



COMITÉ REGIONAL DE L'AFRIQUE

AFR/RC55/13

17 juin 2005

Cinquante-cinquième session

Maputo, Mozambique, 22–26 août 2005

ORIGINAL : ANGLAIS

Point 8.7 de l'ordre du jour provisoire

**MISE EN ŒUVRE DE LA CONVENTION-CADRE POUR LA LUTTE  
ANTITABAC DANS LA RÉGION AFRICAINE : SITUATION ACTUELLE  
ET PERSPECTIVES**

**Rapport du Directeur régional**

**RÉSUMÉ**

1. Le 27 février 2005, la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac est entrée en vigueur, liant ainsi juridiquement les 40 premiers pays – dont cinq pays africains – qui étaient devenus Parties contractantes avant le 30 novembre 2004.
2. Au 1<sup>er</sup> mars 2005, huit pays de la Région africaine avaient ratifié la Convention et 31 autres se préparaient à la ratifier. Il est impératif de fixer des buts et d'élaborer des plans et des stratégies en vue de la mise en œuvre de la Convention dans la Région africaine.
3. L'industrie du tabac poursuit son essor agressif dans le monde en développement; elle gêne l'action efficace de lutte antitabac en influant sur les ventes et sur les programmes de responsabilité sociale des entreprises.
4. Élaborer un plan d'action national et se doter d'un cadre juridique et institutionnel pour en assurer l'application sont des étapes essentielles de la mise en œuvre de la Convention.
5. Le Comité régional est invité à examiner le présent document et à approuver les mesures proposées.



## SOMMAIRE

### Paragraphe

INTRODUCTION .....	1 – 8
SITUATION ACTUELLE .....	9 – 14
DÉFIS ET OPPORTUNITÉS .....	15 – 19
PERSPECTIVES D'AVENIR .....	20 – 31
CONCLUSION .....	32 – 34



## INTRODUCTION

1. À l'échelle mondiale, le tabagisme est la principale cause de décès évitables; on estime qu'il tue 4,9 millions d'individus chaque année, contre 3 millions de décès dus au VIH/SIDA. En 2020, le nombre de ces décès atteindra 10 millions, dont 70 % dans les pays en développement.

2. En Afrique, la prévalence du tabagisme était de 29 % chez les hommes et de 7 % chez les femmes en 2000,<sup>1</sup> et l'on dénombrait 200 000 décès liés au tabagisme.<sup>2</sup> Des études montrent également que le tabac est une des principales causes du cancer de la sphère buccale.<sup>3</sup> En outre, le tabagisme augmente le risque d'infection. Le tabagisme est un des principaux facteurs de risque pour le cancer du poumon et les maladies cardio-vasculaires. En santé publique, le plus fort impact du tabagisme est à cet égard le risque accru de tuberculose, maladie qui pose un problème particulier en Afrique. L'épidémie tabagique vient s'ajouter à la double charge de morbidité que supporte déjà la Région. L'Afrique, qui est aux prises avec le VIH/SIDA et le paludisme, doit également faire face à l'épidémie tabagique, pourtant entièrement évitable.

3. Les choses vont de mal en pis étant donné que l'industrie du tabac, fuyant la réglementation sévère des pays développés, déplace son activité dans le sud pauvre. En 1995, la consommation totale de cigarettes était de 131 181 millions d'unités. Ce chiffre est passé à 212 788 millions en 2000.<sup>4</sup> Les résultats de l'Enquête mondiale sur le tabagisme chez les jeunes font apparaître une prévalence du tabagisme chez les élèves de 13 à 15 ans qui va de 10 % au Mozambique à 33 % en Ouganda.<sup>5</sup>

4. Sur le plan économique, l'épidémie tabagique coûte très cher à l'Afrique où 10 pays sont des exportateurs nets de tabac et les autres des importateurs nets<sup>6</sup> qui échangent de maigres ressources contre des produits tabagiques. Les foyers pauvres leur emboîtent le pas en dépensant de l'argent pour du tabac, plutôt que satisfaire des besoins aussi élémentaires que l'alimentation ou l'éducation. Le tabac tue à l'âge le plus productif, privant les nations de leur force vive et aggravant le cycle mauvaise santé, pauvreté et décès. La mort prématurée du soutien d'une famille condamne souvent ceux des siens qui lui survivent.

5. Dans les collectivités productrices, de nombreux agriculteurs croulent sous les dettes, gagnant à peine de quoi payer les intérêts des prêts qui leur ont été consentis. Par ailleurs, la culture du tabac entraîne le déboisement, l'érosion des sols et la pollution des étendues d'eau.

---

<sup>1</sup> Guindon E., Boxcar D., Past, current and future trends in tobacco use. HNP Discussion Paper, Economics of Tobacco Control Paper No. 6, Genève, OMS/Banque mondiale, 2003.

<sup>2</sup> OMS, *Rapport sur la Santé dans le Monde 2002 : Réduire les risques et promouvoir une vie saine*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002.

<sup>3</sup> Adewole R.A., Akohol, smoking and oral cancer: a 10-year retrospective study at Base Hospital, Yaba, *West African Journal of Medicine*, 21 (2): 142–145, 2002; Pacella-Normal R., Urban M. I. and Beral V.; Risk factors for esophageal, lung, oral and laryngeal cancers in black South Africans, *British Journal of Cancer*, 86(11): 1751–1756, 2002; Macigo F.G, Mwaniki D.L. et Guthua S.W., Influence of cigarette filters on the risk of developing oral leukoplakia in a Kenyan population, *Oral Diseases*, 7(2): 101–105, 2001.

<sup>4</sup> Guindon E., Boxcar D., Past, current and future trends in tobacco use. HNP Discussion Paper, Economics of Tobacco Control Paper No. 6, Genève, OMS/Banque mondiale, 2003.

<sup>5</sup> CDC URL: <http://www.cdc.gov/tobacco/global/gvts/factsheets.htm> (consulté le 7 décembre 2004).

<sup>6</sup> FAO Database. URL: <http://apps.fao.org/default.jsp> (consulté le 7 décembre 2004).

Cette dégradation de l'environnement aboutit à un amoindrissement de la biodiversité et aggrave encore la pauvreté.

6. C'est pour ces différentes raisons que l'Assemblée mondiale de la Santé a élaboré le premier traité de santé publique, la Convention-cadre pour la lutte antitabac.<sup>7</sup> Adoptée en mai 2003, la Convention a été présentée à la signature du 16 juin 2003 au 29 juin 2004.

7. La Convention vise à protéger les générations présentes et futures des effets sanitaires, sociaux, environnementaux et économiques dévastateurs de la consommation de tabac et de l'exposition à la fumée du tabac. Elle offre un cadre pour la mise en oeuvre de mesures de lutte antitabac par les Parties aux niveaux national, régional et international afin de réduire régulièrement et notablement la prévalence du tabagisme et l'exposition à la fumée de tabac.

8. Le présent document fait le point de la situation en ce qui concerne la Convention et propose des mesures pour sa mise en oeuvre au niveau national dans la Région africaine, tout en incitant les pays qui ne sont pas encore parties au traité à l'accepter, l'approuver, le ratifier ou y accéder.

## SITUATION ACTUELLE

9. Après l'adoption de la Convention-cadre pour la lutte antitabac, 39 des 46 États Membres de la Région africaine de l'OMS ont signé le Traité et, au 1<sup>er</sup> juillet 2005, neuf pays<sup>8</sup> l'avaient ratifié. Le traité devient un instrument du droit international ayant force obligatoire pour les 40 premières parties dont cinq pays de la Région africaine, le 27 février 2005, soit 90 jours après la quarantième ratification par le Pérou, le 30 novembre 2004. Le Traité liera juridiquement les Parties ultérieures le quatre-vingt-dixième jour suivant le dépôt de l'instrument de ratification, d'approbation, d'acceptation ou d'accession.

10. Les pays peuvent devenir Parties à la Convention par ratification, acceptation, approbation ou adhésion. La ratification est un acte qui informe la communauté internationale de la volonté d'un pays d'assumer les obligations découlant de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Le processus de ratification doit être précédé par la signature, laquelle devait s'effectuer au plus tard le 29 juin 2004.

11. L'acceptation et l'approbation ont les mêmes effets juridiques que la ratification. La signature sous réserve d'acceptation ou d'approbation a été récemment introduite dans la pratique des traités afin de fournir à un pays une occasion supplémentaire d'examiner un traité sans être nécessairement obligé de le soumettre à une procédure constitutionnelle particulière. Comme pour la ratification, l'instrument doit être déposé à la Section des Traités de l'Organisation des Nations Unies à New York.

---

<sup>7</sup>Résolution WHA48.11, Stratégie internationale de lutte antitabac. Dans : *Quarante-huitième Assemblée mondiale de la Santé, Genève, 1<sup>er</sup>-12 mai 1995. Volume III : Recueil des résolutions.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1995 (WHA48/1995/REC/1).

<sup>8</sup> Afrique du Sud, Botswana, Ghana, Kenya, Lesotho, Madagascar, Maurice, Sénégal et Seychelles.

12. Les non-signataires de la Convention peuvent devenir Parties à celle-ci par voie d'adhésion. L'adhésion a les mêmes effets juridiques que la ratification. Toutefois, l'adhésion ne nécessite qu'une seule mesure, le dépôt d'un instrument d'adhésion à la Section des Traités de l'Organisation des Nations Unies à New York.

13. Les pays africains ont été fortement représentés tout au long des négociations et ont fermement guidé l'édification d'un traité très complet. L'élaboration de la Convention a suscité un nouvel élan de prise de conscience de l'épidémie tabagique dans la Région ainsi que de volonté politique de s'y attaquer. Des organisations non gouvernementales ont également joué un rôle de premier plan en définissant la position régionale à l'égard de la Convention, et elles continuent de diriger le processus de sa mise en oeuvre.

14. La Région africaine progresse notablement en matière de mise en oeuvre de la Convention. Actuellement, 12 pays en sont à différents stades de réexamen de leur législation relative au tabac, notamment en ce qui concerne l'interdiction de la publicité et l'exposition à la fumée de tabac; quatre pays élaborent actuellement des plans d'action nationaux.

## DÉFIS ET OPPORTUNITÉS

15. Les grands défis consistent notamment à :

- a) protéger les politiques de santé publique contre les intérêts commerciaux de l'industrie du tabac et faire en sorte d'intervenir efficacement pour contrer les effets sociaux de la publicité persuasive et tendancieuse;
- b) renforcer l'aptitude du personnel de santé à prévenir et réduire la consommation de tabac; améliorer les moyens humains et financiers qui concourent au soutien des programmes complets de lutte antitabac; et favoriser l'implication des secteurs non sanitaires dans la lutte antitabac;
- c) faire en sorte que la lutte antitabac soit incluse dans des programmes nationaux de développement, et investir dans des sources de revenus de substitution à la fois réalistes et durables pour les pays qui dépendent beaucoup des recettes du tabac.

16. Différentes possibilités s'offrent aux pays de mettre en oeuvre la Convention. Cette mise en oeuvre commence par l'application de stratégies d'ores et déjà adoptées par la Région pour favoriser l'action antitabac.<sup>9</sup> L'intégration de la lutte antitabac aux programmes nationaux de lutte existants menés contre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose s'impose d'autant plus que le tabac est un des principaux facteurs de risque pour la tuberculose et qu'il interfère également avec le système immunitaire.

---

<sup>9</sup> OMS, *Promotion de la santé : Stratégie de la Région africaine*, Brazzaville, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique, 2003 (AFR/RC51/12 Rév.1); OMS, *Santé des adolescents : Stratégie de la Région africaine*, Brazzaville, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique, 2001 (AFR/RC51/10 Rév.1); OMS, *Stratégie régionale de la santé mentale 2000-2010*, Brazzaville, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique, 1999 (AFR/RC49/9).

17. La position très ferme adoptée par les acteurs du développement, notamment la Banque mondiale et l'Union européenne, au sujet de la lutte antitabac et la résolution récemment adoptée par le Conseil économique et social<sup>10</sup> sont autant d'occasions nouvelles qui sont offertes aux pays pour relever le défi de la lutte antitabac tout en renforçant leur capacité d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement concernant la réduction de la pauvreté et l'amélioration de la santé.

18. Des enquêtes axées sur les enfants d'âge scolaire, le personnel enseignant et les professionnels de la santé ont été mises au point afin de disposer de bases factuelles permettant d'élaborer des politiques et des programmes de développement. Le *Guide pour la mise en place de l'action antitabac*, récemment publié par l'OMS, fournit des conseils pratiques pour lancer des programmes de lutte antitabac au niveau des pays.

19. Malgré la richesse et l'inventivité de l'industrie du tabac, le vent est en train de tourner, comme le montrent avec éclat les victoires judiciaires récemment remportées aux États-Unis. La célébration de la Journée mondiale sans tabac continue d'alimenter le plaidoyer en faveur de la lutte antitabac.

## **PERSPECTIVES D'AVENIR**

### **Rôles des pays**

20. Les États Membres devraient tirer parti de l'avantage que constitue la corrélation admise entre la lutte antitabac et la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement pour œuvrer activement à l'inclusion des maladies non transmissibles et de la lutte antitabac dans les objectifs du Millénaire pour le développement à l'occasion de leur révision à mi-parcours, en 2005.

21. Vis-à-vis de la Convention, les pays de la Région africaine se répartissent actuellement en trois catégories : les signataires ayant ratifié, les signataires n'ayant pas ratifié et les non-signataires. Les pays qui ne sont pas Parties à la Convention devraient s'assigner comme objectif primordial d'y adhérer; ils sont par conséquent invités à prendre les dispositions nécessaires pour la ratifier et la signer. En conséquence, un partenariat efficace s'impose avec les organismes non gouvernementaux locaux qui participent à la lutte antitabac afin d'accentuer le plaidoyer en faveur de l'adhésion, de l'approbation, de l'acceptation ou de la ratification. Étant donné que les États Membres ont des expériences diverses dans la lutte antitabac, différentes mesures sont proposées pour faciliter la mise en œuvre de la Convention au niveau des pays.

22. La première étape du processus de mise en œuvre de la Convention consiste à se doter du cadre juridique et institutionnel nécessaire ou à adapter le cadre existant aux dispositions de la Convention.

23. L'étape 2 consiste à élaborer un plan d'action national qui expose la façon dont le pays entend s'attaquer à l'épidémie tabagique. Ce plan contiendra un échéancier, un budget et une date d'achèvement. Pour plus de commodité, les pays devront mettre en place une structure

---

<sup>10</sup> Résolution de l'ECOSOC – Lutte antitabac, New York, Conseil économique et social de l'Organisation des Nations Unies, 2004.



nationale de coordination à plein temps et désigner un interlocuteur national au sein du secteur de la santé. Les pays légitimeront le plan d'action national en l'adoptant officiellement.

24. Un comité d'orientation national multisectoriel sera institué pour faire en sorte que le plan d'action s'articule à d'autres comités, organisations non gouvernementales et organismes de coordination compétents du secteur sanitaire. Une large consultation est indispensable afin que tous les acteurs de la mise en œuvre et de l'exécution aient le sentiment d'être parties prenantes. Les rôles et responsabilités de chaque secteur intéressé devront être clairement définis et avoir fait l'objet d'un accord. Pour garantir la durabilité, le volet sanitaire de la lutte antitabac devra être intégré aux services nationaux de soins de santé primaires. Le comité d'orientation visera essentiellement à promouvoir la santé publique par la lutte antitabac. L'industrie du tabac n'y sera donc aucunement représentée.

25. L'étape 3 consiste à faire une analyse de la situation. Chaque pays devra déterminer ses besoins et les moyens dont il dispose en matière de lutte antitabac. Parmi les informations nécessaires figureront l'état actuel de la prévalence du tabagisme par sexe et par tranche d'âge, le taux de consommation par année, le volume annuel de la production et de l'importation, et les activités de lutte antitabac. Des données seront également nécessaires sur la morbidité et la mortalité imputées au tabac; sur l'impact sanitaire et économique de l'usage du tabac; sur l'efficacité de différentes mesures de lutte antitabac; sur le climat politique dans lequel s'accomplit la lutte antitabac, les points d'accès existants de l'intégration aux services de santé et les activités interministérielles; sur les connaissances, croyances et attitudes du public; et sur les activités de l'industrie du tabac. Les outils existants tels que l'Enquête mondiale sur le tabagisme chez les jeunes devront être autant que possible utilisés.

26. L'étape 4 consiste à promouvoir la communication et la sensibilisation du public. Le plan d'action sera lancé à grand renfort de publicité afin d'informer le public des intentions du gouvernement. Cela peut prendre la forme de conférences de presse, de communiqués de presse ou se faire donner des informations exactes par d'autres filières de communication et événements médiatiques appropriés. Il est important de communiquer une information exacte et de sensibiliser le public et les parlementaires afin de renforcer leur soutien à la lutte antitabac.

27. Des partenariats efficaces seront conclus avec les associations de professionnels de la santé, le secteur de l'éducation et les médias afin d'inciter à une évolution des comportements et de renforcer le soutien aux programmes de sevrage tabagique.

28. L'étape 5 comprend l'observation, la surveillance, l'évaluation et le compte rendu. La surveillance rendra compte des modifications intervenant dans la prévalence de l'usage du tabac; de la morbidité et de la mortalité liées au tabac; des connaissances, des attitudes et des opinions; du nombre et du type des mesures de caractère politique; des résultats économiques, tels que le coût des soins médicaux; et de l'efficacité des activités de lutte antitabac. Les pays devront se doter de structures pour l'observation et l'évaluation des politiques de lutte antitabac ainsi que des activités de l'industrie du tabac.

29. L'étape 6 consiste à étudier des mesures économiques et des initiatives de financement. Les pays exploreront les mesures économiques à prendre pour financer et mobiliser les moyens permettant de soutenir des initiatives avec la participation d'autres partenaires, y compris les organisations non gouvernementales et le secteur privé.

### **Rôles de l'OMS et d'autres partenaires**

30. L'OMS devrait continuer à assurer un soutien technique aux pays. Plus précisément, l'OMS soutiendra :

- a) les pays, techniquement et matériellement, dans l'élaboration d'une politique et d'une législation;
- b) le renforcement de leur capacité de planification et de mise en œuvre des recherches et des actions proposées;
- c) la mobilisation de ressources pour les programmes nationaux de lutte antitabac;
- d) l'action de plaider en vue de sensibiliser le réseau de parlementaires africains;
- e) la mise en place de centres de collaboration dans la lutte antitabac.

31. Il faudrait renforcer la collaboration afin que les États Membres reçoivent tout le soutien voulu lorsqu'ils élaborent, mettent en œuvre, observent et évaluent des programmes de lutte antitabac. Il conviendrait d'y associer des partenaires tels que l'Union africaine, la Banque mondiale, le Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique, des organisations régionales et sous-régionales compétentes, des organisations non gouvernementales nationales et internationales, des institutions universitaires et des initiatives mondiales telles que les enquêtes sur le tabagisme.

### **CONCLUSION**

32. Les pays qui ont ratifié la Convention doivent maintenant la mettre en œuvre afin de réduire l'usage du tabac dans leurs populations. Les pays ayant signé mais pas ratifié la Convention doivent accélérer le processus de ratification. Les pays qui n'ont pas signé la Convention doivent entamer le processus d'adhésion au Traité. Dans tous les 46 États Membres de la Région africaine, l'importance de la santé publique doit l'emporter sur toute considération de l'importance économique du tabac. Dans la mesure où elle améliorerait la santé, la mise en œuvre de la Convention dans les pays contribuerait à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement fixés par les Nations Unies.

33. Tous les pays qui n'ont pas ratifié ou signé la Convention devraient prendre toutes les dispositions nécessaires pour devenir parties à celle-ci afin de participer pleinement à la première conférence des Parties à la Convention.

34. Le Comité régional est invité à examiner le présent document et à approuver les mesures proposées pour mettre en œuvre la Convention.