT constituent la base et le point de départ de cette stratégie et plan d'action. La stratégie vise à accélérer la mise en œuvre de la CCLAT dans la Région, promouvoir des environnements plus sains, plus durables et plus équitables et accorder la priorité à la protection des jeunes, des femmes et des personnes à faible revenu. Les efforts déployés pour décourager le tabagisme et la dépendance à la nicotine contribueront également à la protection de l'environnement grâce à la réduction de l'impact négatif de l'ensemble de la chaîne de production et de consommation du tabac et d'autres produits émergents sur les ressources naturelles et la production de déchets. En outre, les pays seront encouragés à promouvoir une économie inclusive et une société avec plus de bien-être et d'équité qui donne la priorité à la santé de ses habitants plutôt qu'aux profits des industries dont la survie dépend de la demande de produits très nocifs pour la santé. À cet égard, la stratégie vise à promouvoir une assistance technique et juridique intensifiée et des mesures continues de renforcement des capacités, ainsi que la mobilisation de ressources financières pour plaider en faveur des mesures encore insuffisamment mises en œuvre dans la Région.

Axe d'intervention stratégique 1 : Mise en œuvre de mesures efficaces pour réglementer la consommation, la commercialisation et la publicité des produits du tabac conventionnels et d'autres produits émergents

17. Les données probantes soutenant des environnements sans tabac sont très claires et convaincantes : aucun niveau d'exposition à la fumée de tabac n'est sans danger et l'exposition provoque des cancers et des maladies respiratoires et cardiovasculaires graves chez les enfants, les adolescents et les adultes, entraînant souvent la mort (4). L'utilisation potentielle de cigarettes électroniques dans les espaces non-fumeurs constitue un nouveau défi. Comme pour tout les produits du tabac, y compris les produits du tabac chauffé, elle augmente l'exposition aux substances toxiques exhalées et potentiellement nocives pour les personnes présentes dans l'environnement, atténue les incitations à arrêter de fumer et peut interférer avec la dénormalisation de l'usage du tabac

(en particulier pour la population adolescente, davantage vulnérable aux références visuelles et aux comportements sociaux) (7, 31).

18. De nombreux éléments plaident également en faveur de la mise en œuvre de mesures efficaces et complètes en matière de conditionnement et d'étiquetage des produits du tabac, telles que l'utilisation d'avertissements sanitaires de grande taille sur les effets nocifs du tabagisme et de l'exposition à la fumée, et de la prise de mesures destinées à empêcher la promotion erronée, trompeuse ou mensongère des produits sur les paquets et les étiquettes. L'emballage, qui confère aux produits du tabac un degré élevé de visibilité et de pouvoir symbolique sur le lieu de vente et pendant la consommation (35), est un outil promotionnel puissant pour l'industrie afin d'attirer de nouveaux consommateurs (36). De ce fait, de plus en plus de pays dans le monde instaurent un emballage neutre (ou normalisé), qui comporte des restrictions ou des interdictions relatives à l'utilisation de logos, de couleurs, d'images de marque ou d'informations promotionnelles sur l'emballage (35).

19. L'industrie du tabac investit des sommes considérables dans des tactiques coûteuses de publicité, de promotion et de parrainage afin d'attirer de nouveaux consommateurs (principalement des jeunes), d'augmenter les ventes aux consommateurs existants, de réduire le désir d'arrêter de fumer et de motiver les personnes qui ont réussi à arrêter de fumer à consommer à nouveau. Des éléments probants plaident en faveur d'une interdiction totale de la publicité, de la promotion et du parrainage des produits du tabac sous leurs formes directes et indirectes, comme le stipulent la CCLAT (article 13) et les lignes directrices pour sa mise en œuvre, conformément à la constitution et aux principes constitutionnels de chaque pays, aussi bien sur les médias traditionnels que sur l'internet et autres technologies émergentes (34). Toute mesure juridique qui ne prévoit pas une interdiction totale ne peut qu'ouvrir la voie à l'industrie pour qu'elle exploite les voies disponibles de manière créative. Seules les interdictions complètes sont plus faciles à mettre en œuvre et à contrôler (37). En outre, la présentation directe des produits sur le lieu de vente est également une forme de publicité qui augmente les ventes (36).

20. Cette axe stratégique vise à garantir que les États Membres accordent la priorité aux politiques qui, en plus d'être de meilleurs investissements, nécessitent des mesures réglementaires pour leur mise en œuvre et sont liées aux articles de la CCLAT dont l'adoption par les États Parties est soumise à des délais, et qui couvrent tous les produits, tant conventionnels qu'émergents, en fonction du contexte national, afin d'éviter de suggérer à tort que certains produits sont moins nocifs que d'autres. En outre, bien que chaque État puisse adopter des voies différentes pour les mettre en œuvre (30), de nombreux pays ont inclus ces trois mesures dans leur législation globale de lutte antitabac, conformément à l'approche globale préconisée par la CCLAT. Enfin, ces mesures ont prouvé leur solidité juridique puisqu'elles ont été confirmées par des tribunaux nationaux et internationaux dans le cadre de procédures judiciaires (38).

Objectif 1.1 : Adopter une législation sur les espaces non-fumeurs		
Indicateur	Référence (2022)	Cible (2030)
1.1.1 Nombre d'États Membres qui disposent de réglementations nationales établissant des environnements 100 % sans tabac dans tous les lieux publics et lieux de travail fermés, ainsi que dans les transports en commun	24	30

Objectif 1.2 : Adopter une législation sur l'emballage et l'étiquetage des produits du tabac		
Indicateur	Référence (2022)	Cible (2030)
1.2.1 Nombre d'États Membres qui disposent d'avertissements sanitaires graphiques de grande taille (au moins 50 % en moyenne du recto et du verso) sur l'emballage des produits du tabac avec toutes les caractéristiques appropriées selon les critères définis dans le rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme (7)	21	30
1.2.2 Nombre d'États Membres qui adoptent une politique d'emballage neutre	2	5
Objectif 1.3 : Adopter une interdiction totale de la publicité, de la promotion et du parrainage des produits du tabac		
Indicateur	Référence (2022)	Cible (2030)
1.3.1 Nombre d'États Membres qui interdisent totalement la publicité, la promotion et le parrainage des produits du tabac, tant directement qu'indirectement, y compris sur internet	9	15
1.3.2 Nombre d'États Membres qui interdisent de montrer les produits du tabac sur le point de vente	7	13
Objectif 1.4 : Adopter une législation pour réglementer les cigarettes électroniques		
Indicateur	Référence (2022)	Cible (2030)
1.4.1 Nombre d'États Membres qui disposent d'une réglementation nationale interdisant la commercialisation des cigarettes électroniques, ou l'autorisant avec la mise en œuvre d'au moins une des mesures de lutte antitabac auxquelles il est fait référence dans les autres indicateurs de l'axe d'intervention stratégique 1, ou qui réglementent les cigarettes électroniques en tant que produits médicaux ^a	21	27

^a Les États Membres adoptent des approches différentes en matière de réglementation des cigarettes électroniques, en fonction de leur contexte national. Par conséquent, cet indicateur mesure les pays qui adoptent différentes approches totalement ou partiellement conformes aux mandats de la gouvernance mondiale (CCLAT et décisions de la Conférence des Parties).

Axe d'intervention stratégique 2 : Mise en œuvre de mesures relatives au prix et aux taxes pour réduire la demande de tabac

21. La taxation du tabac est considérée comme l'intervention la plus rentable pour réduire sa consommation. Elle n'engendre pas de coûts élevés et produit une augmentation des recettes pour l'État (4). L'augmentation des taxes est efficace quand elle a pour résultat une hausse des prix qui

réduit de manière significative la consommation de tabac, et quand elle 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. Malgré les données solides prouvant son rapport coût-efficacité, cette mesure est la moins répandue à l'échelle mondiale et régionale.

22. Cet axe d'intervention stratégique entend inciter les États Membres à accorder la priorité à une mesure sous-utilisée qui présente des avantages considérables : lorsque les prix augmentent, les produits perdent de leur attrait et deviennent moins abordables, ce qui réduit ainsi la consommation de tabac et les maladies associées. La consommation est découragée, principalement dans les groupes à faibles revenus, en raison de leur plus grande sensibilité aux augmentations de prix. Cela permet aussi d'éviter le détournement de dépenses qui devraient être allouées à des biens et services essentiels, tels que l'éducation et la santé. Enfin, les revenus supplémentaires générés peuvent être utilisés pour renforcer les programmes de santé et d'aide sociale, au profit des groupes vulnérables et pour améliorer leur qualité de vie (39, 40). D'autre part, en adoptant cette mesure sur la base de l'expérience et des enseignements tirés au fil des années, les pays pourront également contribuer à faire progresser et à accélérer l'adoption de taxes sur d'autres produits nocifs pour la santé (généralement regroupés sous le même instrument de réglementation), tels que les boissons alcoolisées et les boissons sucrées. (41).

Objectif 2.1 : Réduire l'accessibilité financière des produits du tabac par l'augmentation des taxes sur le tabac		
Indicateur	Référence (2022)	Cible (2030)
2.1.1 Nombre d'États Membres dans lesquels les taxes totales représentent 75 % ou plus du prix de vente au détail final, ou dans lesquels l'augmentation a été suffisante pour entraîner un changement de catégorie de classification selon les critères définis dans le rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme (7)	4	10
2.1.2 Nombre d'États Membres qui ont obtenu au moins 4 points dans le tableau de bord de Tobacconomics sur la politique fiscale en matière de cigarettes, ou qui ont augmenté leur score pour passer à la catégorie suivante ^a	0	5

^a Tobacconomics publie un tableau de bord des taxes sur les cigarettes. Ce tableau est doté d'une échelle de cinq points avec quatre éléments de notation, calculés à partir des données du rapport biennal de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme. Il offre aux décideurs politiques une évaluation des politiques fiscales sur le tabac. Disponible sur : <https://tobacconomics.org/files/research/919/tobacco-scorecard-report-3rd-ed-eng-v5.0.pdf>.

Axe d'intervention stratégique 3 : Prestation de services complets et de qualité qui favorisent des mesures efficaces pour le sevrage tabagique et un traitement approprié de la dépendance tabagique

23. L'OMS a fait de la prestation de services de sevrage tabagique un élément essentiel des programmes de lutte antitabac. Elle l'a intégrée dans le paquet MPOWER (4) et, plus récemment, dans la liste des meilleurs investissements pour la prévention et la lutte contre les MNT (5). Plusieurs

interventions sont recommandées pour faciliter le processus de sevrage tabagique, notamment les conseils brefs, les lignes téléphoniques gratuites d'aide à l'arrêt du tabac, la messagerie texte, les séances individuelles et collectives avec des spécialistes, les cliniques de sevrage, les thérapies de substitution et les traitements nicotiques de substitution. De plus, les données disponibles suggèrent que les établissements de soins de santé primaires peuvent être un lieu potentiellement utile et moins coûteux pour mettre en œuvre des interventions rapides afin d'atteindre la majorité des personnes qui consomment du tabac (4), conformément à l'Initiative de l'OPS pour une meilleure prise en charge des MNT et l'accélération des interventions de soins de santé primaires 2023-2030 (22). Par ailleurs, des données mettent en évidence le rapport coût-efficacité de la mise en œuvre de stratégies et d'interventions de sevrage tabagique (42).

24. Pour atteindre l'objectif de réduction significative de la mortalité et de la charge de morbidité liées au tabagisme à court et moyen terme, les pays doivent s'efforcer de prévenir le tabagisme, mais aussi faire en sorte que la majorité des personnes qui consomment du tabac arrêtent de le faire. Il est possible d'atteindre cet objectif et de maximiser l'impact si les politiques de lutte antitabac basées sur la population (décrites dans les autres axes d'intervention stratégiques) sont accompagnées d'interventions destinées à aider les personnes à cesser d'utiliser du tabac. Ainsi, les interdictions de fumer dans les lieux publics et sur les lieux de travail, les interdictions de publicité et les augmentations de prix facilitent l'abstinence et évitent les éléments déclencheurs susceptibles de provoquer une rechute.

Objectif 3.1 : Fournir des services complets et de qualité en matière de sevrage tabagique		
Indicateur	Référence (2022)	Cible (2030)
3.1.1 Nombre d'États Membres qui disposent d'une ligne téléphonique nationale d'aide à l'arrêt du tabac, de traitements nicotiques de substitution et de services d'aide au sevrage tabagique avec prise en charge de tous les coûts ^a	6	12

^a Les aspects évalués afin d'envisager la mise en place d'un service complet d'aide au sevrage tabagique sont les suivants : 1) la disponibilité de traitements nicotiques de substitution avec une prise en charge totale ou partielle des coûts ; 2) la disponibilité de services de sevrage tabagique dans les centres de santé ou autres services de soins primaires, les hôpitaux, les cabinets de professionnels de la santé ou la communauté, avec une prise en charge totale ou partielle des coûts ; 3) l'existence d'une ligne téléphonique nationale gratuite d'aide au sevrage tabagique (ou d'un outil accessible à partir d'un appareil mobile).

Axe d'intervention stratégique 4 : Ratification de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et du Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac

25. La réponse à cette épidémie mondiale doit être universelle, collaborative et multisectorielle, fondée sur des stratégies de coopération nationales et internationales et, par conséquent, la ratification de la CCLAT par les États Membres est essentielle. La CCLAT est le premier traité international de santé publique conclu sous les auspices de l'OMS. Elle a été adoptée à l'unanimité en 2003 et est entrée en vigueur en 2005. La CCLAT a conféré une nouvelle dimension juridique à la coopération internationale en matière de santé et constitue aujourd'hui l'un des traités les plus largement acceptés dans l'histoire des Nations Unies (43). La Convention comprend des mécanismes

destinés à réduire tant l'offre que la demande de produits du tabac. Elle est également l'un des trois seuls traités internationaux mentionnés dans les objectifs de développement durable et leurs cibles connexes.

26. Le *Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac* est le premier et le seul protocole de la CCLAT. Il constitue en soi un nouveau traité international. Il a été adopté en 2012 et est entré en vigueur en 2018. Le commerce illicite des produits du tabac constitue une menace sérieuse pour la santé publique mondiale, car il compromet les politiques de lutte antitabac, favorise un accès plus abordable aux produits du tabac, réduit les recettes publiques et contribue parfois au financement d'activités criminelles. Pour éviter cette situation, le Protocole cherche à protéger la chaîne d'approvisionnement des produits du tabac grâce à une série de mesures que les gouvernements doivent mettre en œuvre (4).

27. Cet axe d'intervention stratégique vise à amener les États à ratifier des traités juridiquement contraignants qui jettent les bases de mesures efficaces de prévention et de lutte contre le tabagisme et la dépendance à la nicotine, qui imposent aux États l'obligation de protéger le droit de chacun à jouir du meilleur état de santé possible, qui élèvent les normes nationales au niveau international et qui garantissent la participation des États dans les espaces où sont prises les décisions politiques mondiales pertinentes pour lutter contre l'épidémie de tabagisme et les problèmes émergents qui y sont associés.

Objectif 4.1 : Ratification de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et du <i>Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac</i>		
Indicateur	Référence (2022)	Cible (2030)
4.1.1 Nombre d'États Membres qui ont ratifié la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac	30	31
4.1.2 Nombre d'États Membres qui ont ratifié le <i>Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac</i> ^a	7	12

^a En raison de la relation juridique entre le Protocole et la CCLAT, un État ne peut devenir Partie au Protocole que s'il est Partie à la CCLAT.

Axe d'intervention stratégique 5 : 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

28. Les intérêts de l'industrie du tabac sont inconciliables avec les intérêts et les objectifs des politiques de santé publique, un fait reconnu dans la CCLAT elle-même à l'article 5.3 (2, 34), ainsi que dans un nombre croissant de documents internationaux. Les États Membres eux-mêmes ont également reconnu que les tactiques d'interférence de l'industrie et de ses alliés sont le principal facteur transversal qui entrave la réalisation des objectifs de la lutte antitabac (8, 28).

29. Cet axe d'intervention stratégique vise à encourager les États Membres à mettre en œuvre ou à renforcer des mesures destinées à prévenir toute interférence de l'industrie du tabac et de ses alliés, ainsi qu'à promouvoir la nécessité de surveiller leurs différentes tactiques, afin de les contrer plus efficacement. Par exemple, on peut aider à faciliter la détection et la lutte contre les tentatives de l'industrie du tabac de contourner les réglementations applicables en matière de responsabilité ou de saper les efforts de la lutte antitabac par des investissements ou des réorganisations d'entreprises, à détecter l'interférence de l'industrie dans les processus d'élaboration des politiques publiques, à contrer les activités dites de « responsabilité sociale des entreprises » et à protéger les politiques environnementales liées au tabac en tenant compte des allégations de l'industrie du tabac en matière d'environnement et de développement durable en vue de dissimuler les dommages qu'elle cause (44). Le BSP, conformément à cette stratégie et à ce plan d'action, redoublera d'efforts pour rendre systémiques ces expériences et promouvoir un échange efficace entre les États Membres.

Objectif 5.1 : Établir des mécanismes efficaces pour éviter l'interférence de l'industrie du tabac ou de ceux qui défendent ses intérêts		
Indicateur	Référence (2022)	Cible (2030)
5.1.1 Nombre d'États Membres dotés de mécanismes permettant d'identifier et de gérer les conflits d'intérêts pour les fonctionnaires et les employés publics responsables des politiques de lutte antitabac	20	25
5.1.2 Nombre d'États Membres dotés d'un observatoire chargé de surveiller les activités de l'industrie afin de mettre en évidence ses stratégies et de réduire leur efficacité pendant la période de mise en œuvre de la stratégie et plan d'action	0	10

Suivi et évaluation

30. Les informations sur les indicateurs des quatre premiers axes d'intervention stratégiques sont systématiquement et uniformément collectées pour les 35 États Membres tous les deux ans dans le cadre du rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme. Les seules nouvelles informations à présenter concernent le cinquième axe stratégique d'intervention. À cette fin, le BSP ajoutera un nombre restreint de questions supplémentaires au formulaire utilisé dans le cadre du rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme, comme il a été fait pour la stratégie et plan d'action pour la lutte antitabac pour la période 2018-2022. Par conséquent, cette stratégie et plan d'action n'augmentera pas la charge de travail des États Membres pour fournir des informations.

31. Il est proposé qu'un examen à mi-parcours soit élaboré et présenté aux Organes directeurs en 2028 et un rapport final soumis en 2031.

Incidences financières

32. Les États Membres sont invités à donner la priorité à cette thématique et à allouer des ressources à la mise en œuvre de la stratégie et plan d'action, le cas échéant, dans le cadre du

rétablissement après la pandémie. Le BSP s'efforcera de mobiliser des ressources supplémentaires pour mettre en œuvre la stratégie et fournir un soutien aux États Membres (voir annexe B).

Mesure à prendre par le Conseil directeur

33. Le Conseil directeur est prié d'examiner les informations présentées dans ce document, de formuler tout commentaire qu'il juge pertinent et d'envisager l'approbation du projet de résolution figurant à l'annexe A.

Annexes

Références

1. Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Compare. Seattle : Université de Washington ; 2021 [consulté le 19 mars 2024]. Disponible sur : <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>.
2. Organisation mondiale de la Santé. Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Genève : OMS ; 2005. Disponible sur <https://iris.who.int/handle/10665/42812>.
3. Organisation mondiale de la Santé. Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac. Genève : OMS ; 2013. Disponible sur : <https://iris.who.int/handle/10665/80882>.
4. Organisation panaméricaine de la Santé. Informe sobre el control del tabaco en la Región de las Américas 2022. Washington, D.C. : OPS ; 2022. Disponible sur : <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57274>.
5. Organisation mondiale de la Santé. More ways, to save more lives, for less money: World Health Assembly adopts more Best Buys to tackle noncommunicable diseases. Genève : OMS ; 2023 [consulté le 19 mars 2024]. Disponible sur : <https://www.who.int/news/item/26-05-2023-more-ways--to-save-more-lives--for-less-money---world-health-assembly-adopts-more-best-buys--to-tackle-noncommunicable-diseases>.
6. Conférence des Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Activités prospectives de lutte antitabac (en relation avec l'article 2.1 de la Convention-cadre de l'OMS) [décision FCTC/COP10(12)]. Dixième réunion (reprise) de la Conférence des Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac ; du 5 au 10 février 2024. Genève : OMS ; 2024. Disponible sur : <https://storage.googleapis.com/who-fctc-cop10-source/Decisions/fctc-cop-10-12-fr.pdf>.
7. Organisation mondiale de la Santé. WHO report on the global tobacco epidemic, 2023: protect people from tobacco smoke. Genève : OMS ; 2023. Disponible sur : <https://www.who.int/publications/i/item/10665/372043/9789240077164>.

8. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie et plan d'action visant à renforcer la lutte antitabac dans la Région des Amériques 2018-2022 : Rapport final [document CD60/INF/6]. 60^e Conseil directeur de l'OPS, 75^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 25 au 29 septembre 2023. Washington, D.C. : OPS ; 2023. Disponible sur : <https://www.paho.org/fr/documents/cd60inf6-strategie-et-plan-daction-visant-renforcer-lutte-antitabac-dans-region-des>.
9. Organisation des Nations Unies. Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030 [résolution A/RES/70/1]. Soixante-dixième session de l'Assemblée générale des Nations Unies ; du 15 septembre 2015 au 12 septembre 2016. New York : ONU ; 2015. Disponible sur : https://unctad.org/system/files/official-document/ares70d1_fr.pdf.
10. Organisation mondiale de la Santé. Suivi de la Déclaration politique de la Troisième Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles [résolution WHA72(11)]. 72^e Assemblée mondiale de la Santé ; du 20 au 28 mai 2019. Genève : OMS ; 2019. Disponible sur : [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72\(11\)-fr.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72(11)-fr.pdf).
11. Organisation panaméricaine de la Santé. Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030 : Un appel à l'action pour la santé et le bien-être dans la Région [document CSP29/6, Rev. 3]. 29^e Conférence sanitaire panaméricaine, 69^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 25 au 29 septembre 2017. Washington, D.C. : OPS ; 2017. Disponible sur : <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49171>.
12. Conférence des Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Stratégie mondiale pour accélérer la lutte antitabac : faire avancer le développement durable par la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS 2019-2025 [décision FCTC/COP10(15)]. Dixième réunion (reprise) de la Conférence des Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac ; du 5 au 10 février 2024. Genève : OMS ; 2024. Disponible sur : <https://storage.googleapis.com/who-fctc-cop10-source/Decisions/fctc-cop-10-15-fr.pdf>.
13. Blanco Marquizo A, Bianco E, Paraje G, Gouda HN, Birckmayer J, Welding K, et al. Seguir avanzando en las Américas: el control del tabaco fomenta el desarrollo sostenible. Rev Panam Salud Publica. 10 octobre 2022;46:e159. Disponible sur : <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.159>.
14. Conférence des Parties à la convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Contribution de la Convention-cadre de l'OMS à la promotion et à l'exercice des droits humains [décision FCTC/COP10(20)]. Dixième session (reprise) de la Conférence des Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac ; du 5 au 10 février 2024. Genève : OMS ; 2024. Disponible sur : <https://storage.googleapis.com/who-fctc-cop10-source/Decisions/fctc-cop-10-20-fr.pdf>.
15. Organisation panaméricaine de la Santé. Convention-cadre pour la lutte antitabac [résolution CD43]. 43^e Conseil directeur de l'OPS, 53^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 24 au 28 septembre 2001. Washington, D.C. : OPS ; 2001. Disponible sur : <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/1442/cd43.r12-f.pdf>.

16. Organisation panaméricaine de la Santé. Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac : opportunités et défis concernant sa mise en œuvre aux Amériques [résolution CD48.R2]. 48^e 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, D.C. : OPS ; 2008. Disponible sur : <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/381/cd48.r2-f.pdf>.
17. Organisation panaméricaine de la Santé. Renforcement de la capacité des États Membres pour mettre en œuvre les dispositions et les directives de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac [résolution CD50.R6]. 50^e 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, D.C. : OPS ; 2010. Disponible sur : <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/424/CD50.R6-f>.
18. Chefs de gouvernement de la Communauté des Caraïbes. Port d'Espagne : CARICOM ; 2007. Disponible sur : <https://rb.gy/ogc2s2>.
19. Organisation des Nations Unies. Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles [résolution A/RES/66/2]. Soixante-sixième session de l'Assemblée générale des Nations Unies ; du 13 septembre 2011 au 10 septembre 2012. New York : ONU ; 2011. Disponible sur : <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/n11/458/95/pdf/n1145895.pdf?token=XFOupBFaUmd6JdO3Yp&fe=true>.
20. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2020-2025 [Document officiel 359]. 57^e Conseil directeur de l'OPS, 71^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 30 septembre au 4 octobre 2019. Washington, D.C. : OPS ; 2019. Disponible sur : <https://www.paho.org/fr/documents/strategic-plan-pan-american-health-organization-2020-2025-equity-heart-health>.
21. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles [résolution CSP28.R13]. 28^e Conférence sanitaire panaméricaine, 64^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 17 au 21 septembre 2012. Washington, D.C. : OPS ; 2012. Disponible sur : <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2012/CSP28.R13-f.pdf>.
22. Organisation panaméricaine de la Santé. 2030 Better Care for NCDs: Accelerating Actions in Primary Health Care. Washington, D.C. : OPS ; 2023. Disponible sur : <https://www.paho.org/en/documents/better-care-ncds-accelerating-actions-primaryhealth-care>.
23. Goodchild M, Nargis N, Tursan d'Espaignet E. Global economic cost of smoking-attributable diseases. *Tob Control*. 2018;27(1):58-64. Disponible sur : <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2016-053305>.
24. Pichon-Riviere A, Bardach A, Rodríguez Cairoli F, Casarini A, Espinola N, Perelli L, et al. Health, economic and social burden of tobacco in Latin America and the expected gains of fully implementing taxes, plain packaging, advertising bans and smoke-free environments control measures : a modelling study. *Tob Control*. 4 mai 2023 ; tc-2022-057618. Disponible sur : <https://doi.org/10.1136/tc-2022-057618>.

25. Organisation panaméricaine de la Santé. El tabaco y su impacto ambiental: Panorama general. Washington, D.C. : OPS ; 2022. Disponible sur : <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56065>.
26. Organisation mondiale de la Santé. WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000–2030. Genève : OMS ; 2024. Disponible sur : <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/375711/9789240088283-eng.pdf>.
27. Campaign for Tobacco-Free Kids. Women and Tobacco, Big Tobacco’s Campaign to Addict Women. Washington, D.C.: Campaign for Tobacco-Free Kids;12 novembre 2020 [consulté le 19 mars 2024]. Disponible sur : <https://www.tobaccofreekids.org/what-we-do/global/women>.
28. Conférence des Parties à la Convention-cadre de l’OMS pour la lutte antitabac. Progrès mondiaux dans la mise en œuvre de la Convention-cadre de l’OMS. Rapport du Secrétariat de la Convention [document FCTC/COP/10/4]. Dixième session de la Conférence des Parties à la Convention-cadre de l’OMS pour la lutte antitabac ; du 20 au 25 novembre 2023. Genève : OMS ; 2023. Disponible sur : <https://storage.googleapis.com/who-fctc-cop10-source/Main%20documents/fctc-cop10-4-fr.pdf>.
29. González-Rozada M, Prieto-Lara E, Sandoval GA. Effect of comprehensive smoke-free legislation on the tourism industry in countries of the Caribbean Community. Rev Panam Salud Publica. 5 octobre 2022;46:e146. Disponible sur : <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.146>.
30. Severini G, Sandoval RC, Sóñora G, Sosa P, Gutkowski P, Severini L, et al. Towards a smoke-free world? South America became the first 100% smoke-free subregion in the Americas. Rev Panam Salud Publica. 5 octobre 2022;46:e103. Disponible sur : <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.103>.
31. Organisation mondiale de la Santé. Rapport de l’OMS sur l’épidémie mondiale de tabagisme, 2021 : les produits nouveaux et émergents. Genève : OMS ; 2021. Disponible sur : <https://iris.who.int/handle/10665/363230>.
32. Organisation panaméricaine de la Santé. Une action urgente est nécessaire pour protéger les enfants et empêcher l’adoption des cigarettes électroniques. Washington, D.C. : OPS ; 14 décembre 2023 [consulté le 19 mars 2024]. Disponible sur : <https://www.paho.org/fr/nouvelles/14-12-2023-une-action-urgente-est-necessaire-pour-protoger-les-enfants-et-empecher>.
33. Organisation mondiale de la Santé. Restriction du marketing numérique dans le contexte du tabac, de l’alcool, des aliments, des boissons, et des substituts du lait maternel : approches existantes et options de politique générale. Genève : OMS ; 2024. Disponible sur : <https://iris.who.int/handle/10665/376637>.
34. Conférence des Parties à la Convention-cadre de l’OMS pour la lutte antitabac. 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 : OMS ; 2013. Disponible sur : <https://iris.who.int/handle/10665/80515>.

35. Organisation mondiale de la Santé. Mise en œuvre du conditionnement neutre des produits du tabac : mise à jour de la situation mondiale en 2021. Genève: OMS; 2022. Disponible sur : <https://iris.who.int/handle/10665/356920>.
36. Organisation panaméricaine de la Santé. Manual para desarrollar legislación para el control del tabaco. Washington, D.C. : OPS ; 2013. Disponible sur : <https://iris.paho.org/handle/10665.2/35008>.
37. Crosbie E, Gutkowski P, Severini G, Pizarro ME, Perez S, Albuquerque de Figueiredo B, et al. Progress in adopting bans on tobacco advertising, promotion, and sponsorship in the Americas : lessons from Uruguay and Argentina. Rev Panam Salud Publica. 5 octobre 2022;46:e102. Disponible sur : <https://doi.org/10.26633%2FRPSP.2022.102>.
38. Campaign for Tobacco-Free Kids. Major tobacco control litigation victories. Washington, D.C.: Campaign for Tobacco-Free Kids [date inconnue ; consulté le 19 mars 2024] ; Disponible sur : <https://www.tobaccocontrolaws.org/litigation/major-litigation-decisions>.
39. García Gómez A, Macías Sánchez A, Villarreal Páez HJ. Efecto empobrecedor derivado del gasto en tabaco. Mexico : CIEP ; octobre 2022. Disponible sur : <https://www.tobacconomics.org/research/the-impoverishing-effect-of-tobacco-expenditure-smoking-drives-households-into-poverty>.
40. Fuchs Tarlovsky A, Marquez PV, Dutta S, Gonzalez Icaza MF. Is Tobacco Taxation Regressive? Evidence on Public Health, Domestic Resource Mobilization, and Equity Improvements. Washington, D.C. : Groupe de la Banque mondiale ; 2019. Disponible sur : <http://documents.worldbank.org/curated/en/893811554737147697/Is-Tobacco-Taxation-Regressive-Evidence-on-Public-Health-Domestic-Resource-Mobilization-and-Equity-Improvements>.
41. Sandoval RC, Malik S, Roche M, Belausteguigoitia I, Morales-Zamora G. Lessons learned from fostering tobacco taxes in the Americas and implications for other health taxes. Rev Panam Salud Publica. 31 octobre 2022;46:e188. Disponible sur : <https://doi.org/10.26633%2FRPSP.2022.188>.
42. Sandoval GA, Totanes R, David AM, Fu D, Bettcher D, Prasad V, et al. Case for investment in tobacco cessation : a population-based analysis in low- and middle-income countries. Rev Panam Salud Publica. 5 octobre 2022 ; 46:e71. Disponible sur : <https://doi.org/10.26633/rpsp.2022.71>.
43. Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. History of the World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control. Genève : OMS ; 2009. Disponible sur : <https://iris.who.int/handle/10665/44244>.
44. Conférence des Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Application de l'article 19 de la Convention-cadre de l'OMS : Responsabilité [décision FCTC/COP10(13)]. Dixième réunion (reprise) de la Conférence des Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac ; du 5 au 10 février 2024. Genève : OMS ; 2024. Disponible sur : <https://storage.googleapis.com/who-fctc-cop10-source/Decisions/fctc-cop-10-13-fr.pdf>.



Projet de résolution

STRATÉGIE ET PLAN D'ACTION VISANT À RENFORCER LA LUTTE ANTITABAC DANS LA RÉGION DES AMÉRIQUES 2025-2030 :

Le 61^e Conseil directeur,

(PP1) Ayant examiné la *Stratégie et plan d'action visant à renforcer la lutte antitabac dans la Région des Amériques 2025-2030* (document CD61/10) ;

(PP2) Reconnaissant que le tabagisme demeure une des principales menaces pour la santé publique mondiale et que, outre la lourde charge sociale, économique et environnementale qu'il représente pour les pays, il exacerbe la pauvreté des foyers et accroît les inégalités ;

(PP3) Considérant que, bien que le produit du tabac le plus consommé reste la cigarette conventionnelle, la consommation de la cigarette électronique augmente chez les enfants et les adolescents dans certains pays ;

(PP4) Reconnaissant que de nombreuses données probantes et qu'un consensus international existent concernant la manière de lutter contre l'épidémie de tabagisme et la dépendance à la nicotine de manière rentable par la mise en œuvre des mandats de la Convention-cadre pour la lutte antitabac de l'Organisation mondiale de la Santé (CCLAT), du *Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac* (le Protocole), des décisions adoptées par la Conférence des Parties à la CCLAT et la Réunion des Parties au Protocole, des orientations du plan d'action MPOWER de l'Organisation mondiale de la Santé et des meilleurs investissements pour prévenir et combattre les maladies non transmissibles ;

(PP5) Reconnaissant que de nombreuses circonstances ont entravé la mise en œuvre, au niveau national, des mandats et engagements nationaux et internationaux souscrits par les États Membres pour traiter le sujet, mais soulignant que le défi commun majeur auquel sont confrontés tous les pays est l'interférence de l'industrie du tabac et de ceux qui s'efforcent de défendre ses intérêts ;

(PP6) Reconnaissant que l'objectif de la stratégie et plan d'action est d'accélérer la mise en œuvre de la CCLAT dans la Région des Amériques par tous les États Membres, qu'ils soient ou non Parties à la convention ;

(PP7) Notant que le *Plan d'action mondial pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020* et la *Stratégie mondiale pour accélérer la lutte antitabac : faire avancer le développement durable par la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS 2019-2025* ont été

prolongés jusqu'en 2030 en raison des défis posés par la pandémie de COVID-19 et pour assurer la cohérence et l'alignement avec le Programme de développement durable à l'horizon 2030,

Décide :

(OP)1. D'approuver la *Stratégie et plan d'action visant à renforcer la lutte antitabac dans la Région des Amériques 2025-2030* (document CD61/10).

(OP)2. De prier instamment les États Membres, en tenant compte de leurs contextes, besoins, vulnérabilités et priorités :

- a) de promouvoir la mise en œuvre des objectifs et des indicateurs contenus dans la *Stratégie et plan d'action visant à renforcer la lutte antitabac dans la Région des Amériques 2025-2030* ;
- b) d'accorder la priorité à l'adoption d'un ensemble complet de mesures juridiques concernant les environnements sans émission et sans fumée, les avertissements sanitaires et emballages neutres, ainsi que l'interdiction totale de la publicité, de la promotion et du parrainage des produits du tabac, conformément à leur constitution ou à leurs principes constitutionnels et en s'adaptant aux nouvelles réalités numériques, qui couvrent à la fois les produits du tabac conventionnels et émergents ;
- c) de renforcer l'utilisation de la politique de taxation du tabac comme moyen de réduire l'accessibilité financière des produits nocifs pour la santé, de décourager la consommation principalement dans les groupes à faible revenu et d'offrir aux États Membres une source supplémentaire de revenus susceptible d'être utilisée pour renforcer les programmes de santé et d'aide sociale ;
- d) de renforcer les services de soins de santé primaires afin d'accroître la couverture, l'accès, la disponibilité et la qualité des services de traitement du sevrage tabagique, dans le cadre de la mise en place de systèmes de santé plus robustes et plus résistants lors de la période qui suit la pandémie de COVID-19 ;
- e) d'envisager de ratifier la CCLAT et le Protocole afin d'assumer des obligations juridiquement contraignantes pour protéger le droit de chacun de jouir du meilleur état de santé possible ;
- f) de renforcer les mesures nationales et la coopération internationale pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac ;
- g) de s'opposer aux tentatives de l'industrie du tabac et des groupes qui lui sont associés d'interférer dans la mise en œuvre des mesures de lutte antitabac visant à protéger la santé de la population, ou de la retarder, de l'empêcher et d'y faire obstacle ;
- h) de renforcer leurs systèmes nationaux de surveillance afin d'évaluer non seulement la prévalence du tabagisme, mais aussi l'efficacité des mesures appliquées, et d'obtenir des informations ventilées par sexe, genre et groupe ethnique, entre autres, dans la mesure du possible et d'utiliser cette information pour mener des interventions basées sur des données probantes visant à réduire les disparités ;
- i) de prendre en compte l'impact environnemental du tabac, ainsi que la nécessité de renforcer les réglementations applicables en matière de responsabilité de l'industrie du tabac, tout en garantissant le respect et la protection des droits humains de toutes les personnes.

(OP)3. De prier le Directeur :

- a) d'aider les États Membres à renforcer leurs capacités nationales afin de contribuer à la mise en œuvre de la stratégie et plan d'action et à la réalisation de ses objectifs ;
- b) de promouvoir l'échange d'informations entre les États Membres et les partenariats avec d'autres organismes internationaux et infrarégionaux, ainsi qu'avec des membres de la société civile et du monde universitaire aux niveaux national et international, y compris la mobilisation de ressources humaines et financières pour soutenir la mise en œuvre de la stratégie et plan d'action ;
- c) de rendre compte périodiquement aux Organes directeurs de l'Organisation panaméricaine de la Santé des progrès accomplis et des difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de la stratégie et plan d'action, par le biais d'un examen à mi-parcours en 2028 et d'un rapport final en 2031.



Formulaire analytique : Incidences financières et administratives

1. Point de l'ordre du jour : 4.7 - Stratégie et plan d'action visant à renforcer la lutte antitabac dans la Région des Amériques 2025-2030

2. Unité responsable : Facteurs de risque et nutrition, Département Maladies non transmissibles et santé mentale

3. Fonctionnaires chargés de la préparation : Dr Anselm Hennis et Dr Rosa Carolina Sandoval

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

- Centre collaborateur de l'OMS pour l'élaboration de politiques de lutte antitabac (USA-302)
- Centre collaborateur de l'OMS pour le suivi et l'évaluation de la lutte antitabac (USA-307)
- Centre collaborateur de l'OMS pour la lutte antitabac (BRA-54)

5. Liens entre ce point de l'ordre du jour et le [Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030](#) :

La stratégie et le plan d'action contribueront à la réalisation d'un grand nombre d'objectifs et de cibles du programme, mais leur contribution à l'objectif 9 est particulièrement importante : « réduire la morbidité, le handicap et la mortalité découlant des maladies non transmissibles, des traumatismes, de la violence et des troubles de santé mentale. »

6. Liens entre ce point de l'ordre du jour et le [Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2020-2025](#) :

Cette stratégie et ce plan d'action sont conformes aux principales priorités régionales définies par les États Membres, comme indiqué à l'annexe C du Plan stratégique de l'OPS pour la période 2020-2025. Plus précisément, les priorités sont l'accès aux services de santé associés aux maladies non transmissibles (MNT) et aux troubles de la santé mentale (la première priorité définie pour le groupe de niveau le plus élevé) et les facteurs de risque des MNT (la deuxième priorité pour le groupe de niveau le plus élevé), compte tenu du fait que le tabagisme est le principal facteur de risque évitable des MNT.

Les mesures proposées contribueront plus particulièrement à l'obtention des résultats intermédiaires suivants :

Résultat intermédiaire 5. Accès aux services de santé pour les MNT et les troubles de santé mentale. Accès équitable élargi à des services de santé complets et de qualité pour la prévention, la surveillance, la détection précoce, le traitement, la réadaptation et les soins palliatifs des MNT et des troubles de santé mentale.

Résultat intermédiaire 13. Facteurs de risque des MNT. Réduction des facteurs de risque de MNT grâce à une action intersectorielle visant à agir sur les déterminants de la santé.

7. Indiquer des calendriers approximatifs pour la mise en œuvre et l'évaluation :

Cette stratégie et plan d'action couvrent la période 2025-2030. Un examen à mi-parcours sera présenté aux Organes directeurs de l'OPS en 2028, ainsi qu'un rapport final en 2031.

8. Incidences financières :

- a) **Coût estimatif total de la mise en œuvre de la résolution sur toute sa durée (activités et personnel compris) :**

Catégories	Coût estimatif
Ressources humaines	1 356 000
Formation	180 000
Contrats de consultants/services	360 000
Déplacements et réunions	150 000
Publications	40 000
Fournitures et autres dépenses	120 000
Total	2 206 000

- b) **Coût estimatif pour l'exercice 2024-2025 (activités et personnel compris) :**

Le coût estimatif pour 2025 est d'US\$ 316 000.

- c) **Sur le coût estimatif indiqué au point b), quel montant peut être inclus dans les activités programmées existantes ?**

Le coût estimatif au point b) ci-dessus pourrait être couvert par les contributions volontaires existantes (jusqu'à 60 %) ainsi que par les efforts de mobilisation des ressources.