



Organisation  
mondiale de la Santé

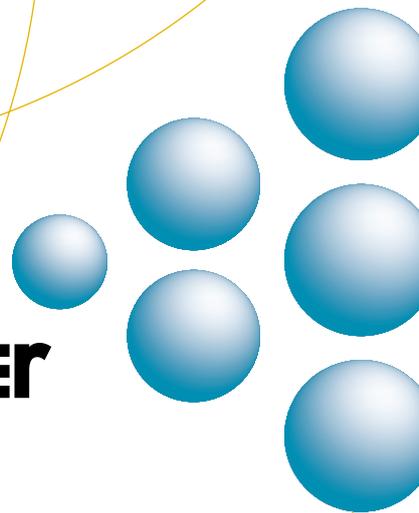
# RAPPORT DE L'OMS SUR L'ÉPIDÉMIE MONDIALE DE TABAGISME, 2021

---

Les produits nouveaux et émergents

fresh and alive

**mpower**



**Les inhalateurs  
électroniques de  
nicotine créent une  
dépendance et ne sont  
pas inoffensifs.**

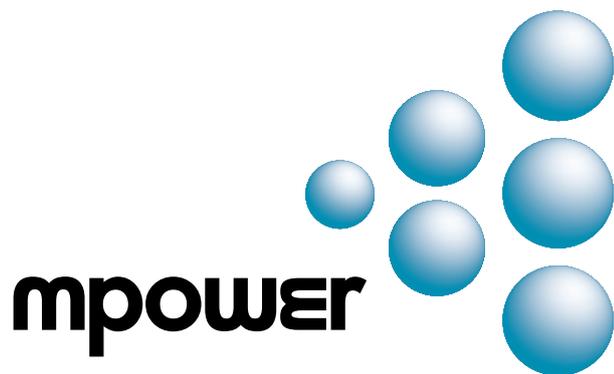




**Les inhalateurs  
électroniques de  
nicotine devraient  
être strictement  
réglementés afin de  
protéger au mieux la  
santé publique.**

**Les enfants et les adolescents qui utilisent des inhalateurs électroniques de nicotine sont jusqu'à deux fois plus susceptibles de fumer des cigarettes.**





- Monitor** Surveiller la consommation de tabac et les politiques de prévention
- Protect** Protéger la population contre la fumée du tabac
- Offer** Offrir une aide à ceux qui veulent renoncer au tabac
- Warn** Mettre en garde contre les dangers du tabagisme
- Enforce** Faire respecter l'interdiction de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage
- Raise** Augmenter les taxes sur le tabac

**La lutte antitabac doit continuer de s'attacher à réduire la consommation de tabac et résister aux distractions créées par l'industrie du tabac et les industries connexes.**

*Le Rapport 2021 de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme : Les produits nouveaux et émergents* est le huitième d'une série de rapports de l'Organisation qui suit l'évolution de l'épidémie et les interventions destinées à l'endiguer.

Rapport 2021 de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme : les produits nouveaux et émergents  
ISBN 978-92-4-005551-3 (version électronique)  
ISBN 978-92-4-005552-0 (version imprimée)

### © Organisation mondiale de la Santé 2021

Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.fr>).

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'œuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué ci-dessous. Quelle que soit votre utilisation de ce document, rien ne doit suggérer que l'OMS approuve une quelconque organisation, des produits ou des services particuliers. Il vous est interdit d'utiliser le logo de l'OMS. Si vous adaptez cette œuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle œuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette œuvre, il vous est demandé d'ajouter la clause de non-responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente traduction n'a pas été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'OMS ne saurait être tenue pour responsable du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise est l'édition authentique qui fait foi. »

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l'Organisation Mondiale de la Propriété Intellectuelle (<http://www.wipo.int/amc/fr/mediation/rules/>).

**Citation suggérée.** Rapport 2021 de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme : les produits nouveaux et émergents. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2021. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

**Catalogage à la source.** Les données relatives au catalogage à la source sont à disposition à l'adresse <http://apps.who.int/iris>.

**Ventes, droits et licences.** Pour acheter les publications de l'OMS, voir <http://apps.who.int/bookorders>. Pour soumettre une demande en vue d'un usage commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir <https://www.who.int/fr/copyright>.

**Matériel attribué à des tiers.** Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente œuvre qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d'obtenir cette permission du titulaire du droit d'auteur. L'utilisateur s'expose seul au risque de plaintes résultant d'une infraction au droit d'auteur dont est titulaire un tiers sur un élément de la présente œuvre.

**Clause générale de non-responsabilité.** Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OMS aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'OMS, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.



**Organisation  
mondiale de la Santé**

# **RAPPORT DE L'OMS SUR L'ÉPIDÉMIE MONDIALE DE TABAGISME, 2021**

---

**Les produits nouveaux et émergents**

Rapport établi grâce au financement de  
**Bloomberg Philanthropies**

# TABLE DES MATIÈRES

- 15 Avant-propos du Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, Directeur général de l'OMS
  - 17 Avant-propos de Michael R. Bloomberg, Ambassadeur mondial de l'OMS pour les maladies non transmissibles
  - 19 Avant-propos de la D<sup>re</sup> Adriana Blanco Marquizo, Cheffe du Secrétariat de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac
- 

## 20 RÉSUMÉ

## 24 LA CONVENTION-CADRE DE L'OMS POUR LA LUTTE ANTITABAC ET LE PROTOCOLE POUR ÉLIMINER LE COMMERCE ILLICITE DES PRODUITS DU TABAC

## 30 PRODUITS NOUVEAUX ET ÉMERGENTS :

## 44 INGÉRENCE DE L'INDUSTRIE DU TABAC :

## 50 LIENS ENTRE LE TABAGISME ET LA PANDÉMIE DE COVID-19

## 59 MESURES EFFICACES DE LUTTE ANTITABAC

- 60 Surveiller la consommation de tabac et les politiques de prévention
- 64 Protéger la population contre la fumée du tabac
- 68 Offrir une aide à ceux qui veulent renoncer au tabac
- 72 Mettre en garde contre les dangers du tabagisme
- 76 Campagnes médiatiques antitabac
- 80 Faire respecter l'interdiction de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage
- 86 Augmenter les taxes sur le tabac
- 94 Programmes nationaux de lutte antitabac
- 98 Inhalateurs électroniques de nicotine

## 108 CONCLUSION



---

## 110 REFERENCES

- 120 NOTE TECHNIQUE I:** Évaluation des politiques existantes et de la conformité
- 128 NOTE TECHNIQUE II:** Prévalence du tabagisme dans les États Membres de l’OMS
- 130 NOTE TECHNIQUE III:** Taxes sur le tabac dans les États Membres de l’OMS
- 
- 139 ANNEXE I:** Résumé régional des mesures MPOWER
- 153 ANNEXE II:** Inhalateurs électroniques de nicotine
- 179 ANNEXE III:** Année du plus haut niveau de réalisation de certaines mesures de lutte antitabac
- 193 ANNEXE IV:** Plus haut niveau de réalisation de certaines mesures de lutte antitabac dans les 100 plus grandes villes du monde
- 199 ANNEXE V:** État de la Convention-cadre de l’OMS pour la lutte antitabac et du Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac

## 207 REMERCIEMENTS

- ANNEXE en ligne VI:** Données sur les politiques de lutte antitabac dans le monde
- ANNEXE en ligne VII:** Profils de pays
- ANNEXE en ligne VIII:** Recettes des taxes sur le tabac
- ANNEXE en ligne IX:** Taxes sur le tabac, prix et accessibilité économique des produits du tabac
- ANNEXE en ligne X:** Estimations de la prévalence du tabagisme normalisée en fonction de l’âge, 2019
- ANNEXE en ligne XI:** Données sur la prévalence fournies par les pays
- ANNEXE en ligne XII:** Cartes sur les données relatives aux politiques de lutte antitabac dans le monde

Les annexes VI à XII sont disponibles en ligne sur: [http://www.who.int/tobacco/global\\_report/en](http://www.who.int/tobacco/global_report/en)



empower

**« Malgré les défis posés par la pandémie de COVID-19, au cours de l'année écoulée, de nombreux pays se sont attachés à continuer de faire progresser la lutte antitabac à titre de priorité sanitaire essentielle. »**

D<sup>r</sup> Tedros Adhanom Ghebreyesus, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé

## 5,3 milliards de personnes sont aujourd’hui couvertes par au moins une mesure MPOWER au plus haut niveau de réalisation

Depuis la publication, en 2019, du dernier *Rapport de l’OMS sur l’épidémie mondiale de tabagisme*, le monde a radicalement changé. Malgré les défis posés par la pandémie de COVID-19, au cours de l’année écoulée, de nombreux pays se sont attachés à continuer de faire progresser la lutte antitabac à titre de priorité sanitaire essentielle. Les progrès exposés dans le présent rapport témoignent de cette persévérance.

Parmi les maladies attribuables au tabagisme figurent les maladies cardiaques et pulmonaires, les maladies respiratoires chroniques, le cancer et le diabète, autant d’affections susceptibles d’augmenter la gravité de la COVID-19. Il n’a jamais été aussi important de protéger la population des méfaits du tabac.

La mise en œuvre de la Convention-cadre de l’OMS pour la lutte antitabac est reconnue comme une priorité de développement à l’échelle mondiale, et bénéficie à ce titre de sa propre cible dans le cadre des objectifs de développement durable. Il est crucial de réduire la consommation de tabac si nous voulons réduire la charge de morbidité des maladies non transmissibles, qui sont responsables de 71 % des décès à l’échelle mondiale.

À l’heure actuelle, 75 % des pays et 5,3 milliards de personnes sont protégés par au moins une mesure de lutte antitabac au niveau des meilleures pratiques, et 50 % des pays sont protégés par au moins deux mesures. À l’échelle mondiale, la prévalence du

tabagisme parmi les personnes âgées de plus de 15 ans a reculé de 22,7 % à 17,5 %.

Ce sont là des progrès encourageants. Toutefois, nous devons rester vigilants face aux défis posés par les nouveaux produits comme les inhalateurs électroniques de nicotine et les produits du tabac chauffés.

Le *Rapport 2021 de l’OMS sur l’épidémie mondiale de tabagisme : Les produits nouveaux et émergents* met en lumière la promotion agressive dont ces produits font l’objet, présentés comme des solutions de substitution « plus sûres » ou « sans fumée » aux cigarettes classiques. Si l’ampleur exacte des risques liés aux dispositifs électroniques d’administration de nicotine demeure inconnue, leur impact est néanmoins clair.

Tout en présentant ces produits comme contribuant à la lutte antitabac, l’industrie du tabac et les industries connexes recourent à leurs tactiques habituelles de marketing pour promouvoir de nouveaux outils destinés à rendre les enfants accros à la nicotine et contourner la législation sur le tabac. En même temps, elles continuent à lutter contre les mesures et les textes législatifs conçus pour protéger la population des nombreux méfaits du tabac partout dans le monde.

Le tabagisme est l’une des principales causes évitables de décès prématuré dans le monde. Il est responsable de plus de 8 millions de décès et

coûte 1 400 milliards de dollars des États-Unis à l’économie mondiale chaque année. La population des pays à revenu faible ou intermédiaire est touchée de manière disproportionnée par ces effets. Les responsables politiques doivent faire front aux puissants intérêts qui tirent un profit du tabac.

Tous les pays ont le devoir de protéger la santé de leur population en luttant contre le fléau du tabagisme sous toutes ses formes.



**Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus**  
Directeur général  
Organisation mondiale de la Santé

**« Nous devons rester vigilants face aux défis posés par les produits nouveaux comme les inhalateurs électroniques de nicotine et les produits du tabac chauffés »**

mpower

**« La lutte contre le tabagisme est véritablement un travail d'équipe. Aussi considérables les progrès à ce jour soient-ils, il reste un long chemin à parcourir. »**

Michael R. Bloomberg, Ambassadeur de l'OMS pour les maladies non transmissibles et les traumatismes, Fondateur de Bloomberg Philanthropies

# Malgré une pandémie mondiale, 24 pays ont désormais adopté une ou plusieurs mesures MPOWER au niveau des meilleures pratiques depuis le dernier rapport

Depuis la publication, il y a 13 ans, de sa première édition, le *Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme* constitue une ressource cruciale dans les efforts visant à sauver des vies du tabagisme. Les données qu'il contient aident, d'une part, les décideurs à identifier les politiques qui s'avèrent efficaces et, d'autre part, elles contribuent à ce que le public exige des comptes des responsables élus concernant la protection de la santé de la population. Et bien que l'année écoulée ait été marquée par des avancées prometteuses, la pandémie de COVID-19 a également montré combien il est urgent de faire plus et plus vite pour mettre fin à l'épidémie de tabagisme.

Il ressort des données probantes que les fumeurs de cigarettes risquent davantage d'être hospitalisés ou de mourir s'ils contractent la COVID-19, maladie respiratoire qui attaque les poumons. Le virus comporte des risques accrus pour les personnes souffrant de maladies non transmissibles, notamment de maladies cardiaques, du cancer ou d'hypertension – lesquelles sont toutes associées au tabagisme.

Le tabagisme est la première cause de décès évitable, tuant chaque année 8,7 millions de personnes et provoquant des maladies évitables chez des dizaines de millions d'autres. La bonne nouvelle, c'est que nous savons comment nous y prendre face à ce tueur.

Lorsque l'OMS a publié le premier rapport, il y a 13 ans, les ventes de cigarettes étaient en hausse constante depuis des décennies et, dans la plupart des pays du monde, aucune mesure n'était en place pour protéger le public.

Sous l'effet de l'adoption de mesures MPOWER de lutte antitabac, les ventes mondiales de cigarettes ont commencé à diminuer en 2012, déclin qui se poursuit depuis, alors même que la population mondiale a augmenté. Les mesures MPOWER ont sauvé plus de 37 millions de vies, nombre qui augmente chaque jour tandis que de plus en plus de fumeurs renoncent au tabac, de plus en plus de personnes décident de ne jamais commencer à fumer et une part grandissante du public est protégée des effets mortels de la fumée secondaire.

Aujourd'hui, plus de 75 % des pays – qui, entre eux, abritent plus de 5,3 milliards de personnes – ont mis en place au moins une mesure MPOWER. La moitié des pays ont deux mesures en place ou davantage. Au cours des deux dernières années, malgré les défis posés par la pandémie, cinq pays ont adopté des politiques nationales d'interdiction de fumer, et huit autres ont commencé à exiger l'apposition de mises en garde sanitaires sur les emballages de produits du tabac.

Mais nous sommes loin d'avoir gagné. Plus d'un milliard de personnes continuent de fumer dans le monde. Et parallèlement au recul des ventes de cigarettes, les cigarettiers commercialisent agressivement de nouveaux produits – notamment des cigarettes électroniques et des produits du tabac chauffés – et font pression sur les pouvoirs publics pour en limiter la réglementation. Leur objectif est simple : rendre une génération de plus accro à la nicotine. Nous ne pouvons permettre que cela arrive.

Le présent rapport met un accent particulier sur ces nouveaux produits

et sur ce que nous pouvons faire pour protéger les enfants face à eux. Quelque 80 pays ont pris des mesures pour lutter contre les dangers des cigarettes électroniques, toutefois, elles demeurent non réglementées dans une grande partie du monde.

Le présent rapport est un appel à l'action et dessine les grandes lignes de la voie à suivre pour poursuivre les progrès réalisés. La lutte contre le tabagisme est véritablement un travail d'équipe. Aussi considérables les progrès à ce jour soient-ils, il reste un long chemin à parcourir. Ensemble, nous pouvons continuer d'aller de l'avant et sauver encore bien plus de vies.



**Michael R. Bloomberg**

Ambassadeur mondial de l'OMS pour les maladies non transmissibles et les traumatismes

Fondateur de Bloomberg Philanthropies

**« Parallèlement au recul des ventes de cigarettes, les cigarettiers commercialisent agressivement de nouveaux produits – notamment des cigarettes électroniques et des produits du tabac chauffés – et font pression sur les pouvoirs publics pour en limiter la réglementation. Leur objectif est simple : rendre une génération de plus accro à la nicotine. Nous ne pouvons permettre que cela arrive. »**

empower

**« La lutte antitabac fait partie intégrante du programme de développement, contribuant non seulement à l'objectif de développement durable numéro 3 (la cible 3.a appelle à un renforcement, dans tous les pays, de l'application de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac), mais également à la réalisation d'autres cibles directement ou indirectement affectées par la culture et la consommation du tabac. »**

D<sup>e</sup> Adriana Blanco Marquizo, Cheffe du Secrétariat de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac

# En 2020, le nombre de Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et au Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac a augmenté

Le Secrétariat de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et du Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac se félicite de la publication du *Rapport 2021 de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme*.

La publication du rapport intervient dans le contexte de l'une des pires urgences sanitaires de l'histoire : la pandémie de COVID-19. Cette pandémie a non seulement coûté des millions de vies dans le monde, mais elle a en outre eu des répercussions profondes sur les économies, mis en évidence et exacerbé les inégalités entre pays et en leur sein, et potentiellement inversé les progrès accomplis durant des décennies d'efforts visant à améliorer la santé et le bien-être, notamment des populations vulnérables.

Les données figurant dans le présent rapport sont porteuses de bonnes nouvelles : une part croissante de la population mondiale est désormais couverte par au moins une ou deux mesures de la Convention-cadre pleinement mises en œuvre, et en 2020, le nombre de Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et au Protocole a augmenté, atteignant respectivement 182 et 62 Parties.

Malheureusement, l'éternelle ingérence de l'industrie du tabac prend elle aussi de l'ampleur. Durant la pandémie de COVID-19, l'industrie – et ceux qui s'attachent à promouvoir ses intérêts – ont intensifié leurs efforts de « responsabilité sociale des entreprises », offrant leur aide aux pouvoirs publics pour sauver la vie des personnes les plus durement touchées par la COVID-19, qui sont souvent les personnes mêmes dont l'industrie du tabac a mis la vie en danger. La COVID-19 a des conséquences plus graves pour les

fumeurs, tout comme pour toutes les personnes atteintes de maladies non transmissibles, pour qui le tabac est un facteur de risque commun et important.

Si les avancées illustrées dans le rapport sont encourageantes, il n'en reste pas moins qu'il est nécessaire d'accélérer la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et de son Protocole. La lutte antitabac fait partie intégrante du programme de développement, contribuant non seulement à l'objectif de développement durable numéro 3 (la cible 3.a appelle à un renforcement, dans tous les pays, de l'application de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac), mais également à la réalisation d'autres cibles directement ou indirectement affectées par la culture et la consommation du tabac.

Tandis que les pandémies causées par les virus sont difficiles à prévoir, la pandémie subreptice et grandissante provoquée par le tabagisme est quant à elle totalement – et moralement – évitable. À la différence de la pandémie de COVID-19, dans le cadre de laquelle les scientifiques ont travaillé d'arrache-pied pour trouver des médicaments permettant de traiter la maladie et mettre au point des vaccins pouvant la prévenir, la solution à la « pandémie de tabagisme » saute aux yeux : la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et son Protocole.

Enfin, de nouveaux défis se profilent à l'horizon. Les inhalateurs électroniques de nicotine, également appelés cigarettes électroniques, et de nouveaux produits du tabac sont promus comme solutions de substitution plus saines au tabagisme par leurs fabricants (principalement l'industrie du tabac) et leurs partisans. Tant que des recherches

indépendantes n'auront pas révélé le profil de risque réel de ces produits, les pouvoirs publics devront faire preuve de prudence. Ils doivent fonder leurs actions sur des données scientifiques, et non pas sur le marketing.

J'appelle les gouvernements des pays parties à la Convention-cadre et à son Protocole à unir leurs efforts pour renforcer la mise en œuvre et à créer un nouvel avenir pour leur population, dans lequel nous serons venus à bout non seulement de la COVID-19, mais également des méfaits du tabagisme. Il est plus urgent que jamais d'aider la population à renoncer au tabac et d'augmenter les taxes sur les produits du tabac, non seulement pour faire fléchir la consommation de tabac, mais également pour générer les recettes dont nous avons cruellement besoin pour financer les efforts en vue du relèvement post-pandémie.



**Dr<sup>e</sup> Adriana Blanco Marquizo**  
Cheffe du Secrétariat de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac

**« Tant que des recherches indépendantes n'auront pas révélé le profil de risque réel des inhalateurs électroniques de nicotine, les pouvoirs publics devront faire preuve de prudence. Ils doivent fonder leurs actions sur des données scientifiques, et non pas sur le marketing. »**

# RÉSUMÉ

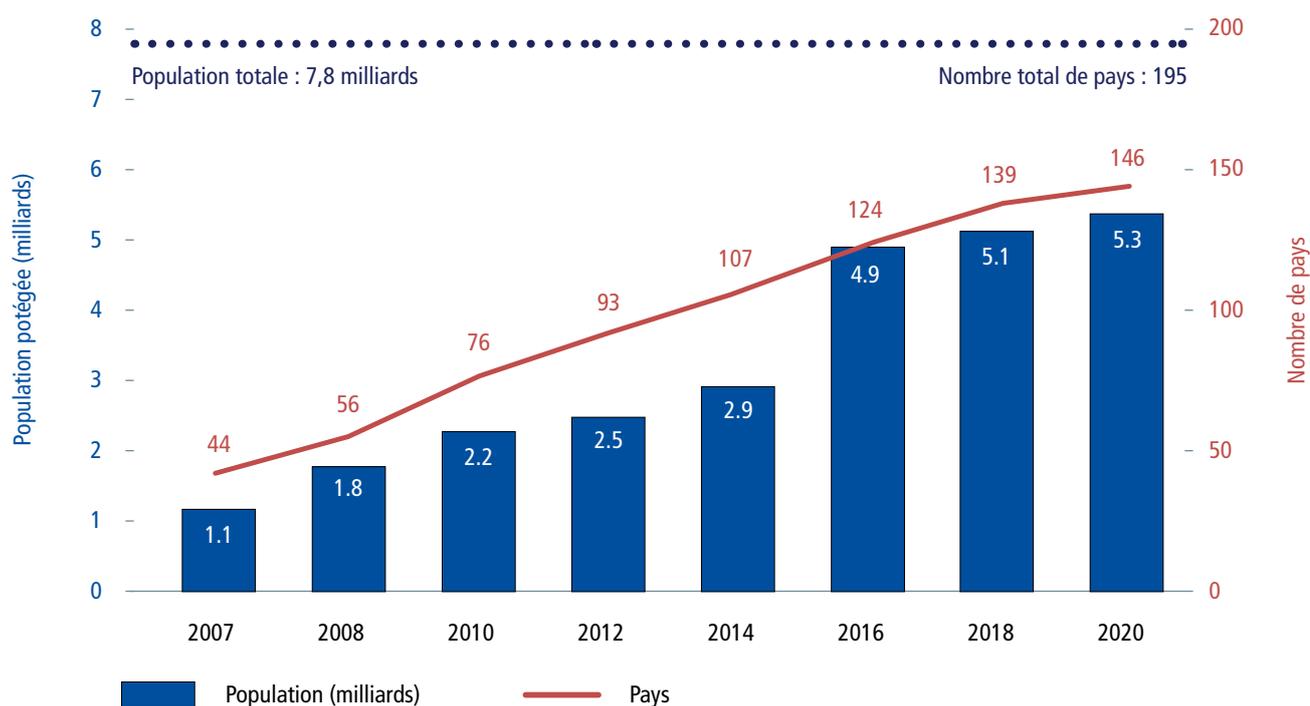
Depuis la publication du premier Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme en 2008, les mises à jour régulières du rapport, tous les deux ans, ont démontré les progrès constants réalisés par les pays en matière de lutte antitabac, le présent rapport étant la dernière en date de ces mises à jour. Malgré les défis exceptionnels posés par la pandémie de COVID-19 en 2020, ces progrès se poursuivent. Les derniers résultats montrent qu'en 2020, plus de 5,3 milliards de personnes – soit 69 % de la population mondiale – sont protégées par au moins une mesure MPOWER mise en œuvre au meilleur niveau. Plus encourageant encore, 98 pays sont aujourd'hui couverts grâce à l'adoption d'au moins deux mesures MPOWER.

Le nombre de pays adoptant des mesures MPOWER continue d'augmenter d'année en année. Le nombre de pays ayant mis en place une mesure MPOWER a triplé depuis 2007 – passant de 44 à 146 pays – et depuis le dernier Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme, le nombre de pays disposant d'au moins deux mesures MPOWER en vigueur au plus haut niveau de réalisation est passé de 84 à 98 (un peu plus de la moitié de tous les pays). En outre, le nombre de personnes vivant actuellement dans des pays dotés d'au moins deux mesures MPOWER en vigueur est passé de 3,5 milliards en 2018 à 4,4 milliards en 2020, soit de 45 % à 56 % de la population mondiale en seulement deux ans.

Sur les 49 pays qui n'ont pas encore adopté de mesure MPOWER au plus haut niveau, 38 ont mis en place des dispositions qui sont juste en dessous des meilleures pratiques pour une ou plusieurs mesures MPOWER. Les progrès ont été réguliers depuis le dernier rapport, sept pays qui auparavant n'avaient pas mis en place de mesures relevant des meilleures pratiques (Côte d'Ivoire, Éthiopie, Îles Cook, Iraq, Maroc, Paraguay et Tonga) ayant agi pour atteindre le niveau le plus élevé pour une ou plusieurs mesures.

## Trois quarts des pays et 5,3 milliards de personnes sont maintenant couverts par au moins une mesure MPOWER au plus haut niveau de réalisation.

### AU MOINS UNE MESURE MPOWER AU PLUS HAUT NIVEAU DE RÉALISATION (2007—2020)



## Plus de la moitié du monde est désormais couverte par deux mesures MPOWER au plus haut niveau de réalisation

Parmi les 98 pays couverts par au moins deux mesures, 31 disposent de trois mesures au plus haut niveau de réalisation, et cinq pays de quatre mesures à ce niveau maximal (Espagne, Irlande, Jordanie, Madagascar, Nouvelle-Zélande). Toutefois, les pays qui ont adopté toutes les mesures MPOWER au niveau des meilleures pratiques restent au nombre de deux (Brésil et Turquie).

## Les inhalateurs électroniques de nicotine doivent être réglementés

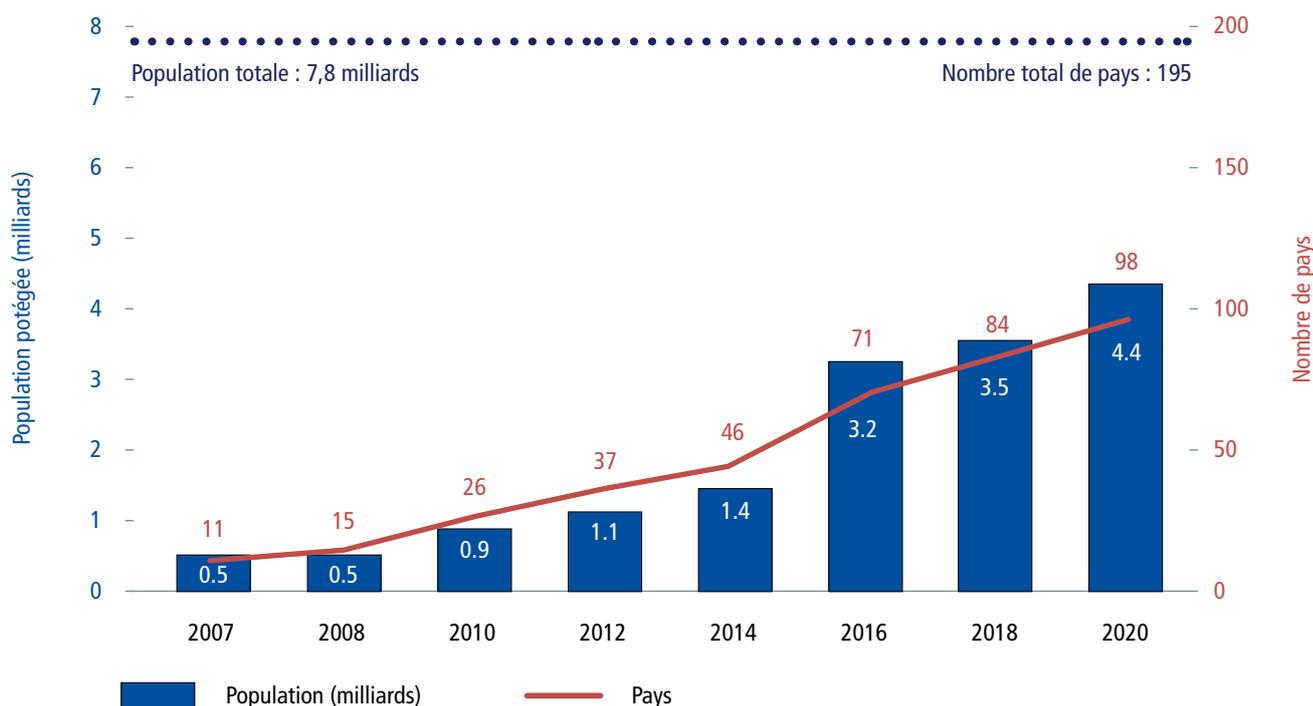
Pour la première fois, le Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme inclut des données sur les inhalateurs électroniques de nicotine, et il révèle que 111 pays au total réglementent d'une manière ou d'une autre ces dispositifs. Trente-deux de ces pays (représentant 2,4 milliards de personnes) interdisent la vente d'inhalateurs électroniques de nicotine, et les 79 autres pays ont adopté une ou plusieurs mesures législatives pour les réglementer, couvrant ainsi 3,2 milliards de personnes.

Parmi les pays qui ont interdit la vente d'inhalateurs électroniques de nicotine, 18 sont des pays à revenu intermédiaire, neuf sont des pays à revenu élevé et les cinq autres sont des pays à faible revenu. Les choix réglementaires faits actuellement par 79 pays incluent un large éventail de mesures, sans qu'aucune approche

commune n'ait été adoptée à l'égard de ces produits. Quarante-vingt-quatre pays n'ont toujours pas d'interdiction ni de réglementation pour traiter de la question des inhalateurs électroniques de nicotine, ce qui les rend particulièrement vulnérables aux activités de l'industrie du tabac et des industries connexes.

L'utilisation des inhalateurs électroniques de nicotine dans les lieux publics où il est interdit de fumer peut conduire à une renormalisation du tabagisme en public. Cependant, seuls 30 pays interdisent complètement leur utilisation dans tous les lieux publics intérieurs, les lieux de travail intérieurs et les transports publics. Seuls huit pays exigent l'apposition de mises en garde sanitaires illustrées de grande taille sur le conditionnement des inhalateurs électroniques de nicotine. Vingt-deux pays interdisent complètement la publicité, la promotion et le parrainage en faveur des dispositifs électroniques d'administration de nicotine, des e-liquides ou des deux (seuls 15 pays ont adopté des interdictions de publicité, de parrainage et de promotion pour les deux).

### AU MOINS DEUX MESURES MPOWER AU PLUS HAUT NIVEAU DE RÉALISATION (2007—2020)



## 4,4 milliards de personnes, dans 98 pays, sont couvertes par au moins deux mesures MPOWER au plus haut niveau de réalisation.

Le suivi de l'utilisation des inhalateurs électroniques de nicotine chez les enfants et les adolescents, ainsi que chez les adultes, au moyen d'enquêtes représentatives au niveau national, est de plus en plus fréquent. Quarante-sept pays ont recueilli des données sur la prévalence de l'utilisation des inhalateurs électroniques de nicotine chez les adolescents et 56 pays ont collecté des données sur la prévalence de leur utilisation chez les adultes.

Parmi les 86 pays où des données sont disponibles sur la taxation des inhalateurs électroniques de nicotine, plus de la moitié n'ont pas imposé de droit d'accise sur les e-liquides. Lorsque des taxes sont appliquées, les taux de taxation sont généralement faibles, seuls trois pays imposant les e-liquides destinés aux inhalateurs électroniques à 75 % ou plus du prix de détail.

Des restrictions d'âge à la vente et à l'achat des inhalateurs électroniques de nicotine ne sont appliquées que dans 42 % des pays où ceux-ci ne sont pas interdits, et une réglementation des arômes n'existe que dans neuf pays.

### Les progrès en matière de lutte antitabac se poursuivent en dépit de la pandémie de COVID-19

Les pays ont continué de faire des progrès en dépit de la pandémie de COVID-19. Ainsi, des lois et règlements relatifs aux mises en garde sanitaires au plus haut niveau de réalisation ont désormais été adoptés par 101 pays. Cela signifie que plus de 4,7 milliards de personnes (soit 60 % de la population mondiale) sont désormais protégées par des mises en garde illustrées de grande taille et présentant toutes les caractéristiques recommandées apposées sur les conditionnements, ce qui en fait la mesure MPOWER avec à la fois la couverture de population la plus large et le plus grand nombre de pays couverts. Il est également important de noter qu'à la fin de 2020, 17 pays avaient adopté une législation rendant obligatoire l'emballage neutre des produits du tabac et une réglementation

fixant les délais de mise en œuvre. Une poignée d'autres pays ont exigé l'emballage neutre par voie législative, mais n'ont pas encore publié les règles d'application.

Bien que les mesures de sevrage tabagique aient progressé d'année en année ou presque depuis 2007, les politiques concernant les services de sevrage restent rares, 26 pays seulement fournissant ces services au niveau des meilleures pratiques. Même si cette mesure est celle qui a été adoptée par le plus petit nombre de pays, ceux-ci représentent néanmoins 2,5 milliards d'habitants, soit un tiers de la population mondiale, ce qui place cette mesure MPOWER au deuxième rang des mesures adoptées en termes de population couverte.

Une réglementation complète sur les lieux publics et les lieux de travail intérieurs et les transports publics sans tabac couvre désormais 1,8 milliard de personnes vivant dans 67 pays, ce qui en fait la deuxième mesure MPOWER la plus adoptée en termes de pays couverts.

Bien que les interdictions de publicité, de promotion et de parrainage en faveur du tabac restent des mesures insuffisamment adoptées, 1,6 milliard de personnes dans 57 pays sont protégées par des interdictions complètes de ce type. Les pays à revenu faible ou intermédiaire ont fait des progrès notables en ce qui concerne ces interdictions. Douze pays qui ont adopté des interdictions complètes de publicité, de promotion et de parrainage en faveur du tabac sont des pays à faible revenu (41 % de tous les pays à faible revenu), 31 sont des pays à revenu intermédiaire (30 % des pays à revenu intermédiaire) et 14 sont des pays à revenu élevé (23 % des pays à revenu élevé).

Le suivi du tabagisme a malheureusement été considérablement perturbé par la pandémie de COVID-19. Les efforts de collecte de données ont été entravés dans la plupart des pays en 2020, tout comme la publication des résultats des enquêtes réalisées en 2018 et 2019.

L'augmentation des prix au travers de la taxation est le moyen le plus efficace de réduire la consommation de tabac, et pourtant, elle demeure la politique pour laquelle la couverture de la population est la plus faible. Alors qu'une forte

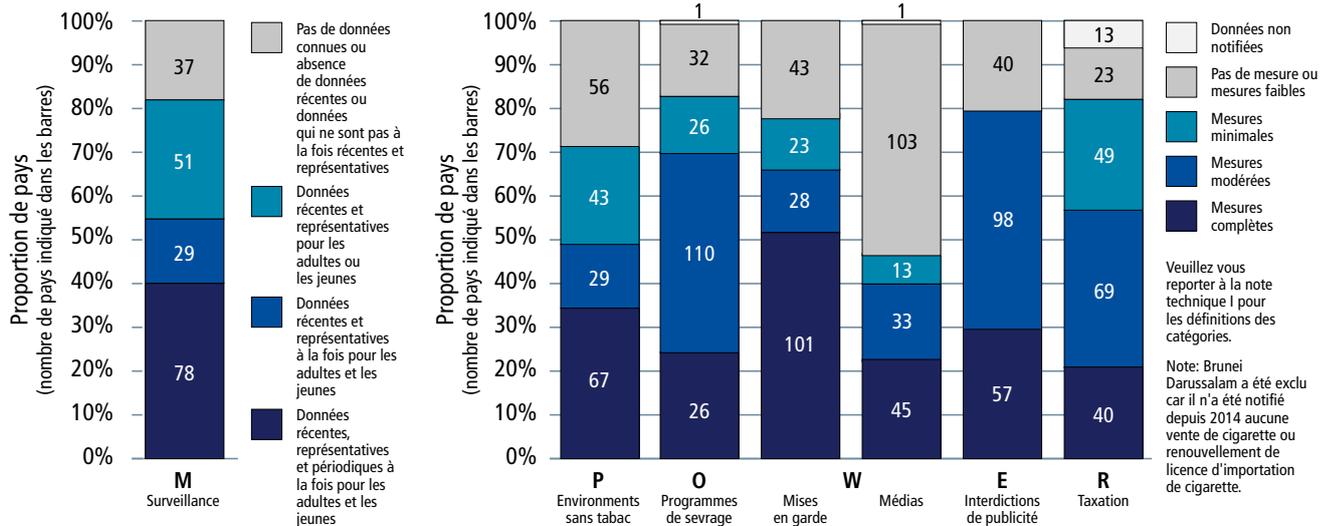
augmentation de la couverture de la population a été observée entre 2016 et 2018 (de 8 % en 2016 à 13 % en 2018), la proportion de la population mondiale protégée par des taxes au niveau des meilleures pratiques est restée à 13 % depuis.

### Dans toutes les régions, des pays adoptent des mesures MPOWER

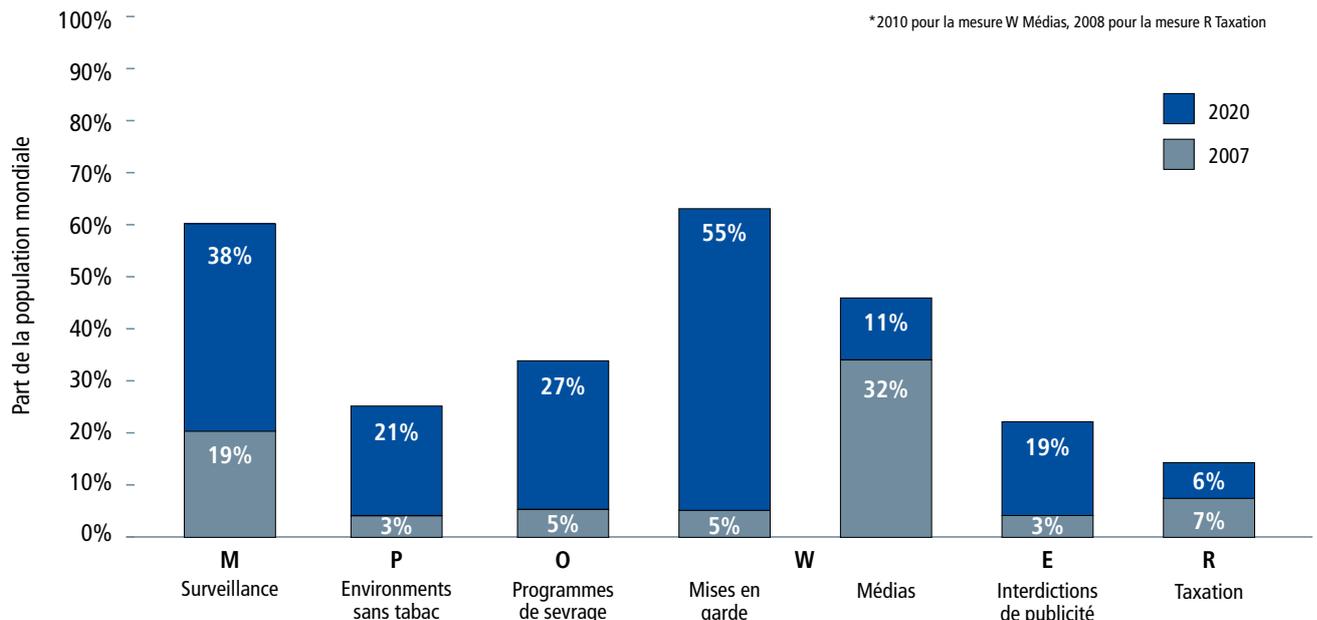
Depuis le dernier rapport, chaque mesure MPOWER a été adoptée au niveau des meilleures pratiques par de nouveaux pays :

- Cinq pays (Bolivie (État plurinational de), Éthiopie, Jordanie, Paraguay, Sainte-Lucie) ont récemment adopté des lois antitabac complètes portant sur l'ensemble des lieux publics et des lieux de travail intérieurs et des transports publics.
- Cinq pays (Autriche, Îles Cook, Jordanie, Philippines, Tonga) ont atteint le niveau des meilleures pratiques pour leurs services de sevrage tabagique. Toutefois, au cours de la même période, trois autres pays ont régressé alors qu'ils figuraient dans le groupe le plus élevé, ce qui se traduit par une progression nette pour deux pays seulement.
- Huit pays (États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Gambie, Mauritanie, Monténégro, Niger, Nigéria, Qatar) ont adopté des mises en garde illustrées de grande taille sur leurs conditionnements.
- Cinq pays (Côte d'Ivoire, Éthiopie, Iraq, Jordanie, Venezuela (République bolivarienne du)) ont interdit complètement la publicité, la promotion et le parrainage en faveur du tabac, y compris dans les points de vente.
- Six pays (Danemark, Géorgie, Maroc, Pays-Bas, Portugal, Sri Lanka) sont passés dans le groupe ayant adopté les meilleures pratiques en prélevant des taxes qui représentent au moins 75 % des prix de détail.

## LE POINT SUR CERTAINES POLITIQUES DE LUTTE ANTITABAC DANS LE MONDE, 2020



## AUGMENTATION DE LA POPULATION MONDIALE COUVERTE PAR LES DIFFÉRENTES MESURES DE LUTTE ANTITABAC, 2007\* À 2020



**Quarante-neuf pays n'ont pas encore adopté la moindre mesure MPOWER au plus haut niveau de réalisation.**

### Certains pays n'ont pas encore adopté la moindre mesure MPOWER

Tous les pays peuvent adopter et mettre en œuvre des mesures globales de lutte antitabac pour prévenir l'énorme charge

de morbidité provoquée par le tabagisme et l'exposition à la fumée secondaire. Pourtant, en 2020, 49 pays n'avaient pas encore adopté une seule mesure MPOWER au niveau des meilleures pratiques, laissant 2,4 milliards de personnes à la merci des tactiques et du marketing de l'industrie du tabac.

En outre, le rythme de progression est plus lent pour certaines mesures MPOWER que pour d'autres. Il est nécessaire d'accélérer l'adoption d'interdictions complètes de la publicité, de la promotion et du parrainage en faveur du tabac, la mise en œuvre de services complets de sevrage tabagique et l'augmentation des taxes sur le tabac à des niveaux suffisamment élevés.

# LA CONVENTION-CADRE DE L'OMS POUR LA LUTTE ANTITABAC ET LE PROTOCOLE POUR ÉLIMINER LE COMMERCE ILLICITE DES PRODUITS DU TABAC

## PRESENTATION DE LA CONVENTION-CADRE DE L'OMS ET DU PROTOCOLE

La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac est un traité fondé sur des données factuelles qui réaffirme le droit de tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible. Adoptée en 2003 par les États Membres de l'OMS, elle fournit un cadre pour la mise en œuvre, par les Parties, de mesures de lutte antitabac en vue de réduire régulièrement et notablement la prévalence du tabagisme et l'exposition à la fumée du tabac. Il s'agit d'un des traités ayant recueilli la plus large adhésion dans l'histoire de l'ONU, comptant 182 Parties représentant plus de 90 % de la population mondiale. Depuis son entrée en vigueur en 2005, la Convention-cadre de l'OMS est une réussite incontestable et demeure le principe organisateur des progrès et de la coopération en matière de lutte antitabac à l'échelle locale, nationale, régionale et mondiale.

En devenant Parties à la Convention, les pays assument des obligations se renforçant mutuellement en vue de réduire à la fois l'offre et la demande de produits du tabac. Le programme technique MPOWER mis au point par l'OMS aide les pays à mettre en œuvre la plupart de ces mesures de réduction de la demande en fournissant une référence mesurable aux fins de leur réalisation et du suivi de leur avancement. Le rapport coût-efficacité du programme MPOWER justifie certes ce centrage, toutefois des mesures destinées à réduire l'offre sont également nécessaires pour assurer une démarche exhaustive et synergique et appuyer l'économie politique de la lutte antitabac.

La Convention-cadre contient par ailleurs des obligations générales cruciales pour ces mesures de réduction de la demande

et de l'offre, notamment les mesures du programme MPOWER. L'article 5 pose les fondements de la gouvernance de la lutte antitabac, les deux premiers paragraphes appelant à une démarche multisectorielle et mobilisant l'ensemble des pouvoirs publics et l'élaboration de lois et de stratégies nationales appropriées.

Le paragraphe 3 de l'article 5, conjointement avec les directives relatives à son application, fournit les bases nécessaires pour protéger les politiques de santé publique en matière de lutte antitabac face à l'influence de l'industrie du tabac et de ceux qui s'attachent à promouvoir ses intérêts. Ces mesures, ainsi que l'article 19 sur la responsabilité de l'industrie du tabac, font de la Convention un instrument innovant à même de cibler une industrie connue pour les moyens trompeurs auxquels elle a recours pour faire passer les bénéfices avant la santé publique.

L'organe directeur de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, la Conférence des Parties, qui a lieu tous les deux ans, est la principale enceinte mondiale de discussion et de recherche de consensus concernant la mise en œuvre de la Convention-cadre et tous problèmes émergents en lien avec la lutte antitabac. Il s'agit par ailleurs du seul organe dont l'interprétation des dispositions de la Convention fait autorité. En 2012, à la cinquième session de la Conférence des Parties, qui s'est tenue en République de Corée, les Parties ont adopté un nouveau traité international – le Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac. Celui-ci se fonde sur l'article 15 de la Convention, qui porte sur le commerce illicite des produits du tabac, sachant que la complexité de la coopération transfrontalière contre le commerce illicite requérait un ensemble plus large et détaillé d'obligations. Le commerce illicite des produits du tabac constitue une menace significative pour

les principales mesures de réduction de la demande, en particulier celles portant sur les prix et les mises en garde sanitaires.

Le Protocole est entré en vigueur en septembre 2018 et, en date du 25 mai 2021, il comptait 63 Parties. Il vise l'élimination de toutes les formes de commerce illicite de produits du tabac et ses obligations concernent notamment des outils visant à prévenir le commerce illicite et de nombreux mécanismes de promotion de la coopération entre pays. Les Parties au Protocole s'engagent à contrôler la chaîne logistique des produits du tabac, à ériger en infraction toute participation au commerce illicite, et à coopérer avec d'autres pays en matière de prévention du commerce illicite. Le Protocole est lui aussi doté d'un organe directeur, la Réunion des Parties, qui, tout comme la Conférence des Parties, se tient tous les deux ans.

La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac a par ailleurs demandé à la Conférence des Parties de créer un Secrétariat chargé d'apporter un soutien politique aux Parties dans le cadre de la mise en œuvre de la Convention et d'appuyer le fonctionnement de la Conférence des Parties et les réunions d'autres organes subsidiaires. Il est prévu dans le Protocole que le Secrétariat de la Convention-cadre fasse également office de Secrétariat du Protocole, assumant des fonctions analogues. L'OMS collabore avec le Secrétariat de la Convention-cadre afin d'appuyer les Parties à celle-ci et au Protocole dans le cadre de leurs exigences de fond et de notification, et œuvre en faveur de l'adhésion d'un plus grand nombre de Parties à la Convention-cadre et au Protocole.

## PRINCIPALES DISPOSITIONS DE LA CONVENTION-CADRE DE L'OMS POUR LA LUTTE ANTITABAC

Mesures relatives à la réduction de la demande	<p><b>Article 6:</b> Mesures financières et fiscales visant à réduire la demande de tabac</p> <p><b>Article 8:</b> Protection contre l'exposition à la fumée du tabac</p> <p><b>Article 9:</b> Réglementation de la composition des produits du tabac</p> <p><b>Article 10:</b> Réglementation des informations sur les produits du tabac à communiquer</p> <p><b>Article 11:</b> Conditionnement et étiquetage des produits du tabac</p> <p><b>Article 12:</b> Éducation, communication, formation et sensibilisation du public</p> <p><b>Article 13:</b> Publicité en faveur du tabac, promotion et parrainage</p> <p><b>Article 14:</b> Mesures visant à réduire la demande en rapport avec la dépendance à l'égard du tabac et le sevrage tabagique</p>
Mesures relatives à la réduction de l'offre	<p><b>Article 15:</b> Commerce illicite des produits du tabac</p> <p><b>Article 16:</b> Vente aux mineurs et par les mineurs</p> <p><b>Article 17:</b> Fourniture d'un appui à des activités de remplacement économiquement viables</p>
Obligations générales	<p><b>Article 4:</b> Principes directeurs</p> <p><b>Article 5:</b> Obligations générales</p> <ul style="list-style-type: none"><li>■ <b>5.1:</b> Stratégies, plans et programmes nationaux multisectoriels globaux de lutte antitabac</li><li>■ <b>5.2:</b> Dispositif national de coordination de la lutte antitabac</li><li>■ <b>5.3:</b> Protection des politiques en matière de lutte antitabac face aux intérêts commerciaux et autres de l'industrie du tabac</li></ul>
Autres mesures	<p><b>Article 18:</b> Protection de l'environnement et de la santé des personnes</p> <p><b>Article 19:</b> Responsabilité</p> <p><b>Article 20:</b> Recherche, surveillance et échange d'informations</p> <p><b>Article 21:</b> Notification et échange d'informations</p> <p><b>Article 22:</b> Coopération dans les domaines scientifique, technique et juridique et fourniture de compétences connexes</p>

**La Conférence des Parties propose depuis 2008 des orientations concernant la réglementation des produits du tabac et des produits à base de nicotine nouveaux et émergents.**

---

## EFFETS DE LA COVID-19 SUR LA MISE EN ŒUVRE DE LA CONVENTION-CADRE ET DU PROTOCOLE

Les ravages causés par la pandémie de COVID-19 mettent en exergue la nécessité d'accélérer la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et de son Protocole, avec une emphase particulière sur la mise à l'échelle des réalisations au moyen du programme technique MPOWER. Il existe des preuves irréfutables des interactions entre la COVID-19 et le tabagisme, à la fois passé et actuel, qui ont des conséquences meurtrières. Les fumeurs infectés par le virus développent une forme plus grave de la maladie que les non-fumeurs. La vulnérabilité des systèmes de santé s'est vue exacerbée par la pandémie, et le tabagisme a alourdi le coût humain et économique de la pandémie [1-6]. De ce fait, les efforts déployés à l'échelle mondiale et des pays pour reconstruire en mieux ne seront complets que si l'on s'attaque également à la « pandémie de tabagisme » et aux autres vulnérabilités qui sous-tendent la crise.

D'une manière plus générale, la pandémie de COVID-19 et la récession économique mondiale qu'elle a entraînée ont perturbé les programmes politiques. Dans certains cas, ces effets se sont produits aux dépens d'activités telles que la lutte antitabac, qui peut paraître moins urgente ou coûteuse. Les progrès de la mise en œuvre de la Convention-cadre et du Protocole en ont souffert. Ainsi, la neuvième session de la Conférence des Parties et la deuxième session de la Réunion des Parties au Protocole, initialement prévues en novembre 2020, ont été reportées à novembre 2021.

Cependant, la pandémie de COVID-19 a également créé des occasions de faire progresser les mesures de lutte antitabac. Ainsi, 17 pays de la Région de la Méditerranée orientale ont interdit l'utilisation des pipes à eau dans les lieux publics, et l'Afrique du Sud a temporairement interdit la vente de tabac dans le cadre d'une interdiction générale visant la vente de produits « non essentiels » durant la riposte nationale à la pandémie. De même, d'autres pays, parmi lesquels l'Afrique du Sud et la Fédération de Russie, ont augmenté les taxes sur le tabac dans un effort visant à sauver des vies tout en générant des recettes pour faire face à la pandémie et à la crise économique associée.

L'industrie du tabac a profité de la situation en déformant les données scientifiques sur le lien entre le tabac et la COVID-19 et en se présentant comme un partenaire économique et de développement dans le cadre des efforts nationaux de reprise post-COVID-19. La plupart des poids lourds de l'industrie du tabac ont – sous prétexte de responsabilité sociale des entreprises – consacré une petite partie de leurs immenses ressources à des programmes de bienfaisance liés à la COVID-19 qui ont fait l'objet d'un battage médiatique considérable. Or, comme l'indiquent les directives relatives à l'application de l'article 13 de la Convention-cadre, ces activités constituent une forme de parrainage.

---

## NEUVIÈME SESSION DE LA CONFÉRENCE DES PARTIES (8-13 NOVEMBRE 2021) ET DEUXIÈME SESSION DE LA RÉUNION DES PARTIES (15-18 NOVEMBRE 2021)

Les prochaines sessions de la Conférence des Parties et de la Réunion des Parties se tiendront virtuellement en raison de la pandémie de COVID-19. Les délégués y feront le point sur les progrès de la mise en œuvre ainsi que sur les défis recensés et les opportunités de poursuite et de renforcement de la mise en œuvre exhaustive des traités respectifs. Les Parties adopteront de nouvelles décisions destinées à guider la mise en œuvre des deux traités, notamment en mettant en place de nouveaux organes subsidiaires, en clarifiant l'interprétation des obligations et en demandant au Secrétariat de la Convention ou en invitant l'OMS à entreprendre diverses tâches et à faire rapport sur des questions spécifiques.

Au terme de près de deux ans de perturbations du programme de lutte antitabac en lien avec la pandémie et en dépit d'un ordre du jour provisoire restreint, la Conférence et la Réunion des Parties aborderont toutes deux des points importants, tels qu'une proposition de fonds d'investissement pour la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et le Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac – un mécanisme de financement innovant qui vise à mobiliser les ressources dont la mise en œuvre des deux traités a grandement besoin.

Un point important de l'ordre du jour provisoire de la deuxième session de la Réunion des Parties est l'examen d'un

rapport d'un organe subsidiaire créé lors de la première Conférence des Parties sur les systèmes de suivi et de traçabilité des produits du tabac. En vertu de l'article 8 du Protocole, les Parties ont convenu d'instaurer un régime mondial de suivi et de traçabilité d'ici septembre 2023. Ce régime mondial comprendra des systèmes nationaux et régionaux destinés à faire en sorte que les Parties puissent sécuriser la chaîne logistique des produits du tabac, ainsi qu'un référent mondial pour l'échange d'informations situé au Secrétariat de la Convention-cadre et permettant aux Parties d'échanger des informations afin de mieux lutter contre le commerce illicite. Les délibérations de la Réunion des Parties à ce sujet s'avèreront cruciales pour guider et promouvoir la mise en œuvre en temps opportun de cette obligation complexe sur le plan technique.

---

## PRODUITS DU TABAC ET PRODUITS À BASE DE NICOTINE NOUVEAUX ET ÉMERGENTS

La Conférence des Parties propose depuis 2008 des orientations concernant la réglementation des produits du tabac et des produits à base de nicotine nouveaux et émergents, avec une emphase particulière sur les produits du tabac chauffés, les inhalateurs électroniques de nicotine et les inhalateurs électroniques ne contenant pas de nicotine (7). Elle a défini la situation comme suit. Les produits du tabac chauffés sont des produits du tabac, qui produisent, par le chauffage d'unités de tabac, des aérosols contenant de la nicotine et d'autres substances chimiques. Ces produits sont par conséquent soumis aux dispositions de la Convention-Cadre de l'OMS. Les inhalateurs électroniques contenant ou non de la nicotine, en revanche, ne contiennent pas de tabac, mais vaporisent une solution contenant de nombreuses substances, notamment de la nicotine dans le cas des inhalateurs électroniques de nicotine. En ce qui concerne les inhalateurs électroniques contenant ou non de la nicotine, la sixième session de la Conférence des Parties a invité celles-ci à « envisager d'interdire ou de réglementer les inhalateurs électroniques contenant ou non de la nicotine, y compris en tant que produits du tabac, médicaments, produits de consommation ou autres catégories de produits, le cas échéant, en s'attachant à assurer un haut niveau de protection de la santé humaine » (8). À la septième session de la Conférence des Parties, celles-ci

ont en outre été invitées à appliquer des mesures réglementaires visant à interdire ou à restreindre, le cas échéant, la fabrication, l'importation, la distribution, la présentation, la vente et l'utilisation des inhalateurs électroniques contenant ou non de la nicotine (9). Tel que noté dans un rapport de l'OMS présenté à l'occasion de la huitième session de la Conférence des Parties, la promotion, par l'industrie du tabac, de produits de chaque catégorie peut être considérée comme une réaction au déclin des ventes de cigarettes dans les pays à revenu élevé (10).

### Travaux relatifs à la lutte contre les inhalateurs électroniques de nicotine aux sessions passées de la Conférence des Parties

À la troisième session de la Conférence des Parties, il a été demandé au Secrétariat de la Convention d'inviter l'OMS à présenter, à l'occasion de la quatrième session, un rapport recensant les meilleures pratiques en matière de communication aux

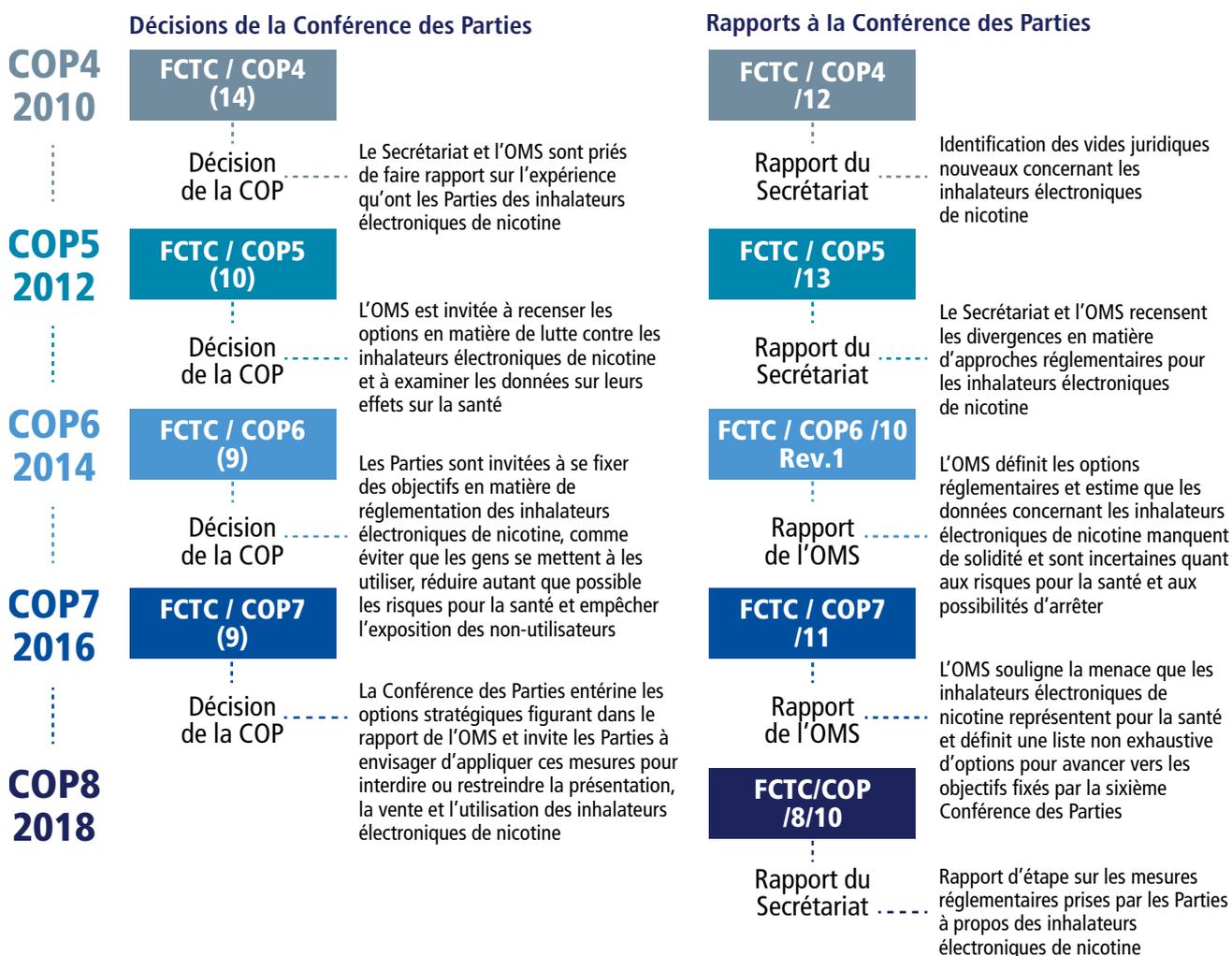
autorités de réglementation d'informations sur le contenu, les émissions et les caractéristiques des produits, notamment des inhalateurs électroniques. Depuis, de nombreux rapports ont été établis et de nombreuses décisions ont été adoptées sur la question.

Les décisions les plus importantes ont été adoptées à la sixième session de la Conférence des Parties. Elles définissent des objectifs fondamentaux que les Parties étaient invitées à poursuivre concernant les inhalateurs électroniques contenant ou non de la nicotine, parmi lesquels a) éviter que les non-fumeurs et les jeunes se mettent à les utiliser, en prêtant une attention particulière aux groupes vulnérables ; b) réduire dans toute la mesure possible les risques potentiels que présentent ces produits pour la santé des utilisateurs et protéger les non-utilisateurs de l'exposition à leurs émissions ; c) empêcher le recours à des allégations sanitaires infondées au sujet des inhalateurs électroniques contenant ou non de la nicotine ; et d) veiller à ce

que les activités de lutte antitabac ne soient pas influencées par les intérêts commerciaux et autres liés à ces produits, y compris les intérêts de l'industrie du tabac. Les Parties ont par ailleurs été invitées à envisager d'interdire ou de réglementer les inhalateurs électroniques contenant ou non de la nicotine, y compris en tant que produits du tabac, médicaments, produits de consommation ou autres catégories de produits, le cas échéant, en s'attachant à assurer un haut niveau de protection de la santé humaine (8).

Ces décisions ont été suivies, en 2016, par une décision à la septième session de la Conférence des Parties invitant les Parties à envisager l'interdiction ou la restriction de la fabrication, de l'importation, de la distribution, de la présentation, de la vente et de l'utilisation des inhalateurs électroniques contenant ou non de la nicotine, selon leurs lois nationales et leurs objectifs de santé publique. Les Parties qui n'avaient pas complètement interdit ces produits ont été invitées à suivre une liste non exhaustive d'options réglementaires

## CALENDRIER DES DÉCISIONS DE LA CONFÉRENCE DES PARTIES CONCERNANT LES INHALATEURS ÉLECTRONIQUES DE NICOTINE ET DES RAPPORTS PRÉSENTÉS



relatives aux objectifs définis dans la décision de la sixième session – présentée dans un rapport établi par l’OMS – approuvées aux fins de l’examen par les Parties (8). Une telle réglementation suppose d’appliquer la plupart des mesures de réduction de la demande et de l’offre envisagées dans la Convention-cadre de l’OMS pour la lutte antitabac aux inhalateurs électroniques contenant ou non de la nicotine, ainsi que l’application concertée de l’article 5.3 (11).

### Travaux relatifs à la lutte contre les produits du tabac chauffés aux sessions passées de la Conférence des Parties

Depuis leur émergence, la commercialisation des produits du tabac chauffés s’appuie sur des allégations relatives à la santé et au sevrage qui ne sont pas étayées par des bases factuelles indépendantes et solides (12). Le sevrage étant défini dans les directives pour l’application de l’article 14 de la Convention-cadre de l’OMS pour la lutte antitabac comme « le fait d’arrêter de consommer n’importe quel produit du tabac... », il n’est guère plausible de prétendre que cela peut être accompli en passant à un autre produit du tabac. En 2016, lors de la septième session de la Conférence des Parties, il a été demandé au Secrétariat de la Convention d’inviter l’OMS à faire le point sur des questions spécifiques liées aux produits du tabac chauffés à la session suivante (13).

Suite à ce rapport, en 2018, la huitième session de la Conférence des Parties a défini les produits du tabac chauffés comme des produits du tabac qui sont « par conséquent soumis aux dispositions de la Convention-cadre de l’OMS ». Les Parties ont été invitées à accorder la priorité à certaines mesures face aux défis posés par les produits du tabac nouveaux et émergents tels que les produits du tabac chauffés et par les dispositifs conçus pour consommer ces produits. Il s’agissait

notamment des mesures suivantes : a) éviter une première utilisation des produits du tabac nouveaux et émergents ; b) protéger les personnes de l’exposition à leurs émissions et étendre expressément la portée de la législation antitabac à ces produits, conformément à l’article 8 de la Convention-cadre de l’OMS ; c) empêcher le recours à des allégations sanitaires au sujet de ces produits ; d) appliquer des mesures concernant la publicité, la promotion et le parrainage en faveur de ces produits, conformément à l’article 13 de la Convention-cadre de l’OMS ; e) réglementer la composition et les informations sur la composition de ces produits conformément aux articles 9 et 10 de la Convention-cadre de l’OMS ; f) protéger les politiques et les activités de lutte antitabac de l’ensemble des intérêts commerciaux et autres liés à ces produits, y compris des intérêts de l’industrie du tabac, conformément à l’article 5.3 de la Convention-cadre de l’OMS ; g) réglementer – y compris restreindre, ou interdire, le cas échéant – la fabrication, l’importation, la distribution, la présentation, la vente et l’utilisation de ces produits, conformément à leur législation nationale, en veillant à un niveau élevé de protection de la santé humaine ; h) appliquer, le cas échéant, les mesures ci-dessus aux dispositifs conçus pour consommer ces produits (9).

En 2018, le Secrétariat de la Convention, l’OMS et le Réseau OMS de laboratoires du tabac ont également été invités par la Conférence des Parties à préparer un rapport sur les différentes caractéristiques des produits du tabac nouveaux et émergents, en particulier les produits du tabac chauffés, et à surveiller l’évolution du marché et l’utilisation de ces produits. Malgré l’absence d’ambiguïté quant au fait que les produits du tabac chauffés sont des produits du tabac, certaines de leurs caractéristiques posent des difficultés réglementaires au niveau de leur définition et de leur classification, ainsi qu’en ce qui concerne l’application exhaustive de la

Convention-cadre de l’OMS pour la lutte antitabac. C’est pourquoi la Conférence des Parties a prié le Secrétariat de la Convention et invité l’OMS à fournir, à sa neuvième session, davantage d’informations sur les produits du tabac nouveaux, en particulier les produits du tabac chauffés (9).

### Mettre en contexte le Rapport 2021 de l’OMS sur l’épidémie mondiale de tabagisme

Le thème principal de ce rapport – les produits nouveaux et émergents – revêt une importance à une époque où l’industrie du tabac a recours à de nouvelles stratégies pour se présenter comme un partenaire de développement. Les fondements de la réglementation des inhalateurs électroniques de nicotine et des produits du tabac chauffés, établis par la Conférence des Parties, se sont avérés cruciaux pour traduire les recommandations techniques en action politique au niveau national.

Les documents analysés dans ce chapitre sont les décisions politiques adoptées par les Parties à la Convention-cadre de l’OMS concernant la réglementation des inhalateurs électroniques de nicotine et des produits du tabac chauffés. Tant que des données scientifiques solides et indépendantes ne présenteront pas de scénario différent aux Parties, ces décisions constitueront les options réglementaires que les Parties à la Convention-cadre de l’OMS sont invitées à suivre.

Elles sont l’expression d’un sentiment unanime, capables de surmonter le vacarme généré par des intérêts commerciaux et les manœuvres d’obscurcissement de l’industrie du tabac concernant ces produits. De telles décisions ont une influence sur la réglementation nationale et peuvent en outre contenir des interprétations des dispositions de la Convention-cadre de l’OMS faisant autorité sur le plan juridique.

**En 2018, lors de sa huitième session, la Conférence des Parties a défini les produits du tabac chauffés comme des produits du tabac, qui sont par conséquent soumis aux dispositions de la Convention-cadre de l’OMS pour la lutte antitabac.**



# PRODUITS NOUVEAUX ET ÉMERGENTS :

## LA QUESTION DES INHALATEURS ÉLECTRONIQUES DE NICOTINE

Les efforts de la lutte antitabac dans le monde ont accompli des progrès significatifs s'agissant de réduire le tabagisme et de protéger la population de nombreux pays du monde des méfaits du tabac. Cependant, ces dernières années, des produits du tabac et à base de nicotine nouveaux et émergents, comme les inhalateurs électroniques de nicotine, ont proliféré sur de nombreux marchés. Tandis que l'industrie du tabac laisse entendre que les inhalateurs électroniques de nicotine sont sûrs parce qu'ils ne contiennent pas de tabac, ces inhalateurs continuent d'élargir la clientèle de l'industrie, notamment en attirant des utilisateurs parmi les jeunes.

Certains des produits du tabac et à base de nicotine qui connaissent un essor rapide sur différents marchés, notamment les inhalateurs électroniques de nicotine, les produits du tabac chauffés et les sachets de nicotine, soulèvent de graves préoccupations sanitaires. Les produits du tabac chauffés ont été reconnus par la huitième Conférence des Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac comme des produits du tabac, qui doivent à ce titre être soumis aux dispositions de la Convention. Ils ne sont donc pas abordés en détail dans le présent rapport. Celui-ci est principalement axé sur les inhalateurs électroniques et le rôle de plus en plus prépondérant qu'ils jouent dans les stratégies de l'industrie du tabac et des industries connexes.<sup>1</sup>

### Que sont les inhalateurs électroniques ?

Aux fins du présent rapport, on distingue deux types d'inhalateurs électroniques, à savoir les inhalateurs électroniques de nicotine et les inhalateurs électroniques ne contenant pas de nicotine. Ces dispositifs chauffent un liquide afin de créer des aérosols qui sont ensuite inhalés par l'utilisateur. Ces « e-liquides » contiennent de la nicotine (mais pas de tabac)<sup>2</sup> et d'autres additifs, arômes et substances chimiques qui peuvent être toxiques pour la santé humaine. Les inhalateurs électroniques ne contenant pas de nicotine sont essentiellement identiques aux inhalateurs électroniques de nicotine, toutefois les e-liquides utilisés dans ce cas

sont commercialisés comme étant exempts de nicotine.

Les inhalateurs électroniques de nicotine les plus courants sont les « cigarettes électroniques », également appelées « e-cigarettes », « vapo-teuses » ou « vaporettes ». Parmi les autres catégories d'inhalateurs électroniques de nicotine figurent les narguilés électroniques, les pipes à eau électroniques et les cigares électroniques. Certains de ces produits ressemblent à leur produit du tabac conventionnel homologue, tandis que d'autres ont la forme d'un stylo, d'une clé USB ou d'un cylindre.

### Pourquoi les inhalateurs électroniques ne contenant pas de nicotine sont-ils inclus dans le présent rapport ?

Les inhalateurs électroniques ne contenant pas de nicotine sont parfois pratiquement indiscernables de ceux qui contiennent de la nicotine. Ils sont souvent dotés d'arômes améliorés qui plaisent aux jeunes et sont souvent perçus comme étant « plus sûrs » et non addictifs. Toutefois, si les inhalateurs électroniques ne contenant pas de nicotine ne doivent, comme leur nom l'indique, pas contenir de nicotine, dans la pratique, les tests révèlent que de nombreux e-liquides marqués comme contenant « zéro nicotine » en contiennent en réalité (14). En outre, avec certains dispositifs, l'utilisateur peut choisir des e-liquides qui contiennent ou non de la nicotine, de même qu'il peut ajouter de la nicotine à un e-liquide formulé sans.

C'est pourquoi il peut être pratiquement impossible de distinguer les inhalateurs électroniques de nicotine de ceux qui n'en contiennent pas.

Même lorsque les inhalateurs électroniques ne contenant pas de nicotine en sont effectivement exempts, ils présentent d'autres problèmes liés à l'e-liquide qu'ils utilisent, qui contient des substances nocives et potentiellement préjudiciables qui, lorsqu'elles sont inhalées, peuvent avoir des effets à long terme sur la santé (15). En outre, comme pour les inhalateurs électroniques de nicotine, l'acte d'utiliser des inhalateurs électroniques ne contenant pas de nicotine imite l'utilisation de cigarettes classiques, comportement susceptible d'empêcher les personnes qui essaient d'arrêter de fumer d'y parvenir – et peut même contribuer à ce que des non-fumeurs (en particulier des enfants et des adolescents) se mettent à fumer des cigarettes classiques. Pour les responsables de l'élaboration des politiques, la présence et la disponibilité d'inhalateurs électroniques ne contenant pas de nicotine compliquent et embrouillent les mécanismes réglementaires destinés à protéger la population des méfaits du tabac et de la nicotine, créant potentiellement des vides juridiques susceptibles d'être exploités par des intérêts commerciaux.

Pour toutes ces raisons, les inhalateurs électroniques ne contenant pas de nicotine devraient être réglementés et surveillés de la même manière que les inhalateurs électroniques de nicotine.

1 Par « industries », on entend dans le présent document l'industrie du tabac, les fabricants d'inhalateurs électroniques de nicotine et tout organisme ayant des intérêts commerciaux dans les inhalateurs électroniques contenant ou non de la nicotine.

2 La plupart des inhalateurs électroniques de nicotine utilisent de la nicotine dérivée du tabac, raison pour laquelle dans certains pays, notamment aux États-Unis d'Amérique, ils sont classés comme des produits du tabac.



## Les produits nouveaux et émergents devraient être inclus dans une approche globale de la lutte antitabac

Les raisons pour lesquelles il convient d'inclure les inhalateurs électroniques de nicotine dans les stratégies de lutte antitabac sont notamment les suivantes :

- L'article 5.2 de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac oblige les Parties à mettre en œuvre des mesures efficaces destinées à prévenir et réduire la consommation de tabac, l'addiction nicotinique et l'exposition à la fumée du tabac. La décision FCTC/COP7 (9) invite par ailleurs les Parties à envisager l'application de mesures réglementaires (telles que celles décrites dans le document FCTC/COP/7/11) pour interdire ou limiter la fabrication, l'importation, la distribution, la présentation, la vente et l'utilisation des inhalateurs électroniques de nicotine, en fonction de leurs lois nationales et de leurs objectifs en matière de santé publique.
- Les inhalateurs électroniques de nicotine contiennent de la nicotine, le composant hautement addictif du tabac. L'utilisation d'inhalateurs électroniques de nicotine pose un risque d'addiction nicotinique, notamment chez les enfants et les adolescents. Il ressort des recherches que les utilisateurs d'inhalateurs électroniques de nicotine sont plus susceptibles de devenir des fumeurs de cigarettes et, par conséquent, d'être exposés aux effets néfastes du tabagisme (16).
- Les inhalateurs électroniques de nicotine sont néfastes. Pour donner un exemple, la nicotine peut avoir des effets délétères sur le développement du cerveau, avec des conséquences à long terme pour les enfants et les adolescents en particulier (15).
- Des milliers d'arômes sont proposés pour les inhalateurs électroniques de nicotine, qui peuvent en rendre le goût plus agréable et contribuer à cibler spécifiquement les enfants et les jeunes adultes. Dans de nombreux contextes sociaux, le tabagisme a été « dénormalisé », en particulier dans les lieux publics intérieurs. Or, l'utilisation des inhalateurs électroniques de nicotine imite le geste main-bouche associé aux produits du tabac classiques. L'utilisation de ces inhalateurs risque par conséquent de renormaliser le comportement tabagique, en particulier parmi les jeunes (17-19).
- L'industrie du tabac, les industries connexes et les défenseurs des inhalateurs électroniques de nicotine ont tenté de miner les interdictions de fumer dans les endroits fermés en faisant pression pour que les inhalateurs électroniques de nicotine soient exemptés. Les inhalateurs électroniques de nicotine génèrent un aérosol qui ressemble à la fumée du tabac – association compliquée davantage encore par la difficulté de distinguer ces dispositifs des produits du tabac chauffés, qui, tout comme les cigarettes, contiennent du tabac. C'est pourquoi il est souvent difficile de savoir si une personne fume un produit du tabac ou utilise un inhalateur électronique de nicotine.
- Afin de commercialiser et promouvoir les inhalateurs électroniques de nicotine, l'industrie du tabac et les industries connexes ont recours à de nombreuses tactiques (voir le chapitre intitulé Ingérence de l'industrie du tabac) pour cibler les jeunes.

## Les inhalateurs électroniques de nicotine ont initialement été mis au point par des sociétés indépendantes de l'industrie du tabac, mais les cigarettiers sont entrés sur le marché de ces produits depuis

Dans les premiers temps, la croissance du marché des inhalateurs électroniques de nicotine était largement portée par des sociétés indépendantes des cigarettiers traditionnels, telles que Pax Labs, qui est à l'origine de la cigarette électronique Juul. Toutefois, presque toutes les grandes multinationales du tabac, comme British American Tobacco, Philip Morris International et Altria, ont acquis des participations dans des sociétés d'inhalateurs électroniques de nicotine, créé leur propre marque ou les deux (20, 21). À l'heure actuelle, plus de 30 000 marques d'inhalateurs électroniques de nicotine (dispositifs et e-liquides) sont commercialisées dans l'Union européenne (20).

Les ventes mondiales d'inhalateurs électroniques de nicotine se sont élevées à 2,76 milliards de dollars des États-Unis en 2014, et ont atteint 15 milliards de dollars des États-Unis en 2019. La valeur totale des ventes d'inhalateurs

électroniques de nicotine et de produits du tabac chauffés représentait moins de 2,2 % de la valeur totale du marché en 2018, alors que les ventes de cigarettes représentaient à elles seules 91 % de la valeur totale du marché (22). Les consommateurs d'Europe occidentale et d'autres pays (notamment les États-Unis d'Amérique et le Canada) représentent la plus grande part de ce marché, suivis des consommateurs des pays d'Asie et du Pacifique. D'après les données et les projections pour la période 2015-2018, l'utilisation des inhalateurs électroniques de nicotine devrait repartir en hausse après une brève période de déclin (2019-2020) et continuer d'augmenter à l'échelle mondiale (20). Certaines données probantes de l'industrie du tabac elle-même indiquent que, compte tenu de la croissance du marché ces dernières années, le nombre total d'utilisateurs de nicotine (nouveaux utilisateurs) a augmenté au cours des dernières années (23).

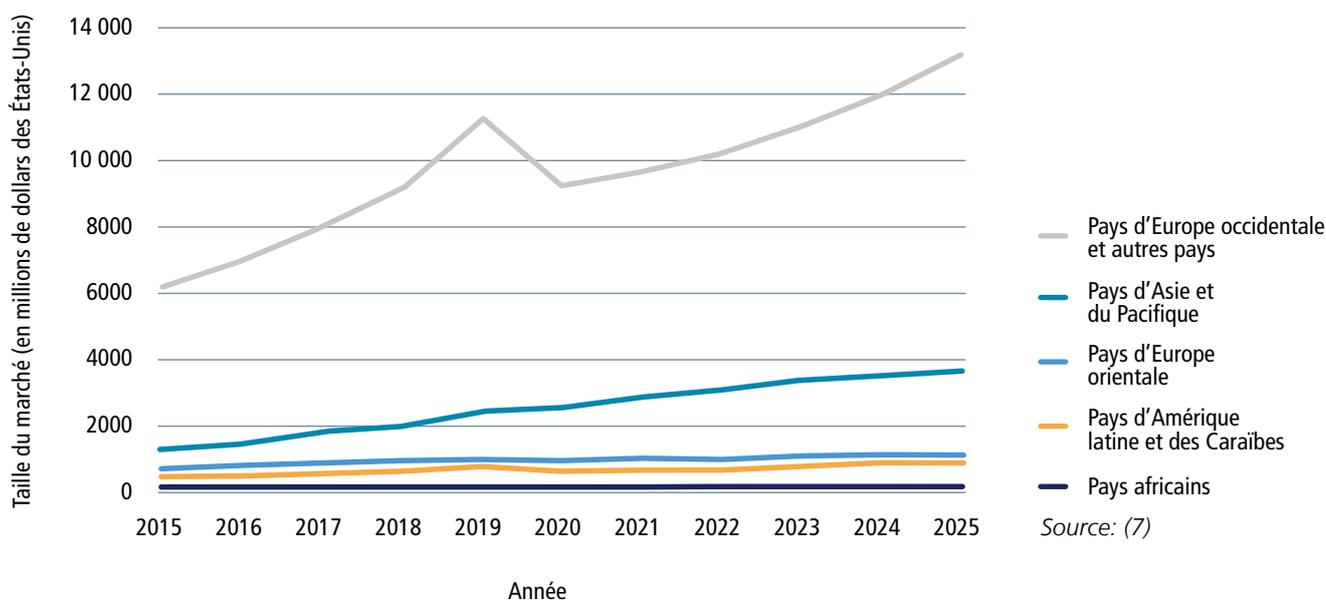
## Les inhalateurs électroniques de nicotine présentent une grande diversité et évoluent rapidement

Les inhalateurs électroniques de nicotine peuvent avoir différentes formes, tailles et fonctionnalités. De nouvelles conceptions sont constamment mises au point. Il existe

également plusieurs « générations » d'inhalateurs électroniques de nicotine, qui diffèrent selon la technologie utilisée et la manière dont ils sont censés être utilisés.

Les systèmes ouverts ont un réservoir rechargeable et peuvent être modifiés, tandis que les systèmes fermés ne sont pas censés être modifiés et sont dotés de cartouches ou de capsules préremplies, ou encore sont préremplies, comme c'est le cas des inhalateurs électroniques jetables. Au fil du temps, la puissance électrique générée, notamment, a évolué. La puissance électrique générée dans le dispositif et la température à laquelle la solution est chauffée peuvent augmenter la quantité de nicotine contenue dans l'aérosol, et donc la quantité de nicotine administrée à l'utilisateur. Certains inhalateurs électroniques de nicotine ont une puissance de plus de 250 W (contre une puissance électrique d'environ 10 W pour les premiers modèles), ce qui augmente le risque d'exposition de l'utilisateur à des composants nuisibles et potentiellement nuisibles (24-26).

### VENTES D'INHALATEURS ÉLECTRONIQUES DE NICOTINE, ACTUELLES ET PROJETÉES, PAR RÉGION DES NATIONS UNIES



## Exemples de générations d'inhalateurs électroniques de nicotine



### Cig-a-likes

Il s'agit de dispositifs jetables qui ressemblent, par leur apparence et leur rendu, aux cigarettes classiques. Cette ressemblance risque de renormaliser le tabagisme.



### Stylos

Ces dispositifs permettent aux utilisateurs d'utiliser différentes formulations d'e-liquide, selon leurs préférences. Certains utilisent des cartouches préremplies, tandis que d'autres sont rechargeables.



### Dispositifs jetables

Il s'agit de la dernière version d'inhalateur électronique de nicotine. Ils ont souvent la forme des pods, mais sont conçus pour être jetés lorsque l'e-liquide est épuisé. Ils sont disponibles dans une large gamme d'arômes et sont faciles à occulter.



### Systèmes à réservoir

Ces systèmes permettent aux utilisateurs de moduler pratiquement chaque aspect de l'expérience utilisateur, notamment la formulation des e-liquides et la puissance de la batterie.



### Pods

Il s'agit d'une nouvelle génération d'inhalateur électronique de nicotine. Cette génération utilise souvent des sels de nicotine, fournissant ainsi des doses élevées de nicotine sans sensation d'âpreté. Ces dispositifs ressemblent souvent à des clés USB, ce qui permet aux utilisateurs (par exemple les jeunes ou les étudiants) de les occulter à la vue.

## Il existe une énorme variété d'e-liquides et de compositions de ceux-ci

La composition varie considérablement d'un e-liquide à l'autre. Non seulement ils ont différentes teneurs en nicotine, mais ils contiennent souvent de nombreux arômes différents, de l'eau, du propylène glycol, généralement de la glycérine, ainsi que d'autres composés. En outre, les aérosols générés par ces produits à partir du liquide contiennent eux aussi des composés, dont certains sont toxiques. Le formaldéhyde, qui est un agent cancérigène, en est un exemple (27). Les composés suivants figurent parmi les composés les plus courants des liquides :

### Nicotine

La nicotine est une substance à fort potentiel addictif, que l'on trouve dans tous les inhalateurs électroniques de nicotine. Sa présence aurait également été constatée dans certains produits commercialisés en tant qu'inhalateurs électroniques ne contenant pas de nicotine (14). La nicotine contenue dans les inhalateurs électroniques de nicotine est souvent dérivée du tabac, bien que certains produits utilisent de la nicotine synthétique. La teneur en nicotine des inhalateurs électroniques peut varier de 0 mg/ml à plus de 66 mg/ml (au moins deux fois plus que la teneur en nicotine d'une cigarette classique). Plusieurs facteurs autres que la concentration peuvent déterminer la quantité de

nicotine à laquelle l'utilisateur est exposé. La puissance électrique générée dans le dispositif, le style de bouffée de l'utilisateur et l'inclusion d'ingrédients dans l'e-liquide ont le potentiel d'augmenter la prise de nicotine de l'utilisateur (28).

La nicotine utilisée dans les e-liquides peut exister sous différentes formes. La nicotine libre est une forme modifiée de nicotine, présente dans différentes concentrations dans les cigarettes classiques et qui peut rendre celles-ci plus addictives en acheminant la nicotine plus rapidement vers le cerveau. Récemment, les fabricants d'inhalateurs électroniques de nicotine ont mis au point des formulations de sels de nicotine qui administrent des doses élevées de nicotine à l'utilisateur tout en masquant son âpreté (29).

**Quelque 16 000 arômes uniques sont disponibles sur certains marchés, dont un grand nombre plaisent aux enfants.**

## Arômes

Quelque 16 000 arômes uniques sont disponibles sur certains marchés, dont un grand nombre plaisent aux enfants (17, 18, 30, 31). Ces arômes peuvent masquer l'âpreté de la nicotine et jouer un rôle dans la décision d'essayer un inhalateur électronique de nicotine pour la première fois (32). Les arômes peuvent rendre l'utilisation du produit plus agréable, l'inhalation des aérosols plus facile, et modifier le risque perçu associé à leur utilisation (33). Par exemple, des arômes comme le menthol contribuent à promouvoir et maintenir l'utilisation de

produits du tabac, tandis que des arômes comme la cannelle peuvent améliorer le goût des produits (34, 35). La figure ci-après illustre une roue des arômes d'e-liquides. Plus de la moitié des arômes qui y figurent sont des arômes qui plaisent aux enfants et aux adolescents (36), tandis que d'autres arômes fruités et mentholés peuvent également plaire à certaines populations adultes (les femmes ou certains groupes ethniques, par exemple) et à certains non-fumeurs (32, 37).

## Propylène glycol et glycérol

Le propylène glycol et le glycérol sont deux vecteurs de nicotine et de certains arômes présents dans presque tous les inhalateurs électroniques de nicotine. Leur proportion détermine souvent le rendu de la cigarette électronique, étant donné qu'ils ont une influence sur l'onctuosité, le « hit en gorge » et le nuage généré pendant l'utilisation. Le propylène glycol, fréquemment utilisé comme additif dans certains aliments, est « généralement considéré sûr » lorsqu'il est ingéré par voie orale. Cependant, ses effets lorsqu'il est inhalé n'ont pas été bien étudiés.

## Roue des arômes d'e-liquides

Face à la myriade d'arômes disponibles sur le marché, des chercheurs ont proposé cet outil afin de classer les arômes d'e-liquides et d'offrir un vocabulaire commun et comparable.

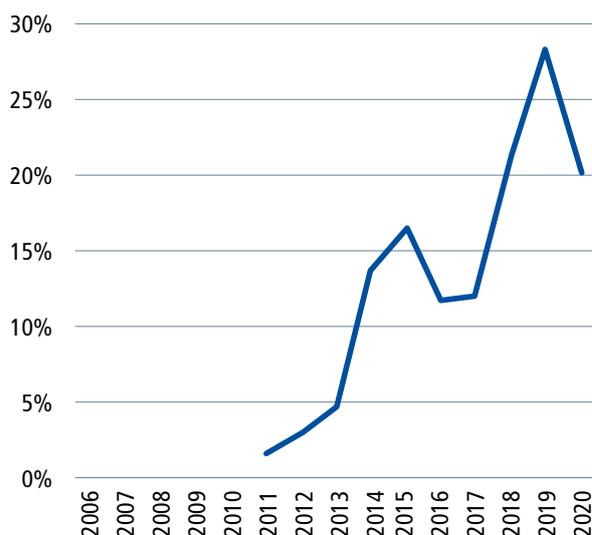


Source: (36)

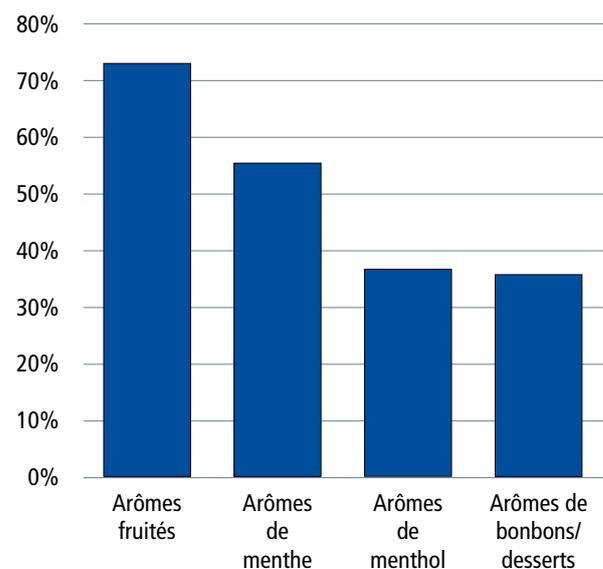
## Des études réalisées aux États-Unis d'Amérique montrent le rôle important que jouent les arômes dans l'utilisation des cigarettes électroniques chez les enfants et les adolescents :

- Depuis 2011, l'utilisation de cigarettes électroniques parmi les lycéens aux États-Unis d'Amérique a augmenté, passant de 1,5 % à 19,6 % en 2020 (Graphique 1). Bien que l'on ait observé un léger recul de la prévalence des utilisateurs, les taux restent préoccupants.
- De 2014 à 2020, la proportion d'utilisateurs optant pour des cigarettes électroniques dotées d'arômes est passée de 65,1 % à 84,7 %.
- Parmi les lycéens qui utilisent actuellement un type de cigarette électronique à arôme, les types d'arômes les plus couramment utilisés sont les arômes fruités (73 %), de menthe (56 %), de menthol (37 %) et de bonbons, desserts ou autres arômes sucrés (37 %) (Graphique 2).
- 70 % des jeunes (de 12 à 17 ans) qui utilisent actuellement des cigarettes électroniques disent le faire « parce qu'elles sont disponibles dans des arômes que j'aime ».

**GRAPHIQUE 1:**  
UTILISATION ACTUELLE (AU COURS DES DERNIERS 30 JOURS) DE LA CIGARETTE ÉLECTRONIQUE PARMI LES LYCÉENS DES ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE



**GRAPHIQUE 2:**  
ARÔMES UTILISÉS PAR LES LYCÉENS DES ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE QUI UTILISENT ACTUELLEMENT UN TYPE DE CIGARETTE ÉLECTRONIQUE À ARÔME



Source: (38–40)

# Les effets à long terme de l'utilisation des inhalateurs électroniques de nicotine restent largement inconnus, cependant de plus en plus de bases factuelles révèlent que ces produits ne sont pas inoffensifs.

## La diversité d'inhalateurs électroniques de nicotine rend difficiles leur compréhension, leur surveillance et leur réglementation

Les inhalateurs électroniques de nicotine ont évolué différemment en fonction de l'environnement réglementaire des régions, des contextes démographiques et des marchés. Outre la diversité des conceptions, des types et variantes de produit, des pièces interchangeables des inhalateurs électroniques de nicotine, et outre la grande variété d'e-liquides et d'arômes que l'utilisateur peut mélanger lui-même, de nombreux inhalateurs électroniques de nicotine peuvent également être personnalisés par l'utilisateur après l'achat, et certains peuvent même être manipulés à distance par le fabricant (41). Un dispositif personnalisable peut être manipulé en modifiant différents aspects des produits, par exemple la puissance de la batterie, la résistance ou la température que celle-ci peut atteindre. Tout cela peut avoir une incidence significative sur les émissions auxquelles les utilisateurs et les tiers sont exposés.

## Il existe de plus en plus de preuves des effets néfastes des inhalateurs électroniques de nicotine

L'industrie du tabac et les industries connexes commercialisent et promeuvent les inhalateurs électroniques de nicotine comme des solutions de substitution « plus sûres » que les cigarettes classiques, et de nombreux utilisateurs les perçoivent comme sensiblement « moins néfastes » que les produits du tabac, en particulier les cigarettes (42). Toutefois, bien que les effets à long terme de l'utilisation des inhalateurs électroniques de nicotine restent largement inconnus, de plus en plus de bases factuelles révèlent que ces produits ne sont pas inoffensifs (43). Ainsi, des études récentes suggèrent que les inhalateurs électroniques de nicotine ont des effets négatifs aigus sur la santé cardiovasculaire, notamment la fréquence cardiaque et la pression artérielle (44-46), et qu'il existe un lien avéré entre l'utilisation quotidienne d'inhalateurs électroniques de nicotine et un risque

accru d'infarctus du myocarde. De plus, des études sur l'impact de l'utilisation des inhalateurs électroniques de nicotine sur la santé respiratoire montrent des effets indésirables mesurables sur la santé des organes et des cellules chez l'humain, l'animal et in vitro, ainsi qu'une association probable avec l'asthme et la bronchopneumopathie chronique obstructive (47, 48).

L'impact des inhalateurs électroniques de nicotine sur la santé des utilisateurs dépend en outre vraisemblablement des nombreux facteurs associés à la diversité de conceptions et de modes d'utilisation de ces produits, des autres produits utilisés simultanément et de la quantité et du schéma de consommation. Par exemple, les inhalateurs électroniques de nicotine sont souvent utilisés en complément de cigarettes classiques plutôt qu'en remplacement de celles-ci, en particulier dans les environnements sans tabac où ils ne sont pas interdits. Cela signifie que de nombreux utilisateurs d'inhalateurs électroniques de nicotine consomment également des cigarettes classiques (double usage) (49) – schéma d'utilisation qui peut en réalité avoir des effets plus délétères sur leur santé que l'utilisation exclusive d'inhalateurs électroniques de nicotine ou de cigarettes classiques. Aux États-Unis, près de 70 % des vapoteurs fument également des cigarettes (50). Le double usage d'inhalateurs électroniques de nicotine et de cigarettes peut par ailleurs alimenter la dépendance nicotinique. Certaines études laissent à penser que le double usage est associé à un risque accru d'affections respiratoires et cardiovasculaires par rapport à l'utilisation d'un seul produit (51-53).

## La nicotine nuit au développement du cerveau des adolescents et pose des risques pendant la grossesse

La nicotine possède un fort potentiel addictif. Un non-fumeur qui utilise des inhalateurs électroniques de nicotine peut développer une dépendance à l'égard de la nicotine et avoir du mal à arrêter de les utiliser, voire devenir dépendant des produits du tabac conventionnels. Étant donné que les inhalateurs électroniques de nicotine sont commercialisés de manière à être attractifs aux yeux des jeunes, les

enfants et les adolescents les ont adoptés en grand nombre dans certains pays. La dépendance nicotinique est généralement établie dans l'adolescence, créant un risque très réel que les utilisateurs jeunes deviennent dépendants à la nicotine (54). Les jeunes qui expérimentent avec les inhalateurs électroniques de nicotine sont deux à trois fois plus susceptibles de passer à l'utilisation régulière de cigarettes classiques que ceux qui ne les essaient pas (55). Si un vapoteur se met à utiliser des produits du tabac, il devient vulnérable aux résultats sanitaires associés au tabagisme comme le cancer, les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires et l'hypertension.

La nicotine pose en outre des risques sanitaires pour les enfants, les adolescents et les femmes enceintes. La consommation de nicotine a des effets délétères sur le développement cérébral des enfants et des adolescents, menant à des conséquences à long terme sur ce développement et pouvant mener à des troubles de l'apprentissage et des troubles anxieux (56-58). L'exposition des femmes enceintes à la nicotine peut avoir des conséquences similaires pour le développement cérébral du fœtus (59, 60).

## D'autres composants des e-liquides peuvent également nuire à la santé

Outre la nicotine, certains des composants courants des e-liquides ont des effets connus sur la santé, et l'on en sait peu sur de nombreux autres effets (25, 61). Ainsi, certains des arômes utilisés dans les inhalateurs électroniques contenant ou non de la nicotine se sont avérés augmenter la toxicité des aérosols qu'ils produisent (62). Il a par exemple été démontré que des aldéhydes tels que l'arôme de vanille et de cinnamaldéhyde contribuent à la toxicité, et l'on sait que les composants utilisés pour créer des arômes beurrés causent la bronchiolite oblitérante (parfois appelé « poumon de popcorn ») (47).

La flambée de lésions pulmonaires associées à l'utilisation de cigarettes électroniques ou de produits de vapotage aux États-Unis en 2019-2020 met en lumière les dangers associés à ces produits. Selon les données les plus récentes des



## Les enfants et les adolescents qui utilisent des inhalateurs électroniques de nicotine sont plus de deux fois plus susceptibles de fumer des cigarettes classiques.

Centers for Disease Control, cette flambée s'est soldée par 2 807 cas et 60 décès (63). Si la cause de ces décès n'a pas été déterminée de façon concluante, on pense néanmoins que l'acétate de vitamine E, un additif couramment utilisé dans les inhalateurs électroniques de nicotine qui contient du cannabis (ou THC), a joué un rôle significatif dans ces cas de lésions pulmonaires (64). Bien que l'acétate de vitamine E soit sûr lorsqu'il est consommé par voie orale dans les aliments et lorsqu'il est utilisé sur la peau, l'impact de son inhalation n'est pas pleinement compris. C'est là un exemple des raisons pour lesquelles les inhalateurs électroniques de nicotine devraient être réglementés et certains pays, parmi lesquels le Canada, le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord (Royaume-Uni) et certains États des États-Unis d'Amérique, interdisent à l'heure actuelle cet additif (41, 65).

Un lien a par ailleurs été établi entre les inhalateurs électroniques et diverses lésions corporelles, notamment des brûlures

provoquées par des explosions ou des dysfonctionnements, lorsque les produits ne sont pas de la qualité attendue ou sont modifiés par les utilisateurs. Une exposition accidentelle à des concentrations élevées de nicotine dans l'e-liquide peut également s'avérer très dangereuse, voire mortelle. Les cas d'ingestion accidentelle d'e-liquides toxiques par des enfants sont particulièrement préoccupants, une étude ayant notamment mis au jour 8 000 expositions d'enfants de moins de 6 ans aux États-Unis d'Amérique sur une période de 5 ans. Cette exposition a eu des conséquences importantes sur la santé de huit de ces enfants, et un petit garçon âgé d'un an est décédé (65-68).

### Les émissions secondaires peuvent avoir des effets néfastes sur les tiers

Des études révèlent que l'utilisation d'inhalateurs électroniques de nicotine élève les concentrations aériennes de matières particulaires au-delà des niveaux de fond lorsqu'elles sont mesurées

en intérieur (69-71). Les niveaux de nicotine, de matières particulaires et de carcinogènes éventuels dans les aérosols secondaires excèdent les niveaux maximaux recommandés dans les directives de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (72-74). Ce fait est préoccupant, étant donné que l'exposition humaine aux matières particulaires générées durant l'utilisation des inhalateurs électroniques de nicotine – notamment aux particules fines et ultrafines (qui peuvent pénétrer les alvéoles), aux composés organiques volatils, aux métaux lourds et à la nicotine (75) – a été associée à un risque accru de troubles cardiaques et pulmonaires. Si les risques sanitaires associés aux aérosols secondaires des inhalateurs électroniques de nicotine ne sont pas encore bien compris, une revue systématique a conclu que la « vapeur » de ces dispositifs a le potentiel de nuire aux tiers (71). Davantage de recherche est nécessaire pour comprendre pleinement les effets sur la santé de l'exposition secondaire aux aérosols des inhalateurs électroniques de nicotine.



### **La prévalence de l'utilisation des inhalateurs électroniques de nicotine chez les adultes est faible, cependant elle varie et fluctue grandement d'un pays à l'autre**

Bien que l'on ne dispose pas de données fiables pour tous les pays, l'utilisation des inhalateurs électroniques de nicotine à l'heure actuelle varie grandement entre les pays qui la surveillent, de 11 % en Estonie (2018) à 0,2 % en Uruguay (2016-2017) – voir les annexes II et XI. Les taux d'utilisation des inhalateurs électroniques de nicotine peuvent également changer rapidement au sein d'une population (41) : en Grande-Bretagne, la prévalence parmi les adultes a atteint 7,1 % en 2017 avant de tomber à 6,3 % en 2020 (49).

De plus en plus d'enquêtes auprès de la population comportent des questions sur l'utilisation des inhalateurs électroniques de nicotine (et des inhalateurs n'en contenant pas) chez les adultes et les adolescents. Des questions de ce type ont été ajoutées aux questions sur le tabac pour les enquêtes (TQS) (76). La diversité des produits et de la nomenclature pose néanmoins un réel problème pour le suivi et la surveillance de ces inhalateurs électroniques ainsi que des autres produits du tabac et à base de nicotine nouveaux et émergents. En outre, en raison de

l'amalgame entre la catégorie de produit des inhalateurs électroniques de nicotine et celle des produits du tabac chauffés (23), il est difficile de savoir quels produits les gens utilisent et comment. Les critères de surveillance doivent être particulièrement stricts et méticuleux pour cerner les nuances actuelles et changeantes entre ces produits et les schémas d'utilisation d'un pays à l'autre.

### **Il est nécessaire de prévenir l'utilisation des inhalateurs électroniques de nicotine chez les enfants et les adolescents**

Une revue systématique récente a constaté que la prévalence estimée de l'utilisation d'inhalateurs électroniques de nicotine chez les enfants et les adolescents dans l'ensemble des pays et des territoires disposant de données (50 des 67 pays qui communiquent des informations sur l'utilisation des inhalateurs électroniques de nicotine) était de 19,9 %. En ce qui concerne l'utilisation actuelle d'inhalateurs électroniques de nicotine (au cours des 30 derniers jours), l'estimation combinée pour les 60 pays était de 8,8 % (77). Aux États-Unis, l'ampleur du problème de l'utilisation des cigarettes électroniques chez les enfants et les adolescents a poussé le chef du service fédéral de la santé publique à déclarer en 2019 qu'il s'agissait d'une épidémie (78). Des études plus récentes

ont observé un déclin de la prévalence de l'utilisation des cigarettes électroniques au sein de cette population, toutefois, il convient de surveiller de près les tendances (79).

### **L'utilisation d'inhalateurs électroniques de nicotine chez les enfants et les adolescents augmente les probabilités qu'ils utilisent des cigarettes classiques et d'autres produits du tabac**

L'utilisation des inhalateurs électroniques de nicotine chez les enfants et les adolescents de moins de 20 ans est préoccupante dans de nombreux pays, non seulement en raison des effets nuisibles de la nicotine dans cette tranche d'âge, mais également parce que la plupart des jeunes vapoteurs sont non-fumeurs, et que l'utilisation de ces dispositifs peut mener plus tard à la consommation de produits du tabac et au développement d'une dépendance à l'égard de ces produits (67, 80). En d'autres termes, les inhalateurs électroniques de nicotine peuvent agir comme une « porte d'entrée » vers la consommation de tabac (81). Une revue systématique mondiale récente a constaté que les enfants et les adolescents qui utilisent des inhalateurs électroniques de nicotine, même à titre expérimental, sont plus de deux fois plus susceptibles de

passer plus tard aux cigarettes classiques (utilisation ponctuelle et actuelle) (82).

### Les bases factuelles sur le rôle potentiel des inhalateurs électroniques de nicotine dans le sevrage tabagique ne sont pas concluantes

À ce jour, les bases factuelles sur l'utilisation des inhalateurs électroniques de nicotine comme aide au sevrage tabagique ne sont pas concluantes. Une revue Cochrane récente suggère que les cigarettes électroniques peuvent aider les fumeurs à arrêter de fumer (83). Cette revue comparait les inhalateurs électroniques de nicotine à l'aide comportementale et aux autres traitements de substitution nicotinique et, rassemblant les résultats de quatre études, a constaté une augmentation légère, mais significative des taux d'arrêt du tabac chez les vapoteurs. Il ressortait des résultats que sur 100 personnes ayant recours à des traitements de substitution nicotinique, six réussiraient probablement à arrêter de fumer, tandis que 10 utilisateurs de cigarettes électroniques sur 100 ont des chances de réussir.

Il convient d'émettre certaines réserves quant à cette conclusion. Premièrement, les auteurs notent que le degré de certitude des conclusions est faible (en ce qui concerne la comparaison avec l'aide comportementale) à modéré (en ce qui concerne la comparaison avec les traitements de substitution nicotinique). Deuxièmement, les études incluses dans la revue utilisaient un seul type de produit dans un environnement thérapeutique, ce qui n'est pas considéré comme comparable

au contexte réel actuel d'utilisation des cigarettes électroniques. Troisièmement, la réserve la plus significative est peut-être la question de la définition du sevrage. Le sevrage peut être considéré comme l'arrêt de l'utilisation de produits du tabac fumés, l'arrêt de l'utilisation de tout produit du tabac ou encore l'arrêt de l'utilisation de tout produit contenant de la nicotine. Dans la revue Cochrane, le sevrage était considéré comme réussi si les sujets arrêtaient de fumer tout produit du tabac. Autrement dit, une personne pouvait passer des cigarettes classiques à l'utilisation continue d'inhalateurs électroniques de nicotine et être considérée comme ayant réussi à arrêter de fumer. Cela laisse ouverte la question de savoir combien de temps une personne est censée continuer d'avoir recours aux inhalateurs électroniques de nicotine comme aide au sevrage, d'autant plus que l'utilisation à long terme peut engendrer une exposition accrue aux risques sanitaires potentiels associés à ces dispositifs. Les traitements de substitution nicotinique sont conçus de manière à ce que la teneur en nicotine soit réduite progressivement durant le traitement pour réduire la dépendance nicotinique.

Le chef du service fédéral de la santé publique des États-Unis d'Amérique conclut dans son rapport sur le sevrage tabagique que « les bases factuelles sont insuffisantes pour déduire que les cigarettes électroniques, de manière générale, augmentent le sevrage tabagique » (84). De plus, l'avis du Comité scientifique des risques sanitaires et environnementaux de l'Union européenne sur les cigarettes électroniques conclut ainsi : « On manque de données

longitudinales solides sur l'effet des cigarettes électroniques sur le sevrage tabagique. Tant que de telles données de recherches ne seront pas disponibles, les cigarettes électroniques ne devront être envisagées comme aide au sevrage que pour une durée limitée et sous supervision » (85). De fait, certaines études laissent à penser que, dans certains cas, les inhalateurs électroniques de nicotine pourraient entraver le sevrage chez certains sujets en prolongeant ou accentuant leur dépendance à l'égard de la nicotine (86).

Compte tenu de la diversité d'inhalateurs électroniques de nicotine, davantage de données probantes sont nécessaires pour éclairer une prise de position définitive sur le potentiel de tout inhalateur électronique de nicotine donné en tant qu'aide au sevrage. À ce jour, plusieurs inconnues demeurent qui font que les inhalateurs électroniques de nicotine ne peuvent être recommandés à la population comme aide au sevrage tabagique. Les traitements de sevrage actuellement disponibles, comme les traitements de substitution nicotinique (gommes à mâcher et patches) et les traitements thérapeutiques (bupropion et varénicline), doivent être approuvés par l'autorité réglementaire et répondre aux exigences réglementaires de chaque pays avant de pouvoir être commercialisés dans ce pays (87). Dans la plupart des pays où ils sont vendus, les inhalateurs électroniques de nicotine ne sont pas soumis à cette approche réglementaire, ce qui signifie qu'ils ne bénéficient pas de la même assurance qualité ni de la même supervision que les autres traitements de sevrage.

## Inhalateurs électroniques de nicotine sur ordonnance : le cas particulier de l'Australie

Le 1<sup>er</sup> octobre 2021, l'Australie deviendra le premier pays au monde à interdire l'achat et l'importation d'inhalateurs électroniques de nicotine par les consommateurs sans ordonnance médicale valable. La principale raison de délivrer une ordonnance est d'aider l'utilisateur à renoncer au tabac.

Étant donné que le registre australien de produits thérapeutiques (Australian Register of Therapeutic Goods) ne contient à l'heure actuelle aucune cigarette électronique contenant de la nicotine, il se peut que les médecins doivent solliciter à l'Administration des produits thérapeutiques (organisme

réglementaire du gouvernement australien) l'accès au produit non homologué avant de pouvoir délivrer une ordonnance. L'accès des patients à ces produits est restreint à certaines filières disponibles pour les médicaments sur ordonnance « non homologués ». De plus amples informations sont disponibles à l'adresse suivante : <https://www.tga.gov.au/nicotine-e-cigarettes>.

La réglementation plus stricte des inhalateurs électroniques de nicotine a pour objectif de freiner l'augmentation de l'utilisation des cigarettes électroniques par les jeunes en Australie. De 2016 à 2019,

la proportion de jeunes âgés de 18 à 24 ans qui déclaraient utiliser des cigarettes électroniques tous les jours, toutes les semaines, tous les mois ou moins d'une fois par mois au moment de l'enquête a pratiquement doublé, passant de 2,8 % à 5,3 %. La réglementation prévoit également pour les fumeurs la possibilité de recevoir des conseils appropriés d'un médecin concernant les avantages du sevrage tabagique et les risques associés aux inhalateurs électroniques de nicotine.

Source : (88)

## Impact potentiel des inhalateurs électroniques de nicotine sur la population générale qui ne consomme pas de tabac et n'utilise pas d'inhalateurs électroniques de nicotine

Outre la question de savoir s'ils peuvent aider les consommateurs de tabac à y renoncer, les inhalateurs électroniques de nicotine soulèvent de nombreuses autres questions en rapport avec les schémas de consommation de tabac (89). Par exemple, dans quelle mesure les consommateurs, en particulier les adultes, réduisent-ils leur consommation de tabac (si tant est qu'ils la réduisent) lorsqu'ils commencent à utiliser des inhalateurs électroniques de nicotine ? En quoi cela diffère-t-il en fonction du type d'inhalateur utilisé contenant ou non de la nicotine ? Au niveau de la population, la disponibilité d'inhalateurs électroniques de nicotine sur le marché augmente-t-elle ou réduit-elle les tentatives de sevrage tabagique ? Les inhalateurs électroniques de nicotine sont-ils attrayants pour les anciens fumeurs, et les anciens fumeurs qui ont arrêté il y a longtemps commencent-ils à les utiliser (90) ? Par ailleurs, si les inhalateurs électroniques de nicotine aident effectivement les fumeurs à arrêter de fumer, quel est le poids de ce bénéfice pour la santé par rapport au risque que davantage d'enfants et d'adolescents commencent à utiliser ces produits (89) ? Il n'existe pas de réponse facile à bon

nombre de ces questions, et les réponses ne peuvent pas nécessairement être généralisées à l'ensemble des pays. En revanche, on peut veiller dès maintenant à ce que les inhalateurs électroniques de nicotine soient réglementés de manière appropriée afin de protéger la santé de la population. S'ils ne sont pas réglementés correctement, ils risquent de saper les mesures actuelles destinées à protéger la santé de la population.

## Les inhalateurs électroniques de nicotine présentent des menaces et des défis importants pour la lutte antitabac

La lutte antitabac a accompli des progrès considérables au cours des vingt à trente dernières années. Le présent rapport constate que, rien qu'au cours des 12 dernières années, la prévalence du tabagisme dans le monde a reculé de 22,7 % en 2007 à 17,5 % en 2019. Grâce à l'adoption, dans de nombreux pays, de mesures telles que les environnements sans tabac aux niveaux national, provincial et municipal, la consommation de tabac a été dénormalisée (91). Les restrictions juridiques ont protégé les enfants et les adolescents des méfaits du tabac en restreignant l'âge minimum d'achat et instauré des interdictions de publicité en faveur des produits du tabac. À l'heure actuelle, plus de 5,3 milliards de personnes sont protégées des méfaits du tabac par au moins une mesure MPOWER.

## L'émergence des inhalateurs électroniques de nicotine dans de nombreux pays risque de saper les progrès de la lutte antitabac

Les partisans des inhalateurs électroniques de nicotine font valoir que la présence de solutions de substitution « moins nocives » peut contribuer à réduire la prévalence du tabagisme et améliorer la santé de la population. Toutefois, si l'innovation en matière de produits de sevrage tabagique est une bonne chose, les inhalateurs électroniques de nicotine sont actuellement commercialisés de manière à attirer de nouveaux utilisateurs (c'est-à-dire que la commercialisation ne vise pas uniquement les consommateurs qui veulent renoncer au tabac), et ils désinforment le public quant aux risques associés à leur utilisation en l'absence de bases factuelles solides (et, en l'occurrence, alors que des données de plus en plus nombreuses vont dans l'autre sens). Les inhalateurs électroniques de nicotine posent actuellement des défis considérables pour la santé publique et risquent de saper une partie des progrès obtenus de haute lutte dans le cadre de la lutte antitabac.



## Les inhalateurs électroniques de nicotine entravent la lutte antitabac et la mise en œuvre efficace des politiques de santé publique

<p>La législation et les mécanismes réglementaires ont du mal à suivre l'évolution des caractéristiques des produits</p>	<p>Étant donné que les inhalateurs électroniques de nicotine n'ont souvent pas les mêmes caractéristiques que les produits conventionnels et évoluent constamment, ils ne sont pas toujours couverts par la législation existante et peuvent passer entre les mailles du filet réglementaire. Les inhalateurs électroniques de nicotine à système ouvert (modifiables) sont particulièrement difficiles à réglementer (92), et la réglementation a souvent du mal à suivre le rythme de l'évolution des caractéristiques de ces produits.</p>
<p>L'utilisation des inhalateurs électroniques de nicotine chez les enfants et les adolescents peut constituer une porte d'entrée vers le tabagisme</p>	<p>La commercialisation des inhalateurs électroniques de nicotine cible agressivement les enfants et les adolescents, notamment au moyen d'arômes et de stratégies de promotion (93, 94), et leur utilisation pourrait mener les jeunes à passer à des formes plus nocives de consommation de nicotine et de tabac. L'émergence de solutions à haute concentration en nicotine et de sels de nicotine peut accroître la dépendance d'un nouvel utilisateur à la nicotine et augmenter la probabilité qu'il passe aux cigarettes classiques (95, 96).</p>
<p>Les inhalateurs électroniques de nicotine contournent les lois antitabac et, ce faisant, sapent les réalisations de la lutte antitabac</p>	<p>De nombreux vapoteurs citent la possibilité de contourner les restrictions liées aux espaces sans tabac comme une motivation importante dans l'utilisation d'inhalateurs électroniques de nicotine (97). Si les inhalateurs électroniques de nicotine ne sont pas interdits dans les espaces sans tabac, non seulement les personnes sont exposées aux émissions secondaires, mais les interdictions existantes visant les produits du tabac comme les produits du tabac chauffés (qui peuvent être difficiles à distinguer des inhalateurs électroniques de nicotine) peuvent être plus difficiles à mettre en œuvre, sapant ainsi les mesures destinées à protéger les tiers.</p>
<p>Les inhalateurs électroniques de nicotine sont en train de renormaliser le tabagisme au sein de la société</p>	<p>Les inhalateurs électroniques de nicotine imitent le comportement du tabagisme par le mouvement de la main à la bouche, les aérosols générés ressemblant en outre beaucoup à la fumée du tabac. Lorsque l'utilisation des inhalateurs électroniques de nicotine dans les espaces publics n'est pas réglementée, les tiers peuvent être plus à l'aise autour des vapoteurs, ce qui peut accroître l'acceptation du tabagisme (98, 99).</p>
<p>Les inhalateurs électroniques de nicotine peuvent inciter les anciens fumeurs à commencer à les utiliser</p>	<p>Les inhalateurs électroniques de nicotine peuvent évoquer l'habitude de fumer et mener les anciens fumeurs à les utiliser ou à recommencer à consommer des produits du tabac (100).</p>
<p>Les inhalateurs électroniques de nicotine peuvent décourager les fumeurs d'arrêter complètement en les incitant à prolonger le double usage ou à continuer d'utiliser des produits à base de nicotine</p>	<p>La probabilité que l'utilisation d'inhalateurs électroniques de nicotine mène finalement au sevrage tabagique reste incertaine. Le passage du tabac aux inhalateurs électroniques de nicotine ou au double usage peut pousser les utilisateurs à consommer des produits du tabac plus longtemps que s'ils avaient eu recours à des traitements de substitution nicotinique ou à d'autres interventions de sevrage fondées sur des données probantes (86, 101, 102).</p>

### La réglementation des inhalateurs électroniques de nicotine ne doit pas détourner l'attention des efforts visant à renforcer la lutte antitabac en général

Une des principales préoccupations associées aux inhalateurs électroniques de nicotine est le fait qu'ils détournent

délibérément l'attention des efforts visant à prévenir les plus de 8 millions de décès annuels imputables au tabagisme (103). Les méfaits exacts et le niveau de risque qu'ils auront sur la santé de la population à l'avenir ne sont pas connus, toutefois, le nombre actuel d'utilisateurs de ces produits n'est qu'une fraction du nombre de personnes exposées aux méfaits connus du tabac (54). S'il est nécessaire

de surveiller de près ces produits, on ne peut pour autant négliger les principaux objectifs de la lutte antitabac. Lorsque des lois antitabac sont bien établies, il est possible de mettre en œuvre des ripostes plus efficaces aux inhalateurs électroniques de nicotine et aux autres produits du tabac et à base de nicotine nouveaux et émergents.

« (...) chaque Partie, en fonction de ses capacités, adopte et applique des mesures législatives, exécutives, administratives et/ou autres mesures efficaces et coopère, le cas échéant, avec d'autres Parties afin d'élaborer des politiques appropriées pour prévenir et réduire la consommation de tabac, l'addiction nicotinique et l'exposition à la fumée du tabac. »

#### Article 5.2 de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac

### Il existe de nombreux mécanismes et options réglementaires pour protéger les populations face aux inhalateurs électroniques de nicotine

Le présent rapport constate qu'à l'heure actuelle, les inhalateurs électroniques de nicotine sont interdits dans 32 pays. Dans les pays où ils ne sont pas interdits, ils doivent être réglementés. Divers pays ont adopté différentes approches pour ce faire (104). Compte tenu de la vitesse à laquelle les marchés des inhalateurs électroniques de nicotine se développent et les produits évoluent, il est nécessaire d'appliquer sans attendre des mécanismes de réglementation de ces dispositifs. Cela peut supposer d'interdire temporairement ces produits ou de les classer provisoirement dans une catégorie existante, par exemple celle des produits

du tabac, des produits pharmaceutiques ou des produits de consommation. Cependant, à long terme, les pays doivent veiller à disposer de lois et règlements antitabac suffisamment exhaustifs pour réglementer toutes les formes de produits du tabac et à base de nicotine nouveaux et émergents, afin de garantir que les industries concernées ne puissent exploiter les éventuelles lacunes réglementaires ou juridiques pour vendre et promouvoir ces produits (classer les inhalateurs électroniques de nicotine comme des produits sans fumée, par exemple, peut signifier qu'ils peuvent être utilisés dans les espaces publics intérieurs).

L'adoption et l'application efficaces de mesures réglementaires dépendent de plusieurs facteurs, parmi lesquels les réalisations passées du pays en matière d'application de la Convention-cadre de l'OMS et des mesures MPOWER au plus

haut niveau ; l'autorité réglementaire dont relèvent ces produits ; les objectifs des politiques de lutte antitabac du pays ; les ressources et les capacités disponibles en matière de réglementation d'un ensemble de produits hautement complexe dans un contexte changeant ; la taille du marché des inhalateurs électroniques de nicotine dans le pays (50). Des outils efficaces existent déjà (tels que le programme MPOWER), qu'il convient d'appliquer aux inhalateurs électroniques contenant ou non de la nicotine (voir le tableau ci-après). Les orientations fournies dans le rapport de l'OMS à la Conférence des Parties de 2014 (FCTC/COP/6/10 Rev.1) et abordées plus en détail dans le rapport 2016 de l'OMS à la septième session de la Conférence des Parties (présentées sur la page ci-contre) restent d'actualité.

## APPLICATIONS POSSIBLES DES MESURES MPOWER AUX INHALATEURS ÉLECTRONIQUES DE NICOTINE

### MESURES DE RÉDUCTION DE LA DEMANDE

<b>M</b>	Il est recommandé aux pouvoirs publics d'utiliser leurs systèmes de surveillance et de suivi du tabagisme pour suivre l'évolution de l'utilisation des inhalateurs électroniques de nicotine et de la consommation de nicotine par sexe et par âge.
<b>P</b>	Les non-utilisateurs d'inhalateurs électroniques de nicotine doivent être protégés de l'exposition aux émissions de ces dispositifs. Les lieux en intérieur où il est interdit de fumer ne doivent jamais exempter les inhalateurs électroniques de nicotine (ni ceux ne contenant pas de nicotine ni les produits du tabac chauffés) des interdictions en vigueur.
<b>O</b>	Les bases factuelles sur l'utilisation des inhalateurs électroniques de nicotine comme aide au sevrage tabagique font encore débat, et l'on ne dispose pas de données suffisantes à l'appui de l'utilisation au niveau de la population, par rapport aux approches éprouvées. Les pays doivent également suivre des approches fondées sur des données probantes pour appuyer les vapoteurs qui souhaitent renoncer aux inhalateurs électroniques de nicotine (105).
<b>W</b>	Des mises en garde sanitaires illustrées percutantes devraient être obligatoires pour tous les inhalateurs électroniques de nicotine, conformément aux stratégies globales de lutte antitabac destinées à dissuader les jeunes d'utiliser ces produits.
<b>E</b>	Étant donné que les éléments promotionnels qui rendent les inhalateurs électroniques de nicotine attrayants pour les fumeurs adultes pourraient aussi les rendre attrayants pour les enfants et les non-fumeurs, il convient d'appliquer des restrictions efficaces à la publicité, à la promotion et au parrainage en faveur de ces produits. Le rapport FCTC/COP/6/10 Rev.1 contient des recommandations supplémentaires sur la réglementation de la publicité, de la promotion et du parrainage en faveur des inhalateurs électroniques de nicotine (106).
<b>R</b>	Les inhalateurs électroniques de nicotine comportent en soi des risques pour la santé. C'est pourquoi il convient de taxer ces produits, conformément aux normes nationales, afin de prévenir leur utilisation, en particulier par les enfants et les adolescents (voir la publication intitulée <i>WHO Technical Manual on Tobacco Tax Policy and Administration</i> pour de plus amples renseignements) (22).

Il convient également d'appliquer d'autres approches politiques en plus des mesures MPOWER. Une interdiction relative aux arômes, telle que celle instaurée en Finlande, peut réduire l'attrait des inhalateurs électroniques de nicotine, en particulier pour les mineurs. Par ailleurs, tout comme pour le tabac, il convient d'interdire la vente et la distribution d'inhalateurs électroniques de nicotine aux mineurs à l'échelle mondiale et d'interdire les ventes sur Internet et les autres ventes à distance afin d'éviter l'utilisation potentielle de ce service pour contourner les restrictions d'âge et autres règlements de cet ordre.

## Recommandations

Les pays devraient :

1. mettre en permanence l'accent sur des mesures exhaustives et fondées sur des données probantes de lutte antitabac afin de réduire l'addiction nicotinique et la consommation de tabac en faisant appel à toutes les dispositions de la Convention-cadre de l'OMS et en mettant pleinement en œuvre le programme MPOWER. Il s'agit là d'une priorité ;
2. lorsque la fabrication, la vente et la distribution d'inhalateurs électroniques de nicotine ne sont pas interdites, adopter des options réglementaires appropriées en vue d'atteindre les cibles clés de protection de la population face aux risques potentiels pour la santé ; empêcher le recours à des allégations sanitaires infondées au sujet des inhalateurs électroniques de nicotine ; protéger les activités de lutte antitabac face aux intérêts commerciaux (107) ; voir l'encadré ci-après pour un résumé des options réglementaires ;
3. envisager d'interdire la vente d'inhalateurs électroniques de nicotine pouvant être modifiés par l'utilisateur (soit les caractéristiques, soit les ingrédients des e-liquides) (50) ;
4. lorsque l'interdiction de la fabrication, de la vente et de la distribution des inhalateurs électroniques de nicotine est l'approche réglementaire privilégiée pour protéger la santé de la population d'un pays (dans le contexte plus large de la lutte antitabac et en fonction de l'environnement réglementaire national), les pays devraient appliquer l'interdiction de manière stricte, sans la moindre ingérence de l'industrie, de manière à garantir un degré élevé de protection des enfants et des adolescents ;
5. surveiller l'utilisation des inhalateurs électroniques de nicotine en s'assurant que les données sont ventilées par âge et par sexe. Des enquêtes nationales représentatives doivent rendre compte de l'utilisation de toutes les formes de produits nouveaux et émergents tels que les inhalateurs électroniques de nicotine, afin que les chercheurs puissent effectuer des analyses rigoureuses et que les approches réglementaires soient fondées sur des données solides ;
6. toutes ces recommandations valent également pour les inhalateurs électroniques ne contenant pas de nicotine.

### Objectifs et options de réglementation des inhalateurs électroniques contenant ou non de la nicotine [conformément à la décision FCTC/COP6/10/rev de la Conférence des Parties]

#### OBJECTIF:

**éviter que les non-fumeurs et les jeunes se mettent à utiliser des inhalateurs électroniques contenant ou non de la nicotine, en prêtant une attention particulière aux groupes vulnérables**

Les mesures possibles incluent l'interdiction de la vente et de la distribution des inhalateurs électroniques contenant ou non de la nicotine aux mineurs, ainsi que de la possession de ce type de dispositifs par cette population ; l'interdiction ou la restriction de la publicité, de la promotion et du parrainage en faveur des inhalateurs électroniques contenant ou non de la nicotine ; la taxation des inhalateurs électroniques contenant ou non de la nicotine à un niveau qui rende les dispositifs et les e-liquides financièrement inaccessibles aux mineurs ; l'interdiction ou la restriction de l'utilisation d'arômes ; la réglementation des lieux, de la densité et des canaux de vente.

#### OBJECTIF:

**réduire dans toute la mesure possible les risques pour la santé que présentent les inhalateurs électroniques contenant ou non de la nicotine pour les utilisateurs et protéger les non-utilisateurs de l'exposition à leurs émissions**

- a. Pour minimiser les risques pour la santé des utilisateurs : tester l'innocuité des arômes chauffés et inhalés utilisés dans les e-liquides, et interdire ou restreindre la quantité de ceux dont la toxicité est jugée très préoccupante ; imposer l'utilisation d'ingrédients qui ne présentent aucun risque pour la santé et qui, lorsqu'ils sont autorisés, sont de la plus grande pureté.
- b. Pour minimiser les risques pour la santé des non-utilisateurs : interdire par une loi l'utilisation des inhalateurs électroniques contenant ou non de la nicotine dans les espaces intérieurs ; imposer l'apposition de mises en garde sanitaires sur les risques pour la santé liés à leur utilisation. Les mises en garde sanitaires peuvent en outre informer le

public de la nature addictive de la nicotine contenue dans les inhalateurs électroniques de nicotine et réduire le risque d'intoxication aiguë accidentelle par la nicotine.

#### OBJECTIF:

**empêcher le recours à des allégations sanitaires infondées au sujet des inhalateurs électroniques contenant ou non de la nicotine**

Les mesures possibles incluent l'interdiction des allégations implicites ou explicites sur l'efficacité des inhalateurs électroniques contenant ou non de la nicotine comme aide au sevrage tabagique, à moins qu'un organisme public les ait approuvées ; l'interdiction des allégations implicites ou explicites selon lesquelles les inhalateurs électroniques contenant ou non de la nicotine sont inoffensifs ou ne créent pas de dépendance ; et l'interdiction des allégations implicites ou explicites sur l'innocuité ou le pouvoir addictif comparatifs des inhalateurs électroniques de nicotine au regard de tout autre produit, à moins qu'elles aient été approuvées par un organisme public spécialisé.

#### OBJECTIF:

**veiller à ce que les activités de lutte antitabac ne soient pas influencées par les intérêts commerciaux et autres liés aux inhalateurs électroniques contenant ou non de la nicotine, notamment les intérêts de l'industrie du tabac**

Les mesures à cet effet sont exposées en détail dans le chapitre suivant. En bref, ces mesures peuvent comprendre le rejet des partenariats avec l'industrie du tabac ; la sensibilisation à l'ingérence potentielle de l'industrie du tabac dans les politiques de lutte antitabac des Parties ; le traitement des industries d'État de la même manière que toute autre industrie ; l'interdiction des activités décrites comme « socialement responsables » par l'industrie du tabac et l'adoption de mesures visant à prévenir les conflits d'intérêts des fonctionnaires et responsables gouvernementaux.

# INGÉRENCE DE L'INDUSTRIE DU TABAC : RENFORCER LA RIPOSTE FACE À L'ÉVOLUTION DES STRATÉGIES

En dépit des 8 millions de décès annuels liés au tabagisme (103), l'industrie du tabac continue de promouvoir ses produits de manière agressive dans le monde entier et de saper la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et du programme MPOWER. Toutefois, l'application de la Convention bénéficie d'un engagement ferme des gouvernements en faveur de l'élimination de cette ingérence. Les Parties à la Convention ont l'obligation légale (en vertu de l'article 5.3) de « veiller à ce que ces politiques ne soient pas influencées par les intérêts commerciaux et autres de l'industrie du tabac, conformément à la législation nationale » (108). L'industrie du tabac investit toutefois des ressources considérables pour contrer les mesures robustes de lutte antitabac, à la fois au niveau national et au niveau international. Ayant en vain tenté d'empêcher, de retarder ou de faire échouer la négociation de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (et de l'affaiblir), l'industrie du tabac cherche à présent à miner son application exhaustive en déployant un large éventail de stratégies visant à entraver les mesures de lutte antitabac. Si certaines de ces stratégies sont mises en œuvre publiquement, d'autres le sont de façon plus subreptice. De manière générale, cependant, l'objectif consiste à affaiblir la lutte antitabac.

## Les multiples facettes de l'ingérence de l'industrie du tabac

Les tactiques de l'industrie du tabac pour faire échouer la lutte contre le tabagisme ne sont pas nouvelles (109). Le partenariat Stopping Tobacco Organizations and Products (STOP) a recensé neuf tactiques courantes de l'industrie du tabac et des industries connexes (90, 110) :

### TACTIQUE 1

créer des alliances et des groupes de façade pour défendre sa cause – la « technique du tiers »

### TACTIQUE 2

tenter de fragmenter et d'affaiblir la communauté de la santé publique

### TACTIQUE 3

remettre en cause les informations de santé publique et en empêcher la divulgation

### TACTIQUE 4

générer et diffuser des recherches et des informations trompeuses

### TACTIQUE 5

faire pression et influencer directement sur l'élaboration des politiques

### TACTIQUE 6

influencer les politiques « en amont », notamment les traités commerciaux, pour rendre plus difficile l'adoption de réglementation en matière de santé publique

### TACTIQUE 7

intenter des actions en justice ou menacer de le faire

### TACTIQUE 8

faciliter et engendrer la confusion autour de la contrebande des produits du tabac, pour entraver la lutte antitabac

### TACTIQUE 9

chercher à gérer et embellir sa propre réputation pour accroître sa capacité à influencer les politiques

## Contrer les tactiques de l'industrie du tabac

Il est fondamental de contrer l'ingérence de l'industrie du tabac pour assurer l'application efficace de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. En 2008, la Conférence des Parties (COP) à la Convention-cadre a adopté des directives pour l'application de l'article 5.3. Ces directives, qui reposaient à la fois sur les éléments de preuve scientifiques et sur l'expérience des Parties, visaient à aider celles-ci à remplir leurs obligations juridiques au titre de la Convention.

Ces directives demeurent un outil capital contre l'ingérence de l'industrie du tabac et doivent être appliquées aussi bien dans

le contexte des produits du tabac et à base de nicotine conventionnels que dans celui des produits émergents. L'industrie du tabac cherche à se présenter comme un partenaire de la lutte antitabac, tout en entravant les efforts en matière de réglementation. C'est pourquoi il faut rejeter les partenariats avec l'industrie du tabac et les industries connexes et définir des règles claires concernant les conflits d'intérêts des fonctionnaires et des responsables gouvernementaux actifs dans la lutte antitabac.

## Chaque fois que les cigarettiers ont été confrontés à une menace importante, ils ont lancé de nouveaux produits dont ils promettaient qu'ils seraient moins nocifs que les cigarettes classiques. En fin de compte, ils ne faisaient que miner les progrès réalisés tout en offrant à l'industrie du tabac une nouvelle manière de faire des bénéfices.

Les pouvoirs publics devraient notamment prendre les mesures suivantes pour contrer l'ingérence de l'industrie du tabac :

- exiger la divulgation, et la communication claire, des sources de financement des institutions de recherche, des universitaires et des études scientifiques pour éviter les biais invisibles dans les données scientifiques étayant l'élaboration des politiques, ainsi que pour clarifier les motivations des organisations non gouvernementales, des associations professionnelles et commerciales, des groupes de consommateurs, des groupes de réflexion et de tous les autres acteurs cherchant à participer ou à contribuer aux politiques de lutte antitabac ;
- rejeter les partenariats et les accords non contraignants et non exécutoires avec l'industrie du tabac et les entités qui défendent ses intérêts, notamment les soutiens financiers, les incitations et le parrainage des activités de l'industrie du tabac liées à la lutte antitabac ;
- mieux sensibiliser aux propriétés addictives et nocives connues des produits du tabac et à base de nicotine ainsi qu'à l'ingérence de l'industrie du tabac dans les politiques de lutte antitabac ;
- dénormaliser et, dans la mesure du possible, réglementer et interdire la publicité au sujet des activités décrites comme « socialement responsables » par l'industrie du tabac ;
- interdire la diffusion d'informations trompeuses en rapport avec les politiques de lutte antitabac ;
- exiger que les informations de l'industrie du tabac sur les activités de marketing, de lobbying et de philanthropie soient divulguées et que les informations fournies soient transparentes et exactes et contiennent des renseignements réguliers, fiables, complets et précis sur les activités de l'industrie. Toutes les interactions des pouvoirs publics avec l'industrie du tabac devraient être consignées et mises à la disposition du public ;
- mettre en place et appliquer des politiques efficaces en matière de conflits d'intérêts visant les fonctionnaires et les responsables chargés d'élaborer, de mettre en œuvre et de faire respecter les politiques de lutte antitabac ;
- traiter les sociétés productrices de tabac détenues par l'État de la même manière que les autres. Aucune société productrice de produits du tabac et de produits à base de nicotine ne doit se voir accorder de privilèges ni bénéficier de l'influence des pouvoirs publics ;
- veiller à ce que les organismes non liés à la santé prennent les mêmes mesures, conformément à l'article 5.3 et aux directives relatives à son application ;
- bloquer les interactions entre les pouvoirs publics et les groupes de façade financés par l'industrie du tabac et les industries connexes « œuvrant prétendument pour un monde sans tabac » (discours du Dr Tedros Ghebreyesus) (111).

Les pouvoirs publics devraient encourager et habiliter la société civile à jouer un rôle dans la prévention et la lutte contre l'ingérence de l'industrie du tabac. Un plaidoyer efficace et pérenne contre les industries des produits du tabac et à base de nicotine requiert le renforcement des compétences et des capacités, ainsi que des investissements à plus long terme de la part des donateurs (112).

### Ingérence de l'industrie du tabac et des industries connexes et inhalateurs électroniques de nicotine

« Chaque fois que les cigarettiers ont été confrontés à une menace importante, ils ont lancé de nouveaux produits dont ils promettaient qu'ils seraient moins nocifs (que les cigarettes classiques). Ils se servaient de ces produits pour préserver leurs ventes, se présenter comme partie à la solution et rétablir leurs liens avec les décideurs. En fin de compte, ils ne faisaient que miner les progrès réalisés tout en offrant à l'industrie du tabac une nouvelle manière de faire des bénéfices. »

Initiative STOP (113)

L'industrie du tabac et les industries connexes de la nicotine<sup>1</sup> ont recours à différentes tactiques pour vendre leurs produits. Quelques-unes des principales tactiques recensées concernant les produits nouveaux et émergents sont décrites ci-après.

### Recherche de nouveaux clients et maintien des clients existants

#### Les inhalateurs électroniques de nicotine visent à attirer de nouveaux utilisateurs parmi les jeunes

Les sociétés productrices de produits du tabac et d'inhalateurs électroniques de nicotine utilisent des caractéristiques des produits qui en augmentent l'attrait, en particulier aux yeux des jeunes utilisateurs. L'apparence des produits évoque les technologies de pointe et ils sont souvent vendus dans des magasins chics et hypermodernes. Certains inhalateurs électroniques de nicotine ressemblent à de petites clés USB et sont suffisamment

1 On entend par « industrie de la nicotine » les entreprises de fabrication et de distribution en gros de produits contenant ou non de la nicotine et les importateurs de ces produits, y compris les associations ou autres entités et les lobbyistes de l'industrie.

petits pour pouvoir être dissimulés, ce qui est particulièrement utile en milieu scolaire, où les élèves peuvent les conserver à l'insu des enseignants et autres figures d'autorité (114). En outre, les produits sont promus à des événements attirant de nombreux jeunes, comme les festivals de musique, et les fabricants font appel à des influenceurs sur les réseaux sociaux pour les promouvoir auprès des jeunes (115). La myriade d'arômes proposés, qui plaisent particulièrement aux enfants et aux adolescents, permet également d'attirer de nouveaux utilisateurs.

---

### Entretenir la dépendance de la clientèle

La composition des e-liquides est elle aussi conçue pour s'assurer la fidélité des utilisateurs. Pendant des années, les cigarettiers ont inclus des additifs dans les cigarettes classiques, notamment des acides et de l'ammoniaque, pour en améliorer le goût, réduire l'âpreté de la nicotine et améliorer l'administration de nicotine au cerveau (116). De la même manière, les sels de nicotine utilisés dans certains inhalateurs électroniques de nicotine (voir la page 33), par exemple, contribuent non seulement à améliorer le goût, mais ils administrent en outre de plus grandes quantités de nicotine à l'utilisateur, ce qui a de fortes chances d'en augmenter le pouvoir addictif.

### Diffusion d'informations fausses et ingérence dans la recherche scientifique

---

#### Informations fausses sur les inhalateurs électroniques de nicotine et les produits du tabac chauffés

Les produits du tabac chauffés et les inhalateurs électroniques contenant ou non de la nicotine sont souvent présentés par l'industrie comme des solutions de substitution « plus sûres » que les produits du tabac conventionnels. Ils

sont promus ou présentés indirectement comme des produits de sevrage pouvant aider les fumeurs à renoncer au tabagisme conventionnel. Ces activités ont des répercussions sur les interventions éprouvées d'aide au sevrage tabagique, dans la mesure où elles ont le potentiel de tromper et d'induire en erreur les consommateurs. Sur la base de ces fausses informations, les fumeurs qui veulent arrêter peuvent choisir d'utiliser des produits avec lesquels leurs chances de réussite sont moins bonnes.

---

### Les industries du tabac et de la nicotine financent une quantité considérable de recherches

Malgré les conflits d'intérêts inévitables et incontestables, une part substantielle de la littérature disponible au sujet des produits du tabac et à base de nicotine nouveaux et émergents est financée par des fabricants de produits, notamment de l'industrie du tabac (117). Cela engendre de nombreux défis à l'heure d'interpréter les bases factuelles, étant donné que les résultats sélectifs et favorables ont plus de chances d'être communiqués et présentés au public. Ainsi, les recherches scientifiques menées par Philip Morris International sur les aérosols des produits du tabac chauffés et le fait que cette société n'ait pas divulgué de données issues d'études à long terme suscitent de graves inquiétudes (118).

---

### Amalgame des catégories de produits

---

#### Estomper les différences entre les inhalateurs électroniques de nicotine et les produits du tabac chauffés et semer la confusion concernant les risques qui y sont associés

Lorsque cela leur arrange, par exemple pour bénéficier d'une réglementation moins stricte, les cigarettiers présentent

les produits du tabac chauffés comme des produits électroniques « analogues aux inhalateurs électroniques de nicotine ». En revanche, là où ceux-ci sont interdits, les produits du tabac chauffés sont présentés comme des produits du tabac qui ne relèvent pas des catégories existantes (119). Cela sème la confusion concernant ces catégories de produits, à la fois au sein du public et à des fins réglementaires. Les produits du tabac chauffés sont des produits du tabac et ils doivent être réglementés en tant que tels, en application de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Toutefois, l'industrie du tabac estompe les différences entre ces produits et les inhalateurs électroniques de nicotine dans le but de contourner les réglementations strictes (120). Les produits du tabac chauffés sont souvent promus, notamment auprès des autorités de réglementation, comme des aides au sevrage tabagique. Or, il n'existe pas de bases factuelles fiables indépendantes de l'industrie du tabac sur l'impact de l'utilisation des produits du tabac chauffés sur le sevrage du tabagisme conventionnel. L'utilisation de produits du tabac chauffés est une forme de tabagisme. De manière plus générale, on dispose de données limitées sur les effets à long terme des produits du tabac chauffés sur la santé.

**Les sociétés productrices de produits du tabac et d'inhalateurs électroniques de nicotine utilisent des caractéristiques des produits qui en augmentent l'attrait, en particulier aux yeux des jeunes utilisateurs.**

## PMI exploite la confusion autour de la classification des produits du tabac chauffés

### Produits du tabac chauffés et inhalateurs électroniques de nicotine

Les produits du tabac chauffés et les inhalateurs électroniques de nicotine sont parfois amalgamés par les entreprises. Dans sa campagne « Hold my light », Philip Morris International (PMI) disait des produits du tabac chauffés qu'ils étaient « comme des cigarettes électroniques ». Cela pose de sérieux problèmes, car les produits du tabac chauffés sont des produits du tabac, ce qui veut dire que les risques qui y sont associés sont différents.

### Les produits du tabac chauffés contribuent à rendre de nouveaux consommateurs accros

Des enquêtes récentes ont révélé que PMI a cherché à élargir son marché en s'attachant à attirer des non-fumeurs. Pour ce faire, PMI a recours à des stratégies de tarification qui établissent son produit du tabac chauffé (IQOS) comme une marque représentant un idéal, plutôt qu'un produit dont la vocation est d'attirer les fumeurs qui veulent renoncer au tabac (23). Le modèle commercial et les tactiques

de PMI sont représentatifs de ceux d'autres acteurs de l'industrie du tabac.

### PMI exploite la confusion autour de la décision de la FDA

Pour étayer ses allégations selon lesquelles les produits du tabac chauffés sont des produits plus sûrs, PMI a présenté une demande à l'Administration des États-Unis chargée des aliments et des médicaments (FDA) en vue de les classer comme des « produits du tabac à risque modifié ». Le 7 juillet 2020, la FDA a octroyé une ordonnance de « modification de l'exposition », mais a néanmoins refusé l'ordonnance de « modification du risque » sollicitée par PMI. Autrement dit, la réduction de l'exposition aux substances chimiques nocives contenues dans les produits du tabac chauffés ne les rend pas inoffensifs, et ne se traduit pas par une réduction du risque pour la santé humaine (121).

De fait, la FDA notait dans sa déclaration : « Même avec cette mesure, ces produits ne sont ni sûrs, ni "approuvés par la FDA". Les ordonnances de modification de

l'exposition ne permettent pas à la société de revendiquer tout autre risque modifié ou de faire toute déclaration explicite ou implicite indiquant ou faisant croire de manière trompeuse aux consommateurs que les produits sont approuvés par la FDA ou que cette dernière les juge sans danger pour les consommateurs. »

Le 27 juillet 2020, l'OMS a publié une déclaration rappelant aux États Membres qui sont Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac que les produits du tabac chauffés sont des produits du tabac, et que, par conséquent, la Convention s'applique pleinement à ces produits. En particulier, aux termes de l'article 13.4.a) de la Convention, les Parties sont tenues d'interdire « toutes les formes de publicité en faveur du tabac, de promotion et de parrainage qui contribuent à promouvoir un produit du tabac par des moyens fallacieux, tendancieux ou trompeurs, ou susceptibles de donner une impression erronée quant aux caractéristiques, aux effets sur la santé, aux risques ou émissions du produit ».

## Manipuler l'opinion publique pour gagner en respectabilité tout en sapant les fonctions et les progrès en matière de santé publique

### Promouvoir les inhalateurs électroniques de nicotine au nom de la santé publique tout en s'opposant aux mesures efficaces de lutte antitabac

L'industrie du tabac se présente de plus en plus comme un partenaire et une partie prenante légitime de la lutte antitabac, alors que ses intérêts sont fondamentalement incompatibles avec les efforts de lutte antitabac. Elle se présente comme œuvrant pour un avenir sans tabac, tout en promouvant dans le monde entier les produits du tabac classiques – et en tirant la plus grande partie de ses bénéfices de ces produits. Le rapport

annuel 2019 de British American Tobacco (122) démontre que la plus grande partie des bénéfices issus de la vente d'inhalateurs électroniques de nicotine ne provient pas des consommateurs qui ont remplacé leur consommation de tabac par l'utilisation d'inhalateurs électroniques de nicotine, mais bien des consommateurs qui utilisent à la fois des produits du tabac conventionnels et des inhalateurs électroniques de nicotine. Ainsi, l'industrie du tabac continue d'exploiter toutes les filières possibles pour générer des bénéfices tout en prétendant œuvrer à améliorer la santé de la population. Par ailleurs, des données qui se dégagent d'études prospectives portent à croire que le double usage pourrait en réalité être plus nocif que l'utilisation exclusive de cigarettes classiques (123).

### Les controverses au sujet de la réduction des effets nocifs divisent les communautés de la santé publique

La réduction des méfaits est une approche de santé publique qui vise à réduire les effets nocifs causés par des substances ou des comportements difficiles à éliminer. D'aucuns ont accepté l'idée que les inhalateurs électroniques de nicotine peuvent être utilisés dans le cadre d'une approche de réduction des méfaits, tandis que d'autres ont averti de l'importance des bases factuelles pour quantifier le risque sur le long terme, le risque associé au double usage d'inhalateurs électroniques de nicotine et de cigarettes (schéma d'utilisation courant) et le risque que les enfants et les

adolescents commencent à consommer de tabac (124).

Les pratiques actuelles de commercialisation et de promotion des inhalateurs électroniques de nicotine de l'industrie du tabac et des industries connexes ne sont pas en harmonie avec la défense de la santé publique. Alors que l'industrie du tabac proclame son engagement en faveur de la réduction des méfaits, sa duplicité est illustrée par la manière dont elle promeut parallèlement les produits du tabac de manière agressive partout où elle en a la possibilité, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (23), dont elle continue de contourner et saper la législation régissant les produits du tabac conventionnels (125, 126) et dont elle exploite les lacunes législatives pour promouvoir et vendre ses produits nouveaux (127).

### Tactiques de l'industrie qui entravent les efforts de santé publique en matière de sevrage tabagique

Les directives pour l'application de l'article 14 de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac définissent le « sevrage tabagique » comme « le fait d'arrêter de consommer n'importe quel produit du tabac, avec ou sans aide ». Les traitements de substitution nicotinique sont conçus pour aider les consommateurs à renoncer au tabac et, à terme, à abandonner également les traitements de substitution

eux-mêmes. Passer de la consommation de tabac à l'utilisation de produits du tabac chauffés tels qu'IQOS ne constitue pas un sevrage tabagique.

La campagne « Unsmoke » de PMI (principalement axée sur les produits du tabac chauffés), qui encourage les personnes « qui ne renoncent pas aux cigarettes » à « passer à une solution meilleure », répond à l'objectif de PMI de « remplacer les cigarettes par les produits sans fumée que nous mettons au point et vendons ». Cette campagne s'appuie sur les initiatives de sevrage tabagique en présentant une « solution de substitution » séduisante et facile pour surmonter l'addiction nicotinique, et en minant les initiatives éprouvées de lutte antitabac (qui ont dénormalisé le tabagisme dans de nombreux pays) en présentant cette forme de tabagisme comme socialement acceptable.

### Ingérence visant à entraver les mesures actuelles de lutte antitabac

#### Les inhalateurs électroniques de nicotine ont créé de nouvelles manières pour l'industrie du tabac de contourner les lois régissant la publicité

Les inhalateurs électroniques de nicotine sont promus ouvertement. Après des décennies de restrictions du marketing, l'industrie du tabac a une fois de plus

recours à des médias tels que la télévision, qu'elle utilisait par le passé pour cibler les adolescents et les jeunes adultes. En l'absence d'une législation appropriée pour l'empêcher, la publicité peut citer des marques de produits du tabac, contribuant ainsi à vendre non seulement les inhalateurs électroniques de nicotine, mais aussi le produit du tabac de la marque concernée.

### Ingérence dans les processus législatifs des pays, directement et par l'intermédiaire de groupes de façade comme la Fondation pour un monde sans tabac

Ces dernières années, l'industrie du tabac s'est ingérée dans la législation antitabac au niveau des pays en essayant de ralentir la lutte antitabac ou d'empêcher purement et simplement les progrès des mesures de lutte antitabac. PMI et des groupes financés par celle-ci, comme la Fondation pour un monde sans tabac, par exemple, utilisent des stratégies de promotion et autres pour faire pression sur les pouvoirs publics afin qu'ils autorisent ces produits sur les marchés nationaux et les faire échapper à la réglementation antitabac (en particulier aux interdictions de la publicité, de la promotion et du parrainage en faveur du tabac, aux taxes et aux lois sur les environnements sans tabac), minant ce faisant les initiatives de lutte antitabac et affaiblissant l'application de la Convention-cadre de l'OMS (23, 128).

## Au travers des mailles du filet réglementaire : la bataille de la réglementation des inhalateurs électroniques de nicotine en Israël

Tandis que le gouvernement israélien élaborait la législation destinée à régir les inhalateurs électroniques de nicotine, un fabricant du nom de E-Cig Ltd a déposé une demande de permis d'importation et de commercialisation d'une cigarette électronique. Le gouvernement a rejeté sa demande au motif que l'efficacité et l'innocuité du produit n'étaient pas démontrées, et que son importation contrevient à la législation israélienne sur les produits pharmaceutiques. La société a contesté la décision du gouvernement, faisant valoir que les inhalateurs électroniques de nicotine ne sont pas des produits pharmaceutiques, mais bien des produits à usage récréatif, et les tribunaux lui ont donné raison.

Cependant, en décembre 2018, le corps législatif israélien a promulgué une nouvelle loi régissant à la fois les produits du tabac et les inhalateurs électroniques de nicotine, laquelle restreignait la publicité en faveur des inhalateurs électroniques de nicotine et imposait le conditionnement neutre de ces produits. JUUL Labs et la Chambre de commerce de Tel-Aviv ont remis en cause ces dispositions au motif que les produits de vapotage sont moins nocifs que les cigarettes et pourraient encourager les fumeurs habituels à abandonner la cigarette au profit des inhalateurs électroniques de nicotine. Selon leurs arguments, les interdictions et les restrictions visant la publicité en faveur des produits de vapotage

violent par conséquent les droits des membres de la chambre de commerce.

Finalement, Israël a modifié avec succès sa législation sur le tabac de manière à appliquer le conditionnement neutre aux produits qui se fument, y compris aux cigarettes électroniques, toutefois cette affaire illustre comment les sociétés cherchent à faire passer les inhalateurs électroniques de nicotine au travers des mailles du filet réglementaire.

Sources: (110, 119, 129)

## Contre les tentatives de l'industrie du tabac de contourner l'interdiction pesant sur les inhalateurs électroniques de nicotine en Thaïlande

Lorsque la Thaïlande a interdit l'importation et la vente des inhalateurs électroniques de nicotine de tous types en 2015, les groupes défenseurs de ces inhalateurs ont fait pression sur le gouvernement pour lever l'interdiction après que PMI a commencé à promouvoir IQOS en 2017. ENDS Cigarette Smoking Thailand (ECST), un groupe partisan des inhalateurs électroniques de nicotine en Thaïlande, a travaillé parallèlement à Philip Morris Thailand Limited pour s'opposer à l'interdiction, en s'appuyant sur six tactiques :

- créer des groupes de façade ;
- faire pression sur les décideurs ;
- mener des campagnes de relations publiques ;
- chercher à discréditer les défenseurs de la lutte antitabac ;
- financer la recherche sur la réduction des méfaits ;
- dresser les secteurs gouvernementaux les uns contre les autres.

Malgré la vive opposition à l'interdiction, la détermination du gouvernement thaïlandais et des organisations de lutte antitabac du pays (assistées par le syndicat des travailleurs du tabac, qui s'opposait à l'intervention des multinationales du tabac dans l'industrie nationale du tabac afin de protéger le public des produits du tabac nocifs) a réussi à faire en sorte que les inhalateurs électroniques de nicotine restent illégaux (en date de janvier 2021).

Tandis que les cigarettiers continuent de s'immiscer dans de plus en plus de pays à revenu faible ou intermédiaire, il convient de prêter une plus grande attention à l'utilisation passée d'influences et de mesures juridiques et administratives par l'industrie du tabac pour prévenir cette influence et établir des cadres réglementaires fondés sur des données scientifiques. Les défenseurs de la santé devraient en outre convaincre les organismes d'autres secteurs de maintenir des politiques conformes à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac.

Source: (130)



# LIENS ENTRE LE TABAGISME ET LA PANDÉMIE DE COVID-19

La question du rôle du tabac dans les cas de COVID-19 et les décès liés à la COVID-19 a été soulevée dès le début de la pandémie, et de nombreuses études ont cherché à mieux comprendre la relation entre le tabagisme et la COVID-19.

Si, dans la plupart des cas, la COVID-19 n'entraîne aucun symptôme ou des symptômes bénins, chez certaines personnes, elle peut déclencher une pneumonie potentiellement mortelle (131-134) et d'autres issues graves. Les personnes souffrant d'obésité (135, 136) et les personnes souffrant d'affections préexistantes telles que des maladies cardiovasculaires, le diabète ou encore une bronchopneumopathie chronique obstructive sont davantage exposées au risque d'issues graves, notamment d'admission en soins intensifs, de placement sous assistance respiratoire, voire de décès (137). Le tabagisme est un facteur de risque connu de ces maladies, ainsi que de maladies respiratoires infectieuses comme la pneumonie et la tuberculose.

## Le rôle du tabac dans les maladies respiratoires infectieuses est bien établi

Le tabagisme compromet la fonction pulmonaire, or la COVID-19 affecte principalement les poumons. Le tabagisme est également un facteur de risque connu de forme grave de nombreuses infections respiratoires (54), notamment liées aux coronavirus du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS, identifié pour la première fois en 2003) et du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV, documenté

pour la première fois en juin 2012) (138-140). Le tabagisme affaiblit en outre le système immunitaire, et des études ont établi un lien entre le tabagisme et des issues moins favorables pour les personnes atteintes de tuberculose (141) et de pneumonie (142). De fait, le tabagisme augmente la pneumonie pneumococcique, à Legionella et à mycoplasme par un facteur de trois à cinq (143).

## Le tabagisme aggrave l'issue de la COVID-19

Selon les données actuelles, les fumeurs (actuels et anciens) sont plus susceptibles de connaître une issue plus grave de la COVID-19 (144). De nombreuses revues systématiques et méta-analyses réalisées à ce sujet relèvent des données probantes concernant une association directe entre la consommation de cigarettes et la gravité de la COVID-19, les fumeurs courant un risque substantiellement plus élevé de progression de la COVID-19 et de décès (144-147) que les non-fumeurs. En outre, les formes graves de COVID-19 et les décès dus à la COVID-19 sont plus fréquents chez les personnes souffrant de comorbidités liées au tabagisme, notamment de BPCO, de cancer du poumon et de maladies cardiovasculaires (131-134). On ne dispose actuellement que d'informations limitées sur les liens entre la COVID-19 et les autres produits du tabac (par exemple les produits du tabac chauffés, les pipes à eau et les cigares) et les inhalateurs électroniques de nicotine (par exemple les cigarettes électroniques), toutefois, on pense que ces produits jouent un rôle défavorable dans la gravité de la COVID-19 (148, 149).

## On dispose de données probantes de plus en plus nombreuses sur les mécanismes biologiques reliant la COVID-19 et le tabagisme

Certaines données tendent à indiquer que les mécanismes biologiques impliqués dans l'infection virale peuvent rendre les fumeurs plus vulnérables à la COVID-19 (150). Ces constatations fournissent une explication plausible de l'association observée entre le tabagisme et l'issue de la COVID-19, toutefois, elles ne font pas l'unanimité. Dans le même temps, d'autres ont avancé l'hypothèse que la nicotine pourrait avoir un effet protecteur contre la COVID-19 grâce à ses effets anti-inflammatoires et à l'inhibition des chocs cytokiniques. Un essai clinique est en cours afin d'étudier le rôle précis que joue la nicotine dans la COVID-19 (151), cependant, il est nécessaire de disposer de plus d'informations avant de tirer des conclusions.

# Information note on COVID-19 and tobacco



## TOBACCO USERS MAY BE AT INCREASED RISK OF GETTING INFECTED WITH THE CORONAVIRUS.

Some characteristics of tobacco use contravene sound advice on how to prevent COVID-19.



Tobacco use requires increased contact of the fingers (and possibly contaminated cigarettes) with the mouth, which makes avoiding touching hands to face difficult.



Tobacco use is often a social activity, which diminishes the chances of safe physical distancing.



Waterpipes have a communal nature – a single mouthpiece is often shared among people and is not necessarily cleaned properly as it passes between users. This compromises the avoidance of sharing and proper and frequent disinfecting.

## TOBACCO USERS MAY BE AT INCREASED RISK OF COMPLICATIONS WITH COVID-19.



People with poor lung function (as a result of tobacco use or anything else) may be at higher risk of complications from COVID-19.



The coronavirus attacks the lungs, so it could pose an especially serious threat to those who use tobacco.



People who use tobacco generally face higher risks of respiratory tract infections, such as lung and chest infections.



Tobacco use compromises the immune system, making it more challenging to fight infection.

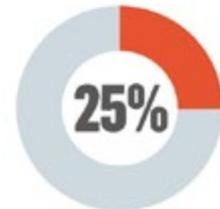
## ANYONE EXPOSED TO SECOND-HAND TOBACCO SMOKE MAY BE SIMILARLY VULNERABLE TO COVID-19 AS TOBACCO USERS.



Children's exposure to second-hand smoke in the WHO European Region – in homes, cars and public places – remains high.

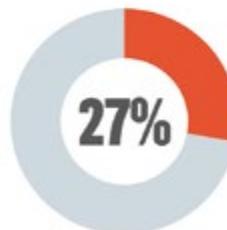


Eight countries are leading a regional trend towards protecting children's rights to smoke-free air in private cars and outdoor playgrounds.

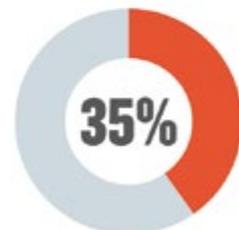


Twenty-five per cent of countries in the Region prohibit smoking in all public places.

## PRELIMINARY EVIDENCE FOR COVID-19 REVEALS TOBACCO USERS AND MEN EXPERIENCE A MORE SEVERE PROGRESSION OF THE DISEASE (INCLUDING DEATH).



Nearly 27% of the population in the WHO European Region use tobacco.



More than 35% of men in the Region are tobacco users.

▲ WHO European Regional Office media campaign launch in early 2020 to help keep people informed about the risks associated with tobacco in the context of the COVID-19 pandemic

## COVID-19: TOBACCO USE AND VAPING

### SMOKING

Smoking cigarettes/*bidis*/*kreteks*/*sheesha* and other forms of smoking products can increase your chances of getting COVID-19 by:

Transferring the virus by bringing your hands to your mouth



Smoking damages lungs, heart and other body parts and may increase your risk of getting a severe case of COVID-19.

### VAPING

Vaping makes lungs more vulnerable to infection and disease. It also weakens the immune system.



### SHEESHA

Sharing tobacco products such as waterpipe/*sheesha*/*hukka* can transmit the virus between people.

The *sheesha* apparatus (including the hose and chamber) itself may contribute to this risk by providing an environment that promotes the survival of the virus outside the body, as it is not cleaned often in social and community settings.

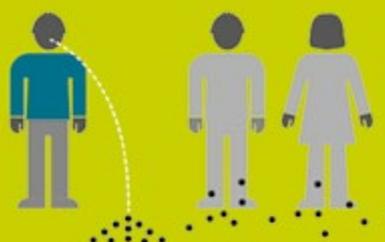


### SMOKELESS TOBACCO AND BETEL NUT CHEWING

Chewing smokeless tobacco (*khaini*, *zarda*, *gutka*, *paan* and *paan masala* with tobacco) and areca nut (*supari*) increase saliva production and enhances the urge to spit repeatedly.



Spitting in public places could increase the spread of COVID-19.



**QUIT NOW – IT IS NEVER TOO LATE TO QUIT!**



▲ South-East Asia Regional Office media campaign launched in the early months of 2020 to inform people of the risks associated with tobacco, e-cigarettes, sheesha and smokeless tobacco and betel nut use during the COVID-19 pandemic

## Bases factuelles et fausses informations sur le risque de contracter la COVID-19

Au début de la pandémie, il régnait une grande confusion concernant le lien potentiel entre le tabagisme et la COVID-19, en partie en raison des fausses informations véhiculées dans les médias. Certaines des premières études alléguaient que la prévalence de fumeurs identifiés parmi les patients COVID-19 hospitalisés était moins importante qu'au sein de la population générale, ce qui a mené certains à affirmer que le tabagisme, et la nicotine en particulier, pourrait avoir un effet protecteur contre la COVID-19.\* La qualité des données et des analyses de données a soulevé d'importantes inquiétudes dans le cadre de ces recherches, de même que les conflits d'intérêts inhérents de certains chercheurs ayant pris part à ces études. Des recherches continuent d'être menées pour mieux quantifier le risque de contracter la COVID-19 en tant que fumeur, toutefois, il est important de reconnaître que l'interprétation de ces données pose de nombreux défis, en particulier en pleine situation d'urgence mondiale (130, 152). Les principaux défis qui se posent sont les suivants :

### Consommation de tabac autodéclarée en milieu hospitalier

Au début de la pandémie, en particulier, les antécédents de tabagisme étaient rarement indiqués dans les rapports publiés provenant des milieux hospitaliers. La consommation de tabac autodéclarée est difficile à collecter, en particulier en situation d'urgence. En milieu hospitalier, où les patients sont admis dans différents états de santé, consigner les antécédents de tabagisme n'est pas souvent une priorité pour les agents de santé. Lorsque la personne est inconsciente lors de son hospitalisation, il se peut que ces données ne soient jamais recueillies. Les informations sur les antécédents de tabagisme et le temps écoulé depuis qu'une personne a éventuellement arrêté de fumer ne

sont souvent pas collectées, et les patients en soins intensifs ne sont souvent même pas inclus dans les études de séries de cas.

De plus, suivant le contexte, certaines personnes préfèrent ne pas donner d'informations sur leur consommation de tabac (les jeunes qui cachent leur consommation aux adultes, par exemple, ou les contextes dans lesquels les femmes pensent que le tabagisme est socialement inacceptable), en particulier à leur médecin. En outre, étant donné le contexte d'une flambée de maladie respiratoire, certains fumeurs peuvent avoir arrêté de fumer récemment lorsqu'ils ont commencé à se sentir malades et indiqué ne plus fumer.

### Représentativité des populations d'étude

Un grand nombre des études éclairant notre compréhension du lien entre le tabagisme et la COVID-19 portaient sur des populations spécifiques, comme les agents de santé ou les personnes présentant des comorbidités. Or, les tendances de ces populations en termes de prévalence du tabagisme peuvent être très différentes de celles de la population générale. En outre, les personnes qui sont hospitalisées ne sont souvent pas représentatives de l'ensemble de la population. Plusieurs facteurs peuvent les différencier de la population générale. Par exemple, les personnes atteintes de COVID-19 hospitalisées pendant la première vague étaient généralement des personnes âgées souffrant de maladies non transmissibles préexistantes. Il s'agissait par ailleurs souvent de personnes bénéficiant d'un meilleur accès à l'hôpital, que ce soit en raison de leur contexte géographique ou socioéconomique. Fait important, la majorité des études examinant le lien entre le tabagisme et l'issue de la COVID-19 n'effectuent pas d'ajustements en fonction des facteurs de confusion pertinents tels

que l'âge, ce qui rend l'interprétation des résultats facilement faillible.

### Biais de dépistage dans les études de cohorte en population

Certaines études ont suggéré que parmi les personnes ayant fait l'objet d'un test de dépistage de la COVID-19, les taux de résultats positifs au sein des fumeurs étaient inférieurs, ce qui a été interprété comme signifiant que les fumeurs sont moins susceptibles de contracter la maladie. Cependant, étant donné que les fumeurs sont plus susceptibles de présenter des symptômes respiratoires comme la toux, ils sont également plus susceptibles d'être considérés comme des cas suspects et d'être testés. Si, proportionnellement, un plus grand nombre de fumeurs sont testés que de non-fumeurs, il semblera que les fumeurs risquent moins de contracter la COVID-19, que cela soit le cas ou non.

Afin de surmonter ces sources potentielles de biais, la meilleure structure d'étude est une étude de cohorte prospective de grande envergure qui suit une population représentative de la population générale dans le temps (et pour laquelle on dispose des antécédents complets de tabagisme, ainsi que des facteurs de confusion comme l'âge et les autres affections préexistantes) afin de voir si ces personnes contractent ou non la COVID-19 et, le cas échéant, à quel degré de gravité. Au moment de la rédaction du présent rapport, les bases factuelles concernant le lien entre le tabagisme et le risque de contracter la COVID-19 ne sont pas concluantes (153).

\*Des journalistes d'investigation ont révélé que les auteurs de certains articles controversés suggérant que les fumeurs sont moins susceptibles de contracter la COVID-19 ont des liens avec l'industrie du tabac. Un article, en particulier, a été retiré du *European Respiratory Journal* en raison de conflits d'intérêts non déclarés de certains auteurs avec l'industrie du tabac (154).

---

## La COVID-19 stimule l'adoption de mesures audacieuses de lutte antitabac

Depuis le début de la pandémie de COVID-19, la plupart des gouvernements ont tenté de restreindre les déplacements et de ralentir la propagation de la maladie par des mesures telles que des couvre-feux, des quarantaines et des ordres de confinement. Dans ce contexte, certains pays ont appliqué des « listes de biens essentiels » pour restreindre la vente de certains produits et, ce faisant, limiter les déplacements dans les lieux publics. Dans un petit nombre de pays, ces listes ont également été utilisées pour restreindre l'accès à des produits nocifs pour la santé tels que les produits du tabac et à base de nicotine.

---

## Interdictions et restrictions de la vente et de la consommation de tabac dans certains pays

L'Afrique du Sud et le Botswana sont deux pays qui ont profité de l'occasion pour désigner les produits du tabac et à base de nicotine comme des biens non essentiels et imposer une interdiction temporaire de vente de ces produits (155). D'autres pays ont restreint la consommation de produits du tabac dans certains endroits. L'Espagne, par exemple, a élargi les interdictions de fumer aux espaces extérieurs (156), et 15 pays du Moyen-Orient ont interdit l'utilisation de pipes à eau dans les lieux fermés (157). En Inde, des interdictions de cracher (acte associé à la consommation de tabac à chiquer) ont été imposées dans de nombreuses régions du pays (158). Le

Bhoutan, pays où le tabac était interdit depuis plus de dix ans, a pour sa part levé cette interdiction pour décourager la transmission transfrontalière et mis en place la vente de tabac au travers de détaillants relevant de l'État (159).

Certaines de ces mesures ont livré d'importantes leçons pour la lutte antitabac à l'avenir. Une étude portant sur l'interdiction sud-africaine, par exemple, a indiqué qu'en l'absence d'autres mesures coordonnées de lutte antitabac, les interdictions de vente ne peuvent réduire avec succès la consommation de tabac (160). Aux États-Unis, le non-respect, par les magasins de vapotage, des ordres de fermeture portant sur les articles non essentiels a poussé autant de vapoteurs à accumuler un stock de ces produits que de vapoteurs à essayer de réduire leur consommation ou d'arrêter (161).

---

## L'impact de la COVID-19 sur les comportements tabagiques est mitigé

Ces mesures nationales représentent des tentatives sans précédent d'atténuer l'impact du tabagisme sur la vulnérabilité des populations, qui ont sans doute eu à la fois des effets positifs et des effets négatifs sur la lutte antitabac. En Afrique du Sud, par exemple, les données recueillies sur l'impact de l'interdiction temporaire de vente de tabac laissent à penser que de nombreux fumeurs ont essayé d'arrêter de fumer ou réduit leur consommation quotidienne de cigarettes (162). À l'échelle mondiale, l'impact de la pandémie sur les comportements tabagiques semble varier grandement d'une population à l'autre. Certaines personnes ont indiqué fumer plus que de coutume pour réduire leur niveau de stress ou de solitude à la maison (163, 164). En même temps, certaines

études montrent qu'un nombre record de fumeurs ont essayé d'arrêter de fumer en raison de la pandémie de COVID-19 et de la prise de conscience du lien entre le tabagisme et l'apparition de symptômes plus graves de la COVID-19 (165).

---

## Les services de sevrage tabagique s'avèrent cruciaux à l'heure où la COVID-19 pousse les fumeurs à renoncer au tabac

Sous l'effet de la pandémie de COVID-19, il se peut qu'un plus grand nombre de personnes pensent à leur santé et envisagent de renoncer au tabac. Les services de sevrage tabagique – déjà insuffisants ou indisponibles dans de nombreuses régions du monde – ont été encore plus négligés dans le contexte de la pandémie, et il est improbable que leur financement reçoive la priorité dans le cadre de la reprise économique post-COVID-19. C'est pourquoi l'OMS et ses partenaires ont cherché à mettre davantage l'accent sur l'aide au sevrage tabagique. En 2021, l'OMS a lancé plusieurs initiatives novatrices, dont la campagne « S'engager à arrêter » associée à la Journée mondiale sans tabac, qui vise à encourager les fumeurs à renoncer au tabac.

**Alors que la pandémie de COVID-19 a mis en évidence la vulnérabilité de la population mondiale, les industries du tabac et des cigarettes électroniques ont exploité la situation à des fins commerciales.**

## S'engager à arrêter, la campagne de la Journée mondiale sans tabac

Reconnaissant que de nombreux fumeurs qui veulent arrêter n'ont pas accès à un soutien approprié et que la pandémie a donné à davantage de personnes des raisons d'essayer d'arrêter de fumer, l'OMS a élaboré plusieurs nouvelles initiatives visant à les encourager à renoncer pour de bon au tabac. Parmi ces initiatives figurent une initiative de journal intime de fumeur, des chatbots innovants et « Voici Florence », la première initiative d'arrêt du tabagisme fondée sur l'intelligence artificielle. La campagne de la Journée mondiale sans tabac, qui prend généralement la forme d'une initiative de 24 heures visant à sensibiliser la population à un aspect particulier de la lutte antitabac, a été modifiée en 2021 en une campagne d'un an visant à aider 100 millions de personnes dans le monde à renoncer au tabac.



## Tactiques de l'industrie du tabac dans le contexte de la COVID-19

Alors que la pandémie de COVID-19 a mis en évidence la vulnérabilité de la population mondiale face aux infections respiratoires graves, les industries du tabac et des cigarettes électroniques ont trouvé différentes manières de contourner les mesures de santé publique restreignant l'accès aux produits non essentiels et ont exploité la situation à des fins commerciales. L'initiative STOP menée à l'Université de Bath a documenté de manière systématique les cas d'ingérence de l'industrie du tabac depuis le début de la pandémie de COVID-19. La liste ci-après expose quelques-unes des tactiques identifiées :

- Dons à des pays sous couvert de responsabilité sociale des entreprises. En Grèce, par exemple, face à l'émergence de données constatant que le tabagisme prédispose à des issues plus graves de la COVID-19, Philip Morris International a fait don de respirateurs à des unités de soins intensifs. Les acteurs de l'industrie ont par ailleurs promu ces gestes comme des actes socialement responsables sur leurs sites Web et dans leurs présentations aux actionnaires, tout en passant sous silence les méfaits directs liés à l'utilisation de leurs produits.
- Chercher à participer aux débats scientifiques. Par exemple, la participation aux recherches menées sur la mise au point de vaccins à base de feuilles de tabac présente l'industrie du tabac comme « partie à la solution ».
- Production de supports promotionnels d'apparence pratiquement identique aux communications officielles de santé publique émanant des autorités sanitaires.
- Vaste distribution d'articles promotionnels tels que des masques arborant les logos de l'industrie du tabac.
- Octroi de remises importantes et promotions en faveur de la « livraison sans contact » et des points de livraison dans la rue de cigarettes électroniques.
- Recours à la livraison sans contact, qui peut saper les restrictions liées à l'âge minimum d'achat, et suppression des exigences de vérification de l'identité au point de livraison de produits du tabac chauffés dans au moins un pays.
- Appropriation du hashtag #restezchezvous sur les réseaux sociaux (utilisé par les responsables gouvernementaux et de santé publique) pour faire la promotion des produits du tabac chauffés et des inhalateurs électroniques de nicotine.
- Utilisation des réseaux sociaux pour faire la promotion de l'utilisation d'inhalateurs électroniques de nicotine et d'autres produits comme compagnons idéaux pour les personnes en télétravail.
- Allégations sur les bénéfices des inhalateurs électroniques de nicotine pour la santé. Par exemple, la marque des États-Unis Bidi Vapor a allégué sur Instagram que « A bidi stick a day keeps the pulmonologist away » (adapté du dicton anglais « An apple a day keeps the doctor away » vantant les effets bénéfiques de la pomme pour la santé).
- Ingérence dans les politiques en contestant la classification des activités et entreprises essentielles afin d'éviter les répercussions négatives sur leurs activités.
- Ingérence dans les politiques en faisant pression sur les gouvernements, notamment du Bangladesh, de la Fédération de Russie, de l'Indonésie et du Pakistan, pour qu'ils rouvrent les usines de tabac et de cigarettes au début de la pandémie. Cette ingérence a mené au décès de deux travailleurs indonésiens de la COVID-19.
- L'industrie du tabac a également exploité l'impact de la pandémie pour entraver des mesures de lutte antitabac sur le point d'être adoptées. En Europe, par exemple, des représentants de l'industrie du tabac ont utilisé la pandémie pour reporter une interdiction visant la vente de cigarettes au menthol.

Sources: (154, 166–168)

## Les acteurs de la lutte antitabac peuvent tirer plusieurs leçons de l'expérience de la pandémie de COVID-19

Voici quelques exemples de leçons tirées :

- **L'importance de fournir au public des informations fiables et fondées sur des données probantes sur les méfaits.** Le tabagisme est un facteur de risque connu de la santé pulmonaire et cardiaque, et il est important de mettre la population en garde contre ses effets nocifs potentiels dans le contexte d'une nouvelle maladie infectieuse qui affecte ces organes. Lors de l'investigation des liens entre le tabagisme et la COVID-19, il est impératif d'appliquer des méthodologies et des approches analytiques solides afin de garantir que des bases factuelles solides et fiables sont utilisées pour éclairer les mesures appropriées.
- **La nécessité de « reconstruire en mieux » :** la COVID-19 a eu des effets dévastateurs sur la santé et le bien-être économique, et nous savons aujourd'hui que de nombreuses maladies non transmissibles rendent les personnes plus vulnérables face à ses conséquences les plus graves. La lutte antitabac est une manière rentable d'améliorer la santé de la population. Tandis que les pays sont confrontés à des difficultés économiques et que les systèmes de santé peinent à faire face à la pandémie, la lutte antitabac demeure un investissement important qui a le potentiel de prévenir des millions de décès et d'innombrables cas de maladie. Le tabagisme est un facteur de risque clé de nombreuses maladies non transmissibles, toutefois des mesures antitabac plus fermes peuvent contribuer à protéger efficacement la population de ses effets nocifs à l'avenir. En particulier, des taxes plus élevées sur les produits du tabac pourraient jouer un rôle central comme moyen de générer les recettes dont les gouvernements ont grand besoin dans le contexte de la reprise économique post-pandémie.
- **L'importance de promouvoir un journalisme responsable et de contrer les informations fausses :** Les médias doivent faire leur responsabilité de garantir que des informations fiables soient mises à la disposition du public. Compte tenu des nombreuses inconnues, on observe dans le contexte de la pandémie une forte augmentation de la publication rapide en ligne d'études mettant en lumière des résultats de recherche qui n'ont pas été évalués comme il se doit par des spécialistes. Il faut éviter cela. Il y a en outre lieu d'élaborer des politiques et des lois permettant de gérer les plateformes de médias sociaux et de contrer l'impact des informations fausses et de la surabondance d'information (l'« infodémie »).
- **La nécessité de rester sur ses gardes face à l'ingérence de l'industrie du tabac :** L'industrie du tabac et les industries connexes de la nicotine sont d'implacables opportunistes. Même en cette période de crise, elles ont trouvé des manières de commercialiser leurs produits et de contourner les restrictions destinées à protéger la santé de la population. Les pays, les entreprises et la population doivent rester vigilants face aux tactiques de ces industries.
- **L'importance de renforcer les services de sevrage tabagique :** La pandémie de COVID-19 a mené à une prise de conscience accrue des problèmes liés à la santé, ce qui peut encourager certaines personnes à essayer de renoncer au tabac. Les personnes qui essaient d'arrêter ont plus de chances de réussir si elles bénéficient du soutien approprié. Les traitements de substitution nicotinique comme les gommes à mâcher et les patchs, ainsi que les services de sevrage éprouvés, tels que les brefs conseils offerts par des agents de santé formés, les services téléphoniques gratuits d'aide au sevrage et les programmes de messages par SMS, devraient être mis à la disposition de tous et renforcés partout dans le monde.

### Le Botswana intensifie la lutte antitabac dans le contexte de la pandémie de COVID-19

Le Botswana a décrété en 2020 des règlements d'urgence historiques liés à la COVID-19 interdisant l'importation et la vente de produits du tabac et liés au tabac durant la pandémie. L'approbation, par le Parlement, du texte législatif numéro 61 de 2020 a fait du Botswana le deuxième pays d'Afrique (après l'Afrique du Sud) à interdire la vente de tabac et de produits du tabac durant le confinement d'urgence lié à la pandémie de COVID-19 – mesure

saluée par beaucoup comme une initiative audacieuse plaçant les intérêts de santé publique avant les intérêts commerciaux. Elle illustre par ailleurs la détermination du gouvernement du Botswana à faire de la santé un droit pour l'ensemble des citoyens.

Par l'intermédiaire des médias sociaux Facebook et Twitter, le Président du Botswana a demandé aux citoyens de prendre soin de leur santé durant la situation d'urgence liée à la COVID-19,

s'adressant à eux en ces termes : « Ne buvez pas, ne fumez pas, maintenez une distance d'au moins deux mètres et évitez de serrer la main ». Il a également conseillé à ses concitoyens de rester chez eux, de se laver les mains régulièrement avec de l'eau et du savon, de tousser et éternuer dans le pli du coude et de veiller à la sécurité de leur famille.

## Quinze pays de la Région de la Méditerranée orientale interdisent l'utilisation des pipes à eau

Réduire l'utilisation des pipes à eau est devenue une priorité des experts et des défenseurs de la lutte antitabac dans la Région de la Méditerranée orientale face au nombre grandissant de données de recherche établissant des liens entre le tabagisme et la vulnérabilité accrue à la COVID-19. La nature collective de l'utilisation des pipes à eau (plusieurs utilisateurs partagent souvent le même embout buccal et le même tuyau lors de rassemblements sociaux) est en claire contradiction avec les mesures de distanciation physique essentielles pour limiter la propagation de la COVID-19.

Dans ce contexte, le Bureau régional de l'OMS a travaillé en étroite collaboration avec les ministères de la Santé des pays de la région afin d'encourager la mise en place d'interdictions de l'utilisation des pipes à eau dans l'ensemble des lieux publics intérieurs et extérieurs. En avril 2021, 15 pays et territoires (Arabie saoudite, Bahreïn, Égypte, Émirats arabes unis, Iraq, Jordanie, Koweït, Liban, Oman, Qatar, République arabe syrienne, Soudan, Territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est,<sup>1</sup> Tunisie et Yémen) avaient adopté des interdictions temporaires de l'utilisation des pipes à eau dans

l'ensemble des lieux publics intérieurs et extérieurs, rejoignant deux pays qui avaient déjà instauré des interdictions permanentes (Iran (République islamique d') et Pakistan).

Cette interdiction représente une réussite unique et importante de la lutte antitabac. Elle montre que les politiques antitabac, en l'occurrence les lois sur les lieux sans tabac, sont réalisables et efficaces, même en cas de vive résistance des pouvoirs publics et de l'industrie du tabac.



1. "Territoire palestinien occupé" est également employé tout au long du rapport pour désigner le "Territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est".

mpower

# MESURES EFFICACES DE LUTTE ANTITABAC



**m**

**Monitor**

Surveiller la consommation de tabac et les politiques de prévention



**p**

**Protect**

Protéger la population contre la fumée du tabac



**o**

**Offer**

Offrir une aide à ceux qui veulent renoncer au tabac



**w**

**Warn**

Mettre en garde contre les dangers du tabagisme



**e**

**Enforce**

Faire respecter l'interdiction de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage



**r**

**Raise**

Augmenter les taxes sur le tabac

# SURVEILLER LA CONSOMMATION DE TABAC ET LES POLITIQUES DE PREVENTION

L'article 20 de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac stipule que

« (...) les Parties mettent en place (...) des programmes de surveillance de l'ampleur, des tendances, des déterminants et des conséquences de la consommation de tabac et de l'exposition à la fumée de tabac. (...) les Parties intègrent les programmes de surveillance du tabagisme aux programmes de surveillance de la santé aux niveaux national, régional et mondial afin que les données soient comparables et puissent être analysées aux niveaux régional et international (...) » (174)

## Le suivi renforce la lutte antitabac

Le suivi des schémas et des tendances en matière de consommation de tabac et d'exposition à la fumée du tabac est essentiel pour combattre l'épidémie et renforcer l'application de la Convention-cadre – un des objectifs de développement durable (ODD 3.a). Il est crucial de disposer de données fiables et disponibles en temps opportun pour comprendre à la fois les besoins non satisfaits en termes de mesures antitabac et les effets des mesures en vigueur. Les données donnent aux responsables de l'élaboration des politiques les bases factuelles dont ils ont besoin pour plaider en faveur d'une

augmentation des efforts antitabac et des ressources de mise en œuvre.

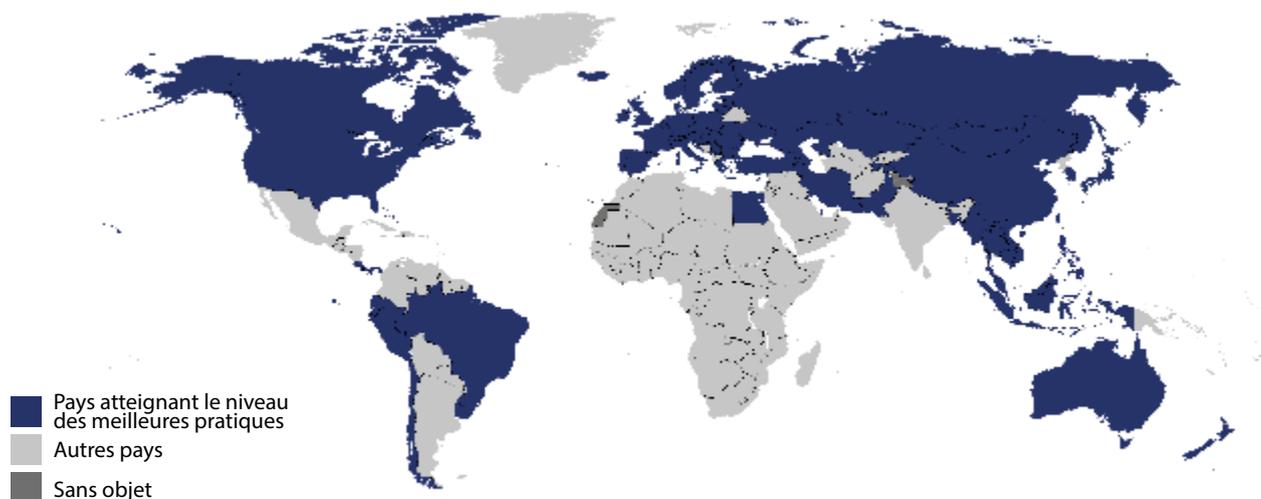
Les principaux produits à suivre sont les suivants :

- les cigarettes et les autres formes de tabac à fumer (par exemple, les cigares, les pipes, les bidis, les pipes à eau, les produits du tabac chauffés) ;
- les produits du tabac sans fumée (tabac oral ou nasal) ;
- les produits du tabac nouveaux et émergents comme les vaporisateurs de tabac ;

- les formes de consommation de nicotine sans tabac (par exemple les inhalateurs électroniques de nicotine).

Outre le suivi de l'impact des interventions de politique antitabac (169), il est important que les activités de l'industrie du tabac soient surveillées et suivies dans la mesure du possible (170, 171). Ces données peuvent aider à ajuster et améliorer les stratégies de lutte antitabac.

## SUIVI DE LA PRÉVALENCE DU TABAGISME – PAYS ATTEIGNANT LE NIVEAU DE RÉALISATION LE PLUS ÉLEVÉ, 2020



Pays atteignant le niveau de réalisation le plus élevé : Allemagne, Arménie, Australie, Autriche, Azerbaïdjan, Bahamas, Bangladesh, Belgique, Bhoutan, Brésil, Brunéi Darussalam, Bulgarie, Cambodge, Canada, Chili, \*Chine, Chypre, Costa Rica, Croatie, Danemark, Égypte, Équateur, Espagne, Estonie, États-Unis d'Amérique, Fédération de Russie, Finlande, France, Géorgie, Grèce, Hongrie, Îles Cook, Indonésie, Iran (République islamique d'), Irlande, Islande, Italie, Japon, Kazakhstan, Koweït, Lettonie, Liban, Lituanie, Luxembourg, Malaisie, Malte, Mongolie, Monténégro, Myanmar, Norvège, Nouvelle-Zélande, Pakistan, Palaos, Panama, Pays-Bas, Pérou, Philippines, Pologne, Portugal, Qatar, République démocratique populaire lao, République de Corée, République de Moldova, Roumanie, Royaume-Uni, Serbie, Singapour, Slovaquie, Slovénie, Suède, Suisse, \*Tadjikistan, Tchèque, Thaïlande, Turquie, Ukraine, Uruguay, Viet Nam.

\* Pays au niveau le plus élevé après le 31 décembre 2018.

## L'augmentation de la couverture mondiale des mesures MPOWER depuis 2007 a contribué à réduire le taux mondial de tabagisme de 22,7 % à 17,5 % en 2019.

### La moitié du monde est couverte par des systèmes solides de surveillance du tabagisme

Plus de la moitié de la population mondiale – 4,4 milliards de personnes dans 78 pays – vit dans des pays dotés de systèmes solides de suivi comprenant notamment des enquêtes en population et en milieu scolaire récentes, représentatives et périodiques qui interrogent les adultes et les adolescents sur leur consommation de tabac. La plupart des pays dotés de systèmes de suivi exhaustifs (46 sur 78) sont des pays à revenu élevé. En dépit du fait qu'ils disposent de ressources suffisantes, 25 % des pays à revenu élevé n'ont pas réalisé de suivi du tabagisme

au sein de leur population au cours des 5 dernières années. En revanche, pour la première fois dans le cadre du présent rapport, un pays à faible revenu – le Tadjikistan – a rejoint le groupe des pays dont le suivi relève des meilleures pratiques. Aucune enquête récente (postérieure à 2014) n'a été réalisée dans 37 pays du monde.

### Le suivi continu du tabagisme constitue un défi pour certains pays

Depuis 2018, le nombre de pays qui assurent un suivi au niveau des meilleures pratiques est passé de 76 à 78. La population vivant dans des pays qui assurent le suivi au niveau des meilleures

pratiques est passée de 3 milliards à 4,4 milliards de personnes. Les deux pays qui ont rejoint le groupe des pays atteignant le niveau des meilleures pratiques sont la Chine et le Tadjikistan.

En raison des difficultés liées à la réalisation d'enquêtes nationales en population dans le contexte de la pandémie de COVID-19, de nombreuses enquêtes prévues en 2020 ont été reportées ou annulées. En outre, les résultats de certaines enquêtes entreprises en 2019 n'ont pas été publiés à temps aux fins du présent rapport. De ce fait, 11 pays qui se situaient au niveau des meilleures pratiques en 2018 n'ont pas été en mesure de réitérer cet accomplissement. Compte tenu des circonstances, ces onze pays (Bahamas, Bangladesh, Bhoutan, Cambodge, Costa Rica, Égypte, Koweït, Myanmar, Pakistan, Panama, Qatar), qui représentent 577 millions de personnes,

## Les investissements dans des enquêtes régulières et d'autres mesures réduisent le tabagisme au Tadjikistan

Depuis 2004, le Tadjikistan a réalisé plusieurs enquêtes nationales afin de suivre le progrès de la lutte antitabac, notamment des enquêtes démographiques et sanitaires en 2012 et 2017 ; une enquête mondiale sur le tabagisme chez les adultes en 2016 ; la stratégie STEPwise de l'OMS pour la surveillance des facteurs de risque des maladies chroniques (STEPS) en 2016-2017 ; une enquête mondiale en milieu scolaire sur la santé des élèves en 2006 et une enquête mondiale sur le tabagisme chez les jeunes en 2004, 2014 et 2019.

Les résultats des enquêtes auprès des adultes menées tout au long de cette période montrent que le taux de prévalence du tabagisme est modéré à élevé chez les hommes et très faible chez les femmes (13,5 % au total – 25,7 % chez les hommes et 0,2 % chez les femmes). Les formes de tabagisme sans fumée semblent être le principal domaine requérant une attention, 10,3 % de la population totale et 19,7 % des hommes consommant du tabac sans fumée (172).

Le deuxième volet de l'enquête STEPS, qui est en cours de planification, sera l'occasion d'évaluer les tendances en matière de tabagisme chez les adultes dans le pays. De plus, le quatrième volet de l'enquête mondiale sur le tabagisme chez les jeunes, prévu pour 2024, témoigne du ferme engagement du Tadjikistan en matière de suivi du tabagisme par la collecte de données récentes, représentatives et périodiques concernant les adultes et les jeunes.

En réponse au problème du tabagisme, la stratégie nationale 2013-2023 de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles et les traumatismes en République du Tadjikistan comporte une cible de réduction de la consommation de

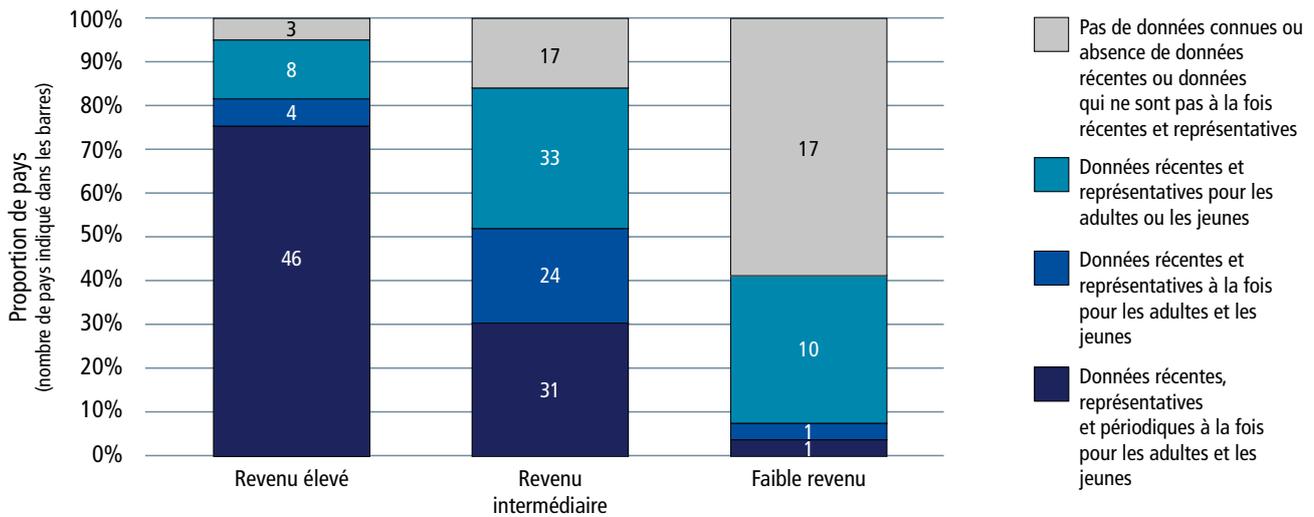
tabac et de tabac naswar (une forme de tabac sans fumée) de 20 % d'ici 2023.

Réaffirmant l'engagement du pays en faveur de la lutte antitabac et sous l'effet de la volonté politique engendrée par les résultats des enquêtes sur la prévalence, le Tadjikistan est devenu Partie à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac en 2013, et a adopté en 2018 une nouvelle loi antitabac solide. Cette nouvelle loi s'applique à tous les produits du tabac, y compris les cigarettes et les cigares, les pipes à eau, le tabac sans fumée et les cigarettes électroniques, et contient des mesures efficaces de lutte antitabac conformes à la Convention.

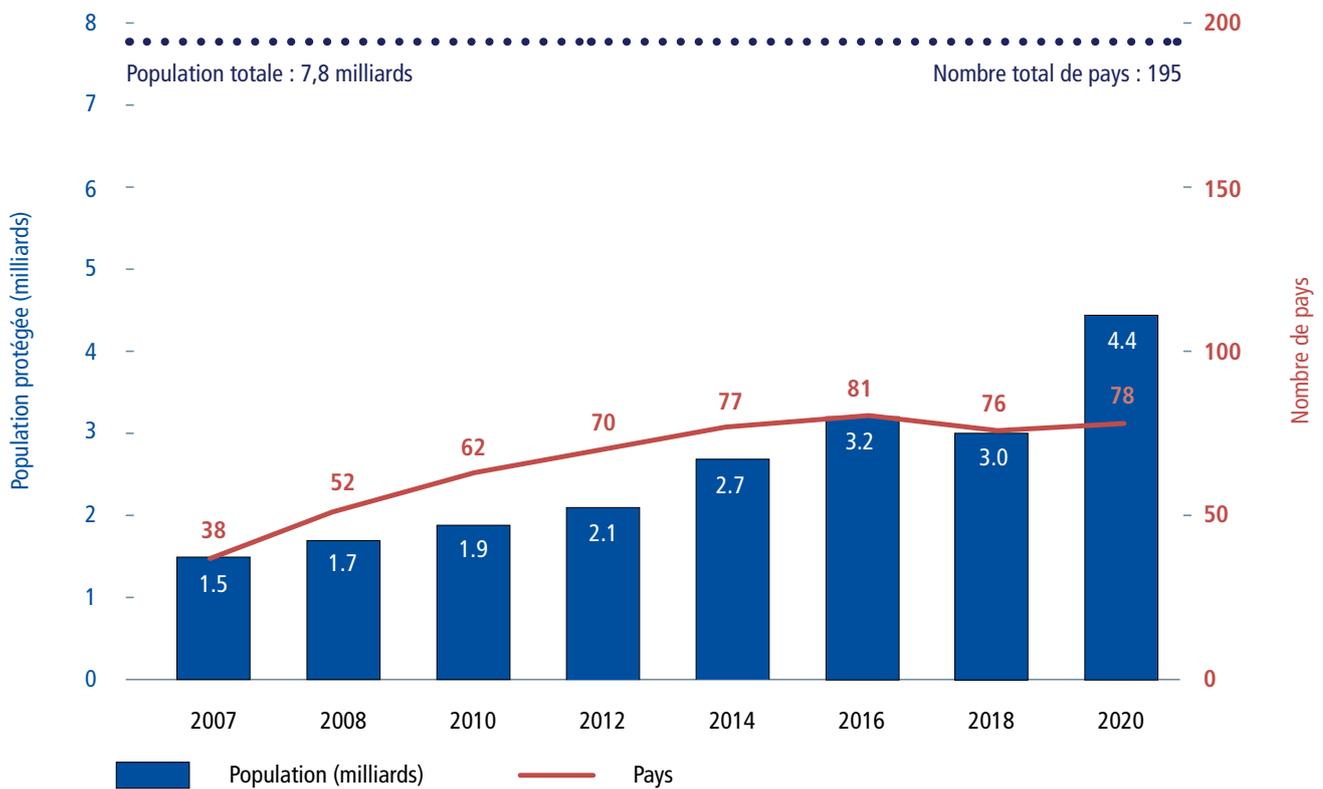


Des élèves remplissent le questionnaire de l'enquête mondiale sur le tabagisme chez les jeunes au Tadjikistan en 2019

## SUIVI (2020)



## PROGRÈS EN MATIÈRE DE SUIVI (2007—2020)



ont été maintenus à titre exceptionnel dans le groupe des pays aux meilleures pratiques aux fins du présent rapport.

Depuis 2007, 2,9 milliards de personnes dans 40 autres pays sont désormais couvertes par des mesures de suivi du tabagisme au niveau des meilleures pratiques.

Quatre-vingt-quinze pour cent des pays à revenu élevé et 80 % des pays à revenu

intermédiaire ont réalisé au moins une enquête nationale auprès des adultes ou des jeunes au cours des 5 dernières années. Cependant, 40 % seulement des pays à faible revenu (12 pays) ont réalisé une telle enquête. En 2020, 117 pays ne surveillaient pas leur épidémie de tabagisme au plus haut niveau, toutefois, 29 pays étaient à un pas d'atteindre un niveau de suivi exhaustif. Si ces 29 pays comblaient les lacunes de manière

à atteindre le niveau des meilleures pratiques, on recenserait 1,8 milliard de personnes supplémentaires (23 % de la population mondiale) vivant dans des pays qui assurent un suivi efficace de l'épidémie de tabagisme afin de mieux éclairer les futures mesures politiques.

## Les enquêtes jouent un rôle important dans l'élaboration des politiques relatives au tabagisme en Chine

La Chine, premier producteur et consommateur de produits du tabac du monde, compte plus de 300 millions de fumeurs (un quart du total mondial). Chaque année, plus d'un million de Chinois meurent de maladies provoquées par le tabagisme (91, 173). Dans le cadre du suivi de l'épidémie de tabagisme, la Chine réalise régulièrement des enquêtes sur le tabagisme représentatives à l'échelle nationale.

La Chine a déployé l'enquête mondiale sur le tabagisme chez les adultes en 2010. Les résultats de cette enquête ont fourni des données importantes en faveur de la promotion de politiques antitabac en Chine telles que l'augmentation des taxes sur le tabac et l'interdiction de la publicité, de la promotion et du parrainage en faveur du tabac. Les résultats ont également été utilisés pour sensibiliser le grand public au moyen d'anecdotes et de contenu sur les réseaux sociaux, et pour éclairer les propositions de politiques mettant en lumière l'urgence de la lutte antitabac.

Afin d'évaluer la gravité du problème du tabagisme chez les jeunes, la Chine a réalisé la première phase d'une enquête mondiale sur le tabagisme chez les jeunes en 2013-

2014. Au moment de l'enquête, la loi chinoise sur la publicité était en cours de modification, et les résultats de l'enquête ont fourni des bases factuelles solides pour promouvoir des dispositions pertinentes visant à renforcer la réglementation de la publicité en faveur du tabac dans les lieux publics. En 2019, la Chine a réalisé la deuxième phase de l'enquête, dont il est ressorti que l'utilisation des inhalateurs électroniques de nicotine était en hausse chez les adolescents. Les organisations de santé publique se sont appuyées sur les données de ces enquêtes pour plaider auprès du Congrès national du peuple en faveur de dispositions relatives aux cigarettes électroniques dans la loi sur la protection des mineurs.

En raison de l'immensité et de la diversité de la Chine, la surveillance nationale y est difficile : les personnes

chargées de la collecte des données ont du mal à atteindre les ménages dans les zones reculées, passant parfois plusieurs jours à se rendre chez eux pour qu'ils répondent aux questionnaires. Cependant, la conception solide des recherches a permis de rassembler avec succès les données, qui sont représentatives à l'échelle nationale. Maintenant que la Chine atteint le niveau des meilleures pratiques MPOWER en matière de suivi du tabagisme, 1,4 milliard de personnes supplémentaires sont désormais couvertes par des données représentatives et collectées régulièrement qui étayent la lutte contre l'épidémie de tabagisme. La Chine compte continuer d'améliorer son système de surveillance du tabagisme afin de renforcer la lutte antitabac et de faire reculer la consommation de tabac.



Rapports d'enquête sur le tabagisme en Chine

### Plus d'un milliard de personnes fument à l'heure actuelle, soit moins de 100 millions de moins qu'en 2007

Au total, on recense près d'un milliard de fumeurs âgés de 15 ans et plus dans le monde. Ce chiffre n'a pas beaucoup évolué depuis 2007, année où le monde comptait un peu plus d'un milliard de fumeurs. À l'heure actuelle, 847 millions d'hommes (46 millions de moins qu'en 2007) et 153 millions de femmes (36 millions de moins qu'en 2007) fument du tabac.

Malgré le fait que trois quarts des pays interdisent la vente aux moins de 18 ans – et que dix pays appliquent un âge minimum d'achat de produits du tabac encore plus élevé – on estime que 24 millions d'enfants âgés de 13 à 15 ans fument dans le monde, et que 13 millions consomment du tabac sans fumée (91).

### Les taux de tabagisme sont en baisse à l'échelle mondiale

Entre 2007 et 2019, le taux de tabagisme est passé d'une moyenne mondiale de 22,7 % à 17,5 %, ce qui représente une réduction relative de 23 % sur 12 ans. Les taux de tabagisme dans les pays à faible revenu sont inférieurs de moitié environ à ceux des pays à revenu élevé, ce ratio ayant peu évolué au cours de cette période. La réduction relative du taux de tabagisme entre 2007 et 2019 dans les pays à revenu élevé est de 20 %, contre 19 % dans les pays à faible revenu. Dans les pays à revenu intermédiaire (qui abritent les trois quarts de la population mondiale), la réduction relative n'est que de 12 %.

Si les taux de tabagisme reculent le plus rapidement en moyenne dans les pays à revenu élevé, ces pays continuaient en revanche d'afficher collectivement le taux de tabagisme le plus élevé de toutes les

catégories de revenu en 2019 (21,6 %). Au cours de la même décennie, le tabagisme a reculé de 37,5 % à 29,6 % chez les hommes et de 8,0 % à 5,3 % chez les femmes. En 2019, les taux de tabagisme chez les femmes des pays à revenu élevé étaient toujours les plus élevés de toutes les catégories de revenu des pays (16,4 %) – soit plus de quatre fois le taux moyen observé dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (3,5 %). Par contre, les taux les plus élevés chez les hommes sont observés dans les pays à revenu intermédiaire (35,3 %), où ils atteignent du reste près du double du taux moyen recensé dans les pays à faible revenu (20,2 %).

On ne dispose actuellement pas d'une estimation mondiale de l'utilisation des inhalateurs électroniques de nicotine, car les données disponibles demeurent limitées dans de nombreuses régions du monde.

# PROTÉGER LA POPULATION CONTRE LA FUMÉE DU TABAC

L'article 8 de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac précise que

« (...) il est clairement établi, sur des bases scientifiques, que l'exposition à la fumée du tabac entraîne la maladie, l'incapacité et la mort (...) (Chaque Partie) adopte et applique (...) des mesures (...) prévoyant une protection contre l'exposition à la fumée du tabac dans les lieux de travail intérieurs, les transports publics, les lieux publics intérieurs et, le cas échéant, d'autres lieux publics ».

Les directives pour l'application de l'article 8 de la Convention-cadre visent à aider les Parties à satisfaire à leurs obligations au titre de cet article, leur fournissant notamment un calendrier clair pour l'adoption de mesures appropriées, à savoir dans les 5 ans suivant l'entrée en vigueur de la Convention-Cadre à l'égard d'une Partie donnée (174).

## Les méfaits inévitables de la fumée secondaire

Aucun niveau d'exposition à la fumée secondaire n'est sûr, même une exposition de courte durée peut avoir des effets nocifs (175). Des maladies graves, voire mortelles, parmi lesquelles des maladies cardiaques, des maladies respiratoires et le cancer (41, 176, 177) peuvent résulter de l'exposition à la fumée secondaire. Les non-fumeurs qui vivent avec des fumeurs risquent davantage de développer ces maladies et de mourir prématurément (178). Les enfants et les nourrissons sont particulièrement susceptibles et courent un risque accru de maladies respiratoires, de maladies de l'oreille moyenne et de mort subite du nourrisson (179-184). Les femmes enceintes exposées à la fumée secondaire risquent davantage d'accoucher d'un enfant mort-né, et leurs fœtus risquent davantage de souffrir de malformations congénitales et d'un faible poids de naissance (184). La seule manière de protéger adéquatement à la fois les fumeurs et les non-fumeurs contre la fumée secondaire est d'éliminer complètement la consommation de tabac en intérieur (178). Par exemple, une analyse reposant sur des données provenant du Brésil suggère que sur une période de 16 ans, jusqu'à 15 000 décès de nourrissons ont potentiellement été évités grâce à l'application de lois exhaustives sur les lieux sans tabac (185).

## Sans tabac doit être synonyme de complètement sans tabac

Il est faux de penser que les lieux sans tabac qui prévoient des espaces fumeurs spécialement désignés sont effectivement

sans tabac et protègent les non-fumeurs du tabagisme passif. De telles exceptions – espaces fumeurs spécialement désignés, systèmes de ventilation, échangeurs d'air et dispositifs de filtration – ne protègent pas et ne peuvent pas éliminer toute la fumée secondaire (41, 186, 187). De tels espaces affaiblissent en réalité l'impact des lois antitabac. La seule manière de protéger totalement la population de la fumée secondaire est de n'autoriser aucune exception (187-189). La raison en est que, lorsqu'elles sont pleinement appliquées, les lois antitabac sont hautement efficaces en termes de réduction de l'exposition et d'amélioration de la qualité de l'air intérieur, à la fois pour les fumeurs et les non-fumeurs (186, 190, 191).

## Les bénéfices généraux des lois antitabac sont considérables

On dispose de données solides selon lesquelles les espaces publics couverts par une loi antitabac entraînent un nombre réduit d'hospitalisations pour syndrome coronarien aigu et une moindre mortalité liée aux maladies associées au tabagisme (187). Les lois antitabac rendent le tabagisme moins acceptable, moins visible pour les enfants et les jeunes, et elles encouragent des comportements plus sains comme l'abstention de fumer à la maison ou en voiture (192-194). Les environnements sans tabac peuvent également encourager les fumeurs à réduire leur consommation de tabac, à essayer d'arrêter et à renoncer au tabac à long terme (191, 195).

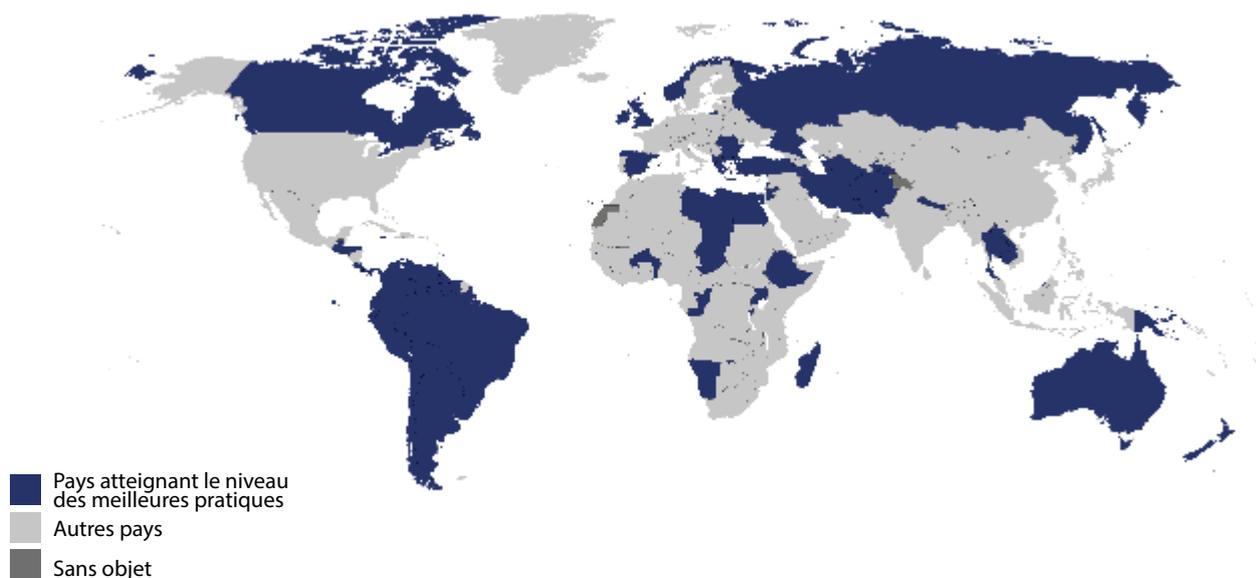
## Les lois antitabac ne nuisent pas aux affaires

Bien que l'industrie du tabac affirme le contraire, les études les mieux conçues indiquent que les lois antitabac n'ont pas d'incidence économique négative sur les entreprises, notamment du secteur de l'hôtellerie et de la restauration (196-198). En réalité, lorsqu'elles sont appliquées, les lois antitabac bénéficient invariablement d'un soutien massif de la part du public (191, 199) et encouragent les familles qui ont des enfants à fréquenter des endroits qu'elles évitaient auparavant. Les lois antitabac sont relativement faciles à adopter et réalisables d'un point de vue économique et politique. De plus en plus de pays continuent d'adopter une législation antitabac exhaustive aux niveaux national et infranational.

## À ce jour, à peine 34 % des pays et 24 % de la population mondiale sont protégés par des interdictions complètes de fumer

Des progrès soutenus ont été réalisés en matière d'adoption de lois antitabac depuis 2007, année où seuls 10 pays du monde appliquaient une interdiction de fumer exhaustive, représentant 3 % à peine de la population mondiale. Depuis, 1,6 milliard de personnes de plus, dans 57 pays supplémentaires, sont désormais couvertes par des lois antitabac au niveau des meilleures pratiques. Cela signifie que 1,8 milliard de personnes – soit un quart de la population mondiale – vivent aujourd'hui dans 67 pays où les interdictions de fumer sont en vigueur au niveau des meilleures pratiques.

## Environnements sans tabac – pays atteignant le niveau de réalisation le plus élevé, 2020



Pays et régions atteignant le niveau de réalisation le plus élevé : Afghanistan, Albanie, Antigua-et-Barbuda, Argentine, Australie, Barbade, Bénin, \*Bolivie (État plurinational de), Brésil, Brunéi Darussalam, Bulgarie, Burkina Faso, Burundi, Cambodge, Canada, Chili, Colombie, Congo, Costa Rica, Équateur, Égypte, El Salvador, Espagne, \*Éthiopie, Fédération de Russie, Gambie, Grèce, Guatemala, Guyana, Honduras, Îles Marshall, Iran (République islamique d’), Irlande, Jamaïque, \*Jordanie, Liban, Libye, Macédoine du Nord, Madagascar, Malte, Namibie, Nauru, Népal, Nioué, Norvège, Nouvelle-Zélande, Ouganda, Pakistan, Panama, Papouasie-Nouvelle-Guinée, \*Paraguay, Pérou, République démocratique populaire lao, Roumanie, Royaume-Uni, \*Sainte-Lucie, Seychelles, Suriname, Tadjikistan, Tchad, Territoire palestinien occupé, Thaïlande, Trinité-et-Tobago, Turquie, Turkménistan, Uruguay, Venezuela (République bolivarienne de).

\* Pays au niveau le plus élevé après le 31 décembre 2018.

Tandis que dans chaque catégorie de revenu, un tiers environ des pays sont couverts par des interdictions de fumer exhaustives, plus de la moitié de ces pays (39 pays sur 67) appliquant de telles interdictions en 2020 étaient des pays à revenu intermédiaire. Fait notable, l’absence totale d’interdictions de fumer, ou l’application d’interdictions minimales qui ne sont pas suffisamment exhaustives pour protéger la population des effets nocifs du tabagisme passif, sont courantes dans les pays à revenu élevé. De fait, 18 de ces pays (30 %) permettent que leur population soit exposée à la fumée secondaire dans les lieux publics. Il en va de même pour 25 pays à revenu intermédiaire (22 %) et 13 pays à faible revenu (45 %).

Au cours des deux dernières années, cinq pays ont rejoint le groupe des pays offrant une protection au niveau des meilleures pratiques, l’ensemble des lieux publics y étant sans tabac. Un de ces pays – Sainte-Lucie – est passé d’une loi minimale couvrant uniquement les établissements de santé et les installations gouvernementales à une interdiction complète couvrant l’ensemble des lieux publics et des lieux de travail. Trois pays (Bolivie (État plurinational de), Éthiopie et Jordanie) ont progressé de trois à cinq lieux publics couverts à des interdictions complètes de fumer, et un pays (Paraguay) a élargi l’interdiction de fumer à deux types d’endroits

supplémentaires (restaurants et cafés/pubs/bars) pour atteindre le niveau des meilleures pratiques..

### 37 % des pays et 38 % de la population mondiale sont couverts par des interdictions partielles de fumer n’atteignant pas le niveau des meilleures pratiques

Douze pays, représentant 124 millions de personnes, n’ont plus qu’à inclure un type de lieu dans l’interdiction de fumer pour rejoindre les 67 pays qui ont adopté des lois antitabac exhaustives : les Tonga (universités) ; la République populaire démocratique de Corée (installations gouvernementales) ; les Îles Cook, Maurice, l’Ukraine et la Zambie (bureaux fermés) ; le Sénégal (restaurants) ; le Bhoutan (cafés, pubs, bars) ; et l’Arménie, Chypre, la Géorgie et la Hongrie (transports publics) ; Dix-sept autres pays représentant 1,6 milliard de personnes n’ont plus qu’à appliquer l’interdiction de fumer à deux types de lieux supplémentaires pour atteindre le niveau des meilleures pratiques.

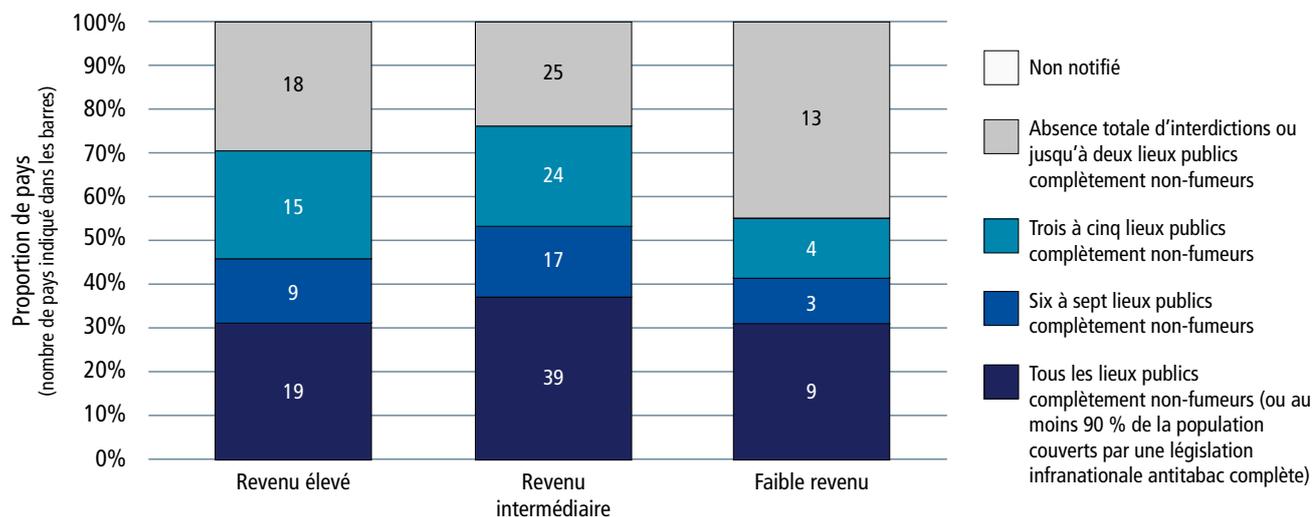
Six pays (représentant au total 260 millions de personnes) ont amélioré leur législation antitabac depuis 2018, sans toutefois atteindre le niveau des meilleures pratiques

en 2020. Pour quatorze pays (comptant 1,6 milliard de personnes), il suffirait de ne plus autoriser les espaces fumeurs pour appliquer une interdiction complète.

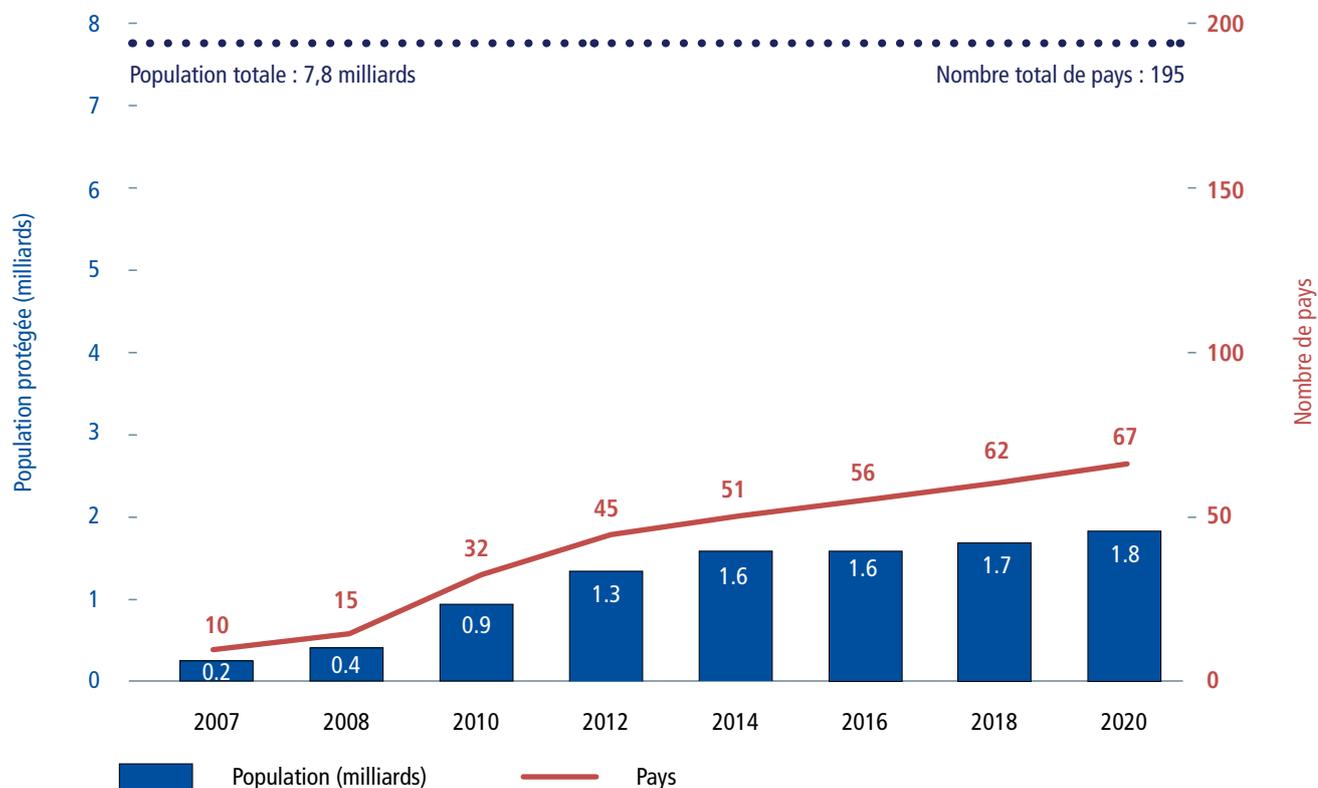
Sur les 524 millions de personnes (6,7 % de la population mondiale) qui vivent dans une des 100 plus grandes villes du monde, 299 millions seulement (dans 47 villes) sont protégées par une loi antitabac exhaustive. Cinq de ces villes (Bandung, Beijing, Région administrative spéciale de Hong Kong, Jakarta et Medan) sont couvertes par des lois antitabac au niveau municipal, sept sont couvertes par des lois antitabac au niveau de l’État ou de la province, et les 35 villes restantes sont couvertes par des lois nationales. Plutôt que d’attendre l’adoption d’une législation nationale, les 52 villes restantes parmi les plus grandes villes du monde qui ne sont pas couvertes par une loi nationale au meilleur niveau de pratique pourraient adopter une loi au niveau municipal, de l’État ou de la province afin de protéger plus rapidement leur importante population.

# Une législation antitabac exhaustive est en vigueur dans un tiers des pays

## LÉGISLATION ANTITABAC (2020)



## PROGRÈS EN MATIÈRE DE LÉGISLATION ANTITABAC (2007—2020)



## Le secteur éthiopien de l'hôtellerie et de la restauration passe au régime sans tabac

En février 2019, l'Éthiopie a adopté une loi exigeant que les bâtiments publics et les lieux de travail (y compris les hôtels) soient 100 % sans tabac (proclamation numéro 1112/2019). Cette loi interdit de fumer ou de consommer du tabac dans tout espace intérieur et tout espace extérieur à moins de 10 mètres d'une porte, d'une fenêtre pouvant être ouverte ou d'un mécanisme d'admission d'air de tout lieu public ou de travail.

Le secteur de l'hôtellerie et de la restauration a un des niveaux les plus élevés d'exposition au tabagisme passif, ce qui signifie que pour que l'application et le respect de la loi antitabac du pays soient efficaces, ce secteur doit y adhérer pleinement. En 2019, l'Autorité éthiopienne chargée des aliments et des médicaments – responsable de la mise en œuvre et de la coordination des activités de lutte antitabac en Éthiopie – a pris des mesures visant à appliquer la réglementation antitabac dans tout le

pays. Elle a sensibilisé son personnel national et local à la nouvelle loi, qu'elle a également promue auprès des parties prenantes, notamment les hôtels et complexes hôteliers d'Addis-Abeba. Des ateliers d'orientation décrivant les rôles et responsabilités des propriétaires d'hôtels et de complexes hôteliers ont été organisés. Plus de 15 000 autocollants « Défense de fumer » et 3 000 affiches ont été imprimés et diffusés. Ces activités de renforcement des capacités ont été suivies de contrôles de conformité. Plus de 16 000 inspections de lieux publics par les autorités de réglementation ont été notifiées depuis 2019.

Dans la foulée de la proclamation de la nouvelle loi, de nombreux hôtels ont déployé des efforts considérables pour appliquer la loi 100 % sans tabac. Les clients sont informés par des signaux de défense de fumer et par le personnel au moment de leur réservation et à leur arrivée de ce qu'il

est interdit de fumer dans l'hôtel et son périmètre. Aucun espace fumeurs et aucun cendrier ne sont mis à leur disposition. Le personnel hôtelier a accueilli positivement la nouvelle loi, car elle protège à la fois la clientèle et le personnel.



Signal de défense de fumer dans le foyer d'un hôtel d'Addis-Abeba

## Les bases factuelles sur la COVID-19 incitent le Paraguay à instaurer une interdiction de fumer dans les lieux publics intérieurs

Selon les estimations, 5 000 personnes sont décédées de maladies liées au tabagisme en 2019 au Paraguay, près de 700 de ces décès étant associés à l'exposition à la fumée secondaire (200). L'impact du tabagisme sur la santé de la population paraguayenne a été mis en exergue dans le contexte de la pandémie de COVID-19, des données montrant que les consommateurs de tabac sont plus susceptibles de souffrir de conséquences graves de la maladie. En fait, le lien entre la COVID-19 et le tabagisme est une des raisons pour lesquelles le pays a décidé de renforcer sa lutte antitabac en 2020.

Depuis que le Paraguay a ratifié la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac en 2006, il s'est attaché à faire en sorte que ses politiques antitabac soient conformes à la Convention. Après plusieurs tentatives échouées d'adoption d'une loi antitabac complète, le décret 4624 adopté en décembre 2020 stipule que

la consommation de produits du tabac classiques (cigares, cigarettes), chauffés ou électroniques ne sera plus permise que dans les espaces publics à l'air libre où il y a peu de monde et qui ne constituent pas des zones de passage pour les non-fumeurs. Cette mesure a comblé la lacune qui persistait dans la législation du pays, qui autorisait la présence d'espaces fumeurs dans les établissements hôteliers et de restauration fermés.

En interdisant complètement le tabac dans tous les lieux publics et de travail intérieurs, ainsi que dans les transports publics, ce décret met le Paraguay en conformité avec un principe central de la Convention-cadre de l'OMS, à savoir la protection de la population contre les effets nocifs du tabac. Dans le même temps, l'adoption de cette réglementation a fait de l'Amérique du Sud la première sous-région des Amériques à devenir 100 % sans tabac.



Signaux d'interdiction de fumer et de vapoter au Paraguay

# OFFRIR UNE AIDE A CEUX QUI VEULENT RENONCER AU TABAC

Article 14 de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac :

« Chaque Partie (...) prend des mesures efficaces pour promouvoir le sevrage tabagique et le traitement adéquat de la dépendance à l'égard du tabac (...). Chaque Partie (...) s'efforce de concevoir et mettre en œuvre des programmes efficaces visant à promouvoir le sevrage tabagique (...). » Les directives pour l'application de l'article 14 de la Convention-cadre visent à aider les Parties à satisfaire à leurs obligations au titre de cet article (174).

## La volonté d'arrêter est grande, mais l'aide est trop rare

Les politiques antitabac de nombreux pays ont motivé la population à essayer de renoncer au tabac. En moyenne, sur l'ensemble des pays où l'enquête mondiale sur le tabagisme chez les adultes a été réalisée, plus de 60 % des fumeurs ont indiqué avoir l'intention d'arrêter, et plus de 40 % avaient essayé d'arrêter au cours des 12 mois précédant l'enquête. Ces données sont certes encourageantes, toutefois l'aide au sevrage tabagique demeure limitée (91).

## Renoncer au tabac offre des avantages immédiats

Les avantages qu'arrêter de fumer suppose pour la santé se font sentir en quelques heures, voire moins. En à peine un jour, arrêter de consommer du tabac peut contribuer à réduire le rythme cardiaque et la pression artérielle, et on peut s'attendre à ce que les niveaux de monoxyde de carbone redeviennent normaux (201). Dans les trois mois, la circulation et la fonction pulmonaire s'améliorent, et dans un délai de un à neuf mois, la toux et l'essoufflement diminuent généralement (201). Le risque de décès dû au tabagisme commence lui aussi à diminuer peu de temps après avoir arrêté. Le risque de décès dû au cancer du poumon est réduit de 30 à 50 % en dix ans (201), les données actuelles suggérant par ailleurs que le risque de décès suite à une cardiopathie ischémique diminue de moitié en l'espace de 5 ans, et que le risque d'accident vasculaire cérébral redevient le même que celui d'une personne qui n'a jamais fumé dans un délai de 5 à 15 ans.

## Bénéficiaire d'un soutien est vital pour renoncer au tabac

Le potentiel addictif de la nicotine est si élevé qu'un quart des adolescents peuvent en devenir dépendants après avoir fumé trois ou quatre cigarettes seulement. Après en avoir fumé cinq paquets, près de 60 % d'entre eux sont dépendants (202). La plupart des personnes qui consomment du tabac régulièrement le font en raison de leur dépendance à la nicotine. Cela veut dire qu'elles peuvent tirer des avantages considérables d'un éventail d'interventions efficaces de sevrage tabagique. Sans aide au sevrage, environ 4 % seulement des tentatives d'arrêt sont couronnées de succès (203).

Les médicaments de sevrage dont l'efficacité est démontrée et un soutien professionnel peuvent doubler les chances de réussite (204) et différentes approches ont été mises au point pour aider les consommateurs de tabac à y renoncer. Ces interventions, de nature comportementale ou pharmacologique, ont différents niveaux d'intensité, de coût et d'efficacité. Une combinaison d'interventions comportementales et pharmacologiques s'avère plus efficace et peut doubler les chances de réussite (augmentation relative de 70 % à 100 % par rapport aux conseils ou au soutien brefs) (205).

## Les interventions comportementales sont efficaces et présentent une opportunité d'atteindre les personnes susceptibles d'arrêter

Lorsqu'un consommateur de tabac se rend dans un service de soins primaires ou spécialisés, c'est l'occasion pour un agent de santé de lui offrir ou fournir des conseils personnalisés. Ces « brefs conseils » dispensés par des professionnels de la santé – dans le cadre d'une consultation ou

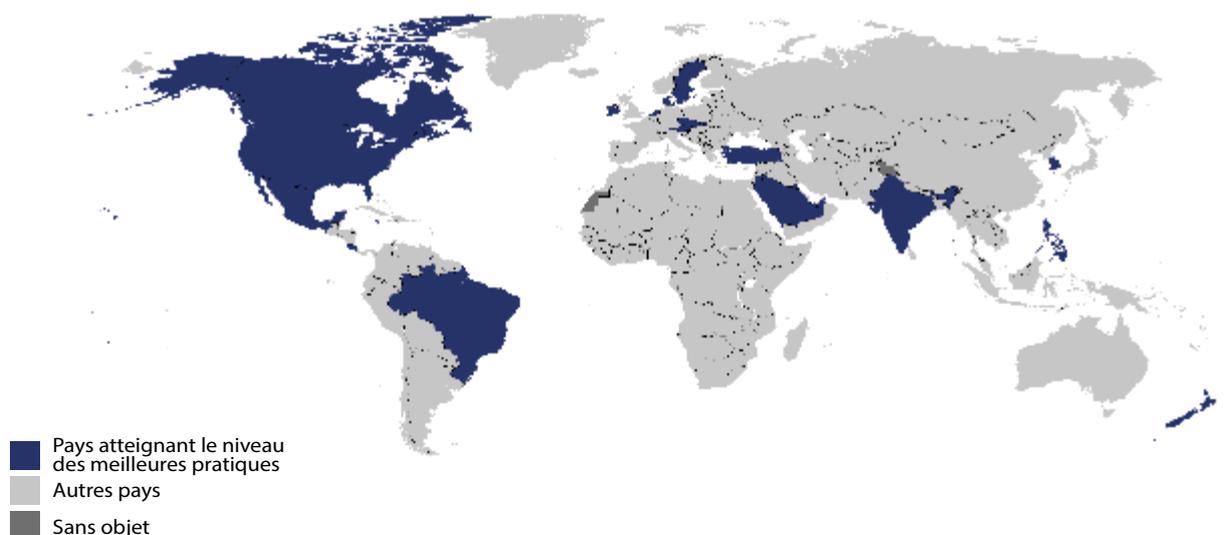
d'une interaction de routine – constituent une utilisation efficace du système de santé existant (205).

Les services gratuits d'aide par téléphone sont une autre manière pratique pour les personnes qui renoncent au tabac d'obtenir des conseils comportementaux brefs et potentiellement intensifs. Les personnes qui ont recours à ces services téléphoniques augmentent leur taux absolu de réussite de 4 pour cent, soit le double du taux de réussite des consommateurs de tabac qui tentent d'arrêter sans aide (204). Ce taux peut être encore plus élevé si le service téléphonique est « proactif » et que les conseillers appellent les personnes qui essaient d'arrêter pour s'informer de leurs progrès. Les interventions récentes d'aide au sevrage tabagique fondées sur des applications mobiles sont prometteuses, les interventions de messages de texte augmentant le taux absolu de réussite de 4 % (206).

## Les interventions pharmacologiques sont diversifiées et peuvent s'avérer plus efficaces en combinaison

L'efficacité des traitements médicamenteux d'aide au sevrage tabagique est généralement plus élevée par rapport aux tentatives des personnes qui n'ont recours à aucune intervention. L'augmentation du taux de réussite varie de 6 % pour un seul type de traitement de substitution nicotinique à près de 15 % pour la varénicline. Les interventions pharmacologiques de sevrage incluent les traitements de substitution nicotinique ainsi que des médicaments qui ne contiennent pas de nicotine, mais soulagent les symptômes de sevrage. Une combinaison de traitements de substitution nicotinique (patchs et une forme à action plus rapide) peut également accroître l'efficacité de ces traitements.

## TRAITEMENT DE LA DÉPENDANCE À L'ÉGARD DU TABAC – PAYS ATTEIGNANT LE NIVEAU DE RÉALISATION LE PLUS ÉLEVÉ, 2020



Pays atteignant le niveau de réalisation le plus élevé : Arabie saoudite, \*Autriche, Brésil, Canada, Costa Rica, Danemark, Émirats arabes unis, États-Unis d'Amérique, \*Îles Cook, Inde, Irlande, Jamaïque, \*Jordanie, Koweït, Luxembourg, Mexique, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, \*Philippines, République de Corée, Singapour, Slovaquie, Suède, Tchéquie, \*Tonga, Turquie

\* Pays au niveau le plus élevé après le 31 décembre 2018.

### Plus de 30 % de la population mondiale sont couverts par des services complets de sevrage tabagique

En 2020, des services complets de sevrage tabagique étaient en place pour 2,5 milliards de personnes dans 26 pays – soit 32 % de la population mondiale. Le nombre de pays qui adoptent des mesures complètes de sevrage tabagique est à la traîne par rapport aux autres mesures MPOWER, 17 pays à revenu élevé et 9 pays à revenu intermédiaire seulement offrant un soutien exhaustif. Aucun pays à faible revenu n'offre à ce jour des services au niveau des meilleures pratiques.

À l'échelle mondiale, pratiquement tous les pays à revenu élevé (89 %) couvrent au moins partiellement le coût des services de sevrage tabagique. Une majorité des pays à revenu intermédiaire (72 %) font de même, tandis que 18 % des pays à faible revenu couvrent une partie du coût des services. Trente-deux pays n'offrent aucun soutien au sevrage tabagique. Ces chiffres montrent que si les efforts ont commencé, il reste encore beaucoup de chemin à parcourir dans ce domaine.

### La demande de services de sevrage tabagique est élevée et doit être satisfaite

Depuis 2018, le nombre de pays offrant des services complets de sevrage tabagique est passé de 24 à 26, la part de la population mondiale couverte par ces services complets étant quant à elle passée de 31 % à 32 %. Cinq pays, dont la population combinée s'élève à 129 millions d'habitants (Autriche, Îles Cook, Jordanie, Philippines et Tonga) ont commencé à offrir des services complets de sevrage tabagique au cours des deux dernières années. Il est cependant décevant de constater que dans le même temps, le nombre de personnes protégées par ces services s'est vu affecté par le fait que trois pays (Australie, El Salvador et Sénégal, représentant 48 millions de personnes) sont sortis de la catégorie des pays au niveau des meilleures pratiques au cours de la même période.

Seuls quatre pays à revenu élevé (7 % des 61 pays de cette catégorie de revenu) n'offrent aucun soutien au sevrage tabagique, contre 12 pays à intermédiaire (11 %) et 16 pays à faible revenu (55 %).

Si les progrès de la mesure MPOWER « Offrir une aide à ceux qui veulent renoncer au tabac » ont ralenti depuis 2007, l'adoption de services de sevrage tabagique au niveau des meilleures

pratiques a néanmoins augmenté, passant de 10 pays (5 % de la population mondiale) en 2007 à 26 pays (32 % de la population mondiale) en 2020 – ce qui signifie que 2,1 milliards de personnes supplémentaires sont désormais couvertes par cette mesure. La population ayant accès à des services de sevrage tabagique au niveau des meilleures pratiques en 2020 est six fois supérieure au niveau de 2007 (406 millions de personnes à l'époque).

Soixante-sept pays – abritant 2,2 milliards de personnes – proposent des programmes d'aide au sevrage auxquels ne manque qu'un volet pour atteindre le niveau des meilleures pratiques : i) un service téléphonique gratuit d'aide au sevrage tabagique ; ii) une couverture du coût des traitements de substitution nicotinique ; ou iii) une couverture du coût des services de sevrage en milieu clinique ou communautaire. Vingt-six de ces 67 pays doivent instaurer un service téléphonique national gratuit pour mettre des services complets de soutien au sevrage tabagique à la disposition de 827 millions de personnes supplémentaires, tandis que 38 pays doivent offrir une couverture du coût des traitements de substitution nicotinique pour couvrir 1,3 milliard de personnes supplémentaires. Trois pays doivent couvrir les coûts d'un ou plusieurs services de sevrage tabagique en milieu clinique ou communautaire pour que 50 millions de personnes supplémentaires soient couvertes.

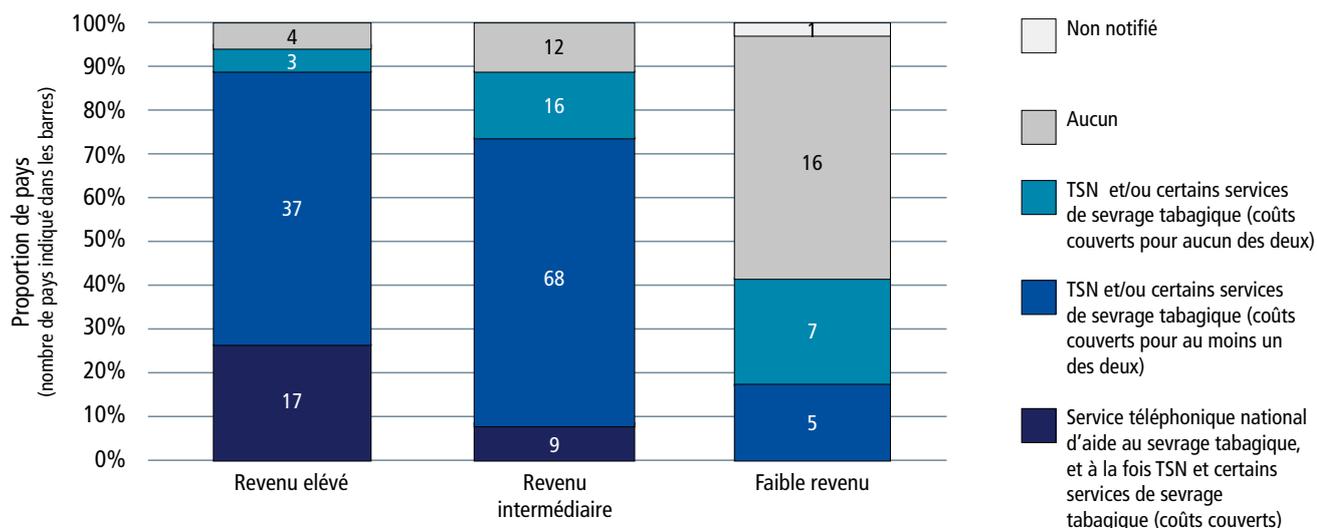
## Dans le contexte des perturbations significatives des services de santé liées à la pandémie de COVID-19, 120 millions de personnes supplémentaires ont désormais accès à des services téléphoniques gratuits d'aide au sevrage tabagique et à d'autres outils.

Sur les 524 millions de personnes (6,7 % de la population mondiale) qui vivent dans une des 100 plus grandes villes du monde, 252 millions seulement (dans 48 villes) sont protégées par des services complets de sevrage tabagique. Deux de

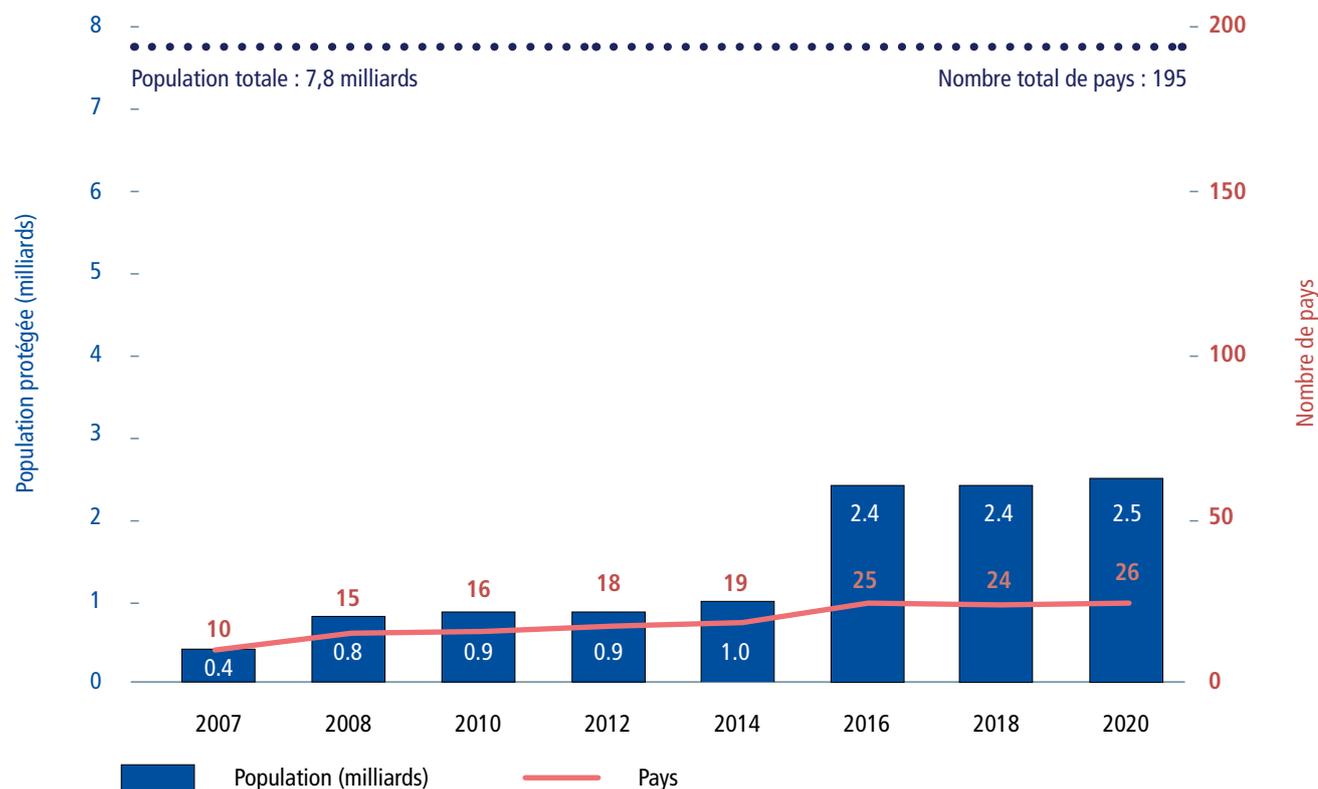
ces villes sont couvertes par des politiques municipales (Région administrative spéciale de Hong Kong et Londres), les 46 autres villes étant couvertes par des politiques nationales. Plutôt que d'attendre qu'une politique nationale soit mise en place, les

52 métropoles restantes qui ne sont pas couvertes par une loi nationale au meilleur niveau de pratique pourraient adopter une politique au niveau municipal, de l'État ou de la province afin de protéger plus rapidement leur importante population.

### TRAITEMENT DE LA DÉPENDANCE À L'ÉGARD DU TABAC (2020)



### PROGRÈS EN MATIÈRE DE TRAITEMENT DE LA DÉPENDANCE À L'ÉGARD DU TABAC (2007—2020)



## Les Tonga deviennent le premier pays insulaire du Pacifique à offrir des services complets d'aide au sevrage tabagique

La prévalence du tabagisme aux Tonga figure parmi les plus élevées du monde, atteignant 40 % chez les hommes et 16 % chez les femmes en 2017 (dans la tranche d'âge de 18 à 69 ans) (207). Face à cette situation, les Tonga ont mis en œuvre des lois et des politiques visant à réduire l'accessibilité économique du tabac, à empêcher la publicité, la promotion et le parrainage en faveur du tabac, à multiplier les lieux publics sans tabac, et à renforcer l'application des lois. Ces mesures ont augmenté la demande de services de sevrage tabagique, 53,9 % des fumeurs et 62,9 % des fumeuses ayant essayé d'arrêter de fumer au moins une fois au cours des 12 derniers mois (207).

La campagne « Quit Smoking Now » (« Arrêtons de fumer maintenant ») du ministère de la Santé, lancée en 2016 à la télévision, à la radio, sur les réseaux sociaux et sur des affichages extérieurs, s'attache à accroître la motivation à arrêter de fumer, à offrir une aide à ceux qui veulent renoncer au tabac et à plaider en faveur de politiques plus fermes de restriction de la vente, de la distribution et de la consommation de

produits du tabac aux Tonga.

Un service gratuit d'aide par téléphone, le premier de son genre dans le Pacifique Sud, a été lancé en 2016 dans le cadre de cette campagne. Des conseillers formés prennent les appels du lundi au vendredi pendant les heures de bureau pour offrir de brefs conseils. Un consommateur de tabac sur trois qui a eu recours à ce service téléphonique a réussi à renoncer au tabac pendant au moins six mois.

Également dans le cadre du programme exhaustif du gouvernement en matière de sevrage tabagique, de brèves formations aux interventions liées au tabagisme sont régulièrement organisées pour les agents de soins de santé primaires dans l'ensemble des Tonga, et les pouvoirs publics ont commencé à couvrir partiellement le coût des traitements de substitution nicotinique.

Une évaluation réalisée en 2017 a révélé que 95 % des Tongans âgés de 18 à 64 ans connaissaient la campagne et que la connaissance du service téléphonique d'aide au sevrage était passée de 40

% à 74 % (208). Le cas des Tonga illustre le fait qu'en matière de sevrage tabagique, un engagement ferme des pouvoirs publics et des ressources dédiées sont essentiels. Ces efforts ont été reconnus par la communauté internationale lorsque le ministère de la Santé et la Fondation tongane de promotion de la santé se sont vu décerner le Prix de la Journée mondiale sans tabac en 2018.



Publicité pour le service téléphonique d'aide au sevrage tabagique des Tonga

## Mise à l'échelle des services de sevrage tabagique en Jordanie

Avec un taux de tabagisme de 41 %, le tabac est le premier facteur de risque de maladies non transmissibles en Jordanie et a causé près de 17 % des décès en 2019 (200). Selon l'enquête STEPS 2019 du pays, environ 50 % des fumeurs adultes avaient essayé d'arrêter de fumer au cours des 12 derniers mois, toutefois seul un petit pourcentage d'entre eux avaient accès à une aide pour y arriver (209).

Face à cette situation, le Ministère jordanien de la Santé a considérablement élargi les services nationaux de sevrage tabagique en partenariat avec l'Initiative d'accès pour renoncer au tabac, une initiative conjointe de l'OMS, du Groupe de travail interinstitutions de l'ONU sur la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles et le programme PATH, avec le concours

de la Coalition pour l'accès aux médicaments et aux produits de lutte contre les maladies non transmissibles. Cette initiative a pour objectif d'aider les pays à assurer des services complets d'aide au sevrage tabagique durant la pandémie de COVID-19. En 2020, la Jordanie est devenue le quatrième pays de la région OMS de la Méditerranée orientale à fournir de tels services, grâce à un nouveau service téléphonique gratuit, à un soutien accru au sevrage dans le cadre des soins primaires et à l'accès gratuit aux traitements de substitution nicotinique.

La Jordanie a en outre reçu des dons de traitements de substitution nicotinique afin d'aider 5 400 agents de santé de première ligne, patients atteints de maladies non transmissibles et réfugiés à arrêter de fumer, ce qui a permis d'élargir considérablement les services

d'aide au sevrage dans les centres de soins de santé primaires du pays. Les consommateurs de tabac peuvent par ailleurs accéder gratuitement au premier agent de santé virtuel de l'OMS, Florence, qui aide les usagers à élaborer un plan personnalisé pour renoncer au tabac et peut les orienter vers des services d'aide au sevrage comme le service d'aide par téléphone.



Consultation d'aide au sevrage tabagique en Jordanie

# METTRE EN GARDE CONTRE LES DANGERS DU TABAGISME

## ETIQUETTES DE MISE EN GARDE SANITAIRE

Article 11 de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac :

« Chaque Partie (...) adopte et applique (...) des mesures efficaces pour faire en sorte que (...) le conditionnement et l'étiquetage des produits du tabac ne contribuent pas à la promotion d'un produit du tabac par des moyens fallacieux, tendancieux ou trompeurs, ou susceptibles de donner une impression erronée quant aux caractéristiques, effets sur la santé, risques ou émissions du produit. »

Les directives relatives à l'application de l'article 11 de la Convention-cadre visent à aider les Parties à satisfaire à leurs obligations au titre de cet article, qui fournit un calendrier clair concernant l'adoption de mesures appropriées par les Parties (dans les trois ans suivant l'entrée en vigueur de la Convention pour une Partie donnée) (174).

### Les mises en garde sanitaires illustrées sont cruciales

De nombreux consommateurs de tabac ne connaissent toujours pas les dangers auxquels ils s'exposent et auxquels ils exposent les tiers lorsqu'ils consomment des produits du tabac, ou ne les comprennent pas pleinement (210). Dans de telles circonstances, les consommateurs ont le droit d'être mis en garde contre les effets sur la santé des produits qu'ils achètent et consomment (210-212). Les mises en garde sanitaires illustrées fournissent des informations précises sur les risques associés à la consommation de tabac et peuvent contribuer à encourager les consommateurs à réduire leur consommation de tabac et à y renoncer (213, 214). Les mises en garde sanitaires efficaces peuvent également informer sur les risques de l'exposition des tiers à la fumée secondaire (215). Il existe des données probantes significatives montrant que des mises en garde précises et proéminentes incitent les consommateurs de tabac à envisager d'arrêter et peuvent mener à une réduction de la consommation de tabac (216, 217).

### Le pouvoir du conditionnement

Le conditionnement permet aux entreprises de « vendre » leurs produits en manipulant la perception de la population quant à leur goût, leur intensité et leurs effets sur la santé (218). Les termes de marketing qui suggèrent des risques réduits pour la santé, tels que « légère », « ultra légère » et « à faible teneur en goudron » sont trompeurs et devraient être interdits (216). Cependant, cela peut ne pas s'avérer suffisant pour diminuer les perceptions erronées concernant un risque réduit associé à ces types de cigarettes (219, 220). D'autres exigences, telles que le conditionnement neutre, peuvent contribuer à modifier les perceptions.

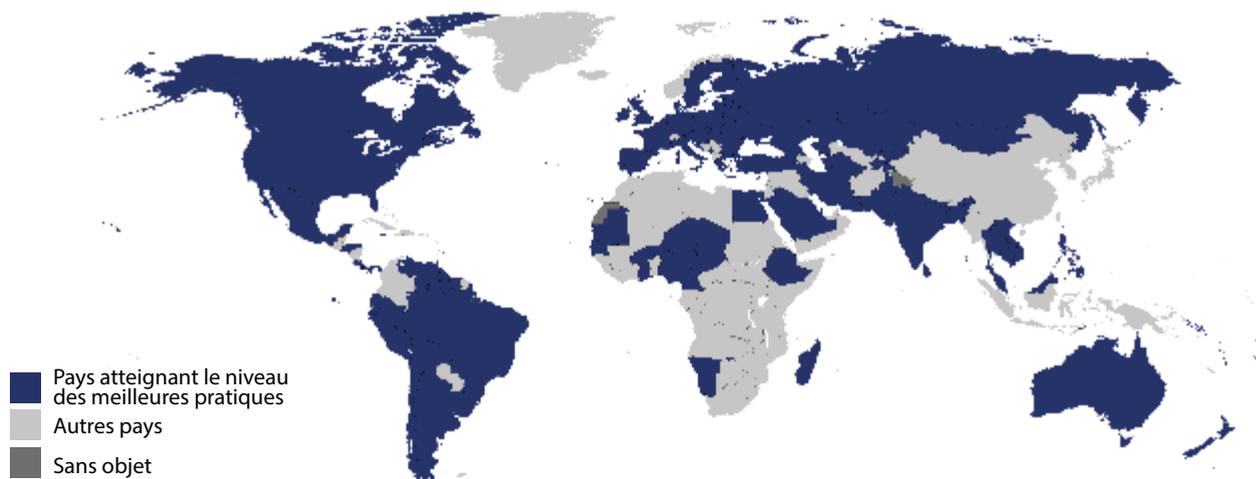
Les mises en garde sanitaires illustrées sur les conditionnements de produits du tabac sont une manière fiable de transmettre des informations importantes aux utilisateurs (221) et constituent une méthode de communication publique peu coûteuse pour les pouvoirs publics (221). Les mises en garde sanitaires illustrées bénéficient d'un meilleur soutien du public que la plupart des autres mesures de lutte antitabac (215, 222).

Ces mises en garde sont les plus efficaces lorsqu'elles sont picturales, graphiques, exhaustives et accompagnées de termes percutants (223, 224). Elles sont particulièrement efficaces pour dissuader les adolescents et les jeunes adultes de fumer des cigarettes et des produits

du tabac sans fumée (225). Pour être efficaces, elles doivent être de grandes dimensions, couvrir au moins la moitié de la surface du paquet (face avant et arrière) (221) et évoquer des effets spécifiques de la consommation de tabac sur la santé. Afin qu'elles conservent leur effet, il convient d'utiliser les étiquettes de mise en garde tour à tour (226). À terme, le renforcement des mises en garde peut accroître les connaissances sur les méfaits du tabac, augmenter les tentatives de sevrage et réduire la consommation de cigarettes (227).

Des mises en garde illustrées puissantes sur les conditionnements sont en vigueur pour près de 4,7 milliards de personnes dans 101 pays – couvrant plus de la moitié de la population mondiale (60 %) et plus de la moitié des pays du monde. Cette mesure MPOWER est celle qui couvre le plus grand nombre de personnes, 52 % des pays imposant des mises en garde illustrées au plus haut niveau de réalisation : 69 % des pays à revenu élevé, 50 % des pays à revenu intermédiaire et 24 % des pays à faible revenu. Seuls 43 pays (6 pays à revenu élevé, 24 pays à revenu intermédiaire et 13 pays à faible revenu) ont adopté des mises en garde couvrant moins de 30 % du paquet ou n'ont pas encore adopté d'étiquettes de mise en garde. Cinquante-et-un pays ont adopté des mises en garde qui couvrent plus de 30 %, mais moins de 50 % des faces principales (superficie inférieure à l'exigence minimale prévue par la Convention-cadre).

## ÉTIQUETTES DE MISE EN GARDE SANITAIRE – PAYS ATTEIGNANT LE NIVEAU DE RÉALISATION LE PLUS ÉLEVÉ, 2020



Pays atteignant le niveau de réalisation le plus élevé : Allemagne, Arabie saoudite, Argentine, Arménie, Australie, Autriche, Bangladesh, Barbade, Bélarus, Belgique, Bolivie (État plurinational de), Brésil, Brunéi Darussalam, Bulgarie, Burkina Faso, Cambodge, Cameroun, Canada, Chili, Chypre, Costa Rica, Croatie, Danemark, Djibouti, Espagne, États-Unis d'Amérique, Équateur, Égypte, El Salvador, Estonie, \*Éthiopie, Fédération de Russie, Fidji, Finlande, France, \*Gambie, Géorgie, Ghana, Grèce, Guyana, Honduras, Hongrie, Îles Salomon, Inde, Iran (République islamique d'), Irlande, Italie, Jamaïque, Kazakhstan, Kirghizistan, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Madagascar, Malaisie, Malte, Maurice, \*Mauritanie, Mexique, Mongolie, \*Monténégro, Namibie, Népal, \*Niger, \*Nigéria, Nouvelle-Zélande, Pakistan, Panama, Pays-Bas, Pérou, Philippines, Pologne, Portugal, \*Qatar, République démocratique populaire lao, République de Moldova, Roumanie, \*Royaume-Uni, Sainte-Lucie, Samoa, Sénégal, Seychelles, Singapour, Slovaquie, Slovénie, Sri Lanka, Suriname, Suède, Tadjikistan, Tchad, Tchèque, Thaïlande, Timor-Leste, Trinité-et-Tobago, Turquie, Turkménistan, Ukraine, Uruguay, Vanuatu, Venezuela (République bolivarienne de), Viet Nam.

\* Pays au niveau le plus élevé après le 31 décembre 2018.

## Plus de la moitié des pays du monde sont maintenant couverts par des mises en garde sanitaires illustrées au niveau des meilleures pratiques.

Au cours des deux dernières années, huit nouveaux pays, abritant 9 % de la population mondiale, ont rejoint les 93 pays qui imposent des mises en garde illustrées de grande taille sur les produits du tabac. Deux de ces pays appartiennent à la catégorie des pays à revenu élevé (États-Unis d'Amérique et Qatar), trois à la catégorie des pays à revenu intermédiaire (Mauritanie, Monténégro et Nigéria) et trois à celle des pays à faible revenu (Éthiopie, Gambie et Niger). Les huit pays ont renforcé les lois existantes afin d'atteindre le niveau des meilleures pratiques.

De toutes les mesures MPOWER, la mesure relative aux mises en garde illustrées de grande taille sur les emballages de cigarettes est celle qui a le plus progressé depuis 2007, à la fois en termes de pays l'adoptant et de population couverte au niveau des meilleures pratiques. Depuis 2007, année où neuf pays seulement (5 % de la population mondiale) imposaient des mises en garde illustrées de grande taille sur les paquets de cigarettes, 92 pays supplémentaires (représentant 55 % de la population mondiale) ont pris des mesures pour répondre aux exigences exhaustives en matière de mises en garde illustrées.

### L'imposition de mises en garde sanitaires illustrées puissantes est la mesure MPOWER qui a été adoptée par le plus grand nombre de pays

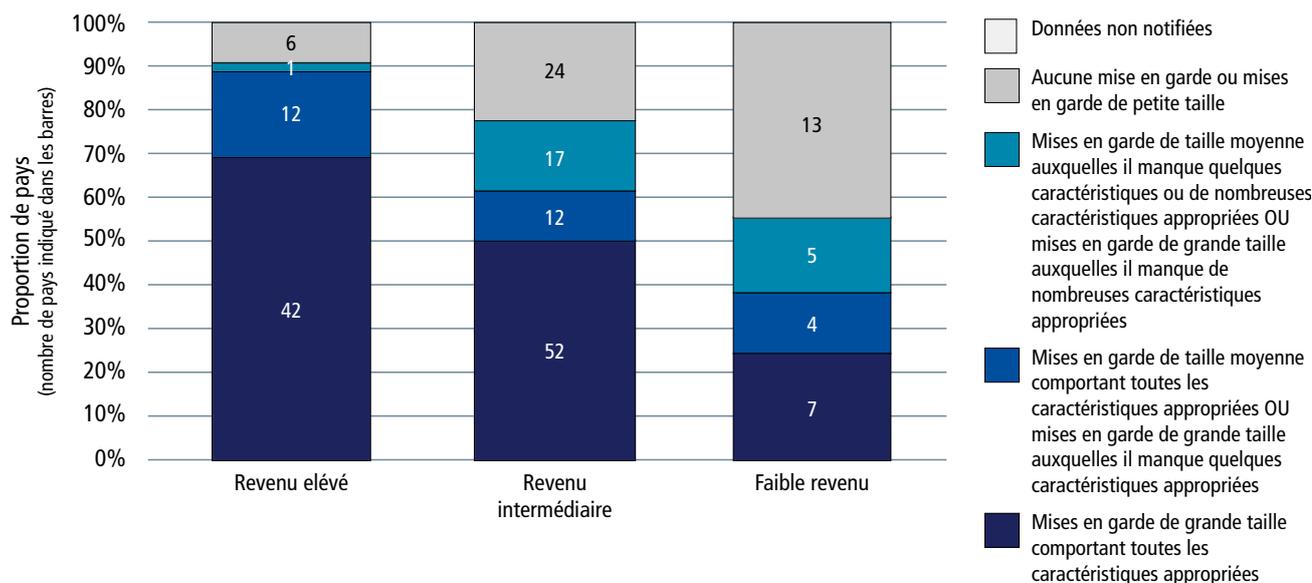
Vingt-trois pays, représentant 658 millions de personnes, sont à un pas seulement d'atteindre le niveau des meilleures pratiques en matière de mises en garde sanitaires illustrées.

Huit pays, abritant au total 435 millions de personnes, n'ont qu'à augmenter la taille des mises en garde sanitaires illustrées pour couvrir jusqu'à 20 % supplémentaires du conditionnement et remplir les critères des meilleures pratiques en matière de mises en garde illustrées de grande taille. Six autres pays, d'une population totale de 20 millions de personnes, n'ont qu'à imposer une image graphique (plutôt que du texte uniquement) pour atteindre le niveau des meilleures pratiques. Neuf pays, dont la population totale atteint 203 millions de personnes, ont imposé des mises en garde illustrées couvrant

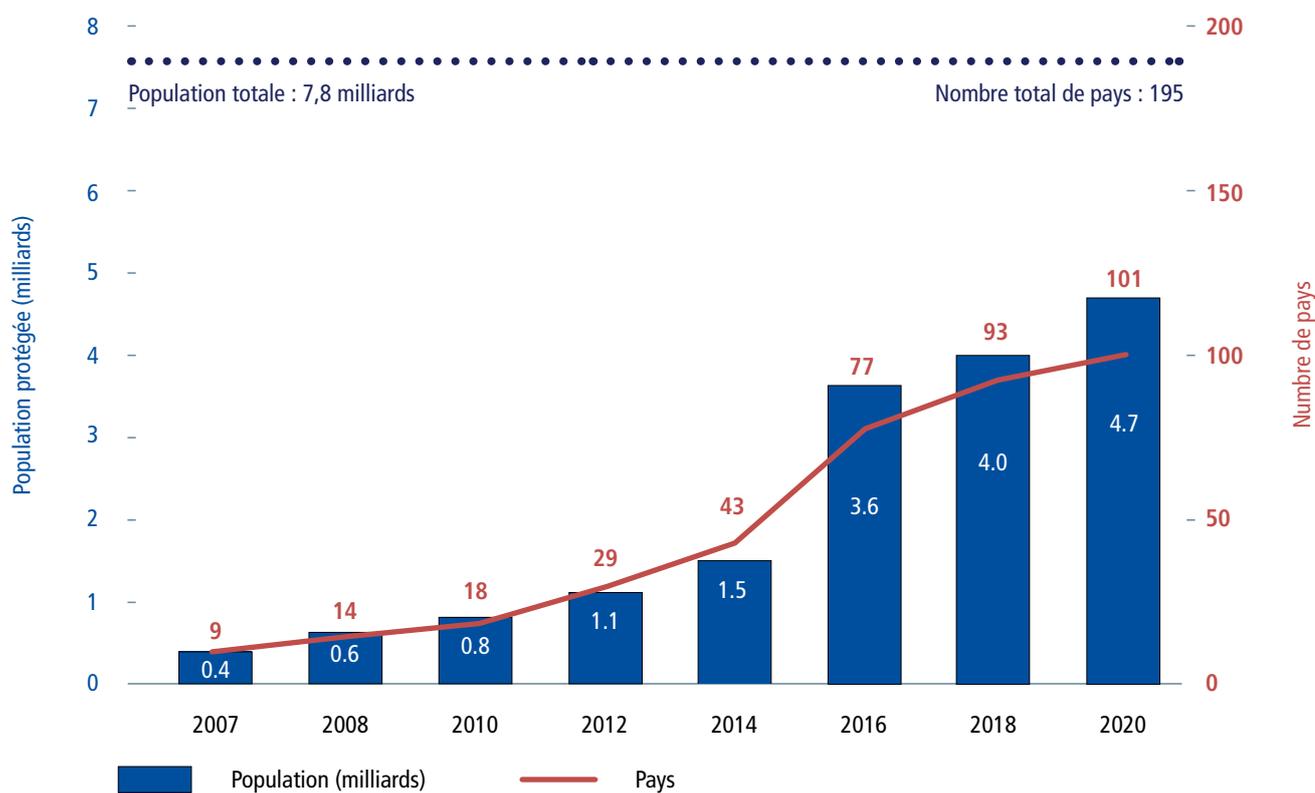
au moins 50 % du paquet, et n'ont plus qu'à ajouter un critère pour atteindre le niveau des meilleures pratiques. Huit de ces pays doivent simplement exiger que les mises en garde apparaissent sur chaque paquet et tout conditionnement extérieur utilisé dans la vente au détail, et un pays doit uniquement imposer l'utilisation en alternance des mises en garde. Sept pays (Iraq, Israël, Japon, Maldives, Nioué, Ouganda, Ouzbékistan), représentant 255 millions de personnes, ont amélioré leur législation depuis 2018, sans toutefois avoir atteint le niveau des meilleures pratiques en 2020.

Des 524 millions de personnes (6,7 % de la population mondiale) qui vivent dans une des 100 plus grandes villes du monde, 379 millions seulement (dans 67 villes) sont informées des dangers de la consommation de tabac par l'intermédiaire d'étiquettes de mise en garde illustrée de grande taille sur leurs paquets de cigarettes. Une de ces villes est couverte par un règlement à l'échelle municipale (Région administrative spéciale de Hong Kong), les 66 autres villes étant couvertes par des lois nationales.

## ÉTIQUETTES DE MISE EN GARDE SANITAIRE (2020)



## PROGRÈS EN MATIÈRE D'ÉTIQUETTES DE MISE EN GARDE SANITAIRE (2007—2020)



## De plus en plus de pays imposent le conditionnement neutre des produits du tabac

Plusieurs pays progressent vers la mise en œuvre du conditionnement neutre. Fin 2020, 17 pays avaient adopté une législation imposant le conditionnement neutre des produits du tabac et avaient adopté des règlements assortis de dates d'exécution:

- Arabie saoudite
- Canada
- Irlande
- Nouvelle-Zélande
- Royaume-Uni
- Thaïlande
- Australie
- France
- Israël
- Pays-Bas
- Singapour
- Turquie
- Belgique
- Hongrie
- Norvège
- Slovaquie
- Uruguay

## La Mauritanie passe de l'absence de mises en garde sanitaires aux mises en garde sanitaires illustrées de grande taille sur les conditionnements

La Mauritanie est Partie à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac depuis 2005. En juin 2018, elle a instauré son premier texte législatif de lutte antitabac – aboutissement d'un effort de longue haleine auquel ont pris part des parlementaires engagés, la société civile (y compris le Centre for Tobacco Control in Africa) et le Bureau régional de l'OMS.

Une loi de 2018 sur la production, l'importation, la distribution, la vente, la publicité, la promotion et la consommation de tabac et de produits du tabac stipule que les paquets ou cartouches, ainsi que toutes les formes de conditionnement extérieur des produits du tabac, doivent comporter une mise en garde sanitaire couvrant au moins 70 % de la superficie des deux faces. Ces mises en garde doivent inclure des images et du texte rédigé dans les langues officielles de la Mauritanie. Depuis, le Ministre

de la Santé a émis en février 2020 un décret réglementant les mises en garde. Ce décret, entré en vigueur le 30 mai 2021, interdit l'inclusion de termes descriptifs ou d'autres signes donnant directement ou indirectement l'impression qu'un produit du tabac donné est moins nocif que les autres, tels que « à faible teneur en goudron », « légère », « ultra légère » ou « douce », ou d'autres termes ayant une signification analogue dans d'autres langues. Ces exigences s'appliquent aux paquets et aux conditionnements extérieurs, notamment aux cartouches.

La Mauritanie est l'un des rares pays qui sont passés de l'absence d'exigences de mises en garde à l'imposition de mises en garde picturales de grande taille répondant à toutes les caractéristiques appropriées, voire davantage.

Elle est désormais l'un des 14 pays de la Région africaine au plus haut niveau de réalisation en termes d'étiquettes de mise en garde sanitaire (rejoints récemment par l'Éthiopie et la Gambie). La Mauritanie a par ailleurs déjà interdit de fumer dans les lieux et les transports publics.



Légende : Étiquette de mise en garde sanitaire illustrée, Mauritanie

## Les mises en garde sanitaires illustrées marquent le plus grand changement des quatre dernières décennies en matière d'étiquetage aux États-Unis d'Amérique

La consommation de cigarettes demeure la principale cause de maladies évitables, de handicap et de décès aux États-Unis d'Amérique<sup>1</sup>, raison pour laquelle les autorités ont entrepris de renforcer les mesures de mise en garde du public concernant les risques associés au tabagisme.

Après plusieurs tentatives d'adoption et d'application de règlements harmonisés avec le Family Smoking Prevention and Tobacco Control Act de 2009 – tentatives qui ont été mises à mal par des actions en justice intentées par l'industrie du tabac – un nouveau règlement émis par la FDA en mars 2020 a introduit 11 nouvelles mises en garde sur différentes affections, qui doivent occuper la

moitié supérieure des faces avant et arrière des paquets de tabac, et au moins 20 % de la partie supérieure des publicités de cigarettes. Les mises en garde comprennent une large gamme de textes ainsi que des images saisissantes.

Cette mesure est considérée comme l'un des changements les plus significatifs en matière d'étiquetage des cigarettes aux États-Unis depuis 1984. Elle est le fruit de la détermination des gouvernements successifs à protéger la population des méfaits du tabac et à combler les lacunes des connaissances du public sur les effets nocifs du tabac. La règle proposée, qui devrait entrer en vigueur en juillet 2022<sup>1</sup>, fera des

États-Unis le 22e pays de la Région des Amériques à atteindre le plus haut niveau de réalisation pour la mesure MPOWER relative aux mises en garde contre les dangers du tabagisme.



Légende : Une des 13 étiquettes de mise en garde proposées, composées d'énoncés textuels accompagnés d'images en couleur de la qualité réaliste d'une photographie illustrant des risques peu connus du tabagisme (228).

1 US Food and Drug Administration. Pour plus d'informations, voir <https://www.fda.gov/regulatory-information/search-fda-guidance-documents/required-warnings-cigarette-packages-and-advertisements-small-entity-compliance-guide-revised>.

# CAMPAGNES MEDIATIQUES ANTITABAC

Article 12 de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac :

« Chaque Partie s'efforce de promouvoir et de renforcer la sensibilisation du public aux questions ayant trait à la lutte antitabac, en utilisant, selon qu'il conviendra, tous les outils de communication disponibles. (...) chaque Partie (...) favorise (...) un large accès à des programmes efficaces et complets d'éducation et de sensibilisation du public aux risques sanitaires, y compris les caractéristiques dépendogènes de la consommation de tabac et de l'exposition à la fumée du tabac ; (...) (Chaque Partie favorise) la sensibilisation du public aux risques pour la santé liés à la consommation de tabac et à l'exposition à la fumée du tabac, ainsi qu'aux avantages du sevrage tabagique et des modes de vie sans tabac ; (...) (Chaque Partie favorise) la sensibilisation du public aux informations concernant les conséquences sanitaires, économiques et environnementales préjudiciables de la production et de la consommation de tabac, et l'accès du public à ces informations. » . Les directives pour l'application de l'article 12 de la Convention-cadre visent à aider les Parties à satisfaire à leurs obligations au titre de cet article (174).

## Les campagnes médiatiques percutantes sont efficaces et essentielles

Les campagnes médiatiques antitabac, couramment utilisées dans les pays à revenu élevé, se sont également révélées efficaces dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (229). D'abondantes données probantes suggèrent que lorsque ces campagnes sont bien conçues et percutantes, elles peuvent réduire la consommation de tabac, accroître les

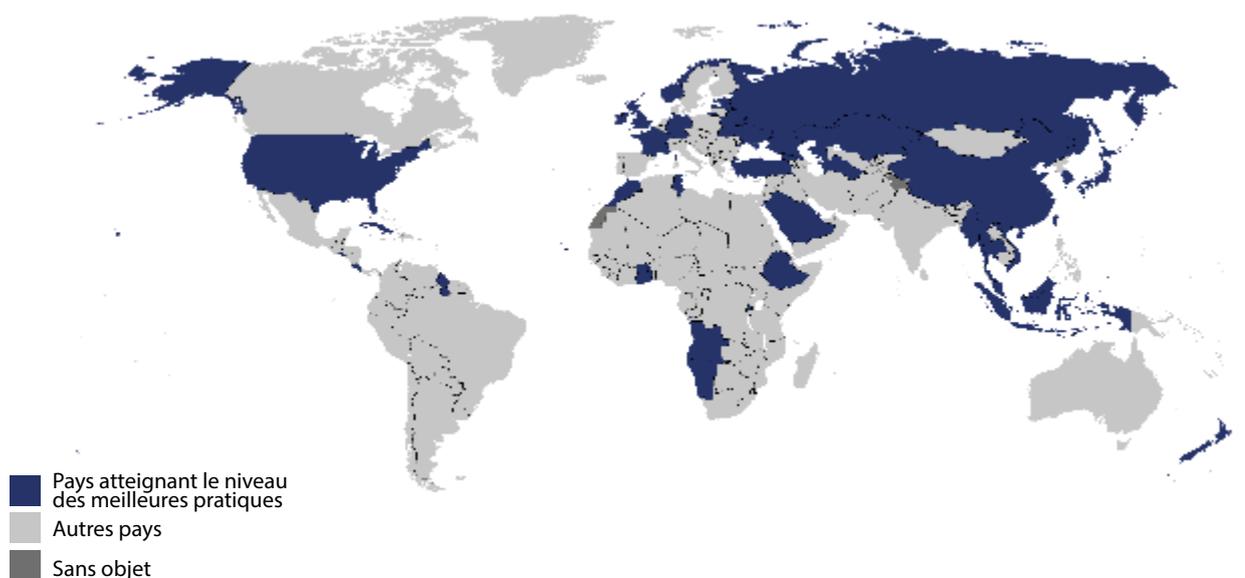
tentatives de sevrage tabagique, faire baisser les taux d'initiation des jeunes et réduire l'exposition à la fumée secondaire (230-235). À ce titre, il est impératif que ces campagnes constituent un volet important des stratégies ou programmes exhaustifs de lutte antitabac (236).

Les campagnes à la télévision utilisant des images saisissantes sont particulièrement efficaces pour motiver les tentatives de sevrage tabagique (234, 236). Les campagnes soutenues menées au travers de plusieurs médias (télévision, radio et Internet) sont plus susceptibles d'avoir un

impact à long terme sur le comportement tabagique, cependant les campagnes d'une durée de 3 semaines seulement peuvent déjà avoir une incidence positive (231, 237-239).

Les campagnes médiatiques sont certes coûteuses, cependant elles peuvent atteindre rapidement et efficacement un grand nombre de personnes (234) avec des messages et des informations sur les manières d'arrêter, et fournir les numéros des services gratuits d'aide par téléphone, notamment au bas des affiches ou à la fin des spots publicitaires.

## CAMPAGNES MÉDIATIQUES ANTITABAC – PAYS ATTEIGNANT LE NIVEAU DE RÉALISATION LE PLUS ÉLEVÉ, 2020



Pays atteignant le niveau de réalisation le plus élevé : Allemagne, \*Angola, \*Arabie saoudite, Bélarus, \*Cabo Verde, \*Chine, Costa Rica, \*Cuba, El Salvador, Estonie, États-Unis d'Amérique, \*Éthiopie, \*Fédération de Russie, France, Géorgie, \*Ghana, \*Guyana, Indonésie, Irlande, \*Japon, \*Kazakhstan, \*Lettonie, \*Malaisie, \*Maroc, \*Monaco, Myanmar, \*Namibie, Norvège, Nouvelle-Zélande, \*Palaos, Qatar, République de Corée, Royaume-Uni, \*Rwanda, Sainte-Lucie, \*Thaïlande, Timor-Leste, Togo, Tonga, \*Tunisie, Turquie, Turkménistan, \*Tuvalu, \*Ukraine, Viet Nam.

\* Pays au niveau le plus élevé après le 31 décembre 2018.



## Les campagnes médiatiques sont négligées depuis trop longtemps – plus de la moitié des pays n’ont pas mené de campagne nationale récemment.

### Plus de la moitié de la population mondiale n’a pas été exposée à une campagne médiatique au niveau des meilleures pratiques en 2020

Près de la moitié de la population mondiale (3,3 milliards de personnes) vit dans un pays qui a mené au moins une campagne médiatique nationale au niveau des meilleures pratiques au cours des deux dernières années. Trente-neuf pour cent vivent dans des pays ayant mené une campagne d’au moins trois semaines répondant à une partie des critères relevant des meilleures pratiques.

Sur les 45 pays ayant mené une campagne antitabac au niveau des meilleures pratiques pendant cette période, 15 étaient des pays à revenu élevé (25 % des pays de cette catégorie de revenu), 27 étaient des pays à revenu intermédiaire

(26 % des pays à revenu intermédiaire) et trois étaient des pays à faible revenu (10 % des pays de ce niveau de revenu). Plus de la moitié des pays du monde (103) n’ont pas mené de campagne médiatique soutenue au cours des deux dernières années, ce qui signifie que 17 % de la population mondiale n’ont pas été visés par une campagne nationale.

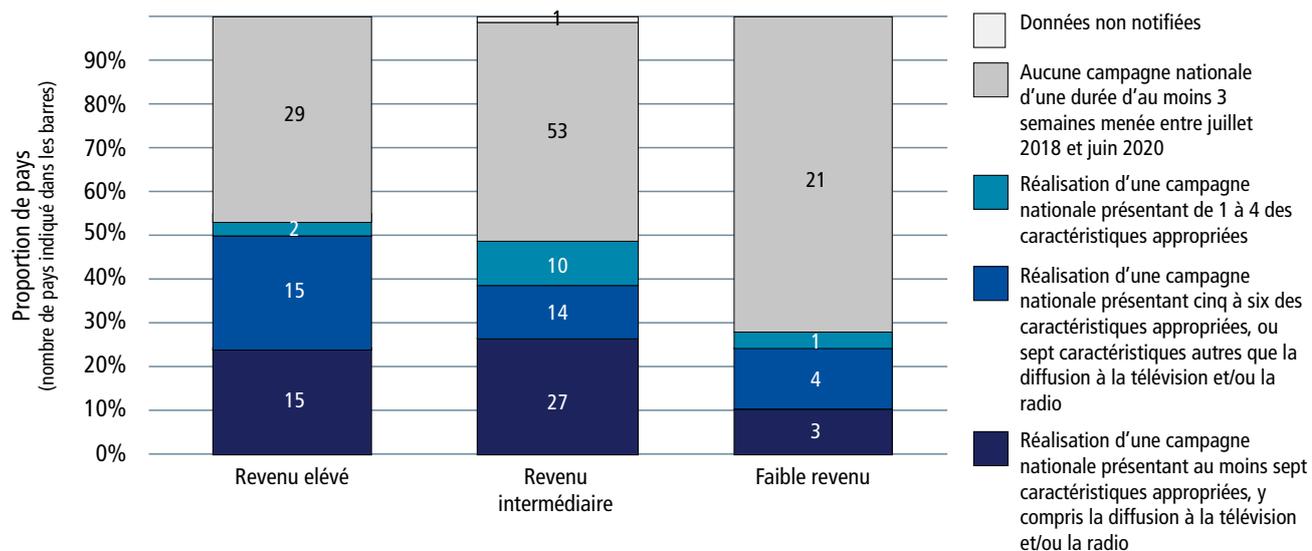
### Les efforts nationaux en matière de campagnes médiatiques restent insuffisants

Les personnes vivant dans les pays à faible revenu sont les moins exposées aux campagnes médiatiques antitabac : plus de 64 % de la population des pays de cette catégorie, vivant dans 21 pays, n’ont été exposés à aucun type de campagne nationale au cours des deux dernières années. Les campagnes médiatiques ont fait l’objet d’un suivi pour la première fois

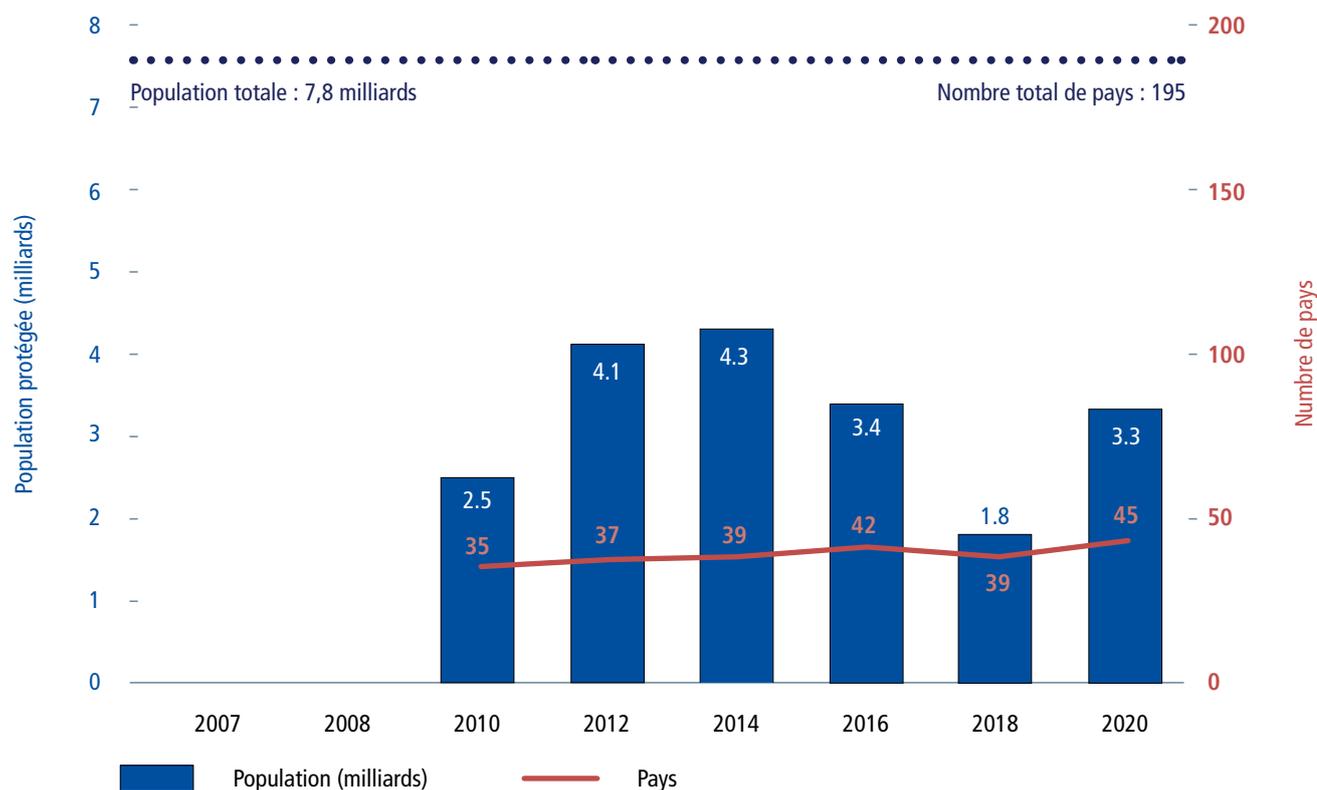
en 2009-2010. Depuis, le nombre total de personnes exposées à des campagnes médiatiques au niveau des meilleures pratiques a augmenté jusqu’en 2013-2014, lorsque 4,3 milliards de personnes vivaient dans des pays menant de telles campagnes. Malheureusement, ce chiffre est tombé à 1,8 milliard de personnes en 2018. En 2020, la campagne menée en Chine a ramené la population totale couverte à 3,3 milliards de personnes.

La plupart des pays qui organisent des campagnes médiatiques ne le font pas tous les deux ans. Depuis 2009-2010, seuls trois pays ont mené une campagne au niveau des meilleures pratiques tous les deux ans (Royaume-Uni, Turquie et Viet Nam). Sept pays ont mené cinq campagnes au niveau des meilleures pratiques au cours des six périodes de deux ans, ne manquant qu’une occasion de maintenir la périodicité biennale (Australie, El Salvador, États-Unis d’Amérique, Irlande, Malaisie, Norvège et République de Corée).

## CAMPAGNES MÉDIATIQUES (2020)



## PROGRÈS EN MATIÈRE DE CAMPAGNES MÉDIATIQUES ANTITABAC (2010—2020)



## Foyers sans tabac : campagne médiatique organisée en Thaïlande

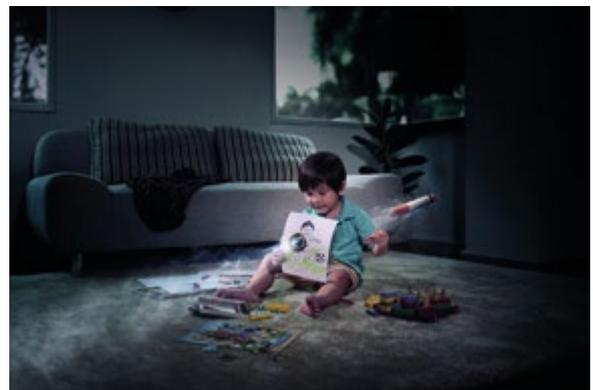


Le tabagisme est responsable de plus de 70 000 décès annuels en Thaïlande, et les maladies liées au tabagisme y sont la première cause de décès (y compris quelque 9 000 décès dus à la fumée secondaire) (200). Bien que la loi B.E. 2535 de 1992 sur la protection de la santé des non-fumeurs ait fait de tous les lieux publics des lieux sans tabac, il a été reconnu que le foyer est le lieu où les familles, et en particulier les enfants, passent le plus de temps, et où les personnes sont le plus susceptibles d'être exposées à la fumée secondaire. De fait, une enquête réalisée en 2017 par l'organisme national de statistique a révélé que pas moins de 17,3 millions de Thaïlandais étaient exposés à la fumée secondaire à la maison.

En 2019, des partenaires de divers secteurs se sont associés pour élaborer une campagne médiatique visant à prévenir l'exposition des jeunes enfants à la fumée secondaire à la maison, selon le thème du projet Foyers sans tabac d'Action on Smoking and Health (ASH Thailand). La campagne a été mise au point de manière collaborative par des partenaires de divers secteurs, sur la base des résultats de groupes de réflexion organisés avec le public visé, en faisant appel à des médias comme la télévision, la radio, la presse écrite, les panneaux d'affichage extérieurs, la publicité en ligne et la publicité dans les transports afin d'assurer le plus d'impact possible.

Les principaux objectifs de la campagne intitulée « Arrêtez de briser le rêve de votre enfant » étaient de promouvoir la conscience sociale des dangers de la fumée secondaire dans les foyers et d'encourager les fumeurs à arrêter pour le bien de leur famille, en particulier des jeunes enfants. La portée et l'impact de la campagne sont en cours d'évaluation.

Depuis 2010, lorsque les données sur les médias ont commencé à être collectées aux fins de ce rapport, la Thaïlande organise régulièrement des campagnes antitabac dans les médias répondant à au moins six des huit critères utilisés pour évaluer le niveau de réalisation.



Légende : Campagne antitabac thaïlandaise intitulée « Arrêtez de briser le rêve de votre enfant »

# FAIRE RESPECTER L'INTERDICTION DE LA PUBLICITÉ EN FAVEUR DU TABAC, DE LA PROMOTION ET DU PARRAINAGE

Article 13 de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac :

« (l')interdiction globale de la publicité, de la promotion et du parrainage réduira la consommation des produits du tabac. Chaque Partie (...) instaure une interdiction globale de toute publicité en faveur du tabac et de toute promotion et de tout parrainage du tabac. (...) (d)ans les cinq années suivant l'entrée en vigueur de la Convention pour cette Partie, celle-ci adopte des mesures législatives, exécutives, administratives et/ou d'autres mesures appropriées et fait rapport conformément à l'article 21 » (41). Les directives pour l'application de l'article 13 de la Convention-cadre visent à aider les Parties à satisfaire à leurs obligations au titre de cet article (174).

## Les interdictions de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage contribuent à protéger la population contre l'industrie du tabac

Malgré l'insistance des sociétés productrices de tabac, qui affirment que les milliards de dollars qu'elles dépensent chaque année en publicité visent exclusivement à augmenter leur part de marché au détriment de leurs concurrents, on dispose de données irréfutables selon lesquelles les activités de publicité, de promotion et de parrainage en faveur du tabac augmentent ou entretiennent également la consommation de tabac, à la fois en attirant de nouveaux consommateurs et en décourageant les consommateurs existants d'arrêter (231, 240, 241).

Les cigarettiers ont recours à un éventail de techniques de marketing adaptées aux différents groupes et ciblent des populations spécifiques au moyen de nouveaux produits qui contournent la réglementation et alimentent l'acceptabilité sociale (242). Les jeunes et les femmes sont tout particulièrement ciblés dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (243). La publicité et la promotion en faveur du tabac augmentent la probabilité que les adolescents se mettent à consommer du tabac, ce qui peut mener à une prévalence plus élevée d'adultes consommateurs

de tabac à l'avenir (241, 244, 245). Les activités de promotion et de parrainage peuvent également influencer les entreprises susceptibles de bénéficier des milliards de dollars investis dans la publicité, la promotion et le parrainage en faveur du tabac proprement dits.

Chaque fois que possible, l'industrie du tabac s'efforce par ailleurs d'échapper à la réglementation en adoptant des codes volontaires et faibles en matière de publicité, en discréditant les bases factuelles en faveur des restrictions et en ayant recours aux lobbyistes et aux procédures judiciaires pour éviter les interdictions de la publicité, de la promotion et du parrainage (231, 246).

## Les interdictions de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage réduisent le tabagisme

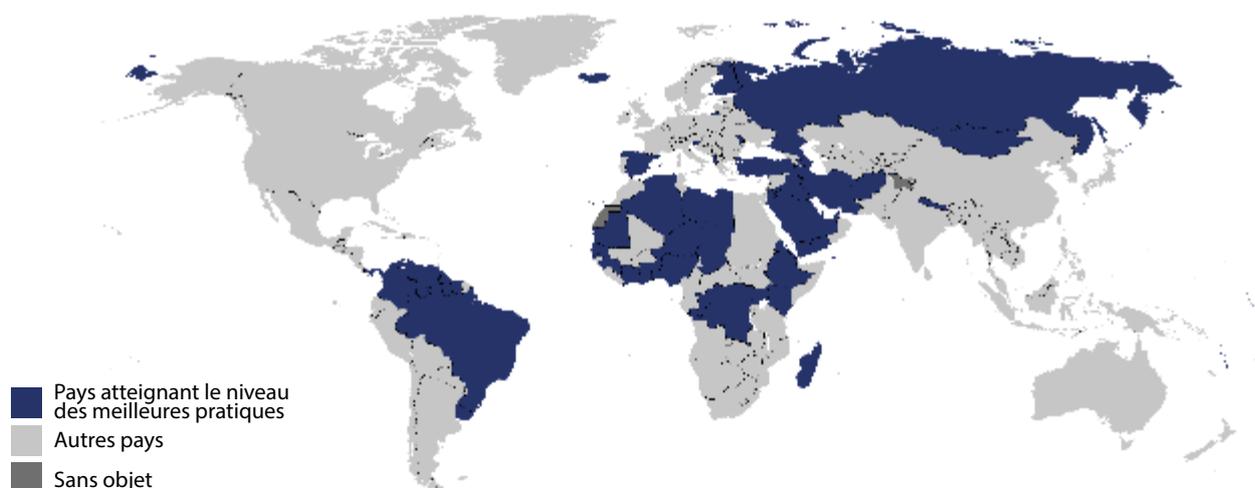
Les interdictions de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage réduisent efficacement les ventes et la consommation de tabac dans toutes les régions du monde (246-249). Leur impact peut même s'avérer plus important dans les pays à revenu faible ou intermédiaire que dans les pays à revenu élevé (249). Les interdictions complètes de l'ensemble des activités de publicité, de promotion et de parrainage en faveur du tabac

constituent une stratégie et une mesure politique cruciales de lutte antitabac (174, 247), et l'une des deux seules dispositions de la Convention qui sont assorties d'un calendrier obligatoire de mise en œuvre (l'autre étant l'article 11 de la Convention).

## Les interdictions de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage doivent être complètes et appliquées correctement

Les interdictions de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage doivent être complètes, car les interdictions partielles ont un effet limité, voire nul (231, 247, 250). Lorsque les interdictions ne sont pas complètes, les sociétés productrices de tabac exploitent les lacunes juridiques ou réorientent leurs investissements vers des formes de promotion qui ne sont pas interdites (247, 251, 252). C'est pourquoi les interdictions doivent couvrir toutes les formes de publicité, de promotion et de parrainage en faveur du tabac, y compris la promotion directe (par exemple la publicité à la télévision, à la radio, dans la presse écrite et sur les panneaux d'affichage, ainsi que la publicité dans les points de vente) et la promotion indirecte (par exemple, l'extension et l'échange de marques, la distribution gratuite, les remises, le placement de produits à la télévision et au

## FAIRE RESPECTER L'INTERDICTION DE LA PUBLICITÉ EN FAVEUR DU TABAC, DE LA PROMOTION ET DU PARRAINAGE – PAYS ATTEIGNANT LE NIVEAU DE RÉALISATION LE PLUS ÉLEVÉ, 2020



Pays atteignant le niveau de réalisation le plus élevé : Afghanistan, Albanie, Algérie, Antigua-et-Barbuda, Arabie saoudite, Azerbaïdjan, Bahreïn, Bénin, Brésil, Colombie, Congo, \*Côte d'Ivoire, Djibouti, Émirats arabes unis, Érythrée, Espagne, \*Éthiopie, Fédération de Russie, Finlande, Gambie, Ghana, Guinée, Guyana, Iran (République islamique d'), Islande, \*Iraq, \*Jordanie, Kenya, Kiribati, Koweït, Libye, Madagascar, Maldives, Maurice, Mauritanie, Mongolie, Népal, Niger, Nigéria, Nioué, Ouganda, Panama, Qatar, République de Moldova, République démocratique du Congo, Sénégal, Seychelles, Slovénie, Suriname, Tchad, Togo, Turquie, Tuvalu, Uruguay, Vanuatu, \*Venezuela (République bolivarienne de), Yémen.

\* Pays au niveau le plus élevé après le 31 décembre 2018.

cinéma et le parrainage, notamment les programmes de « responsabilité sociale des entreprises ») (253). Les interdictions doivent également viser les présentoirs en point de vente qui « normalisent » les produits, incitent à fumer, encouragent les achats impulsifs, entravent le sevrage tabagique et augmentent la probabilité que les enfants et les jeunes voient et essaient les produits (254-259).

Les interdictions doivent également englober les contributions financières ou en nature des sociétés productrices de tabac en faveur d'autres entités pour des causes méritoires ou socialement responsables. Ces contributions relèvent de la définition du parrainage du tabac figurant dans l'article 1, point g) de la Convention-cadre de l'OMS, et doivent par conséquent être interdites (253). Les activités de responsabilité sociale des entreprises servant généralement à convaincre les pouvoirs publics de reporter et de s'abstenir de mettre en œuvre les programmes de lutte antitabac, elles devraient également être visées par les interdictions de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage (259).

La législation doit utiliser des éléments de langage clairs et simples et des définitions dénuées d'ambiguïté, et éviter de fournir des listes d'activités interdites exhaustives ou susceptibles d'être prises pour telles (249). De plus, la législation doit s'accompagner d'une application et d'un

suivi fermes et être assortie de sanctions financières élevées en cas de violation (174).

### Les interdictions de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage devraient s'appliquer aux médias numériques

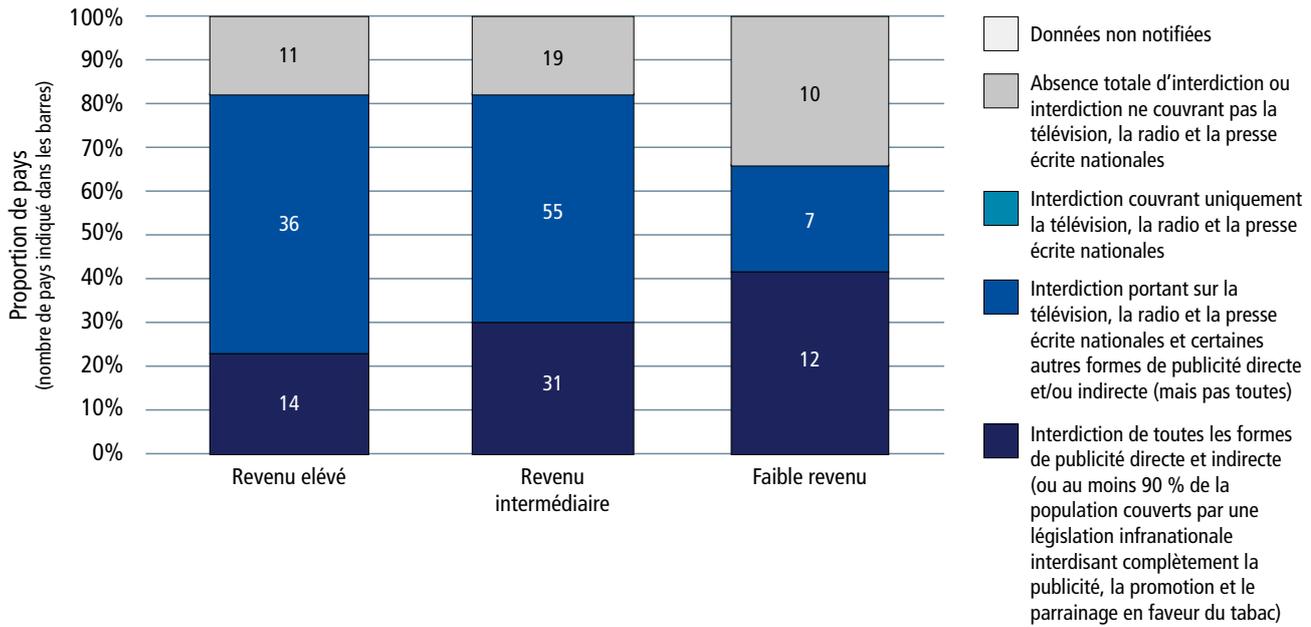
L'essor des technologies de communication et de l'utilisation de téléphones portables connectés à Internet signifie que les activités de publicité en faveur du tabac, de promotion et de parrainage peuvent se manifester sur diverses plateformes de médias sociaux. Or, les enfants et les adolescents sont particulièrement exposés (260), notamment au travers des influenceurs sur les médias sociaux, des porte-paroles et des concours parrainés par les marques qui sont utilisés pour faire la promotion des produits du tabac (261, 262). La législation existante des pays interdisant la publicité en faveur du tabac, la promotion et le parrainage n'inclut pas nécessairement une interdiction claire ou explicite de la publicité sur Internet, c'est pourquoi il est crucial de veiller à ce que les interdictions visent également les médias sur Internet (263, 264). Dans certains cas, la mise en œuvre d'interdictions

de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage sur les sites de réseaux sociaux peut requérir une législation transfrontalière, c'est pourquoi les pays doivent coopérer et coordonner leurs efforts (262).

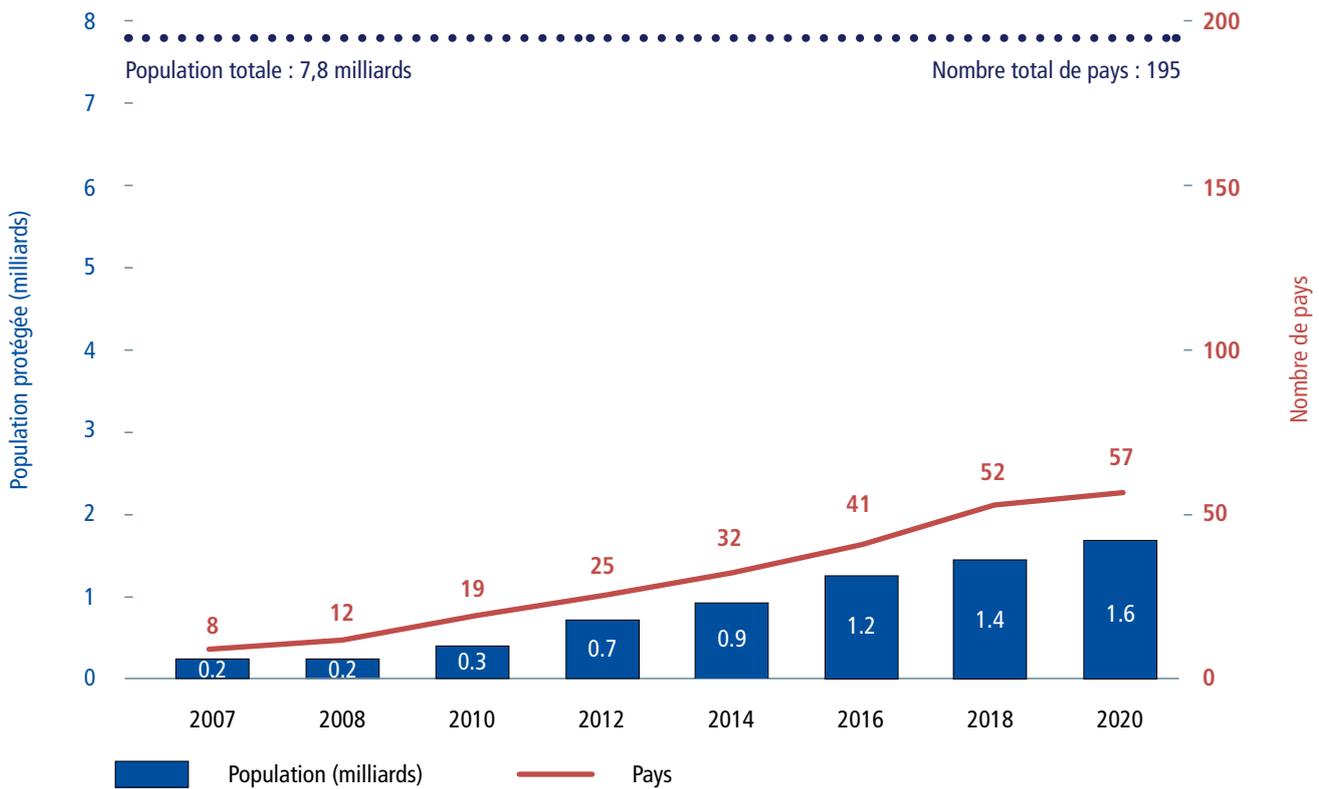
### Le nombre de pays couverts par des interdictions de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage continue d'augmenter régulièrement

Bien que les interdictions de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage restent des mesures insuffisamment adoptées, 57 pays (21 % de la population mondiale) ont instauré des interdictions complètes de ce type. En 2007, seuls huit pays – représentant 4 % de la population mondiale – avaient mis en place des interdictions au niveau des meilleures pratiques. Depuis, 49 pays supplémentaires (y compris cinq depuis 2018 – Côte d'Ivoire, Éthiopie, Irak, Jordanie et Venezuela (République bolivarienne de)) ont instauré des interdictions de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage, portant la population mondiale couverte à 1,6 milliard de personnes.

## INTERDICTIONS DE LA PUBLICITÉ, DE LA PROMOTION ET DU PARRAINAGE (2020)



## PROGRÈS EN MATIÈRE D'INTERDICTION DE LA PUBLICITÉ EN FAVEUR DU TABAC, DE LA PROMOTION ET DU PARRAINAGE (2007—2020)



## Plus d'un tiers des pays à faible revenu mettent en œuvre des interdictions complètes de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage

En 2020, des 57 pays ayant mis en place des interdictions complètes de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage, 12 étaient des pays à faible revenu (40 %), 31 des pays à revenu intermédiaire (30 %) et 14 des pays à revenu élevé (23 %). Dans 10 autres pays à faible revenu, les interdictions sont minimales (elles n'incluent pas la publicité sur les chaînes de télévision et de radio et dans la presse écrite nationales), voire complètement absentes. Il en va de même dans 19 pays à revenu intermédiaire et 11 pays à revenu élevé. Sept pays (Arménie, Belgique, Bolivie (État plurinational de), Danemark, Israël, Pakistan et Samoa) – représentant au total 262 millions de personnes – ont amélioré leur législation depuis 2018, sans toutefois avoir atteint le niveau des meilleures pratiques en 2020.

## 2,1 milliards de personnes supplémentaires pourraient facilement être couvertes par des interdictions de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage

Une interdiction de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage au niveau des meilleures pratiques présente dix caractéristiques appropriées. En 2020, 26 pays représentant 2,1 milliards de personnes avaient rendu obligatoires neuf de ces dix caractéristiques et n'avaient donc qu'une disposition à adopter pour atteindre le niveau des meilleures pratiques. La disposition qui manque le plus souvent est l'interdiction de la publicité dans les points de vente (huit pays), suivie de l'interdiction de l'extension de marque (sept pays). Quarante pays, abritant 1,2 milliard de personnes, n'ont aucune interdiction de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage ou appliquent des restrictions très rudimentaires.

Sept pays n'ont qu'à interdire l'extension de marque (Croatie, France, Géorgie, Lituanie, Sri Lanka, Thaïlande,

Turkménistan). Pour huit pays, il suffit d'interdire la publicité en faveur des produits du tabac dans les points de vente (Afrique du Sud, Argentine, Bolivie (État plurinational de), Îles Cook, Inde, Mali, Monténégro, Pays-Bas). Cinq pays et territoires n'ont qu'à interdire le parrainage par l'industrie (Égypte, République arabe syrienne, Royaume-Uni, Soudan, Viet Nam). Trois pays n'ont qu'à interdire les remises promotionnelles (Chypre, Liban, Papouasie-Nouvelle-Guinée). La Norvège n'a qu'à interdire l'échange de marques, les Tonga n'ont qu'à interdire l'apparition de produits du tabac ou de marques de tabac à la télévision et dans les films et un territoire – le Territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est – n'a qu'à interdire la distribution gratuite de produits du tabac.

Plus d'un quart des 524 millions de personnes qui vivent dans 29 des 100 plus grandes villes du monde sont protégées par une interdiction de publicité en faveur du tabac, de promotion et de parrainage. Toutes ces villes sont couvertes par des lois nationales. Plutôt que d'attendre qu'une loi nationale soit mise en place, les 71 métropoles restantes qui ne sont pas couvertes par une loi nationale au meilleur niveau de pratique pourraient adopter une loi au niveau municipal, de l'État ou de la province afin de protéger plus rapidement leur importante population.

## La République bolivarienne du Venezuela instaure une interdiction complète de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage

En 2019, la République bolivarienne du Venezuela est parvenue à l'application complète de sa troisième mesure MPOWER par l'adoption d'une résolution du ministère de la Santé interdisant complètement la publicité, la promotion et le parrainage en faveur du tabac, notamment la présentation de produits du tabac dans les points de vente. Le règlement interdit par ailleurs explicitement les activités de responsabilité sociale des entreprises des acteurs de l'industrie du tabac.

La publicité, la promotion et le parrainage en faveur du tabac faisaient déjà l'objet de certaines restrictions avant l'adoption de ce règlement, toutefois les points

de vente n'étaient pas concernés.

Il s'agissait là d'une lacune particulièrement problématique, étant donné que, comme l'a révélé l'enquête mondiale sur le tabagisme chez les jeunes menée dans le pays en 2019, 44,3 % des étudiants remarquaient les publicités ou promotions en faveur du tabac lorsqu'ils se rendaient dans des points de vente (265). La mise en place de l'interdiction a requis une étroite collaboration entre les ministères de la Santé et de la Culture, car une des stratégies de l'industrie du tabac en République bolivarienne du Venezuela faisait intervenir la promotion de ses activités culturelles.

L'interdiction de la publicité en faveur du tabac, de la promotion

et du parrainage de la République bolivarienne du Venezuela vient s'ajouter aux deux autres mesures MPOWER adoptées au plus haut niveau – les mises en garde sanitaires illustrées de grande taille et la réglementation sur les espaces sans tabac. Les efforts déployés par la République bolivarienne du Venezuela pour mettre en œuvre la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac mettent en évidence l'importance de la direction du ministère de la Santé et montrent que les mesures d'application ne sont pas nécessairement coûteuses.

## Près d'un tiers des pays à revenu faible ou intermédiaire sont couverts par des interdictions complètes de la publicité, de la promotion et du parrainage en faveur du tabac.

La collaboration efficace entre l'OMS et les principaux partenaires publics débouche sur une interdiction complète de la publicité, de la promotion et du parrainage en faveur du tabac en Iraq



Légende : Un panneau publicitaire promouvant une marque de cigarettes est abattu à l'aide d'un bulldozer

Suite à la publication du *Rapport 2019 de l'OMS sur l'épidémie de tabagisme dans le monde*, l'Initiative pour un monde sans tabac dans la Région OMS de la Méditerranée orientale a collaboré avec les parties prenantes dans les pays afin d'identifier les principales lacunes dans la mise en œuvre des politiques et les manières d'appuyer les progrès en matière de politiques.

Étant donné que douze pays de la région n'avaient pas instauré d'interdiction complète de la publicité, de la promotion et du parrainage en faveur du tabac conformément à la Convention-cadre de l'OMS,

le renforcement des interdictions a été reconnu comme une priorité. L'équipe de l'OMS a élaboré les ressources nécessaires pour appuyer les pays dans ce domaine, notamment en rédigeant un projet de décret ministériel pouvant être adapté en fonction du contexte juridique des différents pays.

Les équipes de pays au sein des ministères de la Santé et des bureaux de pays de l'OMS ont utilisé ces ressources techniques pour plaider en faveur de règles plus fermes interdisant la publicité, la promotion et le parrainage en faveur du tabac. L'expérience de l'Iraq s'est avérée un

grand succès, notamment grâce à l'engagement de hauts responsables irakiens. L'OMS a travaillé en collaboration avec les départements juridique et exécutif du Ministère irakien de la Santé pour soutenir des efforts coordonnés afin de modifier la politique par un décret ministériel. Finalement, le Ministre irakien de la Santé et de l'Environnement a adopté une décision interdisant toutes les formes de publicité, de promotion et de parrainage en faveur du tabac pour élever le pays au plus haut niveau de réalisation de cette mesure MPOWER.



## Mise en œuvre d'interdictions de la publicité, de la promotion et du parrainage en faveur du tabac au niveau local : Brésil, Indonésie et République de Corée

Les interdictions complètes de la publicité, de la promotion et du parrainage en faveur du tabac sont des méthodes efficaces de réduction des ventes et de la consommation de tabac. Elles doivent cependant être bien appliquées afin de porter leurs fruits.

Dans le cadre du Partenariat pour des villes saines, trois villes ont illustré comment les politiques et les activités locales peuvent renforcer l'application des interdictions de publicité, de promotion et de parrainage en faveur du tabac. La ville de Rio de Janeiro (Brésil) a amélioré la mise en œuvre d'une interdiction nationale de la publicité, de la promotion et du parrainage en faveur du tabac en surveillant la conformité. Les autorités municipales ont évalué les points de vente, organisé des formations pour les agents chargés des inspections et mené une campagne de sensibilisation à l'interdiction et aux restrictions connexes.

À Séoul (République de Corée), un plan a été élaboré pour appuyer une application plus rigoureuse de la réglementation interdisant la publicité, la promotion et le parrainage en faveur du tabac dans l'ensemble de la ville par l'intermédiaire de l'article 9.4 de la loi nationale sur la promotion de la santé (interdiction ou restriction des publicités en faveur du tabac). L'approche de la ville incluait une enquête auprès d'informateurs clés (adaptée d'un modèle national fourni par l'OMS pour une utilisation au niveau de la ville) destinée à évaluer les connaissances et les perspectives du public en matière de conformité.

Enfin, les autorités locales de Jakarta (Indonésie) ont renforcé l'application d'une politique locale interdisant les publicités extérieures en faveur du tabac en améliorant les capacités des fonctionnaires locaux et en menant des campagnes régulières d'application de l'interdiction. Elles ont également mis au point une

application téléphonique simple aux fins de l'application de l'interdiction de la publicité extérieure. La ville aspire à parvenir à un degré de respect de l'interdiction de la publicité intérieure et de l'interdiction existante de la publicité extérieure de 90 %.



Légende : Inspecteurs suivant une formation à l'application de l'interdiction de la publicité, de la promotion et du parrainage en faveur du tabac à Rio de Janeiro

# AUGMENTER LES TAXES SUR LE TABAC

Article 6 de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac :

« (Les) mesures financières et fiscales sont un moyen efficace et important de réduire la consommation de tabac (...) (chaque Partie adopte) (...) des mesures pouvant comprendre : (...) l'application de politiques fiscales et, le cas échéant, de politiques des prix concernant les produits du tabac afin de contribuer aux objectifs de santé visant à réduire la consommation de tabac » (174).

## L'augmentation des taxes sur les produits du tabac est la mesure de lutte antitabac la plus efficace

L'augmentation des taxes est un moyen très rentable de réduire la consommation de tabac (22, 198). Selon les estimations d'un rapport publié récemment par le Groupe de travail sur la politique budgétaire pour la santé, des augmentations de taxes entraînant une hausse de 50 % des prix du tabac à l'échelle mondiale permettraient d'éviter 27,2 millions de décès prématurés au cours des 50 prochaines années (266). Les taxes sur le tabac peuvent en outre être mises en œuvre à peu de frais, leur administration coûtant à peine 0,05 dollar US par habitant par an aux pays à revenu faible ou intermédiaire (267).

En moyenne, une augmentation des prix de 10 % réduit la consommation de 5 % dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (jusqu'à 8 % dans certains cas), et d'environ 4 % dans les pays à revenu élevé (198). La moitié, environ, de cette réduction est attribuable au sevrage tabagique d'une partie des fumeurs, l'autre moitié étant le résultat de la réduction de la consommation de tabac des fumeurs existants (268). La taxation du tabac est à juste titre considérée comme une intervention hautement rentable constituant un « meilleur choix », ce qui signifie que les bénéfices économiques de cette mesure sont plusieurs fois supérieurs à son coût (269, 270).

## L'augmentation des taxes peut financer l'élargissement des programmes publics de santé

Non seulement les augmentations des taxes mènent à une réduction de la consommation de tabac et à une amélioration de la santé, elles génèrent

également davantage de recettes publiques (22, 198).

Le rapport du Groupe de travail sur la politique budgétaire pour la santé estimait par ailleurs qu'une augmentation de 50 % des prix du tabac en 2017 permettrait de lever 3 000 milliards de dollars US supplémentaires à l'échelle mondiale au cours des 50 prochaines années (266). Les recettes supplémentaires générées par l'augmentation des taxes au niveau des pays pourraient être utilisées pour financer les programmes de lutte antitabac ainsi que d'autres initiatives sanitaires et sociales importantes qui ont déjà fait leurs preuves dans certains pays (271, 272). Une telle utilisation des recettes fiscales augmente en outre le soutien public en faveur de l'augmentation des taxes.

## Les taxes devraient être augmentées de manière significative et périodique

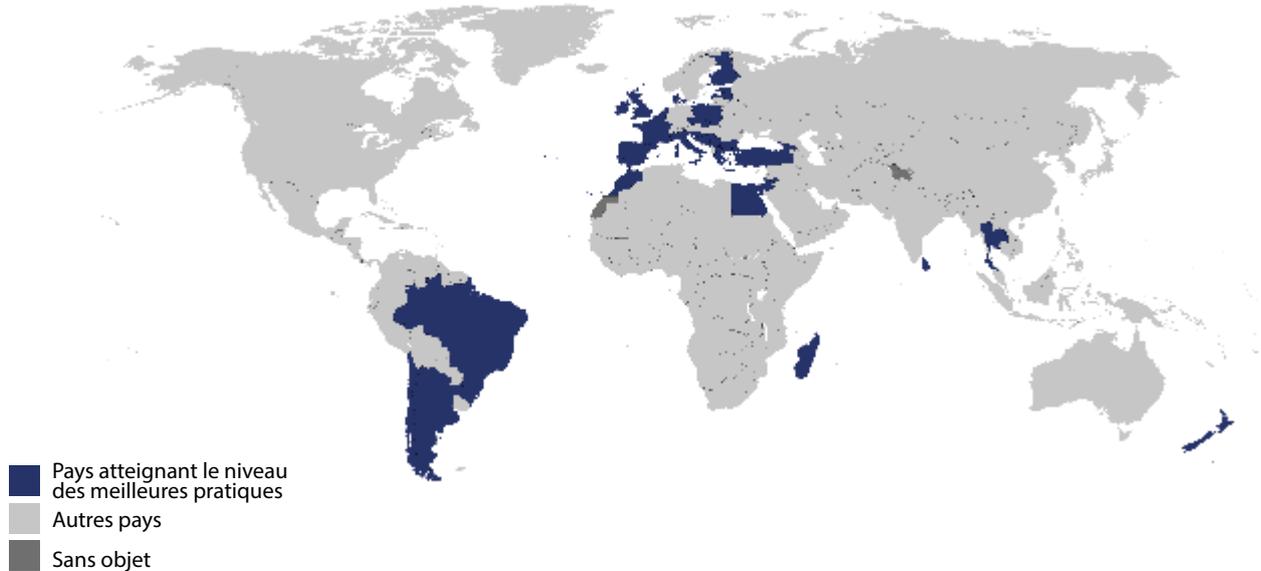
Les pouvoirs publics doivent suivre les taux d'imposition et les prix du tabac au regard des revenus réels et augmenter de manière significative les taux d'imposition à intervalles réguliers afin de garantir que les produits du tabac ne deviennent pas plus accessibles économiquement – tendance courante dans de nombreux pays où les revenus et le pouvoir d'achat connaissent une croissance rapide (22). Dans certains pays, en dépit de l'augmentation des taux d'imposition du tabac, ces hausses ne compensent pas l'inflation et l'augmentation des revenus, ce qui entraîne l'érosion de la valeur des taxes sur le tabac et de leur efficacité en termes de réduction de la consommation de tabac (22, 273). Les augmentations nominales des taxes qui ne rendent pas les produits du tabac moins accessibles économiquement ont peu de chances de réduire la consommation et d'encourager le sevrage tabagique.

## Les politiques de taxation du tabac requièrent une administration fiscale solide

L'administration fiscale peut être facilitée en appliquant des politiques fiscales appropriées. Parmi les différents types de taxes prélevées sur les produits du tabac, les droits d'accise sont le moyen le plus efficace d'augmenter les prix et d'entraîner un impact significatif sur la santé (22, 274). Les structures fiscales plus simples sont également plus faciles à administrer – il convient d'éviter les structures complexes et les droits d'accise à plusieurs niveaux afin de dissuader les entreprises de fixer des prix des produits du tabac nuisant à l'impact sur la santé et sur les recettes des taxes sur le tabac (22).

Le renforcement de l'administration des taxes et des douanes, ainsi que l'amélioration des capacités d'application, accentuent l'impact de l'augmentation des taxes sur le tabac (22). Les principales interventions visant à améliorer l'administration fiscale consistent à veiller à la conformité (au travers de licences, d'exigences détaillées de déclaration fiscale et de technologies de l'information sophistiquées), à veiller au contrôle de la chaîne d'approvisionnement (par exemple, en ayant recours à des approches fondées sur les risques en matière de cibles d'application, de timbres fiscaux, de systèmes de suivi et de traçabilité et en appliquant des méthodes permettant de déjouer les stratégies commerciales d'anticipation), et à adopter des procédures clairement définies à suivre en cas de détection de commerce illicite de produits du tabac (notamment des sanctions élevées) (22). L'expérience de nombreux pays montre que l'on peut lutter efficacement contre le commerce illicite des produits du tabac même lorsque les taxes et les prix sont augmentés, et que la menace de l'évasion fiscale ne devrait

## AUGMENTATION DES TAXES SUR LE TABAC – PAYS ATTEIGNANT LE NIVEAU DE RÉALISATION LE PLUS ÉLEVÉ, 2020



Pays atteignant le niveau de réalisation le plus élevé : Andorre, Argentine, Belgique, Bosnie-Herzégovine, Brésil, Bulgarie, Chili, Croatie, \*Danemark, Égypte, Espagne, Estonie, Finlande, France, \*Géorgie, Grèce, Irlande, Israël, Italie, Jordanie, Lettonie, Macédoine du Nord, Madagascar, Malte, \*Maroc, Maurice, Monténégro, Nouvelle-Zélande, \*Pays-Bas, Pologne, \*Portugal, Royaume-Uni, Serbie, Slovaquie, Slovénie, \*Sri Lanka, Tchéquie, Territoire palestinien occupé, Thaïlande, Turquie.

\* Pays au niveau le plus élevé après le 31 décembre 2018.

par conséquent pas être invoquée pour s'abstenir d'augmenter les taxes (22, 275).

particulier lorsque les lois sont conçues et adoptées avec soin (22).

### Assurer l'adhésion politique est crucial pour l'adoption de réformes fiscales essentielles

L'industrie du tabac exploite efficacement les inquiétudes relatives à l'économie politique des taxes sur le tabac pour bloquer toute réforme importante dans ce domaine. Répondre de manière préventive à ces préoccupations peut grandement faciliter l'adoption sans heurt d'importantes réformes de la taxation du tabac. Ces préoccupations peuvent se résumer par les tactiques alarmistes suivantes (22) :

- (S) contrebande** et commerce illicite ;
- (C) actions** en justice ;
- (A) arguments** antipauvres ou régressifs ;
- (R) réduction** des recettes ;
- (E) impact** sur l'emploi.

L'expérience de nombreux pays partout dans le monde montre que ces arguments sont soit infondés, soit grandement exagérés, que les augmentations de taxes ont en réalité un effet positif sur la santé, l'équité, les recettes et l'économie en général, et que le risque d'être confronté à des menaces juridiques est très réduit, en

### Un milliard de personnes sont couvertes par des taxes élevées sur le tabac

Les bases factuelles sur les interventions en matière de tabagisme indiquent que le moyen le plus efficace et efficient de réduire la consommation de tabac consiste à augmenter le prix du tabac par l'intermédiaire des taxes. Or, la taxation du tabac est la mesure MPOWER la moins appliquée. En 2020, 13 % seulement de la population mondiale, vivant dans 40 pays, étaient protégés par des taux d'imposition équivalents à 75 % ou plus du prix de la marque de cigarettes la plus populaire.

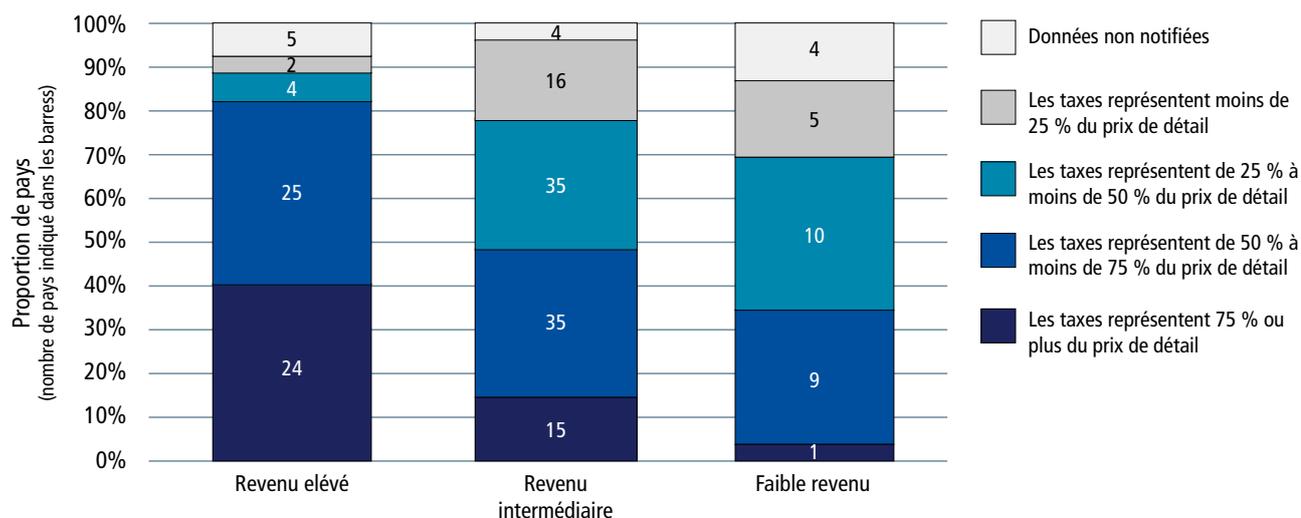
Le nombre total de pays qui ont porté les taxes sur le tabac à 75 % ou plus du prix de la marque de cigarettes la plus vendue est passé de 38 en 2018 à 40 en 2020, cependant, le nombre de personnes protégées par ce niveau de taxation est demeuré inchangé à 1 milliard de personnes. L'addition de deux pays au nombre total de pays au plus haut niveau de réalisation représente un gain net, six pays (Danemark, Géorgie, Maroc, Pays-Bas, Portugal et Sri Lanka) ayant augmenté leurs taxes au niveau des meilleures pratiques tandis que quatre autres pays ont perdu leur position au sein de ce

groupe (Australie, Autriche, Colombie et Nioué). L'augmentation la plus significative de la part des taxes dans ces six nouveaux pays au niveau des meilleures pratiques a été mise en œuvre par le Sri Lanka, qui a augmenté le taux de taxation de 66,17 % en 2018 à 77,02 % en 2020. Aucun pays à faible revenu n'a augmenté les taxes sur le tabac à 75 % ou plus depuis 2018. Seize pays, dont huit à faible revenu, ont suffisamment augmenté les taxes depuis 2018 pour se rapprocher du niveau des meilleures pratiques d'une catégorie.

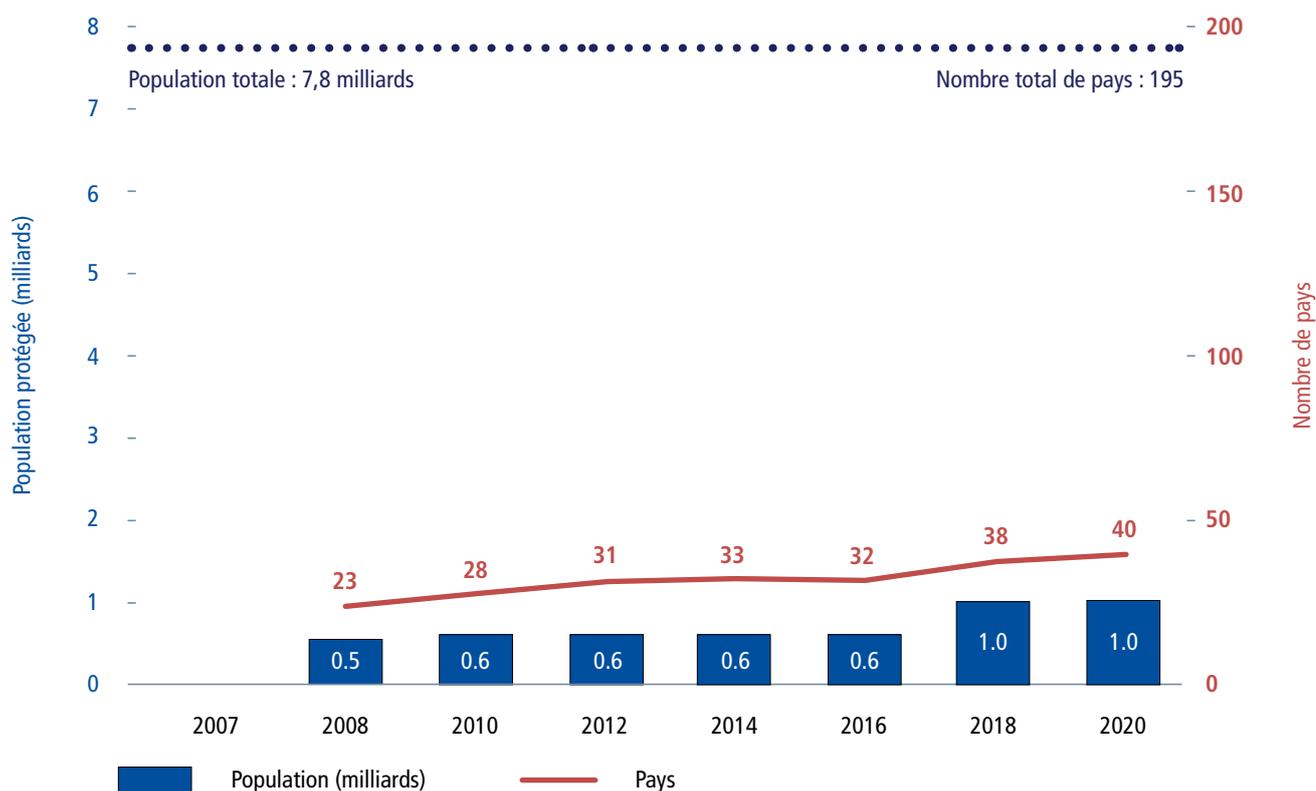
En 2008, 23 pays imposaient des taxes à hauteur de 75 % ou plus du prix, ne couvrant qu'un demi-milliard de personnes, soit 7 % de la population mondiale. Depuis, un demi-milliard de personnes de plus, dans 17 pays supplémentaires, sont couvertes par des pourcentages de taxation au niveau des meilleures pratiques. Bien que 21 pays aient suffisamment augmenté les taxes sur le tabac pour atteindre le groupe de tête, quatre autres en sont sortis depuis 2008.

À l'heure actuelle, les pays à revenu intermédiaire représentent plus de la moitié de la population (61 %) protégée par cette mesure MPOWER. Moins de 3 % des personnes protégées vivent dans des pays à faible revenu.

## TAXES TOTALES SUR LES CIGARETTES (2020)



## PROGRÈS EN MATIÈRE DE TAXES TOTALES REPRÉSENTANT $\geq 75$ % DU PRIX DE DÉTAIL DES CIGARETTES (2008—2020)



En 2020, 24 pays à revenu élevé (40 %) et 15 pays à revenu intermédiaire (15 %) prélevaient des taxes au niveau des meilleures pratiques. Madagascar était le seul pays à faible revenu à imposer des taxes au plus haut niveau. Toutefois, 15 pays (dix à revenu élevé, quatre à revenu intermédiaire et un à faible revenu) appliquent des taux d'imposition de 70

% à 75 % du prix de détail et se situent donc à 5 pour cent ou moins du niveau des meilleures pratiques. Si ces pays augmentaient leurs taxes à 75 %, 465 millions de personnes supplémentaires seraient couvertes par la mesure la plus efficace de réduction du tabagisme.

Par ailleurs, 4 % des pays à revenu élevé,

16 % des pays à revenu intermédiaire et 20 % des pays à faible revenu ne taxent pas le tabac, même pas à un niveau minimal (taxes représentant moins de 25 % du prix de détail). Ces 23 pays ratent l'occasion de sauver des vies en élevant les taxes sur le tabac à ce niveau de base.

## Un pays sur cinq est aujourd'hui protégé par des taxes élevées sur le tabac.

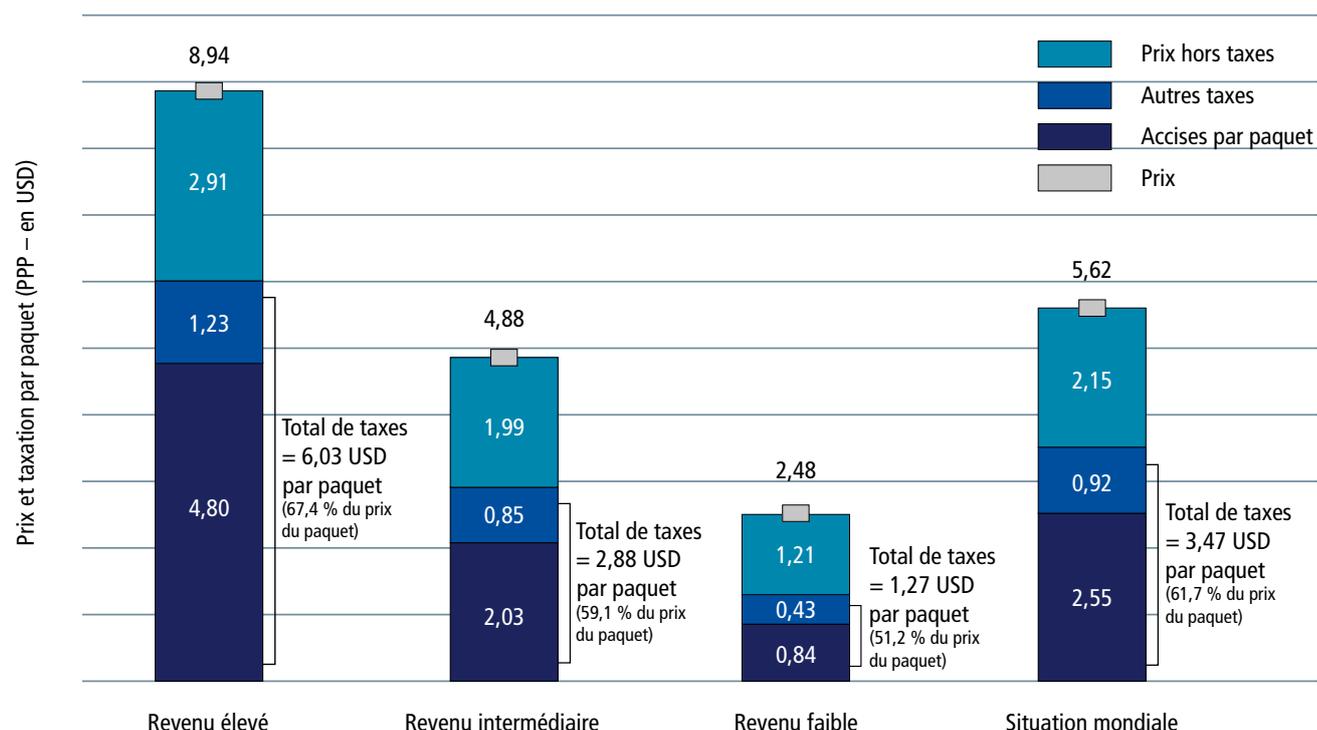
### Les pays à revenu faible ou intermédiaire ont encore beaucoup de chemin à parcourir en matière d'augmentation des taxes et des prix

Les niveaux des prix et des taxes sont les plus élevés dans les pays à revenu élevé, même après ajustement pour tenir compte des différences de pouvoir d'achat. Les prix des paquets de cigarettes, les taxes totales et l'accise en tant que part des prix des paquets sont tous inférieurs dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, la taxe

totale moyenne en tant que proportion du prix s'élevant à 51,2 % dans les pays à faible revenu et à 59,1 % dans les pays à revenu intermédiaire. Cette proportion atteint 67,4 % dans les pays à revenu élevé, malgré le fait que la part non fiscale des prix des cigarettes est relativement similaire partout dans le monde. De solides

arguments justifient que l'ensemble des pays, et en particulier les pays à revenu faible ou intermédiaire, augmentent davantage encore les droits d'accise, ce qui aurait pour effet de rendre les cigarettes moins accessibles économiquement.

### PRIX DE DÉTAIL MOYEN PONDÉRÉ ET TAXATION (ACCISES ET TOTAUX) DE LA MARQUE DE CIGARETTES LA PLUS VENDUE, 2020



Remarque : Les moyennes sont pondérées par les estimations de l'OMS du nombre de fumeurs de cigarettes de plus de 15 ans dans chaque pays en 2019. Les prix sont indiqués en dollars ajustés en fonction des parités de pouvoir d'achat (PPA) ou dollars internationaux, de manière à tenir compte des différences de pouvoir d'achat entre pays. Basé sur 54 pays à revenu élevé, 99 pays à revenu intermédiaire et 23 pays à faible revenu pour lesquels on dispose de données sur les prix de la marque la plus vendue, les accises et autres taxes et les facteurs de conversion PPA.

## L'accessibilité économique devrait être constamment surveillée et réduite

Afin de mesurer si l'accessibilité économique des cigarettes a augmenté ou diminué dans le temps dans un pays donné, les données sur les prix des éditions antérieures du présent rapport ont été utilisées pour calculer le PIB par habitant requis pour acheter 2 000 cigarettes de la marque la plus vendue chaque année. L'évolution moyenne au cours de la période 2010-2020 a ensuite été calculée

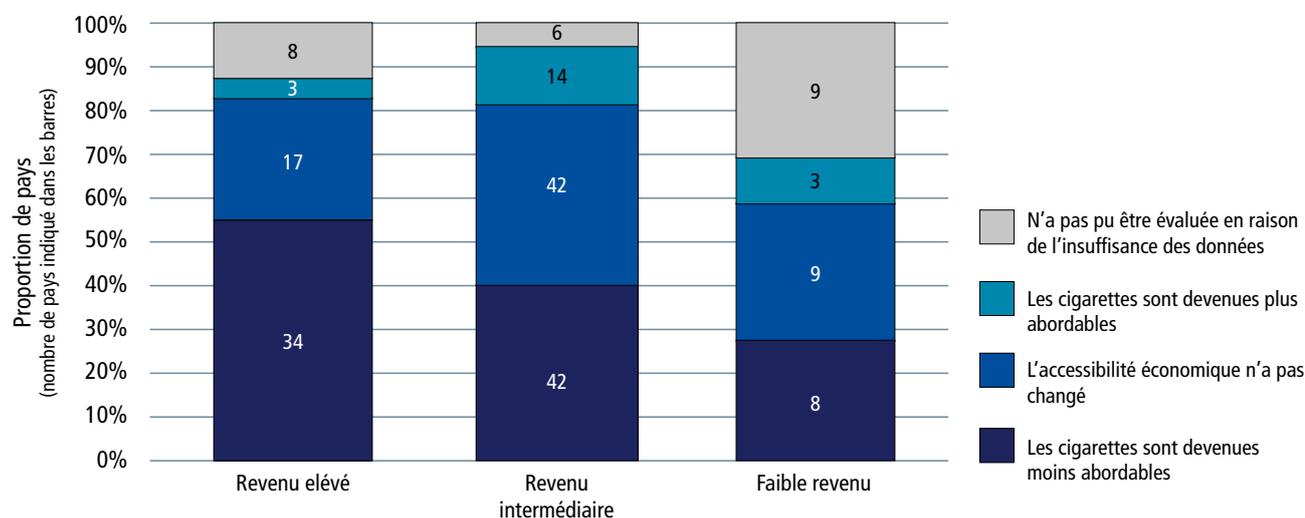
aux fins de cette édition du rapport. Il ressort de ces calculs que l'accessibilité économique des cigarettes a reculé dans 84 pays et n'a pas changé de manière significative dans 68 pays, tandis que dans 20 pays, les cigarettes sont devenues plus accessibles économiquement. Dix-sept de ces 20 pays sont des pays à revenu faible ou intermédiaire.

L'accessibilité économique peut évoluer rapidement, et surveiller cette évolution peut indiquer aux gouvernements le meilleur moment pour augmenter les taxes sur le tabac. Les taxes peuvent être ajustées automatiquement de manière

à tenir compte des fluctuations des économies nationales.

Des 524 millions de personnes (6,7 % de la population mondiale) qui vivent dans une des 100 plus grandes villes du monde, 130 millions seulement (dans 24 villes) sont protégées par la taxation du tabac. À ce jour, aucune ville n'a instauré, indépendamment du gouvernement national, de taxes sur les produits du tabac ayant eu pour effet d'augmenter la part totale des taxes à 75 % ou plus du prix de détail.

### ÉVOLUTION DE L'ACCESSIBILITÉ ÉCONOMIQUE DES CIGARETTES, 2010-2020



**Depuis 2010, les cigarettes sont devenues moins accessibles économiquement dans 84 pays du monde, répartis à parts égales entre les catégories des pays à revenu élevé, à revenu intermédiaire et à faible revenu.**

## L'augmentation des taxes est cruciale pour une lutte antitabac exhaustive, Maroc

Après avoir libéralisé le secteur du tabac manufacturé en 2011, le Maroc s'est lancé dans un projet de 3 ans de réforme de la structure de taxation du tabac. S'inspirant d'autres pays qui avaient mis en œuvre des mesures de lutte antitabac, cette réforme avait pour principal objectif de protéger la santé publique et de consolider les recettes publiques.

Le système antérieur de droit d'accise sur le tabac du Maroc se composait d'une taxe ad valorem à prix minimum fixe sur toutes les nouvelles marques lancées sur le marché. Ce système incitait les sociétés à introduire des marques à coût modique et encourageait les consommateurs à acheter des produits du tabac bon marché.

Pour remédier à cette situation, le Maroc a instauré en 2013, en plus du système existant de taxe ad valorem, une taxe spécifique et un montant minimum de prélèvement

fiscal pour les produits du tabac. Une charge fiscale minimale a également été instaurée, suivant laquelle les taxes prélevées ne pouvaient pas représenter moins de 53,6 % du prix de détail des cigarettes.

En 2017, dans le cadre des efforts visant à simplifier davantage encore sa structure de taxation du tabac, le Maroc a appliqué le taux de taxe à la consommation (accise) sur les cigarettes de tabac foncé de manière à atteindre progressivement (sur une période de 3 ans) un taux d'imposition uniforme pour tous les types de cigarettes, abandonnant ainsi progressivement le système à deux niveaux en place jusque-là.

Le Maroc a augmenté une nouvelle fois en 2019 son droit d'accise minimal sur les cigarettes, ainsi que sa charge fiscale minimale, qui est passée de 53,6 % à 58 %. Grâce à ces augmentations, les taxes totales sur le tabac représentent désormais

76,1 % du prix de la marque de cigarettes la plus vendue, le pays atteignant ainsi le plus haut niveau de réalisation de la mesure MPOWER relative à l'augmentation des taxes sur le tabac. Les réformes fiscales et les augmentations des taux d'imposition ont mené à une augmentation des recettes, qui sont passées de 10,4 milliards de dirhams marocains en 2013 à 12,8 milliards en 2018.

Une nouvelle augmentation de la taxe à la consommation a été appliquée en 2021 aux cigares, aux cigarillos et au tabac à pipe à eau. Le Maroc compte continuer d'augmenter régulièrement les taxes sur le tabac pour tenir compte de l'inflation. L'espoir est que ces augmentations progressives des taxes feront grimper les prix et baisser la demande de produits du tabac, ce qui devrait faire baisser la consommation nocive de ces produits et leur charge de morbidité.



## La politique fiscale exhaustive de la Géorgie fait baisser la consommation de tabac

Les taux d'imposition du tabac ont augmenté de manière significative entre 2013 et 2019 en Géorgie. Après des augmentations séparées des accises spécifiques sur les cigarettes à bout filtre et les cigarettes sans filtre, en 2018 les taux étaient harmonisés et un taux uniforme était appliqué à tous les types de cigarettes. Le droit d'accise pour un paquet de cigarettes à bout filtre est passé de 0,6 lari géorgien par paquet de 20 unités en 2013 à 1,7 lari géorgien en 2017. Quant à l'accise sur les cigarettes sans filtre, elle est passée de 0,15 lari géorgien par paquet de 20 unités en 2013 à 1,7 lari géorgien en 2017. En 2015, toutes les cigarettes ont été soumises à une nouvelle taxe ad valorem de 5 % sur le prix de détail – taux qui est passé à 10 % en 2016 et à 30 % du prix de détail en 2019.

Afin d'éviter que les fumeurs passent à d'autres produits du tabac, les taxes appliquées au tabac à rouler ont elles aussi été augmentées. Le droit d'accise sur 1 kilo de tabac brut importé, qui s'élevait à 20 laris géorgiens en 2013, avait atteint 35 laris géorgiens en 2018. En 2019, l'accise sur le tabac brut avait pratiquement doublé et atteignait 60 laris géorgiens pour un kilo.

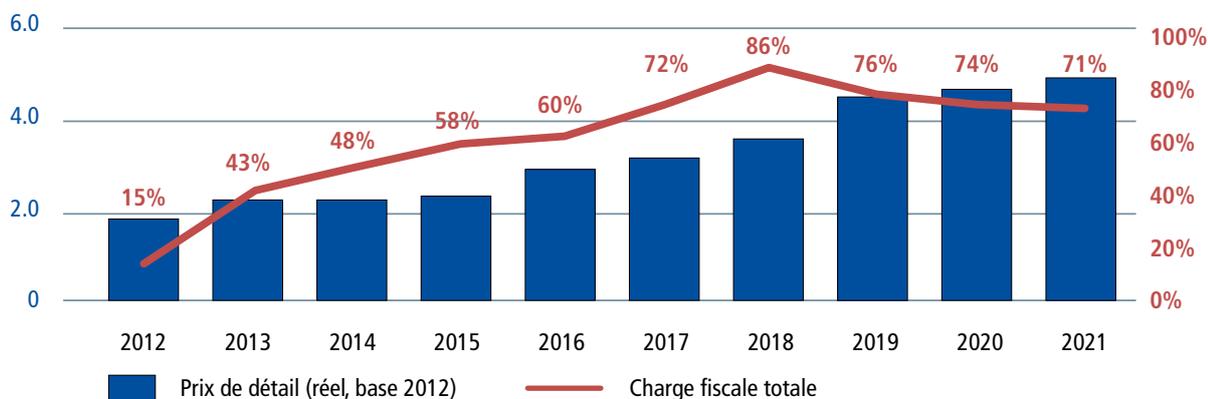
En 2019, la demande de cigarettes sans filtre avait chuté de 96 % par rapport à l'année précédente. L'année 2019 semble également avoir marqué un tournant pour le tabac à rouler – la hausse du droit d'accise de 35 à 60 laris géorgiens (71 % d'augmentation) ayant entraîné une réduction de 260 % de la consommation de tabac brut en 2020.

L'évolution de la charge fiscale totale sur le tabac de la Géorgie, qui se compose du droit d'accise, d'une taxe ad valorem et de la TVA, est illustrée dans le Graphique 1 ci-après. En 2021, la charge fiscale représentait 71 % du prix de la marque la plus vendue, alors qu'elle représentait à peine 15 % en 2012. Le prix a également été multiplié par un facteur de 2,75 entre 2012 et 2021.

Comme l'illustre le Graphique 2 ci-après, on observe une claire tendance à la baisse de la consommation totale de tabac grâce aux augmentations soutenues des taxes sur le tabac et au fait que ces augmentations concernent l'ensemble des produits du tabac, ce qui réduit le risque de substitution.

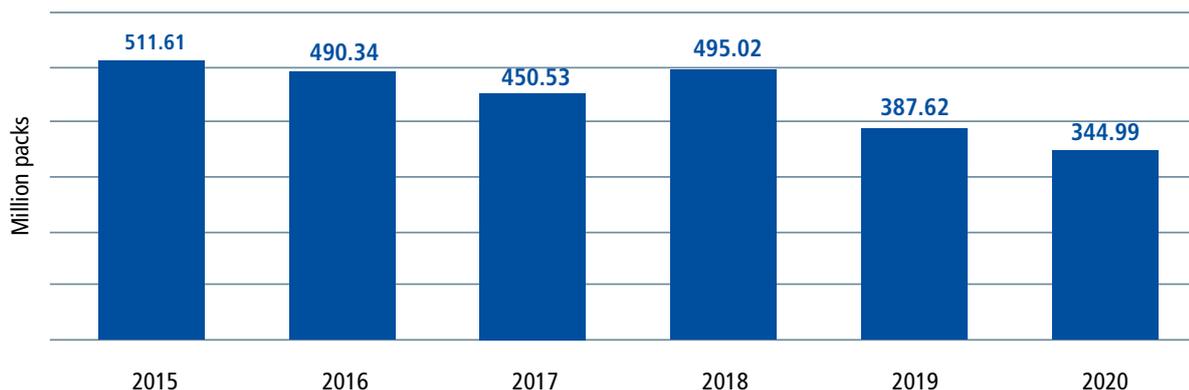
Graphique 1:

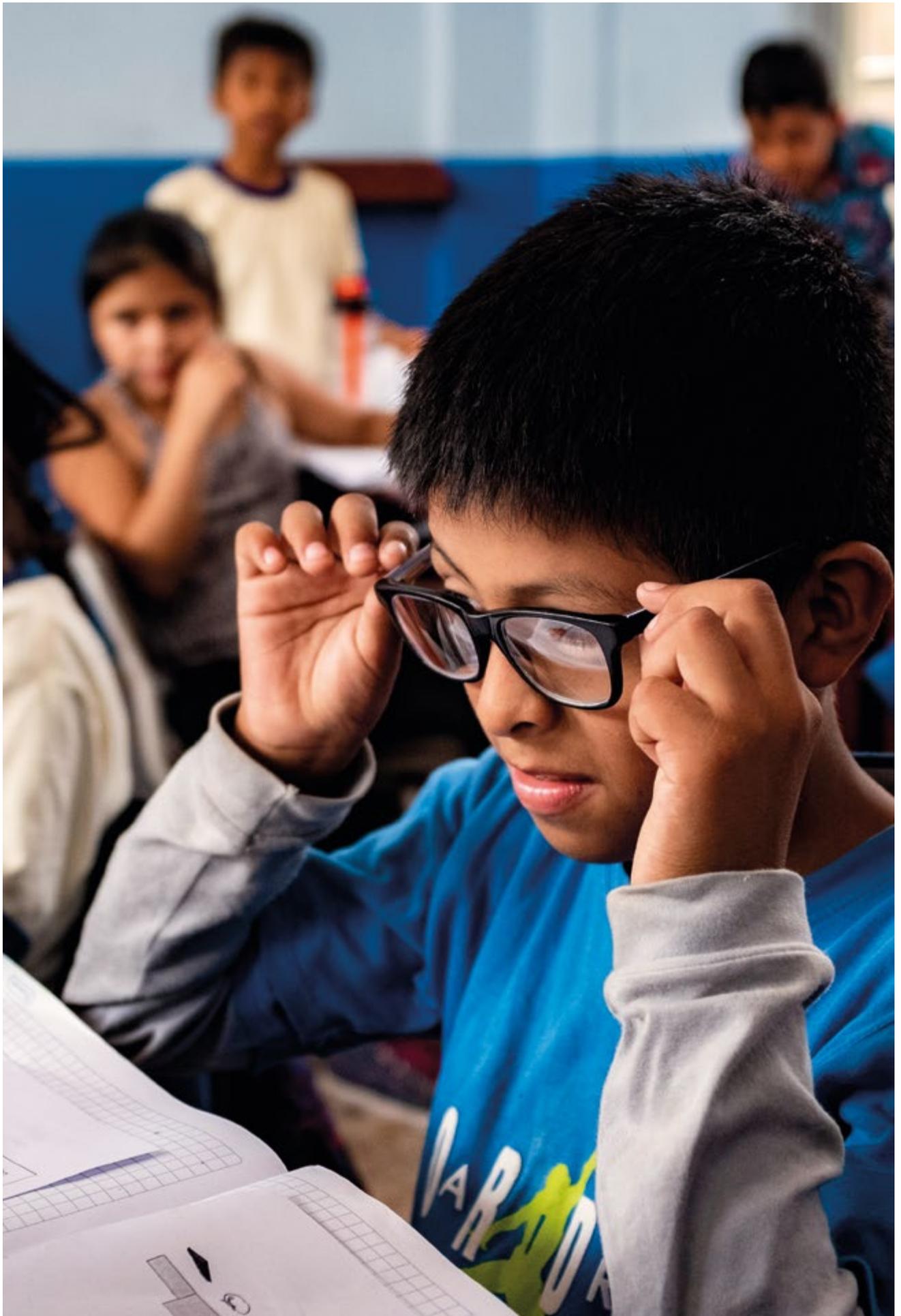
### PRIX DE DÉTAIL ET CHARGE FISCALE POUR UN PAQUET DE LA MARQUE DE CIGARETTES LA PLUS VENDUE, GÉORGIE 2012-2021 (RÉFÉRENCE 2012)



Graphique 2:

### MARCHÉ TOTAL DES CIGARETTES À BOUT FILTRE ET SANS FILTRE ET DU TABAC À ROULER PRODUITS LOCALEMENT 2015-2020





# PROGRAMMES NATIONAUX DE LUTTE ANTITABAC

La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac recommande vivement que les pays mettent en place un programme national de lutte antitabac pour encadrer leurs efforts dans ce domaine. À cette fin, l'article 5 de la Convention prévoit que

« (c)haque Partie élabore, met en œuvre, actualise et examine périodiquement des stratégies et des plans et programmes nationaux multisectoriels globaux de lutte antitabac (...) (et) met en place ou renforce, et dote de moyens financiers, un dispositif national de coordination ou des points focaux nationaux pour la lutte antitabac ». Par ailleurs, l'article 26.2 prévoit que « (c)haque Partie fournit un appui financier en faveur des activités nationales visant à atteindre l'objectif de la Convention » (174).

## Chaque pays devrait disposer d'un programme national de lutte antitabac pour encadrer ses efforts dans ce domaine

La Convention-cadre de l'OMS recommande vivement que les pays mettent en place un programme national décentralisé de lutte antitabac pour encadrer leurs efforts dans ce domaine. De tels programmes ou mécanismes de coordination dotés de moyens financiers suffisants et clairement ciblés sont cruciaux pour élaborer et maintenir les politiques durables susceptibles de renverser le cours de l'épidémie de tabagisme (108). Les ministères de la Santé ou des organismes publics équivalents doivent assumer la direction de la planification stratégique et de l'élaboration des politiques de lutte antitabac, les autres ministères ou organismes publics rendant compte à cette autorité centralisée (251). Les programmes de lutte antitabac doivent en outre être intégrés dans les programmes globaux de santé et de développement des pays (276).

Dans les grands pays ou les pays dotés de systèmes politiques fédéraux, la décentralisation de l'autorité chargée du programme national de lutte antitabac au niveau infranational peut assurer une plus grande flexibilité d'élaboration des politiques et de mise en œuvre des programmes. Les responsables gouvernementaux et de la santé publique

aux niveaux infranationaux appropriés doivent disposer de ressources suffisantes pour renforcer les capacités de mise en œuvre dans le temps (171) et pour que les politiques et les programmes puissent atteindre une population la plus large possible (277). Dans cet ordre d'idées, les programmes nationaux de lutte antitabac doivent veiller à ce que les sous-groupes de population au sein desquels le taux de tabagisme est particulièrement élevé soient atteints par des politiques et des programmes adaptés à leurs besoins (277).

## La lutte antitabac requiert la participation active de la société civile

Les programmes nationaux de lutte antitabac requièrent la participation d'organisations non gouvernementales appropriées et d'autres groupes de la société civile afin de soutenir les progrès à la fois à l'échelle nationale et à l'échelle mondiale (108). Ces programmes doivent exclure spécifiquement l'industrie du tabac et ses alliés, qui ne peuvent être des parties prenantes légitimes des efforts de lutte antitabac (171).

Près d'un tiers des pays du monde (60 pays) ont un organisme national responsable des objectifs de la lutte antitabac doté d'au moins cinq équivalents temps plein. Cela signifie que 66 % de la population mondiale sont couverts par un tel organisme. Cent treize autres pays

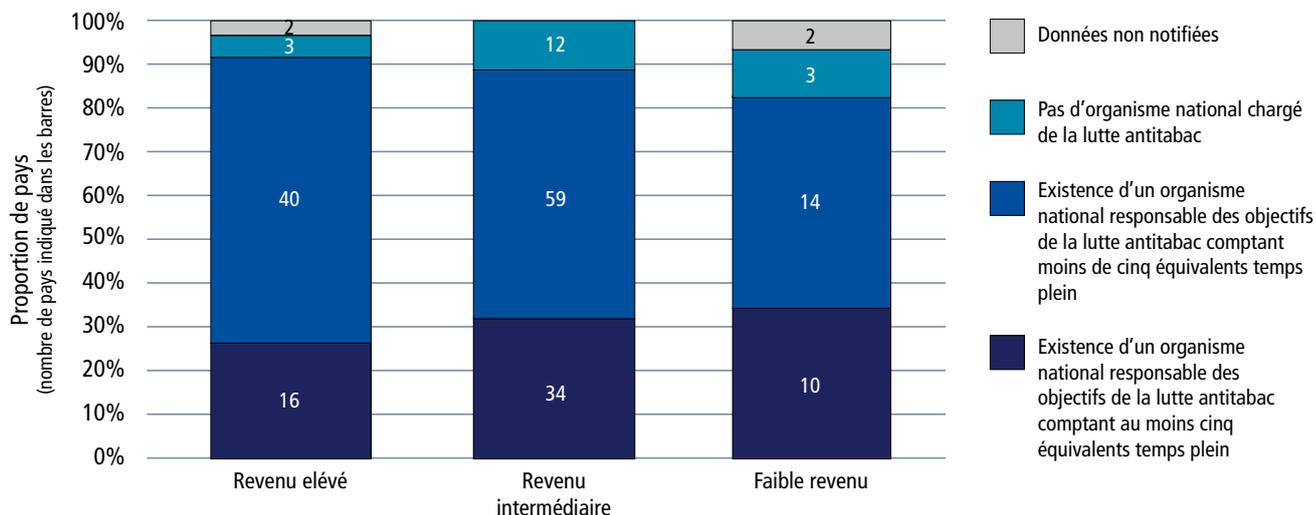
(représentant un tiers de la population mondiale) œuvrent en faveur des objectifs de lutte antitabac avec des effectifs inférieurs (80 pays) ou un nombre inconnu de personnels (33 pays). Seuls 18 pays (représentant 152 millions de personnes) ne disposent pas d'un organisme national chargé de la lutte antitabac, dont 13 sont des pays à revenu faible ou intermédiaire.

Au cours des deux dernières années, quatre pays ont suffisamment amélioré leur programme national de lutte antitabac pour atteindre le plus haut niveau d'adoption (Espagne, Ghana, Hongrie et Trinité-et-Tobago), ce qui ajoute 89 millions de personnes à la population couverte. Dans le même temps, deux pays n'atteignent plus le niveau des meilleures pratiques. Cuba a effectivement réduit le nombre de personnels affectés à temps plein à la lutte antitabac. La Suisse n'a quant à elle pas indiqué le nombre de personnels employés.

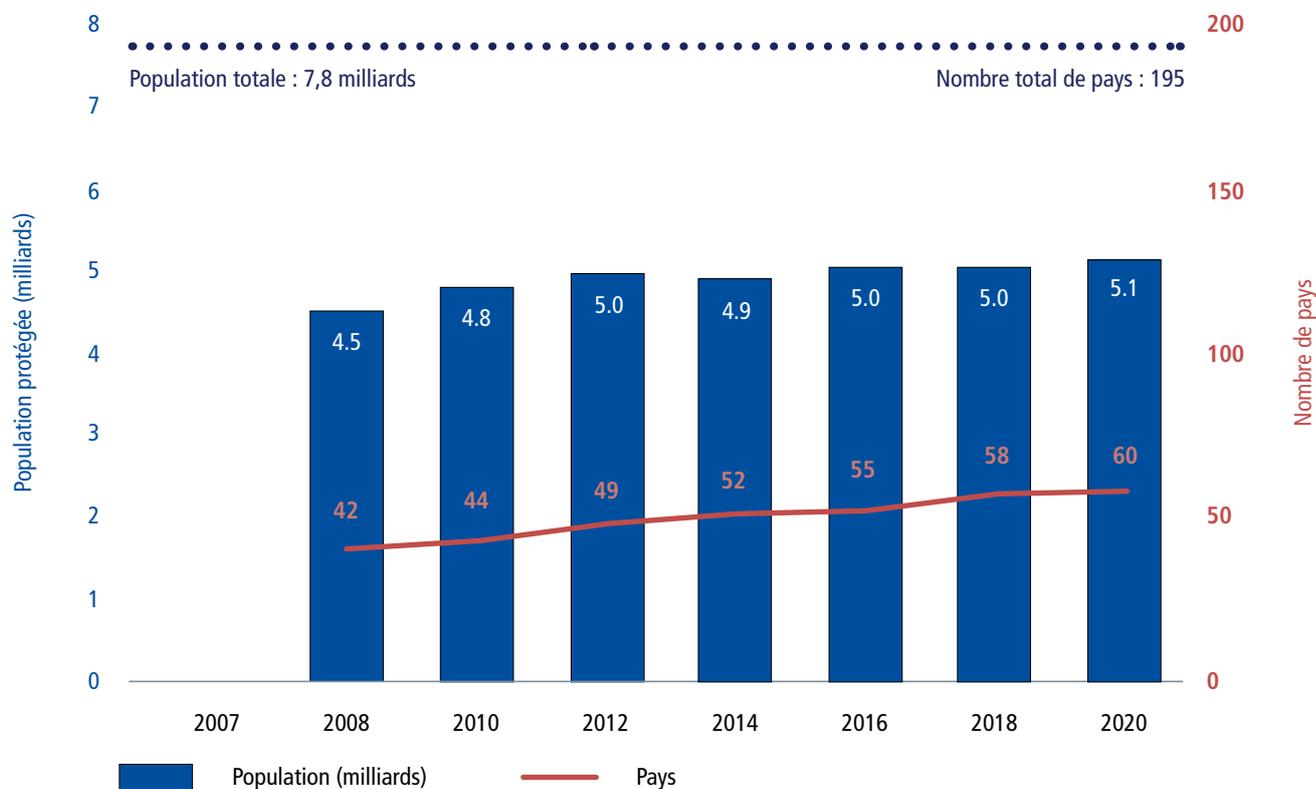
Plus d'une décennie s'est écoulée depuis 2008, et des progrès substantiels ont été accomplis, 18 pays au total, abritant 598 millions de personnes, ayant mis en place une équipe nationale bien dotée en personnel affectée exclusivement à la lutte antitabac. Il convient de mentionner que cette mesure peut sous-estimer la portée réelle des programmes nationaux de lutte antitabac dans les pays étant donné que les informations sur la dotation en personnel des programmes de lutte antitabac au niveau national sont incomplètes, et qu'il n'existe pas de mécanisme officiel permettant d'obtenir ces informations des pays.

# Près d'un tiers des pays du monde ont un organisme national responsable des objectifs de la lutte antitabac doté d'au moins cinq équivalents temps plein.

## PROGRAMMES NATIONAUX DE LUTTE ANTITABAC (2020)



## PROGRÈS EN MATIÈRE DE PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE ANTITABAC (2008—2020) AU PLUS HAUT NIVEAU DE RÉALISATION



## Programme national de lutte antitabac de l'Inde

Des programmes nationaux de lutte antitabac solides, financés au niveau national, sont la pierre angulaire de l'application de la Convention-cadre de l'OMS. L'Inde a mis en place en 2007 un des programmes publics de lutte antitabac de plus grande envergure, moins de deux ans après l'entrée en vigueur de la Convention-cadre de l'OMS. Ce vaste programme est désormais mis en œuvre dans les 700 districts du pays.

Les piliers du programme (financé et doté en personnel aux niveaux national, des États et des districts) sont a) la formation et le renforcement des capacités des parties prenantes, notamment des agents chargés de l'application des lois ; b) les activités d'éducation et de communication ; c) les programmes scolaires ; d) le suivi de la législation antitabac ; et e) la fourniture d'une aide au sevrage tabagique, notamment de traitements pharmacologiques. Les activités et les interventions sont conçues et adaptées en fonction des besoins locaux.

Le gouvernement indien a investi de manière stratégique dans la mise à

l'échelle du sevrage tabagique par l'intermédiaire de services d'aide au sevrage tabagique reposant sur les technologies mobiles et d'un service gratuit d'aide par téléphone, qui compte quatre pôles desservant les différentes régions du pays. Le service d'aide par téléphone est assuré par une centaine de conseillers formés offrant leurs services dans plus de 15 langues, afin de répondre aux besoins des 267 millions d'adultes consommateurs de tabac du pays.

Afin d'appuyer la réglementation des produits du tabac, le gouvernement a établi trois laboratoires chargés de tester les produits du tabac – les premiers du genre dans la Région OMS de l'Asie du Sud-Est. Le programme est assorti d'une surveillance étroite du tabagisme (sous la forme d'enquêtes régulières sur le tabagisme chez les adultes et chez les jeunes) destinée à assurer le suivi des indicateurs relatifs au tabagisme et à procéder à des estimations au niveau infranational.

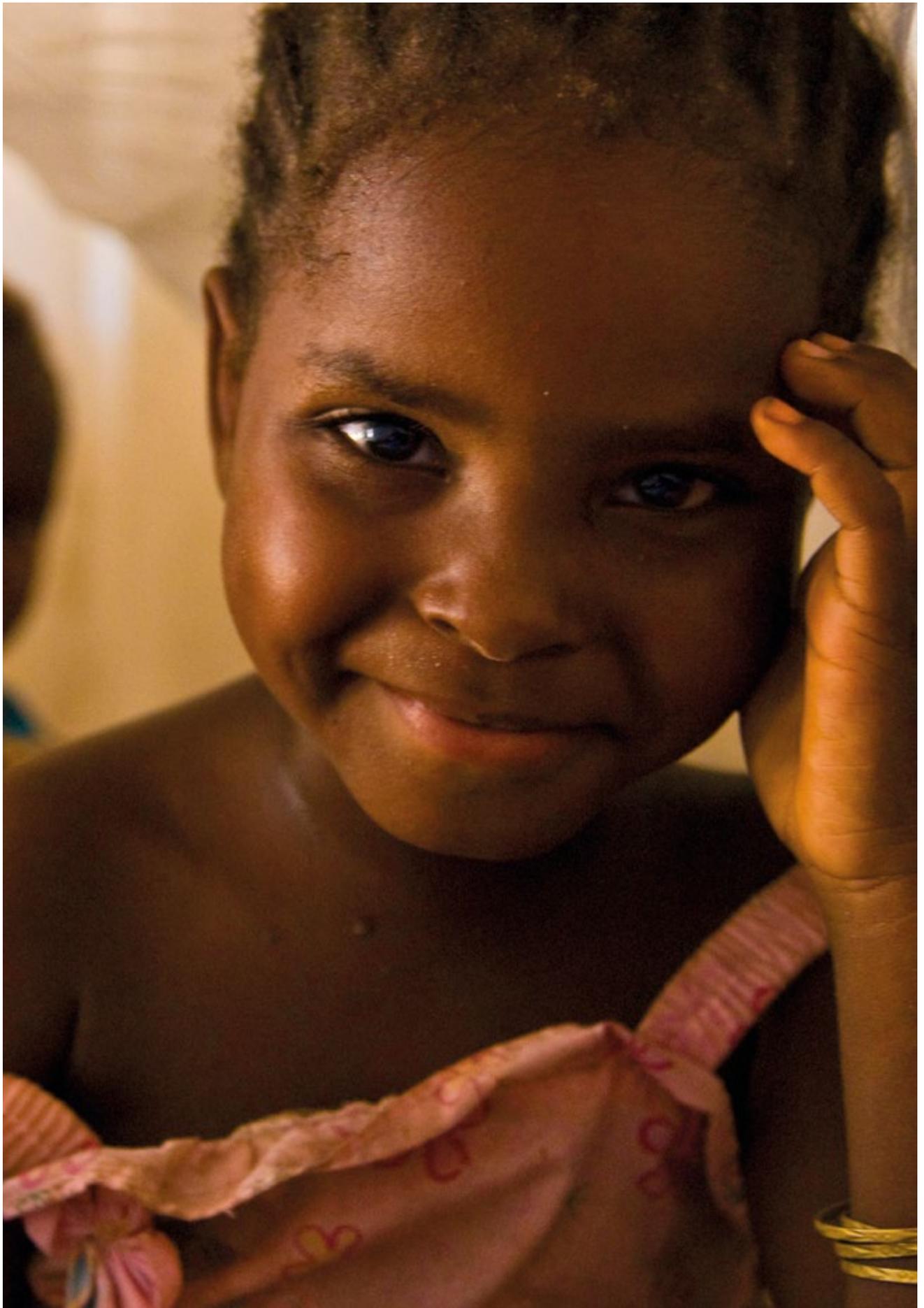
La structure à trois niveaux du programme national de lutte antitabac

– consistant en cellules nationales, étatiques et de district – permet au gouvernement d'adopter des mesures politiques fermes, fondées sur des données probantes, telles que l'interdiction des inhalateurs électroniques de nicotine, l'imposition de mises en garde de grande taille sur les paquets, une politique de films sans tabac et des directives pour des établissements d'enseignement sans tabac.

Ces politiques et initiatives ont réduit la prévalence du tabagisme chez les adultes de 17 % (réduction relative) entre 2009 et 2016 – preuve qu'un engagement et des investissements publics adéquats dans des politiques exhaustives de lutte antitabac ont des effets positifs substantiels sur la santé publique, même dans les pays producteurs de tabac où la prévalence du tabagisme est élevée.



Légende : sensibilisation des élèves et des étudiants aux effets nocifs du tabagisme par le théâtre de rue (*nukkad natak*) dans l'État de l'Uttar Pradesh (Inde)



# INHALATEURS ÉLECTRONIQUES DE NICOTINE

Comme expliqué dans le chapitre de présentation des inhalateurs électroniques de nicotine, les mesures MPOWER, les restrictions d'âge à l'achat et les interdictions d'arômes peuvent être appliquées aux inhalateurs électroniques de nicotine. Cette section fait le point sur l'application de ces mesures aux inhalateurs électroniques de nicotine dans le monde.

## Près de la moitié des pays surveillent l'utilisation des cigarettes électroniques chez les adolescents

La plupart des enquêtes comportant des questions sur l'utilisation des inhalateurs électroniques de nicotine sont axées sur les cigarettes électroniques et non sur l'utilisation plus large des inhalateurs électroniques de nicotine. Quarante-sept pays surveillent l'utilisation des cigarettes électroniques chez les adolescents au moyen d'enquêtes nationales en milieu scolaire. Cela signifie que 45 % des pays, représentant 3,5 milliards de personnes, disposent de données sur l'utilisation des cigarettes électroniques chez les enfants et les

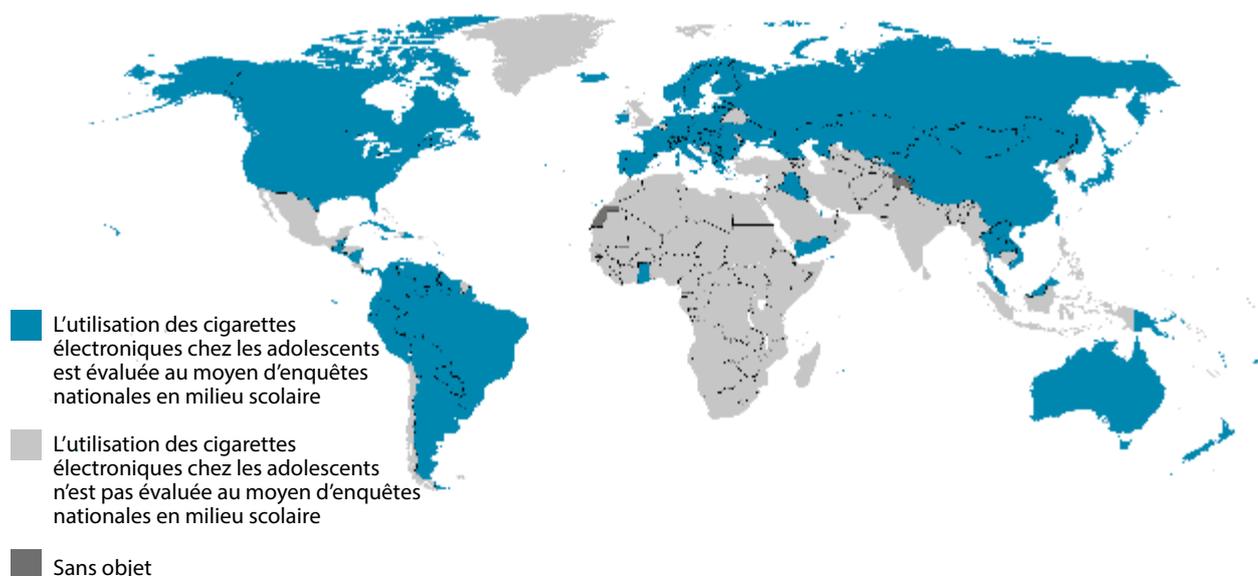
adolescents sur lesquelles fonder les décisions politiques locales. Les tranches d'âge visées par ces enquêtes ne sont pas équivalentes pour tous les pays, cependant, ce qui rend les comparaisons mondiales difficiles.

Quarante-quatre pays qui surveillent l'utilisation des cigarettes électroniques chez les adolescents sont des pays à revenu intermédiaire, 42 sont des pays à revenu élevé. Un seul pays à faible revenu – le Yémen – réalise actuellement des enquêtes auprès des adolescents qui comportent des questions sur leur utilisation actuelle de cigarettes électroniques.

## L'utilisation des cigarettes électroniques chez les adultes devrait être régulièrement intégrée dans les enquêtes représentatives au niveau national

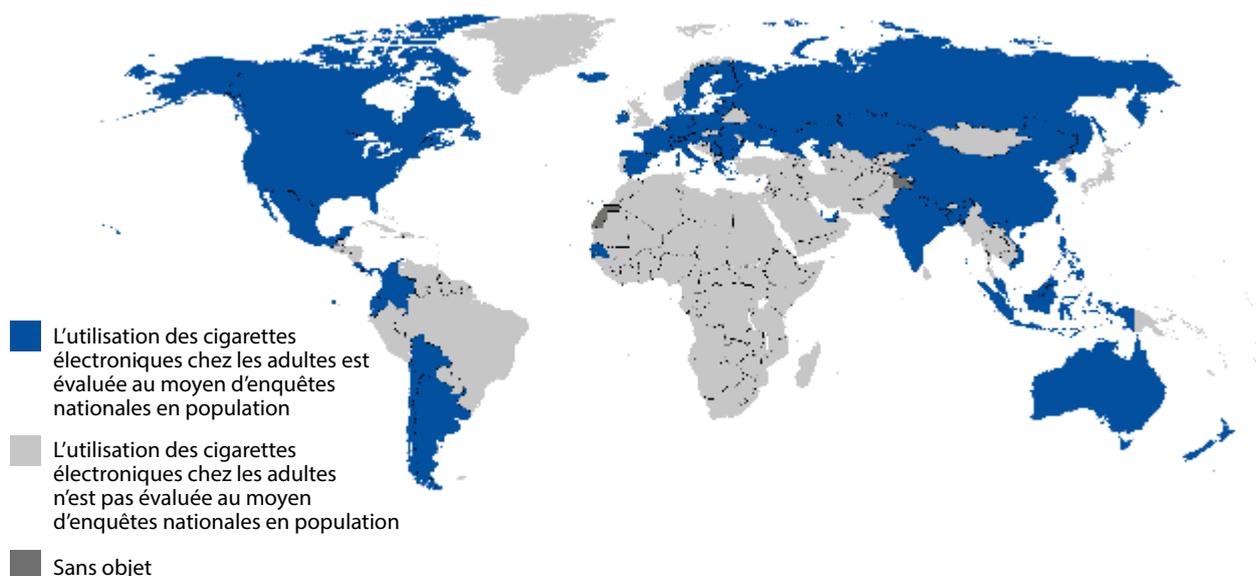
À l'heure actuelle, 56 pays représentant 4,9 milliards de personnes – dont aucun pays à faible revenu – incluent l'utilisation de cigarettes électroniques chez les adultes dans les enquêtes représentatives au niveau national. En revanche, 139 pays, représentant 2,8 milliards de personnes (dont 4,1 milliards vivent dans 113 pays à revenu faible ou intermédiaire) ne disposent pas de données sur l'utilisation actuelle des cigarettes électroniques chez les adultes.

## SURVEILLANCE DE L'UTILISATION DES CIGARETTES ÉLECTRONIQUES CHEZ LES ADOLESCENTS AU MOYEN D'ENQUÊTES NATIONALES EN MILIEU SCOLAIRE RÉALISÉES EN 2020 OU AVANT



Pays qui surveillent l'utilisation des cigarettes électroniques chez les adolescents : Albanie, Allemagne, Antigua-et-Barbuda, Argentine, Australie, Autriche, Belize, Bolivie, Brésil, Brunéi Darussalam, Bulgarie, Canada, Chine, Chypre, Colombie, Croatie, Cuba, Danemark, Équateur, El Salvador, Espagne, Estonie, États-Unis d'Amérique, Fédération de Russie, Fidji, Finlande, France, Ghana, Grèce, Grenade, Guatemala, Guyana, Hongrie, Îles Marshall, Iraq, Irlande, Islande, Italie, Jamaïque, Japon, Kazakhstan, Kiribati, Kirghizistan, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Macédoine du Nord, Malaisie, Malte, Maurice, Monaco, Mongolie, Monténégro, Nicaragua, Nioué, Norvège, Nouvelle-Zélande, Panama, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Paraguay, Pays-Bas, Pérou, Pologne, Portugal, Qatar, République de Corée, République démocratique populaire lao, République dominicaine, République tchèque, Roumanie, Sainte-Lucie, Saint-Marin, Saint-Vincent-et-les-Grenadines, Serbie, Slovaquie, Slovénie, Suède, Suisse, Suriname, Thaïlande, Trinité-et-Tobago, Ukraine, Uruguay, Vanuatu, Venezuela, Viet Nam, Yémen.

## SURVEILLANCE DE L'UTILISATION DES CIGARETTES ÉLECTRONIQUES CHEZ LES ADULTES AU MOYEN D'ENQUÊTES NATIONALES EN POPULATION RÉALISÉES EN 2020 OU AVANT



Countries that monitor ENDS use among adults: Argentina, Australia, Austria, Bolivia (Plurinational State of), Brunei Darussalam, Bulgaria, Canada, Chile, China, Colombia, Costa Rica, Cyprus, Czechia, Denmark, Ecuador, Estonia, Finland, France, Germany, Greece, Hungary, Iceland, Indonesia, Ireland, Italy, Kazakhstan, Latvia, Lithuania, Luxembourg, Malaysia, Malta, Marshall Islands, Mexico, Nepal, Netherlands, New Zealand, Panama, Philippines, Poland, Qatar, Republic of Korea, Romania, Russian Federation, Senegal, Serbia, Slovenia, Spain, Sweden, Switzerland, Ukraine, United Arab Emirates, United States of America, Uruguay, Viet Nam.

## Les inhalateurs électroniques de nicotine ne devraient pas rester non réglementés

### Trop de pays ne réglementent pas les inhalateurs électroniques de nicotine

À l'échelle mondiale, 111 pays ont adopté des mesures visant les inhalateurs électroniques de nicotine. Trente-deux de ces pays en interdisent la vente. Soixante-dix-neuf pays (plus de 40 % de tous les pays) en autorisent la vente, mais ont adopté une ou plusieurs mesures les réglementant partiellement ou totalement. Parmi ces mesures figurent l'interdiction d'utiliser des inhalateurs électroniques de nicotine dans les lieux publics intérieurs, l'interdiction de la publicité, de la promotion et du parrainage et l'apposition de mises en garde sanitaires illustrées sur les emballages, ainsi que la restriction de l'âge minimal d'achat d'inhalateurs électroniques de nicotine et l'interdiction ou la restriction des arômes. Les 84 pays restants, qui abritent près de 27 % de la population mondiale, n'ont aucune réglementation visant les inhalateurs électroniques de nicotine.

Tandis que 84 % des pays à revenu élevé réglementent les inhalateurs électroniques de nicotine ou en interdisent la vente, la moitié des pays à revenu intermédiaire et trois quarts des pays à faible revenu n'ont adopté aucune mesure réglementaire à l'égard de ces dispositifs.

### Il conviendrait d'appliquer à la fois des mesures interdisant l'utilisation des inhalateurs électroniques de nicotine dans les lieux publics intérieurs, imposant l'apposition de mises en garde sanitaires et interdisant la publicité, la promotion et le parrainage

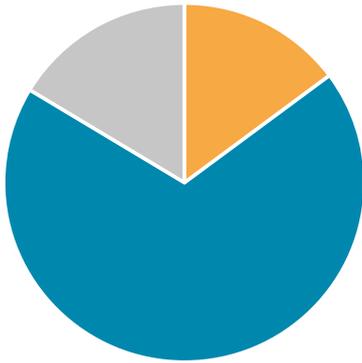
Outre les pays qui interdisent la vente d'inhalateurs électroniques de nicotine, 30 pays en interdisent complètement l'utilisation dans l'ensemble des lieux publics et de travail intérieurs et des transports publics. Quarante-cinq autres pays en interdisent partiellement l'utilisation dans ces endroits. Les 120 pays restants n'appliquent aucune mesure concernant les lieux sans tabac (37 pays) ou, lorsque de telles mesures existent, les inhalateurs électroniques de nicotine ne sont pas couverts explicitement (83 pays).

Seuls huit pays imposent l'apposition de mises en garde sanitaires illustrées de grande taille sur les emballages d'inhalateurs électroniques de nicotine répondant pleinement aux critères, dont deux appliquent ces exigences uniquement aux appareils, les e-liquides n'étant pas visés. Quarante-cinq autres pays imposent une forme de mise en garde sanitaire sur

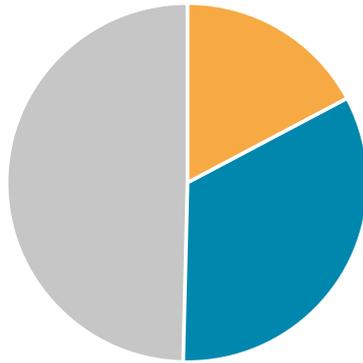
les inhalateurs électroniques de nicotine, sur les e-liquides ou sur les deux. Cent dix pays n'ont pas de mesure imposant des mises en garde sanitaires illustrées sur les produits du tabac (24 pays) ou, si de telles mises en garde sont imposées, les inhalateurs électroniques de nicotine ne sont pas visés explicitement (86 pays). Trente-deux pays interdisent la vente d'inhalateurs électroniques de nicotine et n'imposent par conséquent pas de mises en garde sanitaires à l'égard de ces produits.

Vingt-deux pays interdisent complètement la publicité, la promotion et le parrainage en faveur des inhalateurs électroniques de nicotine, des e-liquides ou des deux (15 pays interdisent ces activités à la fois pour les inhalateurs et les e-liquides, quatre les interdisent uniquement pour les inhalateurs et trois les interdisent pour les e-liquides uniquement). Cinquante-trois pays appliquent des mesures partielles concernant la publicité, la promotion et le parrainage en faveur des inhalateurs électroniques de nicotine. Les 120 pays restants n'ont pas de mesures de ce type (16 pays) ou, si de telles mesures existent, les inhalateurs électroniques de nicotine ne sont pas visés explicitement (104 pays).

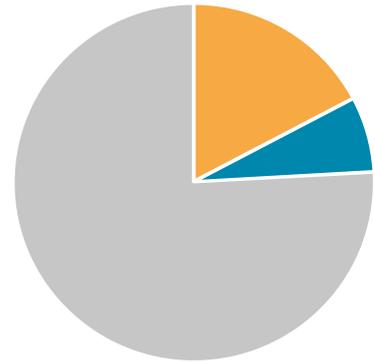
## PAYS À REVENU ÉLEVÉ



## PAYS À REVENU INTERMÉDIAIRE



## PAYS À FAIBLE REVENU



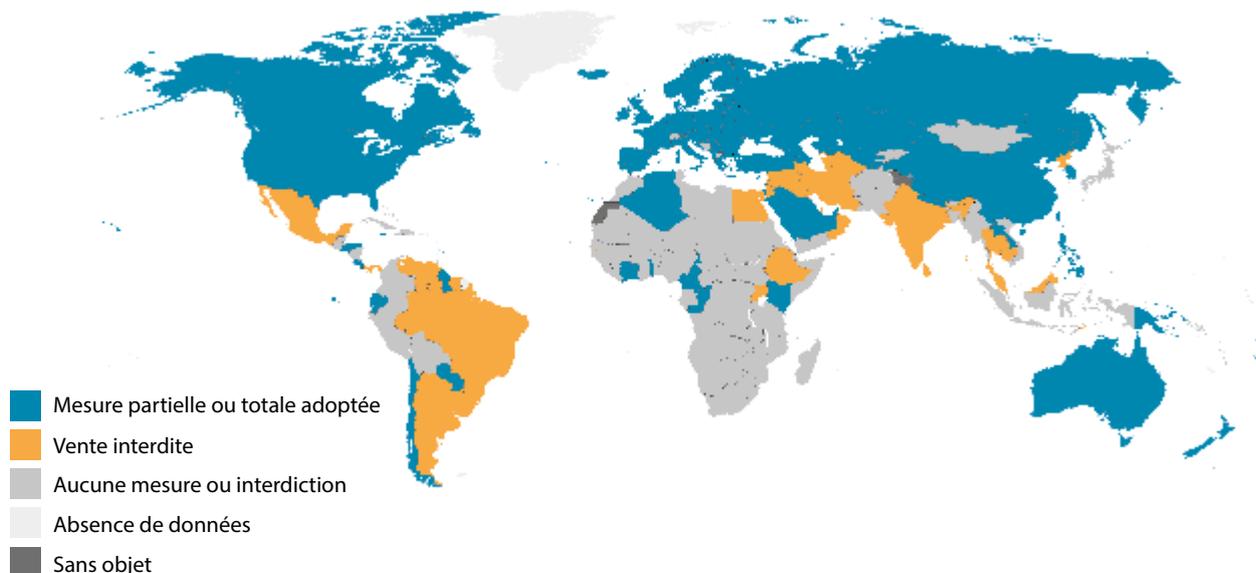
### Mesures possibles :

1. Interdiction de l'utilisation des inhalateurs électroniques de nicotine dans les lieux publics intérieurs
2. Apposition de mises en garde sanitaires illustrées sur les emballages
3. Interdiction de la publicité, de la promotion et du parrainage en faveur des inhalateurs électroniques de nicotine
4. Restriction de l'âge d'achat des inhalateurs électroniques de nicotine
5. Interdiction des arômes

■ Vente interdite   ■ Mesures complètes ou partielles   ■ Aucune mesure



## MESURES VISANT LES INHALATEURS ÉLECTRONIQUES DE NICOTINE, 2020

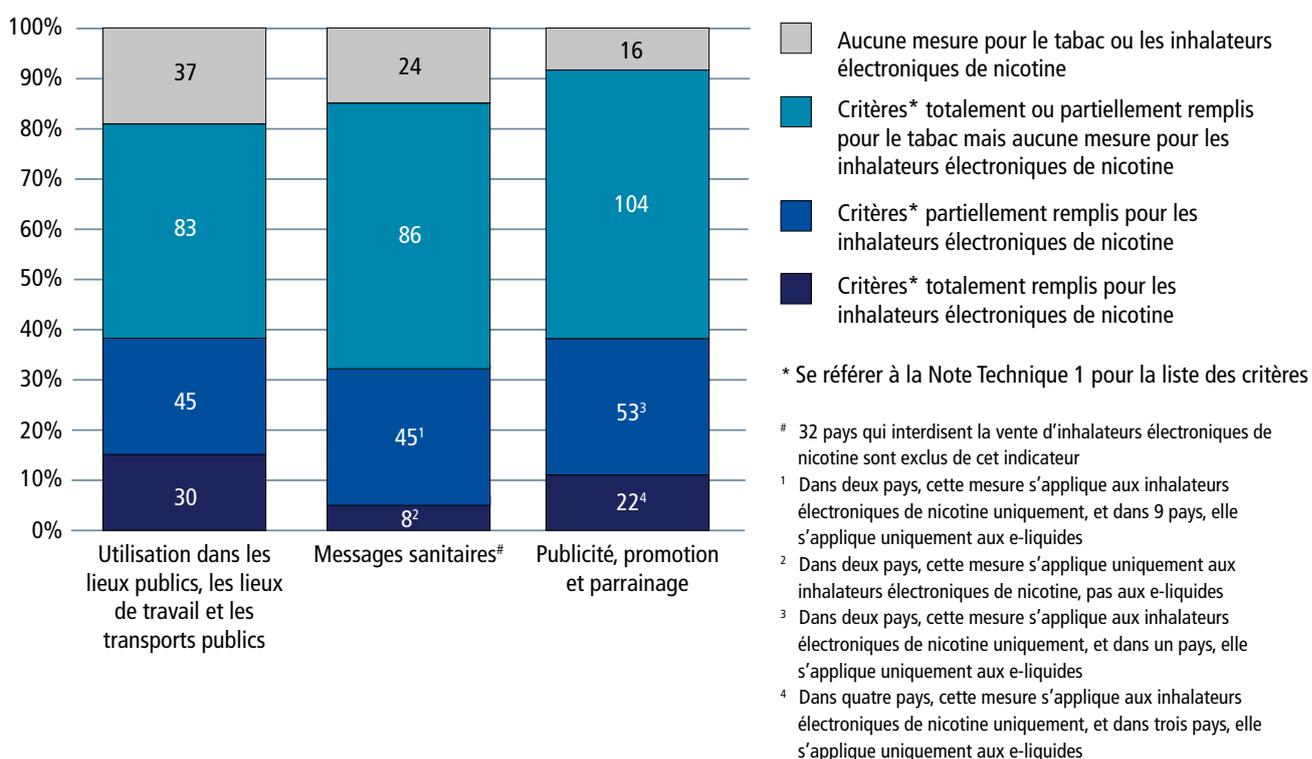


Remarque : 13 pays interdisent la vente d'inhalateurs électroniques de nicotine et appliquent des règlements supplémentaires. Ces pays sont classés ici dans la catégorie des pays interdisant la vente. Voir le Tableau 2.1 en annexe pour plus de détails.

Les inhalateurs électroniques de nicotine sont réglementés dans les pays suivants : Albanie, Algérie, Allemagne, Andorre, Arabie saoudite, Arménie, Australie, Autriche, Azerbaïdjan, Barbade, Bélarus, Belgique, Bulgarie, Cameroun, Canada, Chili, Chine, Chypre, Congo, Costa Rica, Côte d'Ivoire, Croatie, Danemark, Équateur, El Salvador, Émirats arabes unis, Espagne, Estonie, États-Unis d'Amérique, Fédération de Russie, Fidji, Finlande, France, Géorgie, Grèce, Guyana, Honduras, Hongrie, Irlande, Islande, Israël, Italie, Jamaïque, Kazakhstan, Kenya, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Monténégro, Népal, Nioué, Norvège, Nouvelle-Zélande, Ouzbékistan, Palaos, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Paraguay, Pays-Bas, Philippines, Pologne, Portugal, République de Corée, République de Moldova, République démocratique populaire lao, Roumanie, Royaume-Uni, Sainte-Lucie, Saint-Marin, Serbie, Slovaquie, Slovénie, Suède, Tadjikistan, Tchéquie, Togo, Turquie, Tuvalu, Ukraine

La vente d'inhalateurs électroniques de nicotine est interdite dans les pays suivants : Argentine, Bahreïn, Brésil, Brunéi Darussalam, Cambodge, Égypte, Éthiopie, Gambie, Inde, Iran (République islamique d'), Iraq, Jordanie, Koweït, Liban, Malaisie, Maurice, Mexique, Oman, Ouganda, Panama, Qatar, République arabe syrienne, République populaire démocratique de Corée, Singapour, Sri Lanka, Suriname, Territoire palestinien occupé, Thaïlande, Timor-Leste, Turkménistan, Uruguay, Venezuela (République bolivarienne de).

### SELECTION DE MESURES LEGISLATIVES APPLIQUEES AUX INHALATEURS ELECTRONIQUES DE NICOTINE, 2020



## AROMES ET SAVEURS INTERDITS DANS LES E-LIQUIDES EN FINLANDE

En 2016, la Finlande a introduit une réglementation innovante sur les cigarettes électroniques, qui interdit l'utilisation d'arômes, fixe un âge minimum pour les acheteurs, impose des restrictions à l'importation, interdit l'utilisation des cigarettes électroniques dans les espaces non-fumeurs et le marketing, la présentation et la vente à distance. Depuis ces révisions de la loi finlandaise sur le tabac, l'arôme de tabac est le seul disponible dans les liquides utilisés dans les cigarettes électroniques. Grâce à une combinaison d'action rapide et de réglementation stricte, la prévalence du tabagisme a diminué davantage en Finlande (de 15 % en 2016 à 14 % en 2018) sans augmentation parallèle de l'utilisation quotidienne de cigarettes électroniques (moins de 1 % en 2018). Le pays s'est fixé l'objectif ambitieux de faire baisser le taux de prévalence des produits du tabac et à base de nicotine sous la barre des 5 % au cours de la prochaine décennie.

### Les arômes devraient être interdits afin de réduire l'attrait des inhalateurs électroniques de nicotine auprès des enfants et des adolescents

Hormis les pays qui interdisent la vente d'inhalateurs électroniques de nicotine, seuls trois pays ont instauré une interdiction visant l'ensemble des arômes utilisés dans ces inhalateurs, à l'exception de l'arôme de « tabac » (Finlande, Hongrie et Monténégro). Six autres pays n'interdisent que certains arômes ou autorisent au contraire des arômes spécifiques (Allemagne, Arabie saoudite, Danemark, Estonie, Nouvelle-Zélande, Philippines).

### Seuls 69 pays ont adopté des restrictions fondées sur l'âge en matière de vente d'inhalateurs électroniques de nicotine

Des 163 pays qui autorisent la vente d'inhalateurs électroniques de nicotine, 69 imposent un âge minimum (l'âge minimum est de 18 ans dans 62 pays, 19 ans dans un pays et 21 ans dans six pays), tandis que les 94 autres pays n'appliquent pas d'âge minimum. Cela signifie que 42 % des pays restreignent l'accès aux inhalateurs électroniques de nicotine en fonction de l'âge, contre 90 % des pays qui appliquent de telles restrictions au tabac.

### Il n'y a pas de cohérence dans la taxation des inhalateurs électroniques de nicotine

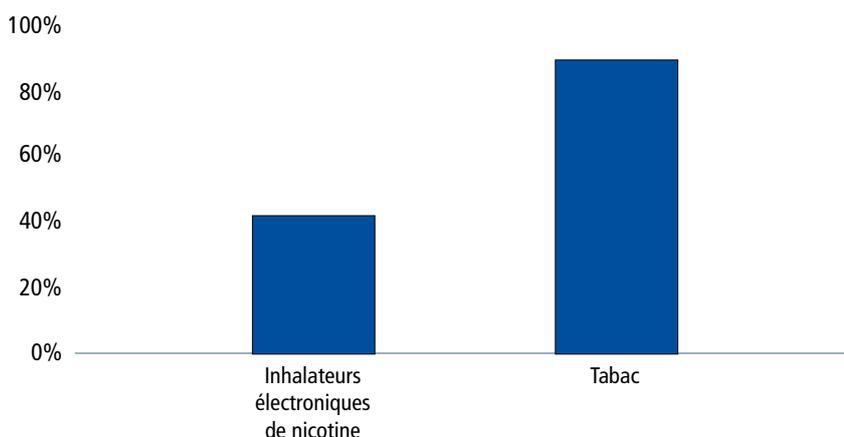
Étant donné que leurs prix et leurs taxes sont souvent fixés différemment, des données ont été collectées aussi bien pour les e-liquides utilisés dans les systèmes ouverts que dans les systèmes fermés. Avec les systèmes ouverts, l'utilisateur peut acheter des e-liquides et remplir son inhalateur avec le mélange de son choix (sans nicotine ou avec différentes concentrations de nicotine ou différents arômes). Les systèmes fermés sont des produits dotés d'un réservoir prérempli (appelé cartouche, pod ou réservoir) et pour lesquels il n'est pas possible d'utiliser ses propres mélanges.

Des 51 pays pour lesquels des données sur les inhalateurs électroniques de nicotine à système ouvert sont disponibles, 28 (55 %)

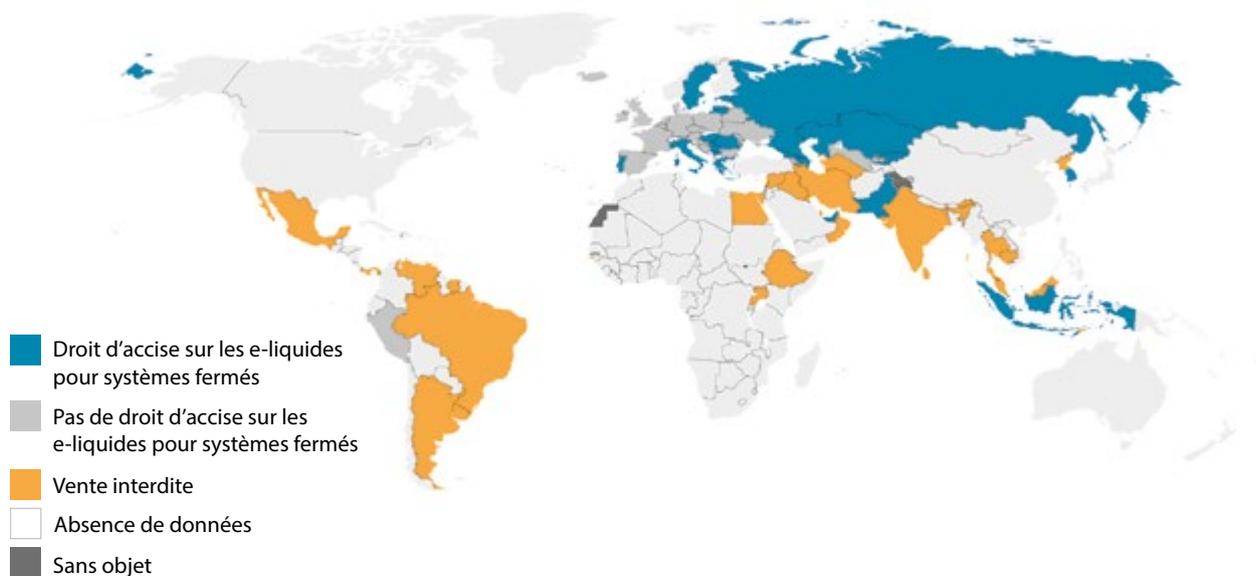
n'appliquent pas de droit d'accise sur les e-liquides pour systèmes ouverts. Quant aux 44 pays pour lesquels des données sur les systèmes fermés sont disponibles, 57 % (25 pays) n'appliquent pas de droit d'accise sur les e-liquides pour systèmes fermés (couramment vendus comme des pods).

Dans les pays où un droit d'accise est appliqué sur les e-liquides pour inhalateurs électroniques de nicotine, cette taxe est généralement peu élevée, trois pays seulement imposant une taxe égale ou supérieure à 75 % du prix de la marque d'e-liquides pour systèmes ouverts la meilleur marché (Portugal, Fédération de Russie et Slovénie). En ce qui concerne les e-liquides pour systèmes fermés, aucun pays n'applique de taxes atteignant 75 % du prix de la marque d'inhalateur électronique de nicotine à système fermé la meilleur marché.

### PAYS IMPOSANT UN ÂGE MINIMUM À LA VENTE D'INHALATEURS ÉLECTRONIQUES DE NICOTINE ET DE PRODUITS DU TABAC, 2020

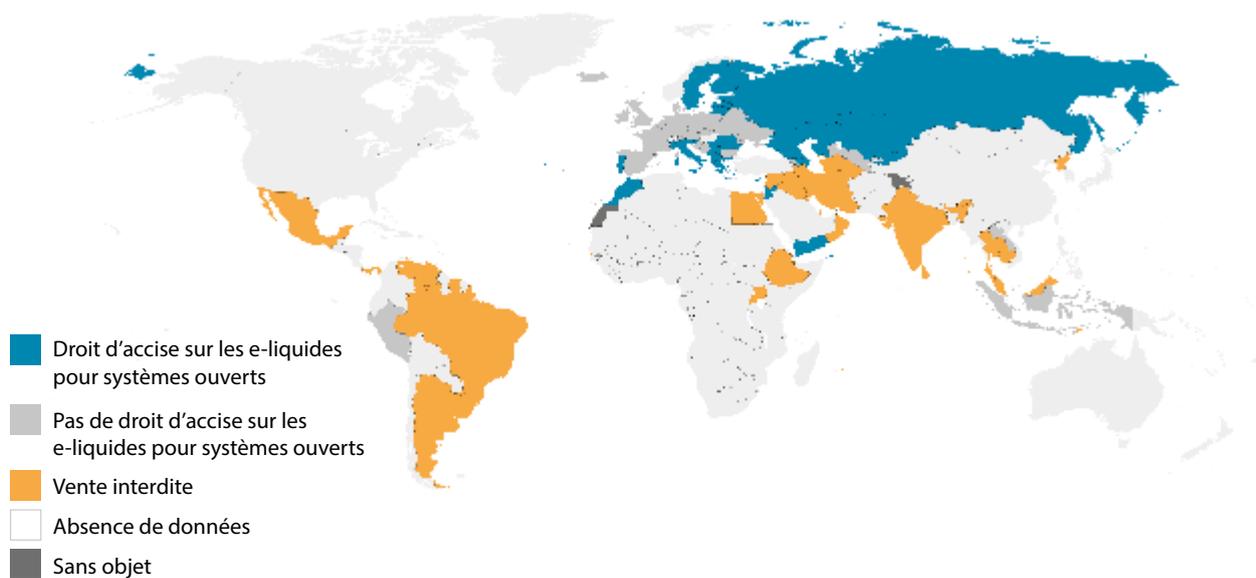


## POLITIQUE DE TAXATION DES E-LIQUIDES POUR SYSTÈMES FERMÉS, 2020



Pays appliquant une taxe sur les e-liquides pour systèmes fermés : Azerbaïdjan, Bahreïn, Émirats arabes unis, Estonie, Fédération de Russie, Géorgie, Grèce, Hongrie, Indonésie, Italie, Kazakhstan, Kirghizistan, Lituanie, Pakistan, Portugal, République de Corée, Roumanie, Serbie, Suède

## POLITIQUE DE TAXATION DES E-LIQUIDES POUR SYSTÈMES OUVERTS, 2020



Remarque : La Jordanie interdit la vente d'inhalateurs électroniques de nicotine et applique un droit d'accise

Pays appliquant une taxe sur les e-liquides pour systèmes ouverts : Albanie, Azerbaïdjan, Chypre, Estonie, Fédération de Russie, Finlande, Géorgie, Grèce, Italie, Jordanie, Kazakhstan, Kirghizistan, Lettonie, Lituanie, Macédoine du Nord, Maroc, Monténégro, Portugal, Roumanie, Serbie, Slovénie, Suède, Yémen.

## Les pays devraient envisager d'inclure les inhalateurs électroniques de nicotine dans leurs stratégies de sevrage tabagique

De nombreux utilisateurs d'inhalateurs électroniques de nicotine qui souhaitent y renoncer ont recours à des outils tels que les services gratuits d'aide par téléphone, les programmes de SMS et les traitements spécialisés de la dépendance à l'égard du tabac. Les données provenant du premier opérateur de service d'aide par téléphone des États-Unis (desservant 23 États et plus de 700 employeurs et assurances-maladie) révèlent que sur les 74 646 participants inscrits au service entre janvier 2017 et juin 2020, 14 % utilisaient des cigarettes électroniques et 2 % étaient exclusivement vapoteurs. Par conséquent, les services nationaux de sevrage tabagique du pays devraient envisager d'offrir une aide aux vapoteurs (1).

## La lutte antitabac doit anticiper l'évolution rapide des produits du tabac et à base de nicotine et en planifier la réglementation

Ces dernières années, de nouveaux produits du tabac et à base de nicotine ont été lancés sur plusieurs marchés. Ces produits évoluent rapidement, ce qui peut avoir des répercussions en termes de réglementation. C'est pourquoi il est nécessaire de surveiller de près la disponibilité, les caractéristiques et l'utilisation de ces produits et des autres produits émergents et d'adapter autant que possible la réglementation pour les couvrir. Il n'a pas été collecté de données sur les sachets de nicotine ni les autres nouveaux produits à base de nicotine aux fins du présent rapport.

## Les mesures appliquées aux inhalateurs ne contenant pas de nicotine ne sont souvent pas en phase avec celles qui sont appliquées aux inhalateurs électroniques de nicotine

Il ressort des données collectées sur les inhalateurs ne contenant pas de nicotine que si 14 pays les réglementent (ou en interdisent la vente) de la même manière que les inhalateurs électroniques de nicotine, d'autres adoptent une approche différente pour ces produits, interdisant par exemple la vente des uns alors que la vente des autres est autorisée. Vingt-neuf pays interdisent la vente d'inhalateurs ne contenant pas de nicotine, et un seul pays interdit explicitement à la fois les inhalateurs électroniques de nicotine et ceux qui n'en contiennent pas (Iraq). Outre les interdictions de vente, 35 pays réglementent les inhalateurs ne contenant pas de nicotine, mais de manière non cohérente avec les mesures appliquées aux inhalateurs électroniques de nicotine. Au total, 117 pays représentant 4 milliards de personnes ne sont pas couverts par des mesures portant spécifiquement sur les inhalateurs ne contenant pas de nicotine. Voir l'annexe II pour plus de détails.

### Note sur les produits du tabac chauffés

La huitième Conférence des Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac a reconnu les produits du tabac chauffés comme des produits du tabac, qui devraient à ce titre être soumis aux dispositions de la Convention et surveillés et réglementés comme les autres produits du tabac. Les données collectées aux fins du présent rapport indiquent que les produits du tabac chauffés sont interdits (interdiction de vente ou autre type d'interdiction qui restreint leur disponibilité) dans 11 pays (Brésil, Éthiopie, Inde, Iran (République islamique d'), Mexique, Norvège, Panama, République arabe syrienne, République populaire démocratique de Corée, Singapour, Timor-Leste). Dans les 184 autres pays, les produits du tabac chauffés sont soit réglementés de manière implicite ou explicite comme des produits du tabac, soit réglementés explicitement dans d'autres catégories. Des analyses plus approfondies seront réalisées à l'avenir pour mieux comprendre comment ces produits sont traités par les pays.

## EXEMPLES DE MESURES APPLIQUÉES AUX INHALATEURS ÉLECTRONIQUES DE NICOTINE PAR LES PAYS

### L'Ukraine impose des taxes sur les inhalateurs électroniques de nicotine et les produits du tabac chauffés

L'Ukraine s'est engagée à mettre en œuvre la décision de la huitième session de la Conférence des Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac sur la réglementation des produits du tabac et à base de nicotine nouveaux et émergents selon une approche analogue à celle appliquée aux produits du tabac classiques. C'est ainsi qu'en 2019, le Parlement a adopté la loi numéro 466-IX qui impose des taxes sur les liquides utilisés dans les inhalateurs électroniques de nicotine, les inhalateurs ne contenant pas de nicotine et les produits du tabac chauffés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021.

Dans le même temps, l'Ukraine s'est attachée à sensibiliser le public aux inhalateurs électroniques de nicotine. De novembre 2020 à janvier 2021, une ONG appelée Life, en collaboration avec le Centre de santé publique, a mené une

campagne nationale d'information baptisée « Il n'y a pas de tabagisme sûr », avec le concours de l'organisation de santé mondiale Vital Strategies. Des vidéos et des messages d'intérêt public (diffusés à la télévision, sur Internet et dans les stations de métro et les gares ferroviaires) visaient à sensibiliser les jeunes aux risques que représente pour la santé l'utilisation de dispositifs électroniques de vapotage. Les habitants de Kiev ont également pu voir des publicités à motivation sociale dans les rues de la capitale. La campagne a touché quelque 25 millions de personnes et, d'après les estimations, 73 % des habitants ont ainsi reçu de nouvelles informations et 47 % des utilisateurs d'inhalateurs électroniques de nicotine et de produits du tabac chauffés ont été motivés à renoncer.



Légende : Députés, médecins, experts et militants ukrainiens s'unissent pour défendre des taux d'imposition égaux pour l'ensemble des produits du tabac

## Le Sri Lanka interdit les inhalateurs électroniques de nicotine

Le Sri Lanka fut l'un des premiers pays de la Région de l'Asie du Sud-Est à interdire les cigarettes électroniques. Au titre du règlement de 2016 sur les produits du tabac interdits, personne dans le pays ne peut fabriquer, importer, vendre ou offrir à la vente de cigarettes électroniques contenant du tabac. Cette initiative illustre l'engagement du pays à lutter efficacement contre l'épidémie de tabagisme, sachant que les cigarettes électroniques exposent la population, et en particulier les jeunes, au risque de la dépendance nicotinique.

## Mises en garde sanitaires illustrées obligatoires sur les inhalateurs électroniques de nicotine en République de Corée

En République de Corée, les inhalateurs électroniques de nicotine sont réglementés depuis janvier 2014 en tant que produits du tabac en vertu de la loi sur le commerce du tabac. Malgré la vive opposition de l'industrie des inhalateurs électroniques de nicotine à l'apposition de mises en garde sanitaires sur ces produits, il est désormais obligatoire d'apposer des mises en garde sanitaires illustrées sur tous les produits du tabac et à base de nicotine.

Le Comité des mises en garde sanitaires illustrées sur les produits du tabac – composé de représentants du ministère de la Santé et du Bien-être, du ministère des Finances et du ministère de l'Égalité entre les genres et de la Famille, d'universitaires et d'experts de la santé publique, de l'éducation des jeunes, de la communication et d'organisations de la société civile – a examiné les données scientifiques les plus récentes sur les produits du tabac et dressé une liste de sujets pour les mises en garde. En outre, le ministère de la Santé et du Bien-être a organisé des groupes de réflexion et des enquêtes publiques en ligne afin d'identifier les textes et images les plus percutants pour les mises en garde, et a évalué les mises en garde sanitaires de divers pays.

Depuis décembre 2016, trois séries de mises en garde sanitaires ont été émises par le ministère de la Santé et du Bien-être, et les images utilisées sur les inhalateurs électroniques de nicotine sont modifiées tous les deux ans afin de faire passer plus efficacement le message sur les méfaits de l'utilisation de ces dispositifs. La République de Corée a été le premier pays au monde à imposer l'apposition de mises en garde sanitaires illustrées sur les inhalateurs électroniques de nicotine. Son expérience à cet égard livre un exemple utile de la manière d'élaborer et mettre en œuvre de manière consultative et fondée sur les données scientifiques des mises en garde sanitaires sur les produits du tabac et à base de nicotine nouveaux et émergents.



Du 23 décembre 2016 au  
22 décembre 2018



Du 23 décembre 2018 au  
22 décembre 2020



Du 23 décembre 2020 au  
22 décembre 2022

Légende : Évolution de la mise en garde sanitaire illustrée sur les cigarettes électroniques en République de Corée



# CONCLUSION

Au cours des 13 années pendant lesquelles les mesures MPOWER ont fait l'objet d'un suivi, d'énormes progrès ont été réalisés dans la lutte contre le tabagisme. Dans le même temps, il y a eu d'innombrables défis, dont le plus grand a peut-être été en 2020 la pandémie de COVID-19. Malgré ces obstacles, 5,3 milliards de personnes sont aujourd'hui protégées par au moins une mesure de lutte contre le tabagisme au niveau des pratiques exemplaires, soit 4,2 milliards de plus qu'en 2007. À l'inverse, 2,4 milliards de personnes ne sont toujours pas protégées par les meilleures pratiques de lutte contre le tabagisme fondées sur des données probantes, ce qui les expose au risque de subir les dommages sanitaires et économiques causés par le tabac.

Des progrès encourageants ont été réalisés dans la lutte contre le tabac depuis l'adoption de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et l'introduction des mesures MPOWER. Des milliards de vies sont maintenant mieux protégées et des millions de vies ont été sauvées au fil des ans. Et cela, grâce aux efforts collectifs et coordonnés d'une communauté mondiale qui s'est consacrée à la lutte antitabac. Il reste toutefois encore

beaucoup à faire. Seuls deux pays dans le monde (le Brésil et la Turquie) ont mis en place toutes les mesures MPOWER au niveau maximal. Bien que la prévalence du tabagisme ait diminué dans la majeure partie du monde, la population totale augmentant, le nombre total de fumeurs reste élevé.

Chaque pays a l'obligation de protéger la santé de sa population, et toutes les Parties à la Convention-cadre de l'OMS se sont engagées à mettre en œuvre des politiques solides de lutte antitabac, moyen essentiel pour s'acquitter de leur obligation de protéger la santé de leur population. L'importance de cet engagement a également été soulignée dans le cadre des ODD qui appellent à « renforcer dans tous les pays, selon qu'il convient, l'application de la Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la Santé pour la lutte antitabac », celle-ci étant mesurée par la réduction du tabagisme chez les adultes. La réduction du tabagisme est également l'un des 16 indicateurs de référence permettant d'évaluer l'état d'avancement (et de contribuer de manière notable à la réalisation) de la cible d'un milliard de personnes bénéficiant d'un meilleur état de

santé au sein de l'objectif du triple milliard de l'OMS, une initiative visant à aider les pays à atteindre les ODD.

Le présent rapport, qui met l'accent sur les produits nouveaux et émergents, rend compte de cette nouvelle menace pour la lutte contre le tabagisme. Les inhalateurs électroniques de nicotine sont de plus en plus fréquemment disponibles dans de nombreux pays, ainsi que d'autres produits nouveaux comme les produits du tabac chauffés et les sachets de nicotine. Ces produits, qui sont parfois difficiles à caractériser, peuvent par leur apparition et leur évolution rapide, entraîner de nombreux défis au niveau réglementaire. Parallèlement, l'industrie du tabac et les industries connexes à l'origine de ces nouveaux produits orchestrent des campagnes de désinformation, les commercialisent en les présentant comme « propres », « sans fumée » ou « plus sûrs », et prétendent qu'ils sont des aides efficaces au sevrage tabagique. Ce faisant, ces industries tentent d'apparaître comme partie à la solution à l'épidémie de tabagisme, par opposition aux instigateurs et aux responsables de l'épidémie. Ces industries ciblent également les enfants



et les adolescents en ayant recours à des stratégies de marketing et des milliers d'arômes qui rendent les inhalateurs électroniques de nicotine et les autres produits à base de nicotine et de tabac attrayants. Lorsque les enfants utilisent les inhalateurs électroniques de nicotine, ou même les essaient, ils sont plus de deux fois plus susceptibles d'utiliser ensuite des cigarettes classiques. L'industrie du tabac gagne ainsi de nouveaux clients.

Il ressort des bases factuelles sur lesquelles repose le présent rapport que 32 pays interdisent à l'heure actuelle la vente d'inhalateurs électroniques de nicotine, adoptant ainsi une position ferme en faveur de la prévention des méfaits potentiels de ces produits pour leur population. Soixante-dix-neuf autres pays ont adopté des interdictions portant sur l'utilisation des inhalateurs électroniques de nicotine dans les lieux publics intérieurs, la publicité, la promotion et le parrainage de ces produits ou encore des obligations d'y apposer des mises en garde sanitaires illustrées. Cependant, dans 39 de ces pays, ces mesures n'ont été adoptées que partiellement. Cela laisse un total de 84 pays ne disposant d'aucune législation

relative aux inhalateurs électroniques de nicotine dans ces domaines.

Les données montrent en outre qu'une poignée de pays seulement interdisent les arômes utilisés dans les inhalateurs électroniques de nicotine, et qu'un nombre légèrement supérieur de pays les réglementent. Par ailleurs, 94 pays n'imposent pas d'âge minimum pour la vente des inhalateurs électroniques de nicotine, ces derniers étant par conséquent accessibles librement aux mineurs dans ces pays.

Là où l'on dispose de données sur les taux d'imposition, ceux-ci sont généralement faibles, seuls trois pays taxant les e-liquides destinés aux inhalateurs électroniques de nicotine à 75 % ou plus du prix de détail. Trop de pays demeurent vulnérables aux tactiques auxquelles l'industrie du tabac et les industries connexes ont recours pour élargir leurs marchés. Les pays doivent protéger leur population, et en particulier les enfants et les adolescents, face aux produits du tabac et à base de nicotine nouveaux et émergents non réglementés.

Les progrès constatés au cours des 13 années écoulées depuis le début du

suivi des mesures MPOWER ont été prometteurs, mais il reste encore de nombreux défis à relever pour atteindre les engagements pris par les pays par le biais de la Convention-cadre de l'OMS, des ODD et du Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles, pour réduire la consommation de tabac et mettre fin rapidement à l'épidémie de tabagisme. Les pays devraient rester vigilants et continuer de mettre l'accent sur la mise en œuvre de mesures fondées sur des données probantes qui ont fait leurs preuves pour réduire la consommation de tabac, et éviter de se laisser distraire par la prolifération de nouveaux produits. Alors que le monde émerge de la pandémie de COVID-19, l'appel à reconstruire en mieux devrait être au cœur de la lutte antitabac. Nous devons tous renouveler notre engagement à renforcer la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS, nous efforcer d'adopter les mesures MPOWER au plus haut niveau de réalisation et veiller à ce que tous les peuples du monde soient protégés contre les méfaits du tabac et de la nicotine.



# REFERENCES

1. Political declaration of the third high-level meeting of the General Assembly on the prevention and control of noncommunicable diseases. WHO Secretariat Report to the WHO Executive Board. Geneva: World Health Organization; 2021 (EB148/7; [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB148/B148\\_7-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148_7-en.pdf) at paras 24-28, accessed 1 July 2021).
2. Responding to noncommunicable diseases during and beyond the COVID-19 pandemic. Geneva: World Health Organization; 2020 ([https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Non-communicable\\_diseases-Policy\\_brief-2020.1](https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Non-communicable_diseases-Policy_brief-2020.1), accessed 1 June 2021).
3. UN Interagency Taskforce on NCDs, COVID-19 and NCD risk factors (infographic). Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/docs/default-source/ncds/un-interagency-task-force-on-ncds/uniatf-policy-brief-ncds-and-covid-030920-poster.pdf?ua=1>, accessed 1 July 2021).
4. Alqahtani JS, Oyelade T, Aldahiri AM, Alghamdi SM, Almeahdi M, Alqahtani AS et al. Prevalence, severity and mortality associated with COPD and smoking in patients with COVID-19: a rapid systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2020;15(5):e0233147.
5. Sitas, F, Harris-Roxas B, Bradshaw D, Lopez AD. Smoking and epidemics of respiratory infections. *Bulletin of the World Health Organization*. 2021;99(2):164–165.
6. Del Sole F, Farcomeni A, Loffredo L, Carnevale R, Menichelli D, Vicario T et al. Features of severe COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Clinical Investigation*. 2020;50(10):e13378.
7. Secretariat of the WHO Framework Convention on Tobacco Control. Information note on classification of novel and emerging tobacco products. WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva: World Health Organization; 2019.
8. Conference of the Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control. Decision FCTC/COP6(9) Electronic nicotine delivery systems and electronic non-nicotine delivery systems. Geneva: World Health Organization; 2014 ([https://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop6/FCTC\\_COP6\(9\)-en.pdf](https://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop6/FCTC_COP6(9)-en.pdf), accessed 21 July 2021).
9. Conference of the Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control. Decision FCTC/COP8(22) Novel and emerging tobacco products. Geneva: World Health Organization; 2018 ([https://www.who.int/fctc/cop/sessions/cop8/FCTC\\_COP8\(22\).pdf?ua=1](https://www.who.int/fctc/cop/sessions/cop8/FCTC_COP8(22).pdf?ua=1), accessed 13 August 2020).
10. Conference of the Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control. Decision FCTC/COP8(8(22)) Novel and emerging tobacco products. Geneva: World Health Organization; 2018 ([https://www.who.int/fctc/cop/sessions/cop8/FCTC\\_COP8\(22\).pdf?ua=1](https://www.who.int/fctc/cop/sessions/cop8/FCTC_COP8(22).pdf?ua=1), accessed 13 August 2020).
11. Conference of the Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control. Decision FCTC/COP7(11) endorsed in COP FCTC/COP7(9). Delhi, India: World Health Organization; 2016.
12. Conference of the Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control. Decision FCTC/COP8(8) endorsed in COP FCTC/COP8(21). Geneva: World Health Organization; 2018.
13. Conference of the Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control. Decision FCTC/COP7(14) Further development of the partial guidelines for implementation of Articles 9 and 10 of the WHO FCTC (Regulation of the contents of tobacco products and Regulation of tobacco product disclosures). Geneva: World Health Organization; 2016 ([https://www.who.int/fctc/cop/cop7/FCTC\\_COP7\(14\)\\_EN.pdf?ua=1](https://www.who.int/fctc/cop/cop7/FCTC_COP7(14)_EN.pdf?ua=1), accessed 21 July 2021).
14. Raymond BH, Collette-Merrill K, Harrison RG, Jarvis S, Rasmussen RJ. The nicotine content of a sample of E-cigarette liquid manufactured in the United States. *Journal of Addiction Medicine*. 2018;12(2):127–131.
15. Tobore TO. On the potential harmful effects of E-Cigarettes on the developing brain: the relationship between vaping-induced oxidative stress and adolescent/young adults social maladjustment. *Journal of Adolescence*. 2019;76:202–209.
16. O'Brien D, Long J, Quigley J, Lee C, McCarthy A, Kavanagh P. Association between electronic cigarette use and tobacco cigarette smoking initiation in adolescents: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 2021;21(954):e1–e10.
17. Sæbø G, Scheffels J. Assessing notions of denormalization and renormalization of smoking in light of e-cigarette regulation. *International Journal of Drug Policy*. 2017;49:58–64.
18. Petrescu D, Vasiljevic M, Pepper J, Ribisl K, Marteau T. What is the impact of e-cigarette adverts on children's perceptions of tobacco smoking? An experimental study. *Tobacco control*. 2017;26(4):421–427.
19. Choi K, Grana R, Bernat D. Electronic nicotine delivery systems and acceptability of adult cigarette smoking among Florida youth: renormalization of smoking? *Journal of Adolescent Health*. 2017;60(5):592–598.
20. EcigIntelligence (website). Regulatory and market intelligence for the e-cigarette sector. London: Tamarind Media; 2021 (<https://ecigintelligence.com/about-ecigintelligence/>, accessed 2 July 2021).
21. E-cigarettes. In: Tobacco Tactics (website). Bath, UK: University of Bath; 2021 (<https://tobaccotactics.org/wiki/e-cigarettes/>, accessed 2 July 2021, accessed 2 July 2021).
22. WHO technical manual on tobacco tax policy and administration. Geneva: World Health Organization; 2021.
23. Addiction at any cost: Philip Morris International uncovered. New York, USA: Stopping Tobacco Organizations and Products (STOP); 2018 ([https://exposetobacco.org/wp-content/uploads/STOP\\_Report\\_Addiction-At-Any-Cost.pdf](https://exposetobacco.org/wp-content/uploads/STOP_Report_Addiction-At-Any-Cost.pdf), accessed 1 July 2021).
24. Wagener TL, Floyd EL, Stepanov I, Driskill LM, Frank SG, Meier E et al. Have combustible cigarettes met their match? The nicotine delivery profiles and harmful constituent exposures of second-generation and third-generation electronic cigarette users. *Tobacco Control*. 2017;26(e1): e23–e28.
25. Traboulsi H, Cherian M, Abou Rjeili M, Preteroti M, Bourbeau J, Smith BM et al. Inhalation toxicology of vaping products and implications for pulmonary health. *International Journal of Molecular Science*. 2020;21(10).
26. E-cigarette, or vaping, products visual dictionary. Atlanta, GA: Centers for Disease Control (no date) ([https://www.cdc.gov/tobacco/basic\\_information/e-cigarettes/pdfs/ecigarette-or-vaping-products-visual-dictionary-508.pdf](https://www.cdc.gov/tobacco/basic_information/e-cigarettes/pdfs/ecigarette-or-vaping-products-visual-dictionary-508.pdf), accessed 2 July 2021).
27. Kosmider L, Cox S, Zaciera M, Kurek J, Goniewicz ML, McRobbie H et al. Daily exposure to formaldehyde and acetaldehyde and potential health risk associated with use of high and low nicotine e-liquid concentrations. *Scientific Reports*. 2020;10(1):6546.
28. Talih S, Salman R, El-Hage R, Karaoghlanian N, El-Hellani A, Saliba N et al. Effect of free-base and protonated nicotine on nicotine yield from electronic cigarettes with varying power and liquid vehicle. *Scientific Reports* 2020;10.
29. Jackler RK, Ramamurthi D. Nicotine arms race: JUUL and the high-nicotine product market. *Tobacco Control*. 2019;0:1–6. doi:10.1136/tobaccocontrol-2018-054796.
30. Zhu SH, Sun JY, Bonnevie E, Cummins SE, Gamst A, Yin L et al. Four hundred and sixty brands of e-cigarettes and counting: implications for product regulation. *Tobacco Control*. 2014; 23:iii3–iii9

31. Hsu G, Sun JY, Shu-Hong Z. Evolution of electronic cigarette brands from 2013–2014 to 2016–2017: Analysis of brand websites. *Journal of Medical Internet Research*. 2018;20(3):e80.
32. Barrington-Trimis J, Samet J McConnell R. Flavorings in electronic cigarettes. *Journal of the American Medical Association*. 2014;312(23):2493.
33. Strombotne K, Buckell J, Sindelar JL. Do JUUL and e-cigarette flavours change risk perceptions of adolescents? Evidence from a national survey. *Tobacco Control*. 2021;Mar;30(2):199–205. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2019-055394. Epub 2020 Apr 16.
34. van de Nobelen S, Kienhuis AS, Talhout R. An inventory of methods for the assessment of additive-increased addictiveness of tobacco products. *Nicotine & Tobacco Research*. 2016;18(7):1546–1555.
35. Preliminary scientific evaluation of the possible public health effects of menthol versus nonmenthol cigarettes. Silver Spring, Maryland: Food & Drug Administration; 2013.
36. Krüsemann EJ, Boesveldt S, De Graaf K, Talhout R. An e-liquid flavor wheel: a shared vocabulary based on systematically reviewing e-liquid flavor classifications in literature. *Nicotine and Tobacco Research*. 2019;21(10):1310–1319.
37. Wang TW, Neff LJ, Park-Lee E, Ren C, Cullen KA, King BA. E-cigarette use among middle and high school students – United States, 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2020;69(37):1310.
38. Rose SW, Johnson AL, Glasser AM, Villanti AC, Ambrose BK, Conway K et al. Flavour types used by youth and adult tobacco users in wave 2 of the Population Assessment of Tobacco and Health (PATH) Study 2014–2015. *Tobacco Control*. 2020;29(4):432–446.
39. Wang TW, Neff LJ, Park-Lee E, Ren C, Cullen KA, King BA. E-cigarette use among middle and high school students – United States, 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2020;69:1310–1312.
40. Population Assessment of Tobacco and Health: Wave 4. US Food and Drug Administration; Silver Spring, Maryland; 2016–2017.
41. ASHRAE Position document on environmental tobacco smoke. Atlanta, Georgia: ASHRAE; 2016 ([https://www.ashrae.org/File%20Library/About/Position%20Documents/pd\\_environmental-tobacco-smoke-2020-07-1.pdf](https://www.ashrae.org/File%20Library/About/Position%20Documents/pd_environmental-tobacco-smoke-2020-07-1.pdf), accessed 2 July 2021).
42. Stevens EM, Hébert ET, Tackett AP, Leavens ELS, Wagener TL. Harm perceptions of the JUUL E-cigarette in a sample of ever users. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020;17(13):4755
43. A systematic review of health effects of electronic cigarettes. Geneva; World Health Organization: 2015.
44. Skotsimara G, Antonopoulos AS, Oikonomou E, Siasos G, Ioakeimidis N, Tsalamandris S et al. Cardiovascular effects of electronic cigarettes: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Preventive Cardiology*. 2019;26(11):1219–1228.
45. Kennedy CD, van Schalkwyk MCI, McKee M, Pisinger C. The cardiovascular effects of electronic cigarettes: a systematic review of experimental studies. *Preventive Medicine*. 2019;127:105770.
46. Tsai M, Byun MK, Shin J, Crotty Alexander LE. Effects of e-cigarettes and vaping devices on cardiac and pulmonary physiology. *The Journal of Physiology*. 2020;598(22):5039–5062.
47. Gotts JE, Jordt S-E, McConnell R, Tarran R. What are the respiratory effects of e-cigarettes? *British Medical Journal*. 2019;366.
48. Wills TA, Soneji SS, Choi K, Jaspers I, Tam EK. E-cigarette use and respiratory disorders: an integrative review of converging evidence from epidemiological and laboratory studies. *European Respiratory Journal*. 2021;57(7): e1-e16.
49. Use of e-cigarettes (vapes) among adults in Great Britain. London: Action on Smoking and health; 2020.
50. WHO study group on tobacco product regulation. Report on the scientific basis of tobacco product regulation: eighth report of a WHO study group. Geneva: World Health Organization; 2021.
51. Wang JB, Olgin JE, Nah G, Vittinghoff E, Cataldo JK, Pletcher MJ et al. Cigarette and e-cigarette dual use and risk of cardiopulmonary symptoms in the Health eHeart Study. *PLoS One*. 2018;13(7):e0198681.
52. Kim C-Y, Paek Y-J, Seo HG, Cheong YS, Lee CM, Park SM et al. Dual use of electronic and conventional cigarettes is associated with higher cardiovascular risk factors in Korean men. *Scientific Reports*. 2020;10(7):1–10.
53. Reddy KP, Schwamm E, Kalkhoran S, Noubary F, Walensky RP, Rigotti NA. Respiratory symptom incidence among people using electronic cigarettes, combustible tobacco, or both. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2021;Apr 15. doi: 10.1164/rccm.202012-4441LE.
54. National Center for Chronic Disease, P, Health Promotion Office on S Health, Reports of the Surgeon General. In: The health consequences of smokin—50 years of progress: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA; Centers for Disease Control and Prevention: 2014.
55. Berry KM, Fetterman JL, Benjamin EJ, Bhatnagar A, Barrington-Trimis JL, Leventhal AM et al. Association of electronic cigarette use with subsequent initiation of tobacco cigarettes in US youths. *JAMA Open Network*. 2019;2(2):e187794.
56. Yuan M, Cross S, Loughlin S, Leslie F. Nicotine and the adolescent brain. *Journal of Physiology*. 2015;593(16):3397–3412.
57. Hall F, Der-Avakian A, Gould T, Markou A, Shoaib MJY. Negative affective states and cognitive impairments in nicotine dependence. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2015;58:168–185.
58. Quick facts on the risks of e-cigarettes for kids, teens, and young adults. In: Smoking and Tobacco Use (website). Atlanta, GA: Centers for Disease Control; 2020 ([https://www.cdc.gov/tobacco/basic\\_information/e-cigarettes/Quick-Facts-on-the-Risks-of-E-cigarettes-for-Kids-Teens-and-Young-Adults.html](https://www.cdc.gov/tobacco/basic_information/e-cigarettes/Quick-Facts-on-the-Risks-of-E-cigarettes-for-Kids-Teens-and-Young-Adults.html), accessed 2 July 2021).
59. Whittington J, Simmons P, Philips A, Gammill S, Cen R, Magann E et al. The use of electronic cigarettes in pregnancy: a review of the literature. *Obstetrical and Gynecological Survey*. 2018;73(9):544–549.
60. Froggatt S, Reissland N, Covey J. The effects of prenatal cigarette and e-cigarette exposure on infant neurobehaviour: a comparison to a control group. *EClinicalMedicine*. 2020;28:100602.
61. Behar R, Davis B, Wang Y, Bahl V, Lin S, Talbot P. Identification of toxicants in cinnamon-flavored electronic cigarette refill fluids. *Toxicology in Vitro*. 2014;28(2):198–208.
62. Krishnan-Sarin S, O'Malley SS, Green BG, Jordt S-E. The science of flavour in tobacco products. In: Report on the scientific basis of tobacco product regulation: Seventh report of the WHO study group on tobacco product regulation. Geneva: World Health Organization; 2019:125–142.
63. Outbreak of lung injury associated with the use of e-cigarette, or vaping, products. In: Smoking and Tobacco Use (website). Atlanta, GA: Centers for Disease Control; 2020 ([https://www.cdc.gov/tobacco/basic\\_information/e-cigarettes/severe-lung-disease.html](https://www.cdc.gov/tobacco/basic_information/e-cigarettes/severe-lung-disease.html), accessed 2 July 2021).
64. Pray IW, Atti SK, Tomasallo C, Meiman JG. E-cigarette, or vaping, product use-associated lung injury among clusters of patients reporting shared product use – Wisconsin, 2019. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2020;69(9):236–240.
65. Public health consequences of e-cigarettes. Washington, DC: National Academies Press (US); 2018.
66. Seitz CM, Kabir Z. Burn injuries caused by e-cigarette explosions: a systematic review of published cases. *Tobacco Prevention & Cessation*. 2018;4:32.

67. Rossheim ME, Livingston MD, Soule EK, Zeraye HA, Thombs DL. Electronic cigarette explosion and burn injuries, US Emergency Departments 2015–2017. *Tobacco Control*. 2019;28(4):472–474.
68. Govindarajan P, Spiller HA, Casavant MJ, Chounthirath T, Smith GA. E-cigarette and liquid nicotine exposures among young children. *Pediatrics*. 2018;141(5).
69. Fernández E, Ballbè M, Sureda X, Fu M, Saltó E, Martínez-Sánchez JM. Particulate matter from electronic cigarettes and conventional cigarettes: a systematic review and observational study. *Current Environmental Health Reports*. 2015;2(4):423–429.
70. Li L, Lin Y, Xia T, Zhu Y. Effects of electronic cigarettes on indoor air quality and health. *Annual Review of Public Health*. 2020;41(1):363–380.
71. Hess I, Lachireddy K, Capon A. A systematic review of the health risks from passive exposure to electronic cigarette vapour. *Public Health Research & Practice*. 2016;26(2).
72. Guidelines for implementation of Article 8: protection from exposure to tobacco smoke. World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control. Geneva: World Health Organization; 2007.
73. Borgini A, Veronese C, De Marco C, Boffi R, Tittarelli A, Bertoldi M et al. Particulate matter in aerosols produced by two last generation electronic cigarettes: a comparison in a real-world environment. *Pulmonology*. 2021.
74. Exposure to aerosols from smoking-proxy electronic inhaling systems: a systematic review. Barcelona: Tobacco Control Unit, Institut Català d'Oncologia; 2016.
75. Lerner CA, Sundar IK, Yao H, Gerloff J, Ossip DJ, McIntosh S et al. Vapors produced by electronic cigarettes and e-juices with flavorings induce toxicity, oxidative stress, and inflammatory response in lung epithelial cells and in mouse lung. *PLoS One*. 2015;10(2):e0116732.
76. Tobacco questions for surveys. a subset of key questions from the Global Adult Tobacco Survey (GATS). 2nd edition. Geneva: World Health Organization; 2011 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/87331>, accessed 2 July 2021).
77. Yoong SL, Hall A, Leonard A, McCrabb S, Wiggers J, Tursdan d'Espaignet E, et al. Prevalence of electronic nicotine delivery systems and electronic non-nicotine delivery systems in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*. 2021. doi:10.1016/S2468-2667(21)00106-7.
78. Surgeon General's Advisory on E-cigarette use among youth. Atlanta, GA; Centers for Disease Control; 2019 ([https://www.cdc.gov/tobacco/basic\\_information/e-cigarettes/surgeon-general-advisory/index.html](https://www.cdc.gov/tobacco/basic_information/e-cigarettes/surgeon-general-advisory/index.html), accessed 17 July 2021).
79. Choi, B Abraham I. The decline in e-cigarette use among youth in the United States: an encouraging trend but an ongoing public health challenge. *Journal of the American Medical Association*. 2021;4(6):e2112464.
80. Perikleous EP, Steiropoulos P, Paraskakis E, Constantinidis TC, Nena E. E-cigarette use among adolescents: an overview of the literature and future perspectives. *Frontiers in Public Health*. 2018;6:86.
81. Barrington-Trimis, JL, Kong G, Leventhal AM, Liu F, Mayer M, Cruz TB et al. E-cigarette use and subsequent smoking frequency among adolescents. *Pediatrics*. 2018;142(6).
82. Yoong SL, Hall A, Turon H, Stocking E, Leonard A, Grady A, et al. Association between electronic nicotine delivery systems and electronic non-nicotine delivery systems with initiation of tobacco use in individuals aged <20 years - systematic review and meta-analysis. *PLOS One*. 2021; 16(9).
83. Hartmann-Boyce, J, McRobbie H, Lindson N, Bullen C, Begh R, Theodoulou A et al. Electronic cigarettes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020; 10: Cd010216.
84. Smoking cessation: a report of the Surgeon General. Washington, DC: US Department of Health and Human Services; 2020 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32255575/>, accessed 17 July 2021).
85. Scientific Committee on Health, Environmental and Emerging Risks (SCHEER). Opinion on electronic cigarettes. Luxembourg: SCHEER; 2021.
86. Kalkhoran S, Glantz SA. E-cigarettes and smoking cessation in real-world and clinical settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Respiratory Medicine*. 2016;4(2):116–28.
87. Sawant AM, Mali DP, Bhagwat DA. Regulatory requirements and drug approval process in India, Europe and US. *Pharmaceutical Regulatory Affairs*. 2018;7(2).
88. Nicotine e-cigarettes laws are changing. Canberra: Australian Government, Department of Health, Therapeutic Goods Administration; 2021 (<https://www.tga.gov.au/blogs/tga-topics/nicotine-e-cigarettes-laws-are-changing>, accessed 17 July 2021).
89. Baker TB, Fiore MC. What we do not know about e-cigarettes is a lot. *JAMA Open Network*. 2020;3(6):e204850.
90. Leventhal AM, Goldenson NI, Barrington-Trimis JL, Pang RD, Kirkpatrick MG. Effects of non-tobacco flavors and nicotine on e-cigarette product appeal among young adult never, former, and current smokers. *Drug and Alcohol Dependence*. 2019;203:99–106.
91. WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000–2025, third edition. Geneva: World Health Organization; 2019.
92. Eissenberg T, Soule E, Shihadeh A. "Open-System" electronic cigarettes cannot be regulated effectively. *Tobacco Control*. 2021;30:234–235.
93. Meernik C, Baker HM, Kowitz SD, Ranney LM, Goldstein AO. Impact of non-menthol flavours in e-cigarettes on perceptions and use: an updated systematic review. *BMJ Open*. 2019;9(10):e031598.
94. De Andrade M, Hastings G, Angus K. Promotion of electronic cigarettes: tobacco marketing reinvented? *British Medical Journal*. 2013;347.
95. Barrington-Trimis JL, Urman R, Leventhal AM, Gauderman WJ, Cruz TB, Gilreath TD et al. E-cigarettes, cigarettes, and the prevalence of adolescent tobacco use. *Pediatrics*. 2016;138(2).
96. Goldenson NI, Leventhal AM, Stone MD, McConnell RS, Barrington-Trimis JL. Associations of electronic cigarette nicotine concentration with subsequent cigarette smoking and vaping levels in adolescents. *JAMA Pediatrics*. 2017;171(12): 1192–1199.
97. Etter JF, Bullen C. Electronic cigarette: users profile, utilization, satisfaction and perceived efficacy. *Addiction*. 2011;106:2017–2028.
98. Neuberger M. The electronic cigarette: a wolf in sheep's clothing. *Wien Klin Wochenschr*. 2015;127(9–10):385–7.
99. Stanwick R. E-cigarettes: Are we renormalizing public smoking? Reversing five decades of tobacco control and revitalizing nicotine dependency in children and youth in Canada. *Paediatric and Child Health*. 2015;20(2):101–5.
100. Everard CD, Silveira ML, Kimmel HL, Marshall D, Blanco C, Compton WM. Association of electronic nicotine delivery system use with cigarette smoking relapse among former smokers in the United States. *JAMA Open Network*. 2020;3(6):e204813.
101. Manzoli L, Flacco ME, Ferrante M. Cohort study of electronic cigarette use: effectiveness and safety at 24 months. *Tobacco Control*. 2017;26:284–92.
102. Pokhrel P, Herzog TA, Muranaka N. Contexts of cigarette and e-cigarette use among dual users: a qualitative study. *BMC Public Health*. 2015;15:859.
103. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020;396(10258):1223–1249.
104. Goniewicz ML, Hajek P, McRobbie H. Nicotine content of electronic cigarettes, its release in vapour and its consistency across batches: regulatory implications. *Addiction*. 2014;109(3):500–7.
105. How to quit e-cigarettes. World Health Organization. Geneva: World Health Organization; 2021.

106. Electronic Nicotine Delivery Systems Conference of the Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control. FCTC/COP6/10 Rev.1. 1 September 2014. Moscow: World Health Organization; 2014.
107. Conference of the Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control. Decision FCTC/COP6/10. Control and prevention of waterpipe tobacco products. Geneva: World Health Organization; 2014 ([https://apps.who.int/ib/fctc/PDF/cop6/FCTC\\_COP6\(10\)-en.pdf](https://apps.who.int/ib/fctc/PDF/cop6/FCTC_COP6(10)-en.pdf), accessed 21 July 2021).
108. WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva: World Health Organization; 2003, updated 2004, 2005 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42811/1/9241591013.pdf?ua=1>, accessed 3 July 2021).
109. Tobacco industry interference with tobacco control. Geneva: World Health Organization; 2008.
110. The Israel Supreme Court, Tel Aviv Chamber of Commerce v Israeli Knesset & Ors., HC 4657/19 and HC 1532/19. 2019.
111. Ghebreyesus TA, Vazquez TR. Seeing through big tobacco's smokescreen. In: Project Syndicate (website). New York: 2017.
112. Matthes BL, Gilmore A. Needs of LMIC-based tobacco control advocates to counter tobacco industry policy interference: insights from semi-structured interviews. *BMJ Open*. 2021;10(11):e044710.
113. STOP: A Global Tobacco Industry Watchdog (website). (<https://exposetobacco.org/about/>, accessed 3 July 2021).
114. E-cigarettes shaped like USB flash drives: information for parents, educators, and health care providers. In: Smoking & Tobacco use (website). Atlanta, GA: Centers for Disease Control; 2020 ([https://www.cdc.gov/tobacco/basic\\_information/e-cigarettes/factsheet/index.html](https://www.cdc.gov/tobacco/basic_information/e-cigarettes/factsheet/index.html), accessed 3 July 2021).
115. E-cigarettes. In: Tobacco Tactics (website). Bath, UK: University of Bath; 2021 (<https://tobaccotactics.org/wiki/e-cigarettes/>, accessed 2 July 2021, accessed 2 July 2021).
116. Designed for addiction. How the tobacco industry has made cigarettes more addictive, more attractive to kids and even more deadly. Washington, DC: Tobacco Free Kids; 2014 ([https://www.tobaccofreekids.org/assets/content/what\\_we\\_do/industry\\_watch/product\\_manipulation/2014\\_06\\_19\\_DesignedforAddiction\\_web.pdf](https://www.tobaccofreekids.org/assets/content/what_we_do/industry_watch/product_manipulation/2014_06_19_DesignedforAddiction_web.pdf), accessed 3 July 2021).
117. Pisinger C, Godtfredsen N, Bender A. A conflict of interest is strongly associated with tobacco industry-favorable results, indicating no harm of e-cigarettes. *Preventive Medicine*. 2019;119:124–131.
118. Gilmore AB, Braznell S. US regulator adds to confusion around heated tobacco products. *British Medical Journal*. 2020;370:m3528.
119. Litigation relevant to regulation of novel and emerging nicotine and tobacco products. Geneva: World Health Organization; 2021.
120. Tobacco Tactics (website). IQOS Use, "Switching" and "Quitting": The Evidence. Bath, UK: University of Bath; 2021 (<https://tobaccotactics.org/wiki/iqos-use-evidence/>, accessed 3 July 2021).
121. WHO statement on heated tobacco products and the US FDA decision regarding IQOS (news release). Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/news/item/27-07-2020-who-statement-on-heated-tobacco-products-and-the-us-fda-decision-regarding-iqos>, accessed 17 July 2021).
122. Goldenson NI, Leventhal AM, Simpson KA, Barrington-Trimis JL. A review of the use and appeal of flavored electronic cigarettes. *Current Addiction Reports*. 2019;6(2):98–113.
123. Felicione NJ, Ozga-Hess JE, Ferguson SG, Dino G, Kuhn S, Haliwa I et al. Cigarette smokers' concurrent use of smokeless tobacco: dual use patterns and nicotine exposure. *Tobacco Control*. 2021;30(1):24–29.
124. McKee M, Daube M, Chapman S. E-cigarettes should be regulated. *Medical Journal of Australia*. 2016;204(9):331.
125. Hiscock R, Silver K, Zato ski M, Gilmore AB. Tobacco industry tactics to circumvent and undermine the menthol cigarette ban in the UK. *Tobacco Control*. 2020;29(e1):e138–e142.
126. Branston JR, Hiscock R, Silver K, Arnott D, Gilmore AB. Cigarette-like cigarillo introduced to bypass taxation, standardised packaging, minimum pack sizes, and menthol ban in the UK. *Tobacco Control*. 2020;tobaccocontrol-2020-055700.
127. Robertson L, Joshi A, Legg T, Wellock G, Ray K, Evans-Reeves K. Exploring the Twitter activity around the eighth meeting of the Conference of the Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control. *Tobacco Control*. 2020;tobaccocontrol-2020-055889.
128. van der Eijk Y, Bero L, Malone RE. Philip Morris International-funded "Foundation for a Smoke-Free World": analysing its claims of independence. *Tobacco Control*. 2019;28(6):712–718.
129. The Israel Supreme Court, E-Cig Ltd. v Ministry of Health, HCJ 6665/12. 2014.
130. Patanavanich R, Glantz S. Successful countering of tobacco industry efforts to overturn Thailand's ENDS ban. *Tobacco Control*. 2020. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2020-056058.
131. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: Summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *Journal of the American Medical Association*. 2020;323(13):1239–1242.
132. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, Liang WH, Ou CQ, He JX et al. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. *New England Journal of Medicine*. 2020;382(18):1708–1720.
133. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*. 2020;395(10223):497–506.
134. Zhang JJ, Dong X, Cao YY, Yuan YD, Yang YB, Yan YQ et al. Clinical characteristics of 140 patients infected with SARS-CoV-2 in Wuhan, China. *Allergy*. 2020;75(7):1730–1741.
135. Gao F, Zheng KI, Wang X-B, Sun Q-F, Pan K-H, Wang T-Y et al. Obesity is a risk factor for greater COVID-19 severity. *Diabetes Care*. 2020;43(7):e72–e74.
136. Finer N, Garnett SP, Bruun JM. COVID 19 and obesity. *Clinical Obesity*. 2020;10(3).
137. Zheng Z, Peng F, Xu B, Zhao J, Liu H, J P et al. Risk factors of critical and mortal COVID-19 cases: A systematic literature review and meta-analysis. *Journal of Infection*. 2020;81(2):e16–125.
138. Alraddadi BM, Watson JT, Almarashi A, Abedi GR, Turkistani A, Sadran M et al. Risk factors for primary Middle East respiratory syndrome coronavirus illness in humans, Saudi Arabia, 2014. *Emerging infectious diseases*. 2016;22(7):49.
139. Park J-E, Jung S, Kim A, Park J-E. MERS transmission and risk factors: a systematic review. *BMC Public Health*. 2018;18(1):574.
140. Kozak R, Prost K, Yip L, Williams V, Leis JA, Mubareka S. Severity of coronavirus respiratory tract infections in adults admitted to acute care in Toronto, Ontario. *Journal of Clinical Virology*. 2020;126:104338.
141. Slama K, Chiang C, Enarson D, Hassmiller K, Fanning A, Gupta P et al. Tobacco and tuberculosis: a qualitative systematic review and meta-analysis. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. 2007;11(10):1049–1061.
142. Baskaran V, Murray RL, Hunter A, Lim WS, McKeever TM. Effect of tobacco smoking on the risk of developing community acquired pneumonia: A systematic review and meta-analysis. *PLoS one*. 2019;14(7):e0220204.
143. van Zyl-Smit RN, Richards G, Leone FT. Tobacco smoking and COVID-19 infection. *The Lancet Respiratory Medicine*. 2020;8(7):664–665.
144. Li X, Zhong X, Wang Y, Zeng X, Luo T, Liu Q. Clinical determinants of the severity of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2021;16(5):e0250602.
145. Smoking and COVID-19: scientific Brief. Geneva: World Health Organization; 2020.
146. Patanavanich R, Glantz SA. Smoking is associated with COVID-19 progression: a meta-analysis. *Nicotine and Tobacco Research*. 2020;22(9):1653–1656.

147. Gallus S, Lugo A, Gorini G. No double-edged sword and no doubt about the relation between smoking and COVID-19 severity. *European Journal of Internal Medicine*. 2020;77:33–35.
148. Brake SJ, Barnsley K, Lu W, McAlinden KD, Eapen MS, Singh Sohail S. Smoking upregulates angiotensin-converting enzyme-2 receptor: a potential adhesion site for novel coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19). *Journal of Clinical Medicine*. 2020;9(3).
149. Chen DT, Kyriakos CN. Cigarette and e-cigarettes dual users, exclusive users and COVID-19: Findings from four UK birth cohort studies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(8).
150. Russo P, Bonassi S, Giacconi R, Malavolta M, Tomino C, Maggi F. COVID-19 and smoking: is nicotine the hidden link? *European Respiratory Journal*. 2020;55(6).
151. Efficacy of nicotine in preventing COVID19 infection (NICOVID-PREV). National Institute of Health, 2021.
152. Simons D, Shahab L, Brown J, Perski O. The association of smoking status with SARS-CoV-2 infection, hospitalization and mortality from COVID-19: a living rapid evidence review with Bayesian meta-analyses (version 7). *Addiction*. 2021;116(6):1319–1368.
153. Haddad C, Bou Malhab S, Sacre H, Salameh P. Smoking and COVID-19: a scoping review. *Tobacco Use Insights*. 2021;14:1179173x21994612.
154. Horel S, Keyzer T. COVID-19: How harm-reduction advocates and the tobacco industry capitalised on the pandemic to promote nicotine. *British Medical Journal*. 2021;373.
155. Clancy L, Gallus S, Leung J, Egbe CO. Tobacco and COVID-19: understanding the science and policy implications. *Tobacco Induced Diseases*. 2020;18:1–4.
156. Fernández E, Martínez C. Spain: COVID-19 prompts smoking regulation in streets and terraces. 2020 (blog). In: *Tobacco Control* (website). 2020 (<https://blogs.bmj.com/tc/2020/09/05/spain-covid-19-prompts-smoking-regulation-in-streets-and-terraces/>, accessed 17 July 2021).
157. El-Awa F, Fraser CP, Adib K, Hammerich A, Abdel Latif N, Fayokun R et al. The necessity of continuing to ban tobacco use in public places post-COVID-19. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2020;26(6):630–632.
158. Ahmedabad tackles COVID-19 transmission with ban on smokeless tobacco products and spitting in public. Geneva: World Health Organization; 2020.
159. Bhutan lifts decade long tobacco ban to prevent COVID-19 transmission. *Addiction*. 2020 (<https://www.addictionjournal.org/posts/bhutan-lifts-decade-long-tobacco-ban-to-prevent-covid-19-transmission>, accessed 17 July 2021).
160. Filby S, van der Zee K, van Walbeek C. The temporary ban on tobacco sales in South Africa: lessons for endgame strategies. *Tobacco Control*. 2021;0:1–7.
161. Berg CJ, Callanan R, Johnson TO, Schliecher NC, Sussman S, Wagener TL et al. Vape shop and consumer activity during COVID-19 non-essential business closures in the USA. *Tobacco Control*. 2020;0: 1–4.
162. Lighting up the illicit market: Smokers' responses to the cigarette sales ban in South Africa. Cape Town: University of Cape Town; 2020.
163. Carreras G, Lugo A, Stival C, Amerio A, Odone A, Pacifici R et al. Impact of COVID-19 lockdown on smoking consumption in a large representative sample of Italian adults. *Tobacco Control*. 2021;0:1–8.
164. Bommele J, Hopman P, Walters BH, Geboers A, Croes E, Fong GT, et al. The double-edged relationship between COVID-19 stress and smoking: implications for smoking cessation. *Tobacco Induced Diseases*. 2020; 18:63.
165. Many smokers used lockdown to quit. In: *Eyewitness News* (website) (<https://ewn.co.za/2020/06/08/many-smokers-used-lockdown-to-quit-surveys>, accessed 17 July 2021).
166. Zatonski M, Gilmore A Hird T. The two faces of the tobacco industry during the COVID-19 pandemic. *Tobacco Control*. 2020.
167. Big tobacco is exploiting COVID-19 to market its harmful products. In: *Campaign for Tobacco-Free Kids* (website). Campaign for Tobacco-Free Kids; 2021 ([https://www.tobaccofreekids.org/media/2020/2020\\_05\\_covid-marketing](https://www.tobaccofreekids.org/media/2020/2020_05_covid-marketing), accessed 3 July 2021).
168. STOP: A Global Tobacco Industry Watchdog (website) (<https://tobaccotactics.org/wiki/covid-19/>, accessed 17 July 2021).
169. WHO report on the global tobacco epidemic 2008: The MPOWER package. Geneva: World Health Organization; 2008.
170. WHO report on the global tobacco epidemic 2019: Offer help to quit tobacco use. Geneva: World Health Organization; 2019.
171. MPOWER: a policy package to reverse the tobacco epidemic. Geneva: World Health Organization; 2008.
172. Tajikistan STEPS Survey. Geneva; World Health Organization; 2016 (<https://extranet.who.int/ncdsmicrodata/index.php/catalog/270>, accessed 17 July 2021).
173. China report on health hazards of smoking 2020. Beijing; People's Medical Publishing House: 2021.
174. WHO Framework Convention on Tobacco Control, Guidelines for implementation: Article 5.3, Article 8, Articles 9 and 10, Article 11, Article 12, Article 13, Article 14. Geneva: World Health Organization; 2013.
175. The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA: Centers for Disease Control; 2006 ([https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44324/pdf/Bookshelf\\_NBK44324.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44324/pdf/Bookshelf_NBK44324.pdf), accessed 21 July 2021).
176. Tobacco smoke and involuntary smoking. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2004.
177. Johnson KC, Miller AB, Collishaw NE, Palmer JR, Hammond SK, Salmon AG et al. Active smoking and secondhand smoke increase breast cancer risk: the report of the Canadian Expert Panel on Tobacco Smoke and Breast Cancer Risk (2009). *Tobacco Control*. 2011;20(7).
178. Wipfli H, Avila-Tang E, Navas-Acien A, Kim S, Onicescu G, Yuan J et al. Secondhand smoke exposure among women and children: Evidence from 31 countries. *American Journal of Public Health*. 2008;98(4):672–679.
179. Fantuzzi G, Aggazzotti G, Righi E, Facchinetti F, Bertucci E, Kanitz S et al. Preterm delivery and exposure to active and passive smoking during pregnancy: a case-control study from Italy. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*. 2007;21(3):194–200.
180. Fantuzzi G, Vaccaro V, Aggazzotti G, Righi E, Kanitz S, Barbone F et al. Exposure to active and passive smoking during pregnancy and severe small for gestational age at term. *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2008;21(9):643–647.
181. Anderson HR, Cook DG. Passive smoking and sudden infant death syndrome: review of the epidemiological evidence. *Thorax*. 1997;52(11):1003–1009.
182. Law MR, Hackshaw AK. Environmental tobacco smoke. *British Medical Journal*. 1996;52:22–34.
183. Gilbert SG, Miller E, Martin J, Abulafia L. Scientific and policy statements on environmental agents associated with neurodevelopmental disorders. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*. 2010;35(2):121–128.
184. Leonardi-Bee J, Britton J, Venn A. secondhand smoke and adverse fetal outcomes in nonsmoking pregnant women: a meta-analysis. *Pediatrics*. 2011;127(4):734–741.
185. Hone T, Szklo A, Filippidis FT, Laverty AA, Satamini I, Been JV. Smokefree legislation and neonatal and infant mortality in Brazil: longitudinal quasi-experimental study. *Tobacco Control*. 2020;29(3):312–9.
186. Cains T, Cannata S, Poulos R, Ferson MJ, Stewart BW. Designated “no smoking” areas provide from partial to no protection from environmental tobacco smoke. *Tobacco Control*. 2004;13(1):17–22.

187. Frazer K, Callinan JE, McHugh J, van Baarsel S, Clarke A, Doherty K et al. Legislative smoking bans for reducing harms from secondhand smoke exposure, smoking prevalence and tobacco consumption. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016(2):194.
188. Mulcahy M, Evans DS, Hammond SK, Repace JL, Byrne M. Secondhand smoke exposure and risk following the Irish smoking ban: an assessment of salivary cotinine concentrations in hotel workers and air nicotine levels in bars. *Tobacco Control*. 2005;14(6):384–388.
189. Gan Q, Hammond SK, Jiang Y, Yang Y, Hu TW. Effectiveness of a smoke-free policy in lowering secondhand smoke concentrations in offices in China. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 2008;50(5):570–575.
190. Centers for Disease Control and Prevention. Reduced secondhand smoke exposure after implementation of a comprehensive statewide smoking ban. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2007;56(28):705–708.
191. Smoke-free policies reduce smoking. In: *Smoking and tobacco use (website)*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control; 2020 ([https://www.cdc.gov/tobacco/data\\_statistics/fact\\_sheets/secondhand\\_smoke/protection/reduce\\_smoking/index.htm](https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/secondhand_smoke/protection/reduce_smoking/index.htm), accessed 17 July 2021).
192. Cheng KW, Glantz SA, Lightwood JM. Association between smokefree laws and voluntary smokefree-home rules. *American Journal of Preventive Medicine*. 2011;41(6):566–572.
193. Borland R. Tobacco health warnings and smoking-related cognitions and behaviours. *Addiction*. 1997;92(11):1427–35.
194. Smoking in the home: attitudes and perceptions and the impact of the 2004 Irish smoking ban. Castlebar, County Mayo: Health Service Executive West; 2006 (<https://www.lenus.ie/bitstream/handle/10147/44864/6524.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, accessed 3 July 2021).
195. Campaign for Tobacco-Free Kids (website). Smoke-free laws encourage smokers to quit and discourage youth from starting. Campaign for Tobacco-Free Kids; 2018 (<https://www.tobaccofreekids.org/assets/factsheets/0198.pdf>, accessed 3 July 2021).
196. IARC handbooks of cancer prevention: tobacco control. Volume 13: Evaluating the effectiveness of smoke-free policies. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2009 (<http://publications.iarc.fr/Book-And-Report-Series/Iarc-Handbooks-Of-Cancer-Prevention/Evaluating-The-Effectiveness-Of-Smoke-free-Policies-2009>, accessed 3 July 2021).
197. Campaign for Tobacco-Free Kids (website). Smoke-free laws do not harm business at restaurants and bars. Campaign for Tobacco-Free Kids; 2018 (<https://www.tobaccofreekids.org/assets/factsheets/0144.pdf>, accessed 3 July 2021).
198. The economics of tobacco and tobacco control. Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute; and Geneva, CH: World Health Organization 2016 (<https://cancercontrol.cancer.gov/brp/tcrb/monographs/monograph-21>, accessed 3 July 2021).
199. Fong GT, Hyland A, Borland R, Hammond D, Hastings G, McNeill A et al. Reductions in tobacco smoke pollution and increases in support for smoke-free public places following the implementation of comprehensive smoke-free workplace legislation in the Republic of Ireland: findings from the ITC Ireland/UK Survey. *Tobacco Control*. 2006;15:51–58.
200. Global Burden of Disease (database). Washington, DC: Institute of Health Metrics; 2019 (<https://extranet.who.int/ncdsmicrodata/index.php/catalog/270> IHME, accessed 17 July 2021).
201. The health benefits of smoking cessation: a report of the Surgeon General. Rockville, MD: P.H.S. US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, and Office on Smoking and Health; 1990 (<https://profiles.nlm.nih.gov/spotlight/nn/catalog.nlm.nih.gov/uid-101584932X37-doc>, accessed 3 July 2021).
202. Upspring WW, DiFranza JR. The loss of autonomy over smoking in relation to lifetime cigarette consumption. *Addictive Behaviors*. 2010;35(1):14–18.
203. Cohen S, Lichtenstein E, Prochaska JO, Rossi JS, Gritz ER, Carr CR et al. Debunking myths about self-quitting. Evidence from 10 prospective studies of persons who attempt to quit smoking by themselves. *The American Psychologist*. 1989;44(11):1355–65.
204. Stead LF, Hartmann-Boyce J, Perera R, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Systematic Reviews*. 2013;12(8)CD002850.
205. Stead LF, Koilpillai P, Fanshawe TR, Lancaster T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Systematic Reviews*. 2016(3)CD008286.
206. Whittaker R, McRobbie H, Bullen C, Rodgers A, Gu Y. Mobile phone based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016;10:4(4)CD006611.
207. An evaluation of the 'Tuku Ifi Leva 2017' anti-tobacco mass media campaign in the Kingdom of Tonga: Phase 2 Campaign. Sydney 2018
208. Tonga STEPS Survey. Geneva: World Health Organization; 2017
209. Jordan STEPS Survey. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://www.moh.gov.jo/Echobusv3.0/SystemAssets/6209a77f-3767-4c00-a1a0-262e082b9a3c.pdf>, accessed 17 July 2021).
210. Chapman, S Liberman J. Ensuring smokers are adequately informed: reflections on consumer rights, manufacturer responsibilities, and policy implications. *Tobacco Control*. 2005;14:118–113.
211. Kozlowski LT, Edwards BQ. "Not safe" is not enough: smokers have a right to know more than there is no safe tobacco product. *Tobacco Control*. 2005;14 Suppl 2:ii3–7.
212. Committee on Economic, Social and Cultural Rights. Report on the twenty-second, twenty-third and twenty-fourth sessions, Supplement no. 2. New York and Geneva: United Nations; 2001.
213. Fathelrahman AI, Omar M, Awang R, Borland R, Fong GT, Hammond D et al. Smokers' responses toward cigarette pack warning labels in predicting quit intention, stage of change, and self-efficacy. *Nicotine and Tobacco Research*. 2009;11(3):248–53.
214. Ngo A, Cheng KW, Shang C, Huang J, Chaloupka FJ. Global evidence on the association between cigarette graphic warning labels and cigarette smoking prevalence and consumption. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2018;15(3).
215. Li Z, Elton-Marshall T, Fong GT, Quah ACK, Feng G, Jiang Y et al. Noticing cigarette health warnings and support for new health warnings among non-smokers in China: findings from the International Tobacco Control project (ITC) China survey. *BMC Public Health*. 2017;17(1):476.
216. Kamyab K, Nonnemaker JM, Farrelly MC. Public support for graphic health warning labels in the U.S. *American Journal of Preventive Medicine*. 2015;48(1):89–92.
217. International Tobacco Control Policy Evaluation, P. FCTC Article 11: tobacco warning labels, in *Evidence and recommendations from the ITC project*. Waterloo, Ontario: ITC; 2009.
218. Lempert LK, Glantz S. Packaging colour research by tobacco companies: the pack as a product characteristic. *Tobacco Control*. 2017;26(3):307–315.
219. Yong HH, Borland R, Cummings KM, Lindblom EN, Li L, Bansal-Travers M et al. US smokers' beliefs, experiences and perceptions of different cigarette variants before and after the FSPTCA ban on misleading descriptors such as "light", "mild", or "low". *Nicotine & Tobacco Research*. 2016;18(11):2115–2123.
220. Falcone M, Bansal-Travers M, Sanborn PM, Tang KZ, Strasser AA. Awareness of FDA-mandated cigarette packaging changes among smokers of "light" cigarettes. *Health Education Research*. 2015;30(1):81–6.

221. Borland R, Wilson N, Fong GT, Hammond D, Cummings KM, Yong HH et al. Impact of graphic and text warnings on cigarette packs: findings from four countries over 5 years. *Tobacco Control*. 2009;18(5):358–64.
222. Kowitz SD, Noar SM, Ranney LM, Goldstein AO. Public attitudes toward larger cigarette pack warnings: Results from a nationally representative U.S. sample. *PLoS One*. 2017.
223. Noar SM, Hall MG, Francis DB, Ribisl KM, Pepper JK, Brewer NT. Pictorial cigarette pack warnings: a meta-analysis of experimental studies. *Tobacco Control*. 2016;25(3):341–54.
224. Hammond D. Health warning messages on tobacco products: a review. *Tobacco Control*. 2011;20:327–337.
225. Francis DB, Mason N, Ross JC, Noar SM. Impact of tobacco-pack pictorial warnings on youth and young adults: a systematic review of experimental studies. *Tobacco Induced Diseases*. 2019;17(41).
226. Strahan E, White K, Fong G, Fabrigar L, Zanna M, Cameron R. Enhancing the effectiveness of tobacco package warning labels: a social psychological perspective. *Tobacco Control*. 2002;11(3):183–90.
227. Noar SM, Francis DB, Bridges C, Sontag JM, Ribisl KM, Brewer NT. The impact of strengthening cigarette pack warnings: systematic review of longitudinal observational studies. *Social Science and Medicine*. 2016;164:118–129.
228. Current cigarette smoking among adults in the United States. In: *Smoking and tobacco use* (website). Atlanta, GA: Centers for Disease Control; 2020 ([https://www.cdc.gov/tobacco/data\\_statistics/fact\\_sheets/adult\\_data/cig\\_smoking/index.htm](https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/adult_data/cig_smoking/index.htm), accessed 17 July 2021).
229. Turk T, Chaturvedi P, Murukutla N, Mallik V, Sinha P, Mullin S. Raw and real: an innovative communication approach to smokeless tobacco control messaging in low- and middle-income countries. *Tobacco Control*. 2017;26(4):476–481.
230. Reducing tobacco use: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2000 ([https://www.cdc.gov/tobacco/data\\_statistics/sgr/2000/complete\\_report/pdfs/fullreport.pdf](https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/2000/complete_report/pdfs/fullreport.pdf), accessed 3 July 2021).
231. The role of the media in promoting and reducing tobacco use. Bethesda, MD: National Institutes of Health; 2008 ([https://www.javeriana.edu.co/documents/245769/3062153/rol\\_de\\_los\\_medios\\_tabaquismo\\_ingles.pdf/8c41a392-dc0b-4b38-b4ef-870053747054](https://www.javeriana.edu.co/documents/245769/3062153/rol_de_los_medios_tabaquismo_ingles.pdf/8c41a392-dc0b-4b38-b4ef-870053747054), accessed 3 July 2021).
232. Siegel M. Mass media antismoking campaigns: a powerful tool for health promotion. *Annals of Internal Medicine*. 1998;129(2):128–132.
233. McAfee T, Davis K, Alexander RL Jr, Pechacek TF, Bunnell R. Effect of the first federally funded US antismoking national media campaign. *Lancet*. 2013;382:2003–2011.
234. Durkin S, Brennan E, Wakefield M. Mass media campaigns to promote smoking cessation among adults: an integrative review. *Tobacco Control*. 2012;21:127–138.
235. Dunlop SM, Wakefield M, Kashima Y. The contribution of antismoking advertising to quitting: intra- and interpersonal processes. *Journal of Health Communication*. 2008;13:250–266.
236. Bala MM, Lukasz S, Topor-Madry R, Cahill K. Mass media interventions for smoking cessation in adults. *Cochrane Database Systematic Review*. 2013;6(CD004704).
237. Haghpanahan H, Mackay D, Pell JP, Bell D, Langley T, Haw S. The impact of TV mass media campaigns on calls to a national quitline and the use of prescribed nicotine replacement therapy: a structural vector autoregression analysis. *Addiction*. 2017;112(7):1229–1237.
238. Murukutla N, Bayly M, Mullin S, Cotter T, Wakefield M. Team IA-SARS. Male smoker and non-smoker responses to television advertisements on the harms of secondhand smoke in China, India and Russia. *Health Education Research*. 2015;30(1):24–34.
239. Bafunno D, Catino A, Lamorgese V, Del Bene G, Longo V, Montrone M et al. Impact of tobacco control interventions on smoking initiation, cessation, and prevalence: a systematic review. *Journal of Thoracic Disease*. 2020;12(7):3844–3856.
240. DiFranza JR, Wellman RJ, Sargent JD, Weitzman M, Hipple BJ, Winickoff JP. Tobacco promotion and the initiation of tobacco use: assessing the evidence for causality. *Pediatrics*. 2006; 117(6):e1237–48.
241. Lovato C, Watts A, Stead LF. Impact of tobacco advertising and promotion on increasing adolescent smoking behaviours. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011(10): Cd003439.
242. Lee S, Ling PM, Glantz SA. The vector of the tobacco epidemic: tobacco industry practices in low- and middle-income countries. *Cancer Causes Control*. 2012;23 Suppl 1:117–29.
243. Gender, women, and the tobacco epidemic. Geneva: World Health Organization; 2010 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44342/9789241599511\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44342/9789241599511_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y), accessed 4 July 2021).
244. Wellman RJ, Sugarman DB, DiFranza JR, Winickoff JP. The extent to which tobacco marketing and tobacco use in films contribute to children's use of tobacco: a meta-analysis. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*. 2006;160(12):1285–96.
245. Centers for Disease Control and Prevention. Decline in smoking prevalence – New York City. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2007;56(24):604–8.
246. Henriksen L. Comprehensive tobacco marketing restrictions: promotion, packaging, price and place. *Tobacco Control*. 2012;21(2):147–53.
247. Saffer H, Chaloupka F. The effect of tobacco advertising bans on tobacco consumption. *Journal of Health Economics*. 2000;19(6): 1117–37.
248. Kasza KA, Hyland AJ, Brown A, Siahpush M, Yong H-H, McNeill AD et al. The effectiveness of tobacco marketing regulations on reducing smokers' exposure to advertising and promotion: findings from the international Tobacco Control (ITC) four-country survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2011;8(2): 321–340.
249. Blecher E. The impact of tobacco advertising bans on consumption in developing countries. *Journal of Health Economics*. 2008;27(4):930–942.
250. The tobacco industry and the health risks of smoking. Second report. In: *www.parliament.uk* (website). London: UK Parliament; 2000 (<https://publications.parliament.uk/pa/cm199900/cmselect/cmhealth/27/2707.htm>, accessed 4 July 2021).
251. Building blocks for tobacco control: a handbook. Geneva: World Health Organization; 2018.
252. Saffer H. Tobacco advertising and promotion. In: *Tobacco control in developing countries*, Jha P, Chaloupka FJ, Eds. Oxford: Oxford University Press; 2000.
253. Guidelines for implementation of Article 13: Tobacco advertising, promotion and sponsorship. World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control. Geneva: World Health Organization; 2008.
254. Cohen JE, Planinac L, Lavack A, Robinson D, O'Connor S, DiNardo J. Changes in retail tobacco promotions in a cohort of stores before, during, and after a tobacco product display ban. *American Journal of Public Health*. 2011;101(10):1879–81.
255. Carter OB, Phan T, Mills BW. Impact of a point-of-sale tobacco display ban on smokers' spontaneous purchases: comparisons from post-purchase interviews before and after the ban in Western Australia. *Tobacco Control*. 2015;24(e1):e81–6.
256. Lee JGL, Henriksen L, Myers AE, Dauphinee AL, Ribisl KM. A systematic review of store audit methods for assessing tobacco marketing and products at the point of sale. *Tobacco Control*. 2014;23(2):98.

257. Robertson L, Cameron C, McGee R, Marsh L, Hoek J. Point-of-sale tobacco promotion and youth smoking: a meta-analysis. *Tobacco Control*. 25. 10.1136/tobaccocontrol-2015-052586.
258. Spanopoulos D, Britton J, McNeill A, Ratschen E, Szatkowski L. Tobacco display and brand communication at the point of sale: implications for adolescent smoking behaviour. *Tobacco Control*. 2014;23:64–69.
259. Fooks GJ, Gilmore AB, Smith KE, Collin J, Holden C, Lee K. Corporate social responsibility and access to policy elites: an analysis of tobacco industry documents. *PLoS Med*. 2011; 8(8):e1001076.
260. Ribisl KM, Jo C. Tobacco control is losing ground in the Web 2.0 era: invited commentary. *Tobacco Control*. 2012;21(2):145–146.
261. Request for Investigative and Enforcement Action to Stop Deceptive Advertising Online. Campaign for Tobacco-Free Kids, American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American Cancer Society Cancer Action Network, American Heart Association, American Lung Association et al., 2018.
262. Freeman B. New media and tobacco control. *Tobacco Control*. 2012;21:139–144.
263. Texting, social networking popular worldwide. In: Pew Research Center (website). 2012 (<http://www.pewglobal.org/2011/12/20/global-digital-communication-texting-social-networking-popular-worldwide>, accessed 4 July 2021).
264. Social networking popular across globe. In: Pew Research Center 2012 (website) (<http://www.pewglobal.org/2012/12/12/social-networking-popular-across-globe>. website, accessed 4 July 2021).
265. Venezuela, Global Youth Tobacco Survey 2019.
266. Task force on fiscal policy for health. Health taxes to save lives: employing effective excise taxes on tobacco, alcohol, and sugary beverages. New York, NY: Bloomberg Philanthropies; 2019.
267. Scaling up action against noncommunicable diseases: How much will it cost? Geneva: World Health Organization; 2011 ([https://www.who.int/nmh/publications/cost\\_of\\_inaction.pdf](https://www.who.int/nmh/publications/cost_of_inaction.pdf), accessed 4 July 2021).
268. IARC handbooks of cancer prevention: tobacco control. Volume 14: Effectiveness of tax and price policies for tobacco control. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2011 ([https://publications.iarc.fr/\\_publications/media/download/4018/05229a5e57f58b0bf51364dd0f3329d45c898839.pdf](https://publications.iarc.fr/_publications/media/download/4018/05229a5e57f58b0bf51364dd0f3329d45c898839.pdf), accessed 4 July 2021).
269. Tackling NCDs: “Best buys” and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259232/WHO-NMH-NVI-17-9-eng.pdf?sequence=1>, accessed 4 July 2021)
270. Saving lives, spending less: a strategic response to noncommunicable diseases. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272534/WHO-NMH-NVI-18-8-eng.pdf?ua=1>, accessed 4 July 2021).
271. Earmarked tobacco taxes: lessons learnt from nine countries. Geneva: World Health Organization 2016 ([https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206007/9789241510424\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206007/9789241510424_eng.pdf), accessed 4 July 2021).
272. Sin tax reform in the Philippines: transforming public finance, health, and governance for more inclusive development. Washington, DC: World Bank Group; 2016 (<http://documents.worldbank.org/curated/en/638391468480878595/pdf/106777-PUB-PUBLIC-PUBDATE-7-26-2016.pdf>, accessed 4 July 2021)
273. Tobacco price and taxation: ITC cross-country comparison report. Waterloo, Canada: International Tobacco Control; 2012
274. Fiscal policy: how to design and enforce tobacco excises? Washington, DC: International Monetary Fund Fiscal Affairs Department; 2016 (<https://www.imf.org/external/pubs/ft/howtonotes/2016/howtonote1603.pdf>)
275. Confronting illicit tobacco trade: a global review of country experiences. Washington, DC: The World Bank; 2019 (<http://documents.worldbank.org/curated/en/677451548260528135/Confronting-Ilicit-Tobacco-Trade-a-Global-Review-of-Country-Experiences>, accessed 4 July 2021)
276. Reddy KS, Yadav A, Arora M, Nazar GP. Integrating tobacco control into health and development agendas. *Tobacco Control*. 2012;21:281–286.
277. Tobacco use: equity and social determinants. Geneva: World Health Organization; 2010 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44289/1/9789241563970\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44289/1/9789241563970_eng.pdf), accessed 4 July 2021)



## NOTES TECHNIQUES

NOTE TECHNIQUE I	Évaluation des politiques existantes et de la conformité
NOTE TECHNIQUE II	Prévalence du tabagisme dans les États Membres de l'OMS
NOTE TECHNIQUE III	Taxes sur le tabac dans les États Membres de l'OMS

## ANNEXES

ANNEXE I	Résumé régional des mesures MPOWER
ANNEXE II	Inhalateurs électroniques de nicotine
ANNEXE III	Année du plus haut niveau de réalisation de certaines mesures de lutte antitabac
ANNEXE IV	Plus haut niveau de réalisation de certaines mesures de lutte antitabac dans les 100 plus grandes villes du monde
ANNEXE V	État de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et du Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac

## ANNEXES PUBLIÉES SUR LE WEB

ANNEXE EN LIGNE VI :	Données sur les politiques de lutte antitabac dans le monde
ANNEXE EN LIGNE VII :	Profils de pays
ANNEXE EN LIGNE VIII :	Recettes des taxes sur le tabac
ANNEXE EN LIGNE IX :	Taxes sur le tabac, prix et accessibilité économique des produits du tabac
ANNEXE EN LIGNE X :	Estimations de la prévalence du tabagisme normalisée en fonction de l'âge, 2019
ANNEXE EN LIGNE XI :	Données sur la prévalence fournies par les pays
ANNEXE EN LIGNE XII :	Cartes sur les données relatives aux politiques de lutte antitabac dans le monde

### La COVID-19 et le Rapport 2021 de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme

Le Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme requiert des contributions coordonnées de centaines de spécialistes de la santé publique. Il est par conséquent important de signaler que l'élaboration de l'édition 2021 du rapport s'est heurtée à des limitations exceptionnelles. De nombreux centres de coordination de la lutte antitabac au niveau des pays ont été confrontés à des difficultés importantes en termes de capacités durant la période de collecte et de validation des données en raison des fonctions qu'ils ont dû assumer dans le cadre de la riposte à la COVID-19. Il se

peut dès lors que des informations utiles ou des améliorations des analyses soient passées inaperçues.

Nous notons par ailleurs que les comparaisons entre les données les plus récentes et celles des années antérieures doivent tenir compte des circonstances exceptionnelles survenues en 2020, qui ont accéléré les progrès de la lutte antitabac dans certains pays et les ont ralentis dans d'autres. Ainsi, un certain nombre de pays sont parvenus à renforcer leur législation antitabac pendant cette période. L'analyse du contexte particulier de chaque pays n'entre pas dans la portée du

présent rapport.

Nous tenons à saisir cette occasion pour remercier toutes celles et tous ceux qui ont offert leur temps et leurs ressources précieuses pour que le présent rapport puisse être publié dans les délais. De nombreuses personnes qui ont participé à l'élaboration du rapport ont été atteintes personnellement par la COVID-19, ont dû prendre soin de proches ou d'amis pendant cette période difficile, voire ont perdu des êtres chers.

Nous dédions ce rapport à toutes les victimes de la COVID-19.

# ÉVALUATION DES POLITIQUES EXISTANTES ET DE LA CONFORMITÉ

Le présent rapport fournit des indicateurs synthétiques des réalisations des pays au regard de chacune des mesures MPOWER. La méthodologie utilisée pour calculer chaque indicateur est par ailleurs décrite dans cette note technique. À des fins de cohérence et de comparabilité, la méthodologie de collecte et d'analyse des données adoptée dans le présent rapport repose largement sur les éditions précédentes du rapport. Certains détails de la méthodologie suivie pour les rapports antérieurs ont néanmoins été révisés et renforcés aux fins du présent rapport. Là où des révisions ont été effectuées, les données des rapports précédents ont été analysées une nouvelle fois de manière à ce que les résultats des différentes années puissent être comparés. Cette édition du rapport inclut pour la première fois des données sur les inhalateurs électroniques contenant ou non de la nicotine, c'est pourquoi la méthodologie suivie pour les données relatives à ces produits a été ajoutée dans l'ensemble des notes techniques.

## SOURCES DES DONNÉES

Les données ont été collectées au moyen des sources suivantes :

- Pour tous les domaines : rapports officiels des Parties à la Conférence des Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et documents connexes.<sup>1</sup>
- Pour la mesure M (surveillance) : les enquêtes sur la prévalence du tabagisme non notifiées au titre du mécanisme de communication de l'information de la Conférence des Parties ont principalement été collectées par l'intermédiaire des bureaux régionaux et de pays de l'OMS. De plus amples détails sont fournis dans la note technique II.
- Pour les mesures P= (protéger la population contre la fumée du tabac), W (mettre en garde contre les dangers du tabagisme) et E (Faire respecter l'interdiction de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du

parrainage) : législation antitabac originale (y compris les règlements) adoptée dans tous les États Membres relative aux environnements sans tabac, aux mesures de conditionnement et d'étiquetage et à la publicité, à la promotion et au parrainage en faveur du tabac. Les données sur les inhalateurs électroniques contenant ou non de la nicotine proviennent également des lois et règlements antitabac, ainsi que de la réglementation sur les produits. Lorsqu'une loi avait été adoptée au 31 décembre 2020, mais n'était pas encore entrée en vigueur, celle-ci a été évaluée et les données sont suivies d'un astérisque indiquant qu'en date du 31 décembre 2020, la disposition avait été adoptée, mais n'était pas encore entrée en vigueur. Lorsqu'une loi avait été adoptée, mais que les règles d'application n'avaient pas encore été arrêtées, les données sont suivies d'un astérisque indiquant que la réglementation est en cours d'élaboration.

- Pour la mesure W (médias) : les données sur les campagnes médiatiques antitabac ont été obtenues auprès des États Membres. Afin d'éviter toute collecte de données inutile, l'OMS a procédé à un recensement des campagnes médiatiques antitabac dans tous ses bureaux de pays. Dans les pays où des campagnes potentiellement admissibles ont été identifiées, de plus amples renseignements ont été demandés au centre de coordination de ces pays à propos des campagnes, et les données sur les campagnes répondant aux critères ont été rassemblées et consignées systématiquement.
- Pour la mesure O (offrir une aide à ceux qui veulent renoncer au tabac) : les données non notifiées au titre du mécanisme de communication de l'information de la Conférence des Parties ont principalement été collectées par l'intermédiaire des bureaux régionaux et de pays de l'OMS.

- Pour la mesure R (augmenter les taxes sur le tabac) : les prix de la marque de cigarettes la plus vendue, de la marque la meilleure marché et d'une marque haut de gamme ont été recueillis par l'intermédiaire de collecteurs de données régionaux. L'information sur la taxation des cigarettes (et, dans la mesure du possible, des autres produits à fumer et sans fumée les plus couramment utilisés) et sur les recettes fiscales des produits du tabac a été recueillie auprès des ministères des Finances. Les détails de la méthodologie utilisée sont fournis dans la note technique III.

S'appuyant sur ces sources d'information, l'OMS a évalué chaque indicateur au 31 décembre 2020. Des exceptions à cette date limite ont été faites pour les prix et les taxes des produits du tabac (date butoir du 31 juillet 2020) et les campagnes médiatiques antitabac (date butoir du 30 juin 2020).

## VALIDATION DES DONNÉES

Pour chaque pays, chaque point de données dont la source était la législation a été évalué par deux experts de deux bureaux distincts de l'OMS, généralement un du siège et l'autre du Bureau régional correspondant. Toute incohérence a été examinée par les deux experts de l'OMS concernés et, au besoin, par un troisième expert n'ayant pas participé à l'évaluation de la législation.

Tout désaccord concernant l'interprétation de la législation a été réglé en i) vérifiant les textes législatifs originaux, ii) essayant de parvenir à un consensus entre les deux experts impliqués dans la collecte des données, iii) essayant d'obtenir des éclaircissements auprès de magistrats ou d'avocats dans le pays concerné, et iv) en suivant la décision du troisième expert lorsque des différences d'interprétation subsistaient. Le caractère exhaustif des données et la cohérence logique entre variables ont également été vérifiés.

---

## APPROBATION DES DONNÉES

Les données définitives validées de chaque pays ont été envoyées au gouvernement respectif pour examen et approbation. Afin de faciliter l'examen par les gouvernements, une fiche récapitulative a été produite pour chaque pays et envoyée préalablement à la clôture de la base de données du rapport. Lorsque les autorités nationales demandaient des modifications des données, ces demandes étaient évaluées par du personnel spécialisé de l'OMS au regard de la législation ou des documents et des éclaircissements fournis par les autorités nationales, et les données étaient mises à jour ou non. Dans les cas où les autorités nationales ont contesté explicitement l'évaluation des données, ce fait est indiqué spécifiquement dans les tableaux des annexes. De plus amples détails sur la procédure de traitement des données sont disponibles auprès de l'OMS.

---

## ANALYSE DES DONNÉES

Il est important de noter que les données relatives aux lois reflètent l'état de la législation adoptée au 31 décembre 2020, assortie d'une date d'entrée en vigueur et ne faisant pas l'objet d'un recours juridique susceptible d'avoir une incidence sur la date d'entrée en vigueur. Les données relatives à des lois qui n'étaient pas encore entrées en vigueur le 31 décembre 2020 sont accompagnées d'une note de bas de page à cet effet. Les mesures récapitulatives élaborées aux fins de ce rapport sont les mêmes que celles utilisées pour le rapport 2019.

Le rapport analyse les progrès réalisés entre 2018 et 2020 et entre 2007 et 2020 au moyen de la dernière évaluation de l'état des mesures chaque année, afin que les résultats puissent être comparés d'une année à l'autre. Pour la mesure R, les premières données comparables correspondent à 2008, et pour les médias, les données ne sont disponibles qu'à partir de 2010. Pour calculer l'évolution du pourcentage de population couvert par chaque politique ou mesure au fil du temps, les estimations démographiques de l'année 2019<sup>2</sup> ont été utilisées. L'utilisation d'une année donnée élimine l'effet de la croissance démographique lorsque l'on mesure l'évolution au fil du temps. Les indicateurs des années précédentes ont été recalculés en fonction de la législation ou des documents reçus après la période d'évaluation du rapport respectif ou

des changements dans la méthodologie des indicateurs. Toutes les catégories de revenu utilisées aux fins du présent rapport proviennent de la classification publiée par la Banque mondiale le 1<sup>er</sup> juillet 2020.<sup>3</sup> Les catégories de revenu intermédiaire de la tranche supérieure et de revenu intermédiaire de la tranche inférieure ont été regroupées en une seule catégorie aux fins du présent rapport.

Lorsque les totaux de pays ou de population couverts par les mesures MPOWER sont mentionnés collectivement dans la section analytique du présent rapport, seule la mise en œuvre des politiques de lutte antitabac (législation sur les environnements sans tabac, services d'aide au sevrage tabagique, étiquettes de mise en garde, interdictions de publicité, promotion et parrainage et taxes sur le tabac) est incluse dans ces totaux.

Le suivi du tabagisme et des campagnes médiatiques antitabac est traité séparément.

---

## CORRECTIONS APPORTÉES AUX DONNÉES PUBLIÉES PRÉCÉDEMMENT

Les données de 2018 publiées dans le dernier rapport ont été examinées et environ 3 % des points de données ont été corrigés. L'ensemble des données MPOWER révisées pour toutes les années à partir de 2007 sont disponibles sur le site Web de l'Observatoire mondial de la santé de l'OMS, à l'adresse suivante : <https://www.who.int/data/gho/data/themes/theme-details/GHO/tobacco-control>.

---

## SURVEILLER LA CONSOMMATION DE TABAC ET LES POLITIQUES DE PRÉVENTION

La solidité du système de surveillance du tabagisme des pays est évaluée par la fréquence et la périodicité des enquêtes auprès des jeunes et des adultes représentatives au niveau national. Les pays sont groupés dans la catégorie de suivi la plus élevée lorsque tous les critères ci-après sont satisfaits à la fois pour les enquêtes auprès des jeunes et des adultes :

- une enquête a été réalisée récemment ;
- l'enquête était représentative de la population nationale ;

- une enquête similaire a été répétée dans les 5 ans (périodique) ;
- les jeunes et les adultes ont été interrogés dans le cadre d'enquêtes en milieu scolaire et d'enquêtes en population auprès des ménages respectivement.

Les enquêtes sont considérées comme récentes si elles ont été réalisées au cours des 5 dernières années. Aux fins du présent rapport, il s'agit des enquêtes réalisées en 2015 ou ultérieurement. Les enquêtes ne sont considérées comme représentatives que si une méthode scientifique d'échantillonnage aléatoire a été appliquée afin de garantir des résultats représentatifs au niveau national. (Bien qu'elles fournissent des renseignements utiles, les enquêtes infranationales ou nationales auprès de groupes de population donnés ne fournissent pas suffisamment d'informations pour permettre des mesures antitabac pour l'ensemble de la population.) Les enquêtes ont été considérées comme périodiques si la même enquête ou une enquête posant les mêmes questions ou des questions similaires a été répétée au moins tous les 5 ans. Les définitions suivantes ont été appliquées pour les enquêtes auprès des jeunes et des adultes :

**Enquêtes auprès des jeunes :** enquêtes en milieu scolaire auprès d'élèves âgés de 13 à 15 ans ou d'autres tranches d'âge de l'enseignement secondaire. Les questions posées dans ces enquêtes doivent fournir des indicateurs correspondant à ceux indiqués dans les questionnaires et manuels de l'enquête mondiale sur le tabagisme chez les jeunes.

**Enquêtes auprès des adultes :** enquêtes en population pouvant fournir des indicateurs relatifs aux adultes de 15 ans et plus (ou une autre tranche d'âge à partir d'environ 15 ans et incluant les personnes âgées de plus de 15 ans), conformes à ceux indiqués dans les questionnaires et les manuels de l'enquête mondiale sur le tabagisme chez les adultes.

Les groupements utilisés pour l'indicateur sur le suivi sont indiqués ci-après.

	Pas de données connues ou absence de données récentes* ou données qui ne sont pas à la fois récentes* et représentatives**
	Données récentes* et représentatives** pour les adultes ou les jeunes
	Données récentes* et représentatives** à la fois pour les adultes et les jeunes
	Données récentes*, représentatives** et périodiques*** à la fois pour les adultes et les jeunes

\* Données de 2015 ou ultérieures.

\*\* Échantillon représentatif de la population nationale.

\*\*\* Données collectées au moins tous les 5 ans.

En raison de la difficulté de réaliser des enquêtes nationales en population ou en milieu scolaire dans le contexte de la pandémie de COVID-19, les pays qui se situaient au niveau de réalisation le plus élevé dans le rapport précédent n'ont pas été classés dans une catégorie inférieure dans le présent rapport.

## LÉGISLATION ANTITABAC

Un large éventail de lieux et d'institutions peuvent être déclarés sans tabac par la loi. La législation antitabac peut être en vigueur au niveau national ou infranational. Le rapport inclut des données reposant sur la législation nationale, et sur la législation des juridictions infranationales lorsqu'elles sont disponibles et lorsque les lois nationales sont incomplètes. L'évaluation de la législation antitabac infranationale inclut les subdivisions administratives de premier niveau d'un pays, au sens de la norme ISO3166. Les données infranationales figurant dans l'annexe VI reflètent uniquement le contenu des lois infranationales. Les dispositions couvertes par la législation nationale sont indiquées par une note informative au regard des données infranationales. Lorsque l'état de la législation pour un environnement sans tabac n'est pas indiqué pour une partie ou l'ensemble des juridictions infranationales, nous supposons que la loi nationale existante s'applique. La législation a été évaluée afin de déterminer si les lois antitabac prévoyaient un environnement intérieur complètement<sup>4</sup> sans tabac à tout moment, dans tous les établissements de chacun des huit types de lieux suivants :

- établissements de santé ;
- établissements d'enseignement autres que les universités ;

- universités ;
- édifices gouvernementaux ;
- bureaux et lieux de travail intérieurs non inclus dans les autres catégories ;
- restaurants ou établissements servant principalement des aliments ;
- cafés, pubs et bars ou établissements servant principalement des boissons ;
- transports publics.

Les groupements aux fins de l'indicateur sur la législation antitabac reposent sur le nombre d'endroits où il est complètement interdit de fumer à l'intérieur. Les pays où il n'y a pas d'interdiction complète de fumer au niveau national, mais où au moins 90 % de la population sont couverts par des lois antitabac infranationales sont groupés dans la catégorie supérieure. Les groupements utilisés pour l'indicateur sur la législation antitabac sont indiqués ci-après.

	Non notifié
	Absence totale d'interdictions ou jusqu'à deux lieux publics complètement non-fumeurs
	Trois à cinq lieux publics complètement non-fumeurs
	Six à sept lieux publics complètement non-fumeurs
	Tous les lieux publics complètement non-fumeurs (ou au moins 90 % de la population couverts par une législation infranationale antitabac complète)

Outre les données utilisées pour les groupements ci-avant de l'indicateur sur la législation antitabac, d'autres données connexes comme les informations sur les amendes et l'application de la législation ont été collectées et sont reprises à l'annexe VI.

La législation antitabac d'un certain nombre de pays comporte des exceptions qui autorisent la désignation d'espaces fumeurs dans certains lieux publics et de travail. Cela est classé « Non ». Pour le petit nombre de pays où les espaces fumeurs sont autorisés selon des « critères techniques très stricts »<sup>7</sup>, ce fait est indiqué dans les tableaux des annexes par un astérisque au lieu d'un « Oui ». Si les espaces fumeurs sont autorisés, mais que les critères très stricts manquent ou ne sont pas mentionnés dans la législation, cela est classé « Non ». Les groupements pour les lois antitabac traitent un astérisque de la même manière qu'un « Non », car une loi qui autorise les espaces fumeurs, quelles qu'en soient les

modalités, n'assure pas une protection complète.

## TRAITEMENT DE LA DÉPENDANCE À L'ÉGARD DU TABAC

L'indicateur relatif au traitement de la dépendance à l'égard du tabac repose sur la disponibilité des éléments suivants dans le pays :

- traitements de substitution nicotinique (TSN) ;
- aide au sevrage tabagique ;
- remboursement des services ci-dessus ; et
- service téléphonique national gratuit d'aide au sevrage tabagique.

Malgré le faible coût des services d'aide par téléphone, peu de pays à revenu faible ou intermédiaire ont mis en œuvre de tels programmes. Par conséquent, les services téléphoniques nationaux gratuits d'aide au sevrage tabagique ne sont inclus comme critère d'admissibilité que pour la catégorie la plus élevée. Le remboursement du traitement de la dépendance à l'égard du tabagisme est considéré uniquement pour les deux catégories supérieures, afin de tenir compte des budgets limités de nombreux pays à faible revenu.

Les trois catégories supérieures reflètent divers degrés d'engagement des pouvoirs publics en matière de fourniture de traitements de substitution nicotinique et d'aide au sevrage tabagique.

Les groupements utilisés pour l'indicateur sur le traitement de la dépendance à l'égard du tabac sont indiqués ci-après.

	Non notifié
	Aucun
	TSN* et/ou certains services de sevrage tabagique** (coûts couverts pour aucun des deux)
	TSN* et/ou certains services de sevrage tabagique** (coûts couverts pour au moins un des deux)
	Service téléphonique national d'aide au sevrage tabagique, et à la fois TSN* et certains services de sevrage tabagique** (coûts couverts)

\* TSN = Traitements de substitution nicotinique.

\*\* Aide au sevrage tabagique disponible dans un des lieux suivants : cliniques ou autres établissements de soins de santé primaires, hôpitaux, cabinet d'un professionnel de la santé, communauté ou autres contextes.

Outre les données utilisées pour le groupement de l'indicateur sur le traitement de la dépendance à l'égard du tabac, d'autres données connexes, telles que des informations sur la liste des médicaments essentiels des pays, ont été collectées et sont reprises à l'annexe VI.

## ÉTIQUETTES DE MISE EN GARDE SUR L'EMBALLAGE DES PRODUITS DU TABAC

La section du rapport qui évalue la législation de chaque pays en matière de mises en garde sanitaires comprend les informations suivantes sur les mises en garde sur les paquets de cigarettes :

- le caractère obligatoire de mises en garde spécifiques ;
- la taille réglementaire des mises en garde, en pourcentage des faces avant et arrière du paquet de cigarettes ;
- l'apposition des mises en garde sur les paquets individuels et les emballages et l'étiquetage extérieurs utilisés dans la vente au détail ;
- la description de méfaits spécifiques de la consommation de tabac pour la santé dans les mises en garde ;
- le caractère grand, clair, visible et lisible des mises en garde (par exemple l'obligation d'utiliser certaines couleurs et certaines polices et tailles de caractères) ;
- le changement périodique des mises en garde ;
- l'apposition des mises en garde dans (toutes) les langues principales du pays ;
- l'utilisation d'images ou de pictogrammes.

La taille moyenne des mises en garde sur les faces avant et arrière du paquet de cigarettes a été calculée pour exprimer le pourcentage de la superficie totale du paquet couvert par les mises en garde. Ces informations ont été combinées avec les caractéristiques des mises en garde pour définir les groupements aux fins de l'indicateur sur les mises en garde sanitaires.

Les groupements utilisés pour l'indicateur sur les mises en garde sanitaires sont indiqués ci-après.

	Données non notifiées
	Aucune mise en garde ou mises en garde de petite taille <sup>1</sup>
	Mises en garde de taille moyenne <sup>2</sup> auxquelles il manque quelques <sup>3</sup> caractéristiques ou de nombreuses <sup>4</sup> caractéristiques appropriées <sup>5</sup> OU mises en garde de grande taille <sup>6</sup> auxquelles il manque de nombreuses <sup>4</sup> caractéristiques appropriées <sup>5</sup>
	Mises en garde de taille moyenne <sup>2</sup> comportant toutes les caractéristiques appropriées <sup>5</sup> OU mises en garde de grande taille <sup>6</sup> auxquelles il manque quelques <sup>3</sup> caractéristiques appropriées <sup>5</sup>
	Mises en garde de grande taille <sup>6</sup> comportant toutes les caractéristiques appropriées <sup>5</sup>

- <sup>1</sup> Moyenne de la face avant et arrière du paquet inférieure à 30 %.
- <sup>2</sup> Moyenne de la face avant et arrière du paquet entre 30 et 49 %.
- <sup>3</sup> Une à trois.
- <sup>4</sup> Quatre ou plus.
- <sup>5</sup> Caractéristiques appropriées :
  - mises en garde spécifiques obligatoires ;
  - apposition sur les paquets individuels et sur les emballages et l'étiquetage extérieurs utilisés dans la vente au détail ;
  - description de méfaits spécifiques de la consommation de tabac pour la santé ;
  - caractère grand, clair, visible et lisible (par exemple obligation d'utiliser certaines couleurs et certaines polices et tailles de caractères) ;
  - remplacement périodique ;
  - utilisation d'images ou de pictogrammes ;
  - mises en garde dans (toutes) les langues principales du pays ;
- <sup>6</sup> Moyenne de la face avant et arrière du paquet d'au moins 50 %.

Outre les données sur les cigarettes utilisées pour le groupement relatif à l'indicateur sur les mises en garde sanitaires, des données sur d'autres produits du tabac à fumer et produits du tabac sans fumée, ainsi que d'autres données connexes comme l'affichage du numéro du service d'aide par téléphone et le conditionnement neutre obligatoire, entre autres, ont été collectées et sont reprises à l'annexe VI.

Le conditionnement neutre (également appelé conditionnement normalisé) est défini dans les directives pour l'application de l'article 11 de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac comme une mesure « visant à limiter ou interdire l'utilisation de logos, de couleurs, d'images de marque ou de textes promotionnels sur les conditionnements hormis le nom de la marque et celui du nom du produit imprimés avec des caractères normaux et dans une couleur standardisée ». Pour qu'un pays apparaisse dans le présent rapport comme ayant introduit

le conditionnement neutre, les critères suivants (définis dans les directives pour l'application de l'article 13 de la Convention) doivent être imposés par une loi et les règles de mise en œuvre :

- noir et blanc ou deux autres couleurs contrastées selon les prescriptions des autorités nationales ;
- rien d'autre qu'un nom de marque, un nom de produit et/ou de fabricant, une adresse et la quantité de produit dans le conditionnement, sans logo ni caractéristique en dehors des mises en garde sanitaires, des vignettes fiscales et d'autres informations ou marques requises par les autorités ;
- l'utilisation de caractères de type et de dimension prescrits pour les éléments ci-dessus ;
- une forme, une taille et des matériels types.
- il ne doit pas y avoir de publicité ou de promotion à l'intérieur du conditionnement ou liée au conditionnement ni sur des cigarettes individuelles ou d'autres produits du tabac.

Les pays qui disposent d'une loi exigeant le conditionnement neutre, mais où des règles de mise en œuvre n'ont pas encore été adoptées ne sont pas indiqués comme ayant introduit le conditionnement neutre. Dans ce cas, « Réglementation en instance » est indiqué dans une note de base de page. Il en va de même pour les pays qui ont rendu les mises en garde sanitaires obligatoires par une loi, mais qui n'ont pas encore stipulé les textes et/ou images appropriés par décret, règlement, règle, etc.

## CAMPAGNES MÉDIATIQUES ANTITABAC

Les pays entreprennent des activités de communication pour de nombreuses raisons, notamment pour améliorer les relations publiques, attirer l'attention sur un sujet, renforcer le soutien en faveur des politiques publiques et susciter un changement de comportement. Les campagnes de communication antitabac, qui constituent une intervention de lutte antitabac fondamentale, doivent posséder des caractéristiques spécifiques pour garantir un degré minimum d'efficacité. Elles doivent avoir une durée suffisante et doivent être conçues pour appuyer efficacement les priorités de la lutte antitabac, notamment l'amélioration des connaissances, la modification des

normes sociales, la promotion du sevrage tabagique, la prévention du tabagisme et le renforcement du soutien aux politiques efficaces de lutte antitabac.

Dans cette optique et conformément à la définition des campagnes médiatiques antitabac dans le dernier rapport, seules les campagnes médiatiques répondant aux critères suivants ont été prises en compte dans les analyses : i) conçues pour appuyer la lutte antitabac, ii) d'une durée d'au moins 3 semaines et iii) mises en œuvre entre le 1<sup>er</sup> juillet 2018 et le 30 juin 2020. Dans l'intérêt de la faisabilité logistique et de la comparabilité entre pays, seules les campagnes à échelle nationale ont été considérées comme admissibles. Conformément au dernier rapport et aux fins d'une plus grande précision, les supports des campagnes devaient être soumis et vérifiés au regard des critères d'admissibilité pour tous les pays.

Les campagnes admissibles ont été évaluées en fonction des caractéristiques suivantes, qui témoignent de l'adoption d'une approche globale de communication :

1. la campagne s'inscrivait dans le cadre d'un programme exhaustif de lutte antitabac ;
2. préalablement à la campagne, des recherches ont été menées ou les recherches existantes ont été examinées afin de bien cerner le public ciblé ;
3. les supports de communication de la campagne ont été testés préalablement auprès du public ciblé et perfectionnés en fonction des objectifs visés ;
4. les temps d'antenne (à la radio et à la télévision) et/ou le placement (panneaux publicitaires, publicité dans la presse écrite, etc.) ont été achetés ou obtenus au moyen des ressources internes de l'organisation ou d'une agence médiatique externe (cette information indique si la campagne a adopté une procédure rigoureuse de planification et d'achat afin d'atteindre de manière efficace et efficiente le public visé) ;
5. l'agence chargée de la mise en œuvre a travaillé avec des journalistes afin de garantir la publicité et la couverture de la campagne dans l'actualité ;
6. les processus ont été évalués afin de mesurer l'efficacité de mise en œuvre de la campagne ;
7. un processus d'évaluation des résultats a été mis en œuvre pour mesurer l'impact de la campagne ;

8. la campagne a été diffusée à la télévision et/ou à la radio.

Les groupements utilisés pour l'indicateur sur les campagnes médiatiques sont indiqués ci-après.

	Données non notifiées
	Aucune campagne nationale d'une durée d'au moins 3 semaines menée entre juillet 2018 et juin 2020.
	Réalisation d'une campagne nationale présentant de 1 à 4 des caractéristiques appropriées
	Réalisation d'une campagne nationale présentant cinq à six des caractéristiques appropriées, ou sept caractéristiques autres que la diffusion à la télévision et/ou la radio
	Réalisation d'une campagne nationale présentant au moins sept caractéristiques appropriées, y compris la diffusion à la télévision et/ou la radio

## INTERDICTIONS DE LA PUBLICITÉ, DE LA PROMOTION ET DU PARRAINAGE

Le rapport contient des données sur la législation à la fois à l'échelle nationale et infranationale. L'évaluation de la législation infranationale relative aux interdictions de publicité, de promotion et de parrainage inclut les subdivisions administratives de premier niveau au sens de la norme ISO3166. Les données infranationales figurant à l'annexe VI reflètent uniquement le contenu des lois infranationales. Les dispositions couvertes par la législation nationale sont indiquées par une note informative au regard des données infranationales. Lorsque l'état de la législation relative à la publicité, à la promotion et au parrainage n'est pas notifié pour une partie ou la totalité des juridictions infranationales, nous supposons que la loi nationale s'applique.

Les réalisations au niveau des pays en matière d'interdiction de la publicité, de la promotion et du parrainage en faveur du tabac ont été évaluées en fonction de la couverture des types de publicité suivants :

- télévision et radio nationales ;
- magazines et journaux locaux ;
- panneaux publicitaires et publicité extérieure ;

- points de vente (intérieurs) ;
- distribution gratuite de produits de tabac par la poste ou par d'autres moyens ;
- remises promotionnelles ;
- produits non tabagiques identifiés par des noms de marques de tabac (extension de marque) ;<sup>5</sup>
- noms de marques de produits non tabagiques utilisés pour des produits de tabac (échange de marques) ;<sup>6</sup>
- apparition de marques de tabac (placement de produits) ou de produits de tabac à la télévision et/ou au cinéma ;
- parrainage (contributions et publicité relative aux contributions).

Les quatre premiers types de publicité sont appelés publicité « directe », les six autres étant qualifiés de publicité « indirecte ». Les interdictions complètes de la publicité, de la promotion et du parrainage en faveur du tabac commencent généralement par des interdictions de la publicité directe dans les médias nationaux, avant de progresser vers des interdictions de la publicité indirecte, de la promotion et du parrainage.

La distinction fondamentale pour les deux groupes inférieurs tient au fait que les interdictions couvrent ou non la télévision, la radio et la presse écrite nationales. Les autres groupes ont été définis selon le degré d'exhaustivité de la loi concernant l'interdiction d'autres formes de publicité directe et indirecte incluses dans le questionnaire. Lorsque la loi ne traitait pas explicitement de la publicité transfrontalière, il a été supposé que la publicité à la fois au niveau national et au niveau international était couverte par l'interdiction uniquement si la publicité était complètement interdite au niveau national.

Les groupements utilisés pour l'indicateur sur la publicité, la promotion et le parrainage sont indiqués ci-après. Les pays où au moins 90 % de la population étaient couverts par une législation infranationale interdisant complètement la publicité, la promotion et le parrainage en faveur du tabac sont regroupés dans la catégorie supérieure.

	Données non notifiées
	Absence totale d'interdiction ou interdiction ne couvrant pas la télévision, la radio et la presse écrite nationales
	Interdiction couvrant uniquement la télévision, la radio et la presse écrite nationales
	Interdiction portant sur la télévision, la radio et la presse écrite nationales et certaines autres formes de publicité directe* et/ou indirecte** (mais pas toutes)
	Interdiction de toutes les formes de publicité directe* et indirecte** (ou au moins 90 % de la population couverts par une législation infranationale interdisant complètement la publicité, la promotion et le parrainage en faveur du tabac)

\* Interdiction de publicité directe :

- télévision et radio nationales ;
- magazines et journaux locaux ;
- panneaux publicitaires et publicité extérieure ;
- points de vente (intérieurs).

\*\* Interdiction de publicité indirecte :

- distribution gratuite de produits du tabac par la poste ou par d'autres moyens ;
- remises promotionnelles ;
- produits et services non tabagiques identifiés par des noms de marques de tabac (extension de marque) ;
- noms de marques de produits non tabagiques utilisés pour des produits du tabac (échange de marques) ;
- apparition de marques de tabac (placement de produits) ou de produits du tabac à la télévision et/ou au cinéma ;
- parrainage (contributions et/ou publicité relative aux contributions).

Outre les données utilisées pour le groupement relatif à l'indicateur sur les interdictions de la publicité, de la promotion et du parrainage en faveur du tabac, d'autres données connexes, comme les interdictions de la vente sur Internet ou de la présentation de produits du tabac dans les points de vente ont été collectées et sont reprises à l'annexe VI.

## TAXES SUR LE TABAC

Les pays sont groupés en fonction de la part des taxes sur le tabac en pourcentage du prix de détail d'un paquet de 20 cigarettes de la marque la plus populaire. Les taxes évaluées comprennent le droit d'accise, la taxe sur la valeur ajoutée (ou les taxes sur les ventes), le droit à l'importation (lorsque les cigarettes sont importées) et toute autre taxe prélevée.

Dans le cas des pays où différents niveaux d'imposition sont appliqués aux cigarettes en fonction de la longueur, de la quantité produite ou du type (par exemple cigarettes à bout filtre ou sans filtre), seul le taux applicable à la marque la plus populaire est utilisé dans le calcul.

En raison du manque d'informations sur les marges bénéficiaires des détaillants et des grossistes en fonction du pays et des marques, leurs bénéfices ont été supposés nuls (à moins que ces renseignements aient été fournis par le collecteur de données du pays).

Les groupements utilisés pour l'indicateur relatif aux taxes sur le tabac sont indiqués ci-après. Veuillez vous reporter à la note technique III pour de plus amples détails.

	Données non notifiées
	Les taxes représentent moins de 25 % du prix de détail
	Les taxes représentent de 25 % à moins de 50 % du prix de détail
	Les taxes représentent de 50 % à moins de 75 % du prix de détail
	Les taxes représentent 75 % ou plus du prix de détail

## ÉVOLUTION DE L'ACCESSIBILITÉ ÉCONOMIQUE DE LA MARQUE DE CIGARETTES LA PLUS VENDUE

L'accessibilité économique des cigarettes a été calculée en tant que pourcentage du PIB par habitant requis pour acheter 2 000 cigarettes de la marque la plus populaire chaque année du rapport, de 2010 à aujourd'hui. Le taux annuel de croissance de l'accessibilité économique selon la méthode des moindres carrés a été calculé en appliquant une ligne de tendance de régression linéaire aux valeurs logarithmiques de la mesure de l'accessibilité.

Les groupements utilisés pour l'indicateur sur l'accessibilité économique sont indiqués dans le haut de la colonne suivante. Veuillez vous reporter à la note technique III pour de plus amples détails.

OUI	Cigarettes moins abordables – le PIB par habitant nécessaire pour acheter 2 000 cigarettes de la marque la plus vendue a augmenté en moyenne entre 2010 et 2020
NON	Cigarettes plus abordables – le PIB par habitant nécessaire pour acheter 2 000 cigarettes de la marque la plus vendue a diminué en moyenne entre 2010 et 2020
↔	Pas de changement de tendance de l'accessibilité économique des cigarettes depuis 2010
...	Données insuffisantes pour analyser la tendance

## PROGRAMMES NATIONAUX DE LUTTE ANTITABAC

La classification des programmes nationaux de lutte antitabac des pays repose sur l'existence d'un organisme national responsable des objectifs de la lutte antitabac. Les pays qui comptent au moins cinq équivalents temps plein employés par l'organisme national chargé de la lutte antitabac répondent aux critères de la catégorie supérieure.

Les groupements utilisés pour l'indicateur relatif aux programmes nationaux de lutte antitabac sont indiqués ci-après.

	Données non notifiées
	Pas d'organisme national chargé de la lutte antitabac
	Existence d'un organisme national responsable des objectifs de la lutte antitabac comptant moins de cinq équivalents temps plein
	Existence d'un organisme national responsable des objectifs de la lutte antitabac comptant au moins cinq équivalents temps plein

## DONNÉES COLLECTÉES ET NOTIFIÉES POUR LES INHALATEURS ÉLECTRONIQUES CONTENANT OU NON DE LA NICOTINE EN LIEN AVEC LES MESURES P, W ET E

Pour la toute première fois, le présent rapport contient des données relatives aux mesures P, W et E concernant les inhalateurs électroniques contenant ou non de la nicotine. Pour les données relatives aux mesures P, W et E, la méthodologie utilisée pour collecter et valider les données est identique à celle décrite plus haut dans cette note technique, de même que les critères appliqués. Cependant, aucune législation infranationale n'a été évaluée pour ces produits (uniquement la législation nationale), et il n'a pas été collecté de données concernant la conformité.

### PRÉCISIONS SUR LES DONNÉES RELATIVES AUX INHALATEURS ÉLECTRONIQUES DE NICOTINE ET AUX INHALATEURS NE CONTENANT PAS DE NICOTINE

En termes de réglementation des produits, les inhalateurs électroniques de nicotine et les inhalateurs ne contenant pas de nicotine ont été classés en fonction des dispositions de la législation ou de la réglementation nationales. Pour les pays où la vente d'inhalateurs électroniques

contenant ou non de la nicotine est interdite, nous avons néanmoins fait état de la réglementation relative à leur utilisation et à la publicité, à la promotion et au parrainage en faveur de ces produits. Pour les mesures W et E, une distinction a été faite entre la réglementation applicable aux dispositifs électroniques et celle applicable aux e-liquides. Les questions utilisées aux fins des groupements relatifs aux mesures P, W et E décrites ci-avant ont toutes été évaluées, et d'autres données connexes telles que l'âge minimal pour la vente ou la réglementation des arômes ont également été collectées, certaines d'entre elles étant reprises à l'annexe II.

### ÉVALUATION DE LA CONFORMITÉ

La conformité à la législation antitabac nationale et à la législation antitabac infranationale complète, ainsi qu'aux interdictions de la publicité, de la promotion et du parrainage a été évaluée par plusieurs experts nationaux (jusqu'à cinq), qui ont qualifié la conformité dans ces deux domaines de « minimale », « modérée » ou « élevée ». Les cinq experts ont été sélectionnés selon les critères suivants :

- la personne chargée de la prévention du tabagisme au sein du ministère de la Santé du pays ou le responsable public de plus haut niveau chargé de la lutte antitabac ou des affections liées au tabagisme ;

- le directeur d'une organisation non gouvernementale de premier plan active dans la lutte antitabac ;
- un professionnel de la santé (par exemple un médecin, un infirmier, un pharmacien ou un dentiste) spécialisé dans les affections liées au tabagisme ;
- un membre du personnel du département de santé publique d'une université ;
- le référent lutte antitabac du bureau de pays de l'OMS.

Les experts ont mené leurs évaluations de manière indépendante. Les scores moyens ont été calculés par l'OMS à partir des cinq évaluations individuelles selon la méthode suivante : deux points pour les politiques mises en œuvre à un degré élevé, un point pour les politiques mises en œuvre à un degré modéré et zéro point pour les politiques mises en œuvre à un degré minimal, avec un score minimum potentiel de zéro point et un score maximum potentiel de 10 points provenant de l'évaluation des cinq experts.

L'évaluation de la conformité a été obtenue pour la législation adoptée au 1<sup>er</sup> avril 2020. Pour les pays dont la législation est plus récente, les données sur la conformité ont été classées « sans objet ».

Les évaluations de la conformité sont reprises à l'annexe VI. Ces informations sont résumées à l'annexe I. Les scores de conformité sont représentés séparément du groupement (c'est-à-dire que la conformité n'est pas incluse dans le calcul des catégories).



## Chapitres de généralités

Tous les chapitres de généralités ont été élaborés comme de brefs résumés des sujets couverts, et n'ont pas vocation à fournir des revues exhaustives de la littérature existante. Toutes les recommandations présentées reposent sur des accords préexistants des États Membres ou des orientations techniques publiées.

### COVID-19 et tabac : les liens

Ce chapitre vise à donner un bref aperçu de l'impact de la pandémie de COVID-19 sur les consommateurs de tabac et la lutte antitabac. Il repose sur la littérature fournie par les partenaires actifs dans la lutte antitabac ainsi qu'une revue de la littérature sur la COVID-19 et le tabagisme. Les bases de données PubMed et Scopus ont notamment été consultées, les termes de recherche utilisés comprenant les suivants : « tabac », « tabagisme »,

« coronavirus », « COVID », « politiques », « lutte antitabac », « loi » et « interventions ». Trois questions principales ont été examinées :

- Quel est le lien entre le tabagisme et la COVID-19 ? Concernant la question de la relation entre le tabagisme et les issues de la COVID-19, les revues systématiques recensées dans la recherche documentaire ont été examinées. L'OMS a commandé une revue systématique globale de cette littérature (voir ci-après), et les chercheurs à la tête de ces travaux ont examiné cet aspect de près.
- Comment les pays ont-ils réagi aux données se dégageant sur les liens entre le tabagisme et la COVID-19 ? Cette section du chapitre repose sur la revue de la littérature décrite ci-avant ainsi que sur l'expérience tirée de l'appui offert par l'OMS

aux pays pendant la pandémie. Il ne s'agit pas d'une revue exhaustive de toutes les approches des pays, et l'intention n'est pas de fournir des orientations ni des recommandations en matière de politiques.

- Comment l'industrie du tabac a-t-elle exploité la crise pour promouvoir ses intérêts commerciaux ? Nos partenaires de l'initiative STOP, basée à l'Université de Bath, surveillent en permanence l'ingérence de l'industrie du tabac. Ici encore, les informations fournies ne sont pas exhaustives, elles se contentent de donner un bref aperçu des principales activités de l'industrie.

1. Les Parties soumettent des rapports sur l'application de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac conformément à l'article 21. L'objectif de la notification est de permettre aux Parties de tirer des enseignements de l'expérience des autres Parties en matière d'application de la Convention. Les rapports des Parties servent également de référence pour l'évaluation de l'application de la Convention-cadre de l'OMS par la Conférence des Parties. Chaque Partie établit son rapport initial dans les deux années suivant l'entrée en vigueur de la Convention pour cette Partie, puis tous les trois ans, au travers de l'instrument de notification adopté par la Conférence des Parties. Depuis 2012, toutes les Parties soumettent leurs rapports en même temps, tous les deux ans. Pour de plus amples renseignements, veuillez vous reporter à l'adresse suivante : <https://www.who.int/fctc/reporting/fr/>.
2. Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population dans World population prospects: the revision (projection de la fertilité médiane pour l'année 2020). Pour plus d'informations, veuillez vous reporter à l'adresse suivante : <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population/>.
3. La Banque mondiale : Indicateurs du développement dans le monde, publié le 1<sup>er</sup> juillet 2020. Pour plus d'informations, veuillez vous reporter à l'adresse suivante : <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/>.
4. Aux fins du présent rapport, on entend par « complet » que le tabagisme n'est pas autorisé, sans exception, sauf dans les résidences et les lieux intérieurs qui servent d'équivalent à des installations résidentielles à long terme, tels que les prisons et les établissements de soins sociaux et de santé à long terme comme les centres psychiatriques et les maisons de soins. La ventilation et toute forme d'espace fumeurs ne protègent pas des méfaits de la fumée secondaire. Les seules lois qui offrent une protection sont celles qui ont pour effet l'absence complète de tabagisme dans tous les lieux publics.
5. Lorsque la législation n'interdisait pas explicitement l'identification de produits non tabagiques par des noms de marques de tabac (extension de marque) et ne donnait pas de définition de la publicité et de la promotion en faveur du tabac, il a été interprété que l'extension de marque était couverte par l'interdiction existante de toutes les formes de publicité et de promotion lorsque le pays était Partie à la Convention-cadre de l'OMS, en partant du principe que les définitions de celle-ci s'appliquent.
6. Lorsque la législation n'interdisait pas explicitement l'utilisation de noms de marques de produits non tabagiques pour des produits du tabac (échange de marques) et ne donnait pas de définition de la publicité et de la promotion en faveur du tabac, il a été interprété que l'échange de marques était couvert par l'interdiction existante de toutes les formes de publicité et de promotion lorsque le pays était Partie à la Convention-cadre de l'OMS, en partant du principe que les définitions de celle-ci s'appliquent.
7. Les exceptions relatives aux espaces fumeurs dans la législation qui comprennent au moins trois des six caractéristiques suivantes et au moins le critère 5 ou 6 sont signalées au moyen d'un astérisque dans les tableaux des annexes. L'espace fumeurs doit :
  - être un environnement intérieur fermé ;
  - être doté de portes automatiques, généralement maintenues fermées ;
  - ne pas être un lieu de passage de non-fumeurs ;
  - être doté de dispositifs mécaniques appropriés de ventilation forcée ;
  - être doté d'installations appropriées et d'ouvertures fonctionnelles, et l'air doit être évacué des lieux ;
  - être maintenu en dépression de non moins de 5 Pa par rapport aux espaces environnants

# PRÉVALENCE DU TABAGISME DANS LES ÉTATS MEMBRES DE L'OMS

Le suivi de la prévalence du tabagisme est au cœur des efforts de lutte contre l'épidémie de tabagisme. Des données de prévalence fiables sur l'ampleur de l'épidémie et les facteurs qui l'influencent fournissent les informations nécessaires pour planifier et adopter des interventions de lutte antitabac et en évaluer l'effet. Le présent rapport contient des données d'enquête à la fois sur la consommation de produits du tabac à fumer<sup>1</sup> et de produits sans fumée chez les jeunes et les adultes (annexe XI). Il présente également les estimations modélisées par l'OMS, normalisées en fonction de l'âge, de la prévalence du tabagisme chez les personnes âgées de 15 ans et plus (annexe X). La présente note technique fournit des informations sur la méthode adoptée pour générer les estimations de la prévalence de l'OMS.

## SOURCES D'INFORMATION

Les sources d'information suivantes ont été examinées aux fins de l'analyse (lorsque les rapports d'enquête officiels expliquant la méthodologie d'échantillonnage et les résultats détaillés n'étaient pas accessibles au public, il a été demandé aux États Membres de les fournir) :

- informations sur les enquêtes fournies par les Parties au Secrétariat de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac ;
- informations collectées au travers d'enquêtes axées sur le tabagisme de l'OMS menées sous l'égide du système mondial de surveillance du tabagisme – en particulier l'enquête mondiale sur le tabagisme chez les adultes ;
- informations sur le tabagisme collectées au travers d'enquêtes de l'OMS, notamment les enquêtes STEPwise et les enquêtes sur la santé dans le monde ;
- d'autres enquêtes fondées sur les systèmes entreprises par d'autres organisations, notamment des enquêtes telles que les enquêtes démographiques et sanitaires et l'enquête en grappes à indicateurs multiples ;

- des recherches poussées par l'intermédiaire des bureaux régionaux et de pays de l'OMS afin d'identifier les enquêtes portant sur des pays donnés ne relevant pas des systèmes internationaux de surveillance – telles que l'enquête nationale sur les facteurs de risque en Argentine ou l'enquête sur les maladies non transmissibles de Maurice.

Les informations issues d'enquêtes menées depuis 1990 ont été utilisées aux fins de l'analyse si ces enquêtes répondaient aux critères suivants :

- elles avaient été reconnues officiellement par l'autorité sanitaire nationale ;
- elles incluaient des participants sélectionnés de manière aléatoire et représentatifs de la population générale ;
- elles fournissaient des données pour une ou plusieurs des six définitions suivantes du tabagisme : consommateur quotidien de tabac, consommateur actuel de tabac, fumeur quotidien de tabac, fumeur actuel de tabac, fumeur quotidien de cigarettes ou fumeur actuel de cigarettes ;
- elles présentaient les valeurs de prévalence ventilées par âge et par sexe.

Les indicateurs ci-dessus fournissent la représentation la plus complète du tabagisme dans les pays, et contribuent par ailleurs à minimiser la tendance des pays à ne pas poursuivre les analyses en raison d'un manque de données adéquates. Bien qu'il existe des différences en termes de types de produits du tabac consommés dans les différents pays et cultivés ou fabriqués dans différentes régions du monde, des données sur au moins un de ces six indicateurs sont disponibles dans la plupart des pays, ce qui permet des analyses statistiques solides.<sup>2</sup>

Les informations identifiées ci-dessus sont stockées dans la banque de données mondiale de l'OMS sur la lutte antitabac et, conjointement au code source utilisé pour générer les estimations de la prévalence du tabagisme de l'OMS, sont publiées parallèlement au présent rapport

à l'adresse suivante : <https://www.who.int/health-topics/tobacco/>.

## ANALYSE ET PRÉSENTATION DES INDICATEURS SUR LA PRÉVALENCE DU TABAGISME

### Méthode d'estimation

Un modèle statistique fondé sur une méta-régression binomiale négative bayésienne a été utilisé pour modéliser, séparément pour les hommes et pour les femmes, des estimations ajustées brutes et normalisées en fonction de l'âge pour les pays pour chaque indicateur (consommation de tabac actuelle et quotidienne, consommation actuelle et quotidienne de tabac à fumer et consommation actuelle et quotidienne de cigarettes). Une tendance était considérée comme statistiquement significative si la probabilité a posteriori de l'augmentation ou de la diminution était supérieure à 0,75. La méthode est décrite de manière détaillée dans un article soumis à comité de lecture publié dans *The Lancet*, volume 385, n° 9972, p 966–976 (2015).

Une fois les taux de prévalence issus des enquêtes nationales rassemblés dans un jeu de données, le modèle était prêt pour calculer les estimations des tendances pour les six indicateurs susmentionnés.

Le modèle comporte deux composantes principales, à savoir a) l'ajustement pour les indicateurs et les tranches d'âges manquants, et b) l'exécution de la régression pour générer une estimation des tendances dans le temps, ainsi que l'intervalle de crédibilité qui entoure l'estimation.

En fonction de l'exhaustivité des données d'enquête d'un pays donné, le modèle utilise parfois les données d'autres pays pour combler un déficit d'informations. Les pays qui connaissent des déficits de données « empruntent des informations » d'informations « antérieures » calculées à partir de leurs données mises en commun avec les données des pays de la même sous-région de l'ONU.<sup>3</sup>

## Différences au niveau des tranches d'âge couvertes par chaque enquête

Les résultats d'enquêtes d'un pays donné étaient parfois notifiés pour différentes tranches d'âge. Lorsque les données relatives à une tranche d'âge à partir de 15 ans manquent, le modèle utilise les données disponibles d'autres enquêtes du pays concerné pour estimer le schéma de tabagisme par âge. Pour les âges que le pays n'a jamais couverts dans ses enquêtes, le schéma moyen par âge observé dans les pays de la même sous-région de l'ONU est appliqué aux données du pays.

## Différences au niveau des indicateurs de tabagisme mesurés

De même, les pays peuvent notifier différents indicateurs d'une enquête à l'autre (par exemple, la consommation actuelle de tabac à fumer dans une enquête, la consommation quotidienne de tabac à fumer dans une autre, ou encore la consommation de tabac à fumer dans une enquête et la consommation de cigarettes dans une autre). Lorsque des données manquent pour un indicateur, le modèle utilise les données disponibles d'autres enquêtes du pays concerné pour estimer les informations manquantes. Pour les indicateurs que le pays n'a jamais notifiés, les relations moyennes observées dans les pays de la même sous-région de l'ONU sont appliquées aux données du pays.

## Résultats modélisés

Le modèle a été exécuté pour tous les pays disposant d'enquêtes qui répondaient aux critères d'inclusion. Les résultats pour les pays dont les données d'enquête étaient insuffisantes (par exemple, s'il n'y avait qu'une seule enquête comportant une ventilation détaillée par âge de la prévalence pour chaque sexe) n'ont pas été déclarés.

Le produit du modèle est un ensemble de courbes de tendances pour chaque pays qui résument l'évolution de la prévalence de 2000 à l'année de l'enquête la plus récente. Si l'enquête la plus récente est antérieure à 2019, la tendance est projetée jusqu'à 2019. La projection suppose que le rythme et le niveau d'adoption de nouvelles politiques durant la période couverte par les enquêtes nationales des pays sont restés les mêmes jusqu'en 2019. Les pays ayant réalisé peu

d'enquêtes ont davantage d'informations empruntées et intégrées à leur courbe de tendance que les pays qui en ont réalisé un grand nombre. Afin de garantir la comparabilité à l'échelle mondiale, le calcul des tendances est le même pour tous les pays. Aucune exception n'est faite pour les points d'inflexion dans les années où des politiques antitabac ont été introduites ou améliorées. Par conséquent, les estimations et les projections de l'OMS peuvent être différentes de celles des pays.

Aux fins du présent rapport, les tendances au niveau des pays ont été synthétisées en tendances moyennes pour les pays à revenu élevé, les pays à revenu intermédiaire et les pays à faible revenu, plus une moyenne mondiale. Les tendances de 2007 à 2019 sont présentées.

Dans le présent rapport, les estimations comparables du tabagisme actuel chez les personnes âgées de 15 ans et plus ont été établies au niveau des pays pour 2019. Les taux sont comparables du fait que le modèle a normalisé les résultats d'enquête comme décrit ci-avant, avant de les normaliser en fonction de l'âge tel que décrit ci-après.

Lors du calcul des taux de prévalence moyens mondiaux et des catégories de revenu de la Banque mondiale, les pays ne disposant pas d'estimations ont été inclus dans les moyennes selon l'hypothèse que leurs taux de prévalence sont les taux moyens observés dans la sous-région de l'ONU à laquelle ils appartiennent.<sup>3</sup>

## Taux de prévalence normalisés en fonction de l'âge

Comparer les taux bruts entre plusieurs pays à un moment donné ou d'un pays à différents moments peut être trompeur si les deux populations faisant l'objet de la comparaison présentent des différences significatives en termes de tabagisme chez les hommes et les femmes ou de répartition par âges. La méthode de normalisation en fonction de l'âge est couramment utilisée pour surmonter ce problème et permet une comparaison pertinente de la prévalence entre pays, une fois réglés tous les problèmes de comparabilité décrits. La méthode suppose d'appliquer les taux par âge pour chaque sexe dans chaque population

à une population standard (le présent rapport utilise la population standard de l'OMS, une population fictive dont la répartition par âges reflète largement la structure par âge de la population des pays à revenu faible ou intermédiaire). Les taux normalisés en fonction de l'âge qui en résultent se rapportent au nombre de fumeurs par 100 personnes de la population standard de l'OMS. Par conséquent, les taux générés selon cette procédure ne sont que des nombres hypothétiques sans valeur intrinsèque. Ils ne sont pertinents que lorsque l'on compare les taux obtenus pour un pays à ceux d'un autre pays.

## COMPARAISON AVEC LES ESTIMATIONS DU TABAGISME DES ÉDITIONS PRÉCÉDENTES DU RAPPORT

Les estimations figurant dans le présent rapport sont cohérentes entre elles, mais pas au regard des estimations générées pour les éditions précédentes du rapport. Si la méthode d'estimation est la même, l'ensemble de données mis à jour pour la période 1990-2020, en revanche, est beaucoup plus complet.

Par exemple, depuis le Rapport 2019 sur l'épidémie mondiale de tabagisme de l'OMS, 243 enquêtes nationales provenant de 100 pays ont été ajoutées à l'ensemble de données, et 40 enquêtes existantes ont été complétées par des points de données additionnels. Chaque série d'estimations de l'OMS est calculée sur la base de toutes les données d'enquête disponibles depuis 1990. Plus le nombre de points de données disponibles est élevé, plus les estimations de tendances sont solides. Par conséquent, chaque série d'estimations est une amélioration par rapport aux estimations publiées antérieurement, et seule la série la plus récente devrait être utilisée. Bien que les estimations au niveau des pays figurant dans le présent rapport ne concernent que 2019, la tendance pour la période de 2000 à 2025 est publiée dans le rapport mondial biennal de l'OMS sur les tendances de la prévalence du tabagisme 2000-2025.

1. Le terme « tabagisme » englobe les cigarettes, les cigares, les pipes, les pipes à eau, les narguilés, les produits du tabac chauffés et toute autre forme de tabac à fumer.
2. Pour les pays pour lesquels la prévalence de la consommation de tabac sans fumée est notifiée, nous avons publié ces données.
3. Pour la liste complète des pays par sous-région de l'ONU, veuillez vous reporter aux pages ix à xiii de World population prospects: the 2019 revision, publié par le Département des affaires économiques et sociales de l'ONU à l'adresse suivante : <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population/> (consulté le 17 décembre 2020). Veuillez noter que les ajustements suivants ont été effectués aux fins de l'analyse du tabagisme : i) la sous-région de l'Afrique orientale a été divisée en deux régions : les îles d'Afrique orientale et le reste de l'Afrique orientale ; ii) l'Arménie, l'Azerbaïdjan, l'Estonie, la Géorgie, le Kazakhstan, le Kirghizistan, la Lettonie, la Lituanie, l'Ouzbékistan, le Tadjikistan et le Turkménistan ont été classés dans l'Europe orientale ; iii) Chypre, Israël et la Turquie ont été classés dans l'Europe méridionale ; iv) l'Afrique centrale et l'Afrique australe ont été combinées en une seule sous-région ; v) les sous-régions de Mélanésie, Micronésie et Polynésie ont été combinées en une seule sous-région ; et vi) l'Irlande et le Royaume-Uni ont été combinés avec l'Amérique du Nord.

# TAXES SUR LE TABAC DANS LES ÉTATS MEMBRES DE L'OMS

Le présent rapport comprend des annexes contenant des informations sur la part des taxes totales et des droits d'accise dans le prix de la marque de cigarettes la plus vendue, en fonction des informations relatives aux politiques fiscales collectées auprès de chaque pays. La présente note contient des informations sur la méthodologie adoptée par l'OMS pour estimer la part des taxes totales et des droits d'accise dans le prix d'un paquet de 20 cigarettes sur la base des données notifiées par les pays. Elle fournit également des informations sur les autres données collectées aux fins du présent rapport en matière de taxation du tabac. Elle contient par ailleurs des données sur les prix et les taxes des produits du tabac chauffés et des inhalateurs électroniques de nicotine et des inhalateurs ne contenant pas de nicotine.

## 1. Collecte des données

Toutes les données ont été collectées entre juin 2020 et février 2021 par les collecteurs de données régionaux de l'OMS. Les deux principaux intrants utilisés pour le calcul de la part des taxes totales et des droits d'accise sont 1) les prix et 2) les taux et la

structure des taxes. Les prix de la marque de cigarettes la plus vendue, de la marque la moins chère et d'une marque haut de gamme ont été collectés en juillet 2020.

Les données sur la structure des taxes ont été collectées par l'intermédiaire de contacts avec les ministères des Finances. La validité de ces informations a été vérifiée au regard d'autres sources. Pour de nombreux pays, ces vérifications reposaient sur la grande quantité de travail et de connaissances accumulées depuis 2009 par l'OMS dans le cadre de sa collaboration directe avec les ministères des Finances en matière de taxation du tabac. D'autres sources, dont des documents sur la législation fiscale, des décrets, des grilles officielles de structures et taux d'imposition et des informations commerciales, lorsqu'elles étaient disponibles, ont été fournies par les collecteurs de données ou téléchargées des sites Web ministériels.

Les données fiscales collectées sont axées sur les taxes indirectes prélevées sur les produits du tabac (par exemple les droits d'accise de différents types, les droits à l'importation, les taxes sur la valeur ajoutée), qui sont généralement celles qui ont la plus grande incidence sur le prix des produits du tabac. Les plus

importantes des taxes indirectes sont les droits d'accise, car ils sont appliqués exclusivement au tabac et contribuent le plus à l'augmentation du prix des produits du tabac et, partant, à la réduction de la consommation. C'est pourquoi les taux, les montants et les points d'application des droits d'accise sont des éléments centraux des données collectées.

Certaines autres taxes, en particulier les taxes directes comme les impôts sur les sociétés, peuvent avoir une incidence sur les prix du tabac dans la mesure où les fabricants les répercutent sur les consommateurs finaux. Cependant, en raison des difficultés pratiques d'obtention des informations sur ces taxes et de la complexité liée à l'estimation de leur incidence potentielle sur les prix de manière cohérente pour l'ensemble des pays, ces taxes ne sont pas prises en compte.

Le tableau ci-après décrit les types d'information fiscale collectés.

<p><b>1. Droits d'accise spécifiques</b></p>	<p>Un droit d'accise spécifique est une taxe sur un bien donné fabriqué en vue de sa vente dans un pays donné ou importé et vendu dans ce pays. En règle générale, il est prélevé auprès du fabricant ou au point d'entrée dans le pays par l'importateur, en sus des droits à l'importation. Ces taxes sont exprimées en montant par cigarette, par paquet, par 1 000 cigarettes ou par kilo. Exemple : 1,50 dollar des États-Unis par paquet de 20 cigarettes.</p>
<p><b>2. Droits d'accise ad valorem</b></p>	<p>Un droit d'accise ad valorem est une taxe sur un bien donné fabriqué en vue de sa vente dans un pays donné ou importé et vendu dans ce pays. En règle générale, il est prélevé auprès du fabricant ou au point d'entrée dans le pays par l'importateur, en sus des droits à l'importation. Ces taxes sont exprimées en pourcentage de la valeur d'une transaction entre deux entités indépendantes à un point donné de la chaîne de production/distribution ; les taxes ad valorem sont généralement appliquées à la valeur des transactions entre le fabricant et le détaillant ou le grossiste. Exemple : 60 % du prix du fabricant.</p>
<p><b>3. Droits à l'importation</b></p>	<p>Un droit à l'importation est une taxe sur un bien donné importé dans un pays en vue de sa consommation dans ce pays (autrement dit, le bien n'est pas en transit vers un autre pays). En règle générale, les droits à l'importation sont prélevés auprès de l'importateur au point d'entrée dans le pays. Ces taxes peuvent être spécifiques ou ad valorem. Les droits à l'importation spécifiques sont appliqués de la même manière que les droits d'accise spécifiques (par exemple, un montant par 1 000 cigarettes). Les droits à l'importation ad valorem sont généralement appliqués à la valeur CIF (coût, assurance et fret), c'est-à-dire la valeur de la livraison déchargée englobant le coût du produit lui-même, de l'assurance, du transport et du déchargement. Exemple : droit à l'importation de 50 % prélevé sur la valeur CIF.</p>
<p><b>4. Taxes sur la valeur ajoutée et sur les ventes</b></p>	<p>La taxe sur la valeur ajoutée (TVA) est une taxe échelonnée sur l'ensemble des biens de consommation et des services appliquée de manière proportionnelle au prix que le consommateur paye pour un produit. Bien que les fabricants et les grossistes participent également à l'administration et au paiement des taxes tout au long de la chaîne de fabrication/distribution, ils sont remboursés par l'intermédiaire d'un système de déduction d'impôt de sorte que la seule entité qui paye, en fin de compte, est le consommateur final. La plupart des pays qui imposent une TVA l'appliquent sur une assiette qui inclut tous droits d'accise et de douane. Exemple : TVA représentant 10 % du prix de détail.</p> <p>Certains pays imposent quant à eux une taxe sur les ventes au lieu d'une taxe sur la valeur ajoutée. À la différence de la TVA, les taxes sur les ventes sont généralement prélevées au point de vente au détail sur la valeur totale des biens et services achetés. Aux fins du présent rapport, il a été veillé à ce que les parts de la TVA et/ou de la taxe sur les ventes soient calculées conformément aux règles propres à chaque pays.</p>
<p><b>5. Autres taxes</b></p>	<p>Des informations ont par ailleurs été collectées sur toute autre taxe non désignée sous les termes de droit d'accise, de droit à l'importation, de TVA ou de taxe sur les ventes, mais qui s'applique soit à la quantité de tabac soit à la valeur d'une transaction portant sur un produit du tabac, avec le plus de détails possibles sur ce qui est taxé et la manière dont l'assiette fiscale est définie.</p>

## 2. Analyse des données

Le prix de la marque de cigarettes la plus vendue a été pris en considération dans le calcul de la taxe en tant que part du prix de détail figurant dans le Tableau 9.1 de l'annexe en ligne IX. Dans le cas des pays où différents niveaux d'imposition sont appliqués aux cigarettes en fonction de la longueur de la cigarette, de la quantité produite ou du type (par exemple cigarettes à bout filtre ou sans filtre), seul le taux appliqué à la marque la plus vendue a été utilisé dans le calcul.

Dans le cas du Canada et des États-Unis d'Amérique, les estimations moyennes nationales calculées pour les prix et les taxes reflètent le fait que différents taux sont appliqués par différents États et provinces en sus du taux fédéral applicable. Dans le cas du Brésil, où la TVA varie d'un État à l'autre, le taux le plus élevé, qui est appliqué dans la plupart des États, a été appliqué. Dans les États fédérés de Micronésie, qui appliquent eux aussi différents taux de TVA d'un État à l'autre, le taux de TVA applicable à l'État où les données sur les prix ont été collectées (Pohnpei) a été utilisé. Une moyenne pondérée du prix de détail et des taxes a été calculée pour la Chine, étant donné le très grand éventail de marques vendues sur le marché chinois : la marque la plus vendue change pratiquement tous les ans et représente une très petite part du marché, et n'est par conséquent pas représentative.

Le droit à l'importation n'a été utilisé dans le calcul de la part des taxes que si la marque de cigarettes la plus vendue était importée dans le pays. Le droit à l'importation n'a pas été appliqué dans le calcul des taxes totales pour les pays ayant déclaré que la marque la plus vendue, même s'il s'agissait d'une marque

internationale, était fabriquée localement. Dans les cas où les cigarettes importées provenaient d'un pays avec lequel un accord commercial bilatéral ou multilatéral avait été conclu dans le cadre duquel le droit était levé, il a été veillé à ne pas tenir compte du droit à l'importation dans le calcul des taxes prélevées.

Les « autres taxes » englobent toutes les autres taxes indirectes qui ne sont pas notifiées comme droits d'accise, droits à l'importation ou TVA. La taxe de pollution en est un exemple.

L'étape suivante des travaux consistait à convertir toutes les taxes en une seule et même assiette – en l'occurrence, le prix de vente au détail taxes comprises (ci-après désigné « P »). Il est important de normaliser les assiettes afin de calculer correctement la part des taxes, comme le montre l'exemple dans le tableau ci-après. Le pays B applique apparemment le même taux de taxe ad valorem (20 %) que le pays A, mais il en résulte un taux d'imposition et un prix final plus élevés du fait que les taxes sont appliquées en aval dans la chaîne de distribution. Comparer les taux d'imposition ad valorem réglementaires notifiés sans tenir compte du stade où les taxes sont appliquées risque par conséquent de biaiser les résultats.

Une méthodologie analogue a été appliquée pour calculer le prix et la part des taxes du type de produits du tabac à fumer (autres que les cigarettes) le plus courant et des produits du tabac sans fumée, tels que notifiés par chaque pays. Le calcul a été effectué pour le prix d'un produit pour 20 grammes de tout produit du tabac à fumer ou sans fumée, 20 cigarettes, bidis et produits du tabac chauffés, et un cigare ou cigarillo. Pour les e-liquides d'inhalateurs électroniques contenant ou non de la nicotine à système fermé, le prix et les taxes ont été calculés

pour 1 ml, et pour les inhalateurs à système ouvert, pour 10 ml. Le prix et les taxes relatifs aux produits du tabac à fumer (y compris les bidis, les cigarillos, les cigares, le tabac à pipe, le tabac à rouler et le tabac à pipe à eau) ont été calculés pour 69 pays, tandis que le calcul a été effectué pour 21 pays en ce qui concerne les produits du tabac sans fumée (tabac à chiquer, tabac à priser, tabac à sucer ou tabac à priser nasal). Les prix et les taxes ont également été calculés pour les produits du tabac chauffés pour 51 pays, pour les e-liquides d'inhalateurs électroniques contenant ou non de la nicotine à système fermé pour 45 pays et pour les e-liquides d'inhalateurs à système ouvert pour 52 pays (voir les Tableaux 9.3 et 9.7 dans l'annexe en ligne IX).

## 3. Calcul

Dans l'exemple de calcul effectué ci-dessous,  $S_{ts}$  représente la part des taxes dans le prix d'une marque de cigarettes largement consommée (paquet de 20 cigarettes ou équivalent) :

$$S_{ts} = S_{as} + S_{av} + S_{id} + S_{VAT} \quad (1)$$

Où :

$S_{ts}$  = part totale des taxes dans le prix d'un paquet de cigarettes ;

$S_{as}$  = part des droits d'accise spécifiques dans le prix d'un paquet de cigarettes ;

$S_{av}$  = part des droits d'accise ad valorem dans le prix d'un paquet de cigarettes ;

$S_{id}$  = part des droits à l'importation dans le prix d'un paquet de cigarettes (si la marque la plus populaire est importée) ;

	Pays A (USD)	Pays B (USD)
[A] Prix du fabricant (identique dans les deux pays)	2.00	2.00
[B] Pays A : taxe ad valorem sur le prix du fabricant (20 %) = 20 % x [A]	0.40	-
[C] Marge bénéficiaire du détaillant et du grossiste (identique dans les deux pays)	0.20	0.20
[D] Pays B : taxe ad valorem sur le prix du détaillant (20 %) = 20 % x [E]	-	0.55
[E] Prix final = P = [A]+[B]+[C] ou [A]+[C]+[D]	2.60	2.75
<b>Part totale des taxes (en tant que % de P)</b>	<b>0.40/2.60 = 15.4%</b>	<b>0.55/2.75 = 20%</b>

$S_{VAT}$  = part de la taxe sur la valeur ajoutée dans le prix d'un paquet de cigarettes.

Le calcul de  $S_{as}$  est simple et consiste à diviser le montant de la taxe spécifique pour un paquet de 20 cigarettes par le prix total. En revanche, la part des taxes ad valorem,  $S_{av}$ , suivant l'assiette à laquelle elle s'applique, peut s'avérer beaucoup plus difficile à calculer et supposerait de poser certaines hypothèses décrites ci-après. Les droits à l'importation sont parfois spécifiques, parfois ad valorem. Par conséquent,  $S_{id}$  est calculé de la manière que  $S_{as}$  s'il s'agit d'un droit spécifique et de la même manière que  $S_{av}$  s'il s'agit d'un droit ad valorem. Les taux de TVA notifiés pour les pays sont généralement appliqués au prix de vente au détail hors TVA, cependant ils le sont parfois pour les prix TVA comprise.  $S_{VAT}$  est calculé de manière à refléter systématiquement la part de la TVA dans le prix de vente au détail TVA comprise.

Le prix d'un paquet de cigarettes peut être exprimé comme suit :

$$P = [(M + M \times ID) + (M + M \times ID) \times T_{av} \% + T_{as} + \pi] \times (1 + VAT\%), \text{ ou}$$

$$P = [M \times (1 + ID) \times (1 + T_{av} \%) + T_{as} + \pi] \times (1 + VAT\%) \quad (2)$$

Où :

$P$  = prix par paquet de 20 cigarettes de la marque la plus populaire consommée localement ;

$M$  = prix du fabricant/distributeur ou prix d'importation si la marque est importée ;

$ID$  = taux du droit à l'importation (le cas échéant) sur un paquet de 20 cigarettes ;<sup>1</sup>

$T_{av}$  = taux réglementaire de la taxe ad valorem ;

$T_{as}$  = droit d'accise spécifique sur un paquet de 20 cigarettes ;

$\pi$  = bénéfice du détaillant, du grossiste ou de l'importateur par paquet de 20 cigarettes (parfois exprimé comme marge) ;

VAT = taux réglementaire de la taxe sur la valeur ajoutée sur le prix hors TVA.

Des modifications ont été apportées à cette formule en fonction de considérations propres aux pays, telles que l'assiette de la taxe ad valorem et du droit d'accise, l'existence ou non de droits d'accise ad valorem ou spécifiques et le fait que la marque la plus populaire est produite localement ou importée. Dans de nombreux cas (en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire), l'assiette du droit d'accise ad valorem était le prix du fabricant ou la valeur CIF. En réalité, l'assiette de la taxe ad valorem varie considérablement d'un pays à l'autre et peut inclure d'autres assiettes, telles que le prix de détail, le prix de détail net de certaines taxes (et/ou de certaines marges prédéfinies), le prix de détail net de toutes les taxes, etc.

Si le prix ( $P$ ) et le droit d'accise spécifique ( $T_{as}$ ) sont connus, la part  $S_{as}$  est facile à calculer ( $=T_{as}/P$ ). Le cas des taxes ad valorem (et, le cas échéant,  $S_{id}$ ) est assez simple lorsque, en vertu de la loi, l'assiette est le prix de détail. Le calcul est plus compliqué lorsque l'assiette est le prix du fabricant ( $M$ ), qui doit être obtenu pour pouvoir calculer le montant de la taxe ad valorem. Dans la plupart des cas,  $M$  n'était pas connu (à moins que le pays l'ait notifié spécifiquement) et devait par conséquent être estimé.

$M$  peut être obtenu au moyen de l'équation (2) :

$$M = \frac{P}{(1 + T_{av} \%) \times (1 + ID)} - \pi - T_{as} \quad (3)$$

Les marges bénéficiaires des grossistes et des détaillants –  $\pi$  – sont rarement publiées et varient d'un pays à l'autre. Pour les marques les plus populaires produites localement, nous avons considéré  $\pi$  comme étant nul (zéro) dans le calcul de  $M$  car les marges du détaillant et du grossiste sont supposées être faibles. Toutefois, définir une marge nulle mènerait à une surestimation de  $M$  et, partant, de l'assiette de la taxe ad valorem. Cela entraînerait à son tour une surestimation du montant de la taxe ad valorem. Étant donné que l'objectif consiste à mesurer la part des taxes sur le tabac dans le prix d'un paquet de cigarettes typique, supposer que la marge bénéficiaire ( $\pi$ ) du détaillant

ou du grossiste est nulle ne pénalise pas les pays en sous-estimant leurs taxes ad valorem. C'est pourquoi il a été décidé qu'à moins que des informations propres au pays soient fournies à l'OMS, la marge du détaillant ou du grossiste serait supposée nulle pour les marques produites localement.

Pour les pays où la marque la plus populaire est importée, le droit à l'importation est appliqué sur les valeurs CIF, et les droits d'accise qui en découlent sont généralement appliqués sur une assiette qui inclut la valeur CIF et le droit à l'importation, mais pas le bénéfice de l'importateur. Pour les cigarettes produites localement, le prix du fabricant inclut son propre bénéfice, il est donc automatiquement inclus dans  $M$ . Toutefois, le bénéfice de l'importateur peut être relativement significatif et le définir à zéro (comme dans le cas des cigarettes fabriquées localement) entraînerait une surestimation substantielle de  $M$ , et donc de la part de la taxe ad valorem dans le prix final. C'est pourquoi  $M$  devait être estimé différemment pour les produits importés :  $M^*$  (ou la valeur CIF) était calculé soit en fonction de l'information notifiée par les pays, soit au moyen de sources secondaires (données de la base de données Comtrade de l'ONU<sup>2</sup>).  $M^*$  était normalement calculé en tant que prix d'importation des cigarettes dans un pays (valeur des importations de cigarettes divisée par la quantité de cigarettes importées pour le pays importateur)<sup>3</sup>. Cependant, dans les cas exceptionnels où ces données n'étaient pas disponibles (Angola, Bhoutan, Guinée équatoriale et Libye), c'est le prix d'exportation qui a été pris en compte. Les taxes ad valorem et autres taxes ont ensuite été calculées de la même manière que pour les cigarettes locales, en utilisant  $M^*$  au lieu de  $M$  comme assiette, le cas échéant.

En ce qui concerne la TVA, dans la plupart des cas, l'assiette était  $P$  hors TVA (ou, de manière analogue, le prix du fabricant/distributeur plus tous les droits d'accise). Autrement dit :

$$S_{VAT} = VAT\% \times (1 - SVAT), \text{ équivalent à}$$

$$S_{VAT} = VAT\% \div (1 + VAT\%) \quad (4)$$

Dans certains cas, toutefois, nous avons été informés que la TVA n'était pas prélevée à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement, mais principalement au stade de l'importation

1. Les droits à l'importation peuvent varier en fonction du pays d'origine en cas d'accords commerciaux préférentiels. L'OMS s'est efforcée dans la mesure du possible de déterminer l'origine du paquet et s'il était pertinent d'appliquer ces taux.

2. <https://comtrade.un.org/>

3. Lorsque la quantité était notifiée en poids (kg) plutôt qu'en nombre de cigarettes, on a supposé, pour la conversion, qu'une cigarette contient un gramme de tabac.

ou de la fabrication. Dans ces cas, la TVA a été calculée sur l'assiette de M (ou M\*) et des différentes taxes prélevées à ce stade, principalement les droits à l'importation et les droits d'accise (Angola, Bénin, Cabo Verde, Guinée équatoriale, Gabon, Gambie, Kiribati, Malaisie, Mali, Mauritanie, Ouganda, Tonga et Vanuatu).

En résumé, les taux d'imposition sont calculés selon la formule suivante :

$$S_{ts} = S_{id} + S_{as} + S_{av} + S_{VAT} \text{ ⑤}$$

$$S_{as} = T_{as} \div P$$

$$S_{av} = (T_{av} \% \times M) \div P \text{ ou } (T_{av} \% \times M^* \times (1 + S_{id})) \div P^4$$

si la marque la plus populaire était importée

$$S_{id} = (T_{id} \% \times M^*) \div P \text{ (si le droit à l'importation repose sur la valeur) ou } ID \div P \text{ (si le droit à l'importation est un montant spécifique par paquet)}$$

$$S_{VAT} = VAT\% \div (1 + VAT\%)$$

## 4. Prix

Aux fins de la collecte primaire de données sur les prix dans les éditions précédentes et cette édition du rapport, des enquêtes ont été réalisées auprès de points de vente au détail. Les données sur les prix ont été collectées auprès de deux types de points de vente différents.

Les questionnaires envoyés aux collecteurs de données indiquaient déjà le nom de la marque la plus vendue dans chaque pays. La marque populaire était identifiée au moyen des données collectées dans les questionnaires de 2018, de rapports des collecteurs de données soumis en 2020 et au travers de l'étroite collaboration entre l'OMS et les ministères des Finances. Pour les pays où ces données n'étaient pas disponibles, il a été demandé aux collecteurs de données d'indiquer les noms et les prix des marques populaires.

Les deux types de points de vente au détail ont été définis comme suit :

1. supermarchés/hypermarchés : points de vente au détail indépendants ou appartenant à une chaîne, d'une

superficie de vente de plus de 2 500 mètres carrés et principalement axés sur la vente d'aliments, de boissons, de tabac et d'autres produits d'épicerie ; les hypermarchés vendent également un éventail de produits non alimentaires ;

2. kiosques/marchands de journaux/marchands de tabac/magasins d'alimentation indépendants : petits magasins de proximité, points de vente au détail vendant principalement des aliments, des boissons, des produits du tabac ou une combinaison de ceux-ci (par exemple kiosques, marchands de journaux ou de tabac) ou un large éventail de produits principalement alimentaires (magasins d'alimentation indépendants ou petites épiceries indépendantes).

Les marques les plus vendues ont été utilisées systématiquement au fil du temps pour mieux apprécier l'évolution des prix. Toutefois, dans certains cas où il était estimé que la part de marché de la marque utilisée initialement avait changé substantiellement, celle-ci a été remplacée par la nouvelle marque plus vendue. En 2020, les marques des pays suivants ont été modifiées : Bénin, Brésil <sup>5</sup>, Cambodge, Japon <sup>6</sup>, Madagascar, Micronésie (États fédérés de) <sup>7</sup>, Venezuela (République bolivarienne de) (autre marque, mais même catégorie de prix), Nouvelle-Zélande <sup>8</sup>, Panama, Pérou, République démocratique du Congo, Saint-Vincent-et-les-Grenadines, Tchad (catégorie de marque meilleur marché), Angola, Équateur, Iran (République islamique d'), Philippines, Sierra Leone, Yémen (catégorie de marque plus chère).

Dans quatre autres pays (Guinée équatoriale, Hongrie, Inde et Islande), la marque notifiée en 2020 était une variante de la marque notifiée en 2018, avec des niveaux de prix similaires. Elles ont été traitées comme identiques pour les deux années à des fins de comparaison des prix.

Comme en 2012, 2014, 2016 et 2018, le prix utilisé pour chacun des 27 pays de l'Union européenne était celui de la marque la plus vendue selon les données collectées par l'OMS. Avant 2012, les informations sur les prix et les taxes étaient entièrement tirées du site Web de l'Union fiscale et douanière de l'Union

européenne. Le prix utilisé par le passé par l'Union européenne pour calculer les taux d'imposition était la catégorie de prix la plus populaire, qui a été supposé similaire à la catégorie de prix de la marque la plus vendue collectée dans le cadre du présent rapport. Cependant, depuis 2011, l'Union européenne calcule et notifie les taux d'imposition en fonction du prix moyen pondéré. Par conséquent, l'information sur la catégorie de prix la plus populaire n'est plus facilement accessible pour les pays de l'Union européenne. C'est pourquoi, par souci de cohérence par rapport aux estimations des années précédentes et aux fins de la comparabilité avec les autres pays, l'OMS a décidé en 2012 de collecter les prix de première main de la marque la plus vendue aux fins du calcul des taux d'imposition<sup>9</sup>. La marque la plus vendue est déterminée en fonction des parts de marché des marques obtenues de sources secondaires puis validées par les pays. Il convient également de signaler que les tableaux de l'Union européenne utilisent un prix moyen pondéré calculé à partir des données de marché dérivées de l'année précédente (pour des raisons de disponibilité des données), ce qui signifie qu'ils ne reflèteraient pas un changement de prix survenu après une augmentation des taxes l'année suivante. Cela signifie par ailleurs que l'estimation de la part des taxes peut ne pas être représentative de la part des taxes réelle, étant donné que le prix moyen pondéré et les taux d'imposition correspondent à des années différentes. Les taux d'accise et de TVA sont encore prélevés des tableaux publiés par l'Union européenne. Toutefois, les parts des taxes, telles que calculées et présentées dans ce rapport, ne sont pas nécessairement similaires aux taux publiés par l'Union européenne. Cela tient principalement au fait que les taux d'accise spécifiques sont calculés en pourcentage du prix de détail, qui varie en fonction du prix utilisé. La marque la plus vendue a été utilisée pour tous les pays de l'Union européenne à l'exception de la Finlande, qui a notifié à l'OMS son prix moyen pondéré pour 2008, 2010, 2012, 2014, 2016, 2018 et 2020.

4. Ou  $S_{av} = (T_{av} \% \times M^*) \div P$ , si la taxe ad valorem n'a été appliquée que sur la valeur CIF et non sur la valeur CIF + les droits à l'importation.

5. Changement de marque au sein de la même catégorie de prix, mais le prix a également augmenté par rapport à 2018.

6. Changement de marque au sein de la même catégorie de prix, mais le prix a également augmenté par rapport à 2018.

7. Changement de marque au sein de la même catégorie de prix, mais le prix a également augmenté par rapport à 2018.

8. Passage à une catégorie de prix meilleur marché, mais le prix a également augmenté par rapport à 2018.

9. En raison d'un manque de capacité, le prix est collecté pour les cigarettes uniquement, tandis que les calculs pour les autres produits du tabac à fumer ou sans fumée sont effectués au moyen des tableaux de l'Union européenne, lorsqu'ils sont disponibles, y compris le prix moyen pondéré et les taux d'imposition.

## 5. Aspects à prendre en considération lors de l'interprétation de l'évolution de la part des taxes

L'évolution des taxes en tant que part du prix ne dépend pas uniquement des changements au niveau des taxes, mais également au niveau des prix. Par conséquent, il est possible que malgré une augmentation des taxes, leur part dans le prix demeure inchangée, voire diminuée. De même, la part des taxes peut parfois augmenter même si les taxes n'ont pas changé/augmenté.

Dans la base de données actuelle, on trouve des cas où la part des taxes en pourcentage du prix a diminué alors que les taxes ont augmenté entre 2018 et 2020. Cela tient principalement au fait qu'en termes absolus, les prix ont plus augmenté que les taxes (en particulier dans le cas d'augmentations du droit d'accise spécifique). Au Kenya, par exemple, le droit d'accise spécifique a augmenté de 2 500 KES pour 1 000 cigarettes en 2018 à 3 157 KES pour 1 000 cigarettes en 2020 (hausse de 26,3 %), tandis que le prix de la marque la plus vendue a augmenté de 130 à 250 KES le paquet (hausse de 92 %). En termes de part des taxes, l'accise, qui représentait 38,5 % du prix en 2018, n'en représentait plus que 25,3 % en 2020. La raison en est que les prix ont augmenté plus que les taxes.

De la même manière, on trouve des cas où les augmentations (ou diminutions) des taxes en tant que part du prix ont été atténuées par des facteurs non directement liés aux taux d'imposition. Dans la base de données actuelle, cela tient à un ou plusieurs des motifs suivants :

- Dans certains cas, le prix a augmenté, mais les taxes n'ont pas changé, ce qui a entraîné une diminution de la part des taxes pour une structure d'accise spécifique ou mixte (par exemple Allemagne, Andorre, Autriche, Belize, Brésil, Bulgarie, Burundi, Dominique, El Salvador, Équateur, Grèce, Malaisie, Maurice, Micronésie (États fédérés de), Ouganda, Palaos, République-Unie de Tanzanie, Sao Tomé-et-Principe, Suisse, Tunisie) ;
- Dans d'autres cas, les prix ont augmenté plus que les taxes, ce qui a entraîné

une diminution de la part des taxes pour une structure d'accise spécifique ou mixte (par exemple Afrique du Sud, Australie, Belgique, Bolivie (État plurinational de), Canada, Chili, Colombie, Costa Rica, Fédération de Russie, Fidji, Islande, Japon, Jordanie, Kenya, Lesotho, Lettonie, Luxembourg, Macédoine du Nord, Mongolie, Namibie, Népal, Nouvelle-Zélande, Norvège, Papouasie-Nouvelle-Guinée, République dominicaine, Royaume-Uni, Samoa, Serbie, Seychelles, Slovaquie, Slovénie, Suède, Tadjikistan, Ukraine, Uruguay, Zambie, Zimbabwe) ;

- Dans le cas des produits importés, la valeur CIF est une variable externe qui influence également le calcul de la part des taxes. Cela a des répercussions dans les pays où la taxe ad valorem repose sur la valeur CIF, lorsque des droits à l'importation sont applicables à la valeur CIF ou lorsque la TVA est calculée en fonction de la valeur CIF + l'accise plutôt que le prix de détail hors TVA. Par exemple, si la valeur CIF augmente, l'assiette fiscale est plus élevée, ce qui donne un pourcentage de taxes plus élevé si rien d'autre ne change. Parmi les pays où la part des taxes a changé principalement en raison de fluctuations de la valeur CIF figurent le Gabon, le Ghana, le Niger et Vanuatu.
- Il convient également d'être prudent avec les pays où la marque la plus vendue a changé entre 2018 et 2020. Cela a également eu des répercussions sur la proportion des taxes des pays concernés qui avaient une structure d'accise spécifique ou mixte. Dans certains cas, du fait que la nouvelle marque notifiée était plus chère et en dépit des augmentations de taxes, la part totale des taxes a diminué (Angola, Philippines et Yémen). Dans le cas de l'Équateur, la proportion des taxes a diminué malgré le fait que les taxes n'avaient pas changé, en raison de l'augmentation apparente des prix du fait que la nouvelle marque signalée comme marque la plus vendue était plus chère.

Enfin, lorsque de nouvelles informations améliorées étaient fournies en matière de taxation et de prix pour certains pays, des corrections ont été effectuées dans les calculs des taux d'imposition pour les estimations de 2008, 2010, 2012, 2014, 2016 et 2018, selon les besoins.

## 6. Taxation des produits du tabac et à base de nicotine nouveaux et émergents (voir le Tableau 9.3 pour les produits du tabac chauffés et le Tableau 9.7 pour les inhalateurs électroniques de nicotine et les inhalateurs ne contenant pas de nicotine, dans l'annexe en ligne IX)

### Produits du tabac chauffés

Comme pour les cigarettes, le prix de la marque la plus vendue de sticks (pas des dispositifs) a été collecté et, le cas échéant, les taxes ont été appliquées. La même méthodologie a été utilisée pour le calcul des taxes sur les produits du tabac chauffés que pour celui des taxes sur les cigarettes. Seules deux différences notables ont été appliquées, à savoir que lorsque le droit d'accise spécifique était appliqué au poids de tabac contenu dans les sticks, il a été supposé que chaque stick contenait 0,3 g de tabac (ou 6 g par paquet de 20). Cette hypothèse a été posée sur la base d'une estimation moyenne publiée par le fournisseur de données sur le marché des cigarettes électroniques ECigIntelligence<sup>10</sup>. La deuxième hypothèse concernait la valeur CIF pour les pays qui appliquaient une taxe reposant sur la valeur CIF. Compte tenu du manque de données disponibles sur la valeur d'importation des produits du tabac chauffés, une extrapolation a été effectuée en partant du principe que la valeur CIF des produits du tabac chauffés serait environ le double de la valeur CIF des cigarettes. Cette extrapolation reposait sur l'hypothèse que le coût de fabrication des produits du tabac chauffés était plus élevé que celui des cigarettes. Les estimations de la valeur CIF en tant que proportion du prix de détail de la marque de cigarettes la plus vendue en 2018 et 2020 variaient de 10 à 15 %. Une valeur CIF standard de 20 % du prix de détail de la marque la plus vendue de produits du tabac chauffés a dès lors été appliquée pour les pays où la valeur CIF était nécessaire pour calculer la charge fiscale des produits du tabac chauffés.

10. ECigIntelligence.com (accès restreint).

## Inhalateurs électroniques de nicotine et inhalateurs ne contenant pas de nicotine.

Compte tenu de l'hétérogénéité du marché des inhalateurs électroniques de nicotine et des inhalateurs ne contenant pas de nicotine, ainsi que de la difficulté à identifier une marque la plus vendue suffisamment représentative du marché dans un pays donné, des données ont été collectées sur le prix de la marque la meilleur marché disponible pour un e-liquide contenant ou non de la nicotine (le meilleur marché des deux). Des données ont également été collectées pour deux types d'e-liquides, à savoir pour systèmes ouverts et pour systèmes fermés<sup>11</sup>. Les taxes ont été calculées de la même manière que pour les cigarettes, avec toutefois une différence notable concernant l'assiette. Pour les e-liquides, l'assiette notifiée est en volume (par ml). En raison des différences de prix et de conditionnement, le prix a été normalisé pour 10 ml pour les e-liquides pour systèmes ouverts et pour 1 ml pour les e-liquides pour systèmes fermés. Comme pour les produits du tabac chauffés et à supposer qu'une valeur CIF était nécessaire pour calculer la charge fiscale pesant sur les e-liquides pour inhalateurs électroniques contenant ou non de la nicotine, en raison du manque de données, des hypothèses ont été posées concernant la valeur CIF en tant que proportion du prix de détail de la marque la moins chère notifiée. En partant du principe que la valeur CIF était une mesure de substitution pour le coût de production et, sur la base des informations d'ECigIntelligence selon lesquelles les majorations aux niveaux du gros et du détail pourraient représenter jusqu'à 100 % du coût à chaque niveau, on a supposé que la valeur CIF serait un peu moins d'un tiers du prix, à environ 20 % du prix de détail final. Une assiette de 20 % du prix de détail a été assignée pour les pays où le droit d'accise ou à l'importation ad valorem était calculé sur la valeur CIF (sauf pour le Maroc et le Pérou, dont les autorités nationales avaient notifié une valeur CIF).

## 7. Information fiscale supplémentaire (voir le Tableau 9.5 dans l'annexe en ligne IX)

Un aspect important mis en lumière dans le présent rapport est le fait que de nombreux aspects de la taxation du tabac doivent être pris en compte pour déterminer si une politique fiscale est bien conçue. La part des taxes dans le prix ne dit pas tout sur l'efficacité d'une politique fiscale. Afin d'explorer les autres dimensions de la politique fiscale, depuis 2015, des informations supplémentaires sur la taxation du tabac (cigarettes) sont collectées aux fins du rapport et rassemblées en données pouvant mieux éclairer les chercheurs et les décideurs concernant la politique fiscale des différents pays.

Les informations sont rassemblées et classées selon deux thèmes principaux dans le présent rapport, à savoir la structure/le niveau de taxation et l'administration fiscale. Des informations ont également été collectées en lien avec les pays qui affectent une partie des recettes des taxes sur le tabac au financement de programmes de santé et/ou d'activités de lutte antitabac. Les différents ensembles de données et d'indicateurs notifiés pour chacun de ces sujets ont été élaborés et sont justifiés en fonction des données probantes fournies dans le cadre des versions antérieures du rapport.

### I. Structure/niveau de taxation

- Proportion du droit d'accise dans le prix : des taux d'imposition plus élevés et un recours accru au droit d'accise sont plus efficaces.
- Type de droit d'accise appliqué : application d'un droit d'accise spécifique, ad valorem, d'une combinaison des deux ou absence de droit d'accise.
- Système de droit d'accise uniforme ou à plusieurs niveaux : un droit d'accise uniforme est plus facile à administrer qu'un système à plusieurs niveaux, où différents taux s'appliquent en fonction de certains critères pour un même produit du tabac (ne concerne pas les

pays qui ne mettent pas en œuvre de droit d'accise).

- Lorsqu'un pays applique un droit d'accise spécifique ou un système mixte reposant davantage sur le composant d'accise spécifique (plus de 50 % du droit d'accise total est spécifique) : les droits d'accise spécifiques mènent généralement à des prix plus élevés et à un écart moins grand entre les prix des différentes marques, ce qui est plus indiqué (ne concerne pas les pays qui n'appliquent qu'un droit d'accise ad valorem ou n'en appliquent pas du tout).
- Si le droit d'accise appliqué est ad valorem ou combiné, et s'il y a un droit d'accise spécifique minimal. Une taxe minimale fournit une protection contre la sous-évaluation des produits. Cela force en outre les prix à la hausse étant donné que le prix ne sera pas inférieur à la taxe versée (cette catégorie ne concerne pas les pays où seul un droit d'accise spécifique s'applique ou qui ne mettent pas en œuvre de droit d'accise du tout).
- Assiette de la taxe ad valorem dans les pays qui appliquent une taxe ad valorem ou un système mixte. Les taxes ad valorem appliquées au prix de détail ou au prix de détail hors TVA sont plus simples sur le plan administratif. Le prix de détail est plus facile à déterminer que le prix du fabricant ou la valeur CIF, par conséquent le risque de sous-évaluation est moindre (ne concerne pas les pays qui n'appliquent qu'un droit d'accise spécifique ou n'appliquent pas du tout d'accise).
- Si le droit d'accise appliqué est spécifique ou mixte, et si la composante du droit spécifique est automatiquement ajustée pour tenir compte de l'inflation (ou d'autres facteurs). Si la taxe spécifique n'est pas ajustée pour tenir compte de l'inflation (ou d'un autre indicateur tel que le revenu) dans le temps, son impact finit par s'éroder. Il est bon de prévoir son ajustement automatique (cette catégorie ne concerne pas les pays qui n'appliquent qu'un droit d'accise ad valorem ou n'appliquent pas du tout d'accise).

11. Avec les systèmes ouverts, l'utilisateur peut acheter des e-liquides et remplir son inhalateur avec le mélange de son choix (sans nicotine ou avec différentes concentrations de nicotine ou différents arômes). Les systèmes fermés sont des produits dotés d'un réservoir prérempli (appelé cartouche, pod ou réservoir).

- Dispersion des prix : part du prix de la marque la moins chère dans le prix d'une marque haut de gamme (prix de la marque la meilleur marché ÷ prix de la marque haut de gamme × 100). Plus la proportion est élevée, plus l'écart est petit et moins il y a d'occasions de passer à des marques meilleur marché.

## II. Administration fiscale

Ventes de cigarettes hors taxes : Dans la plupart des pays, les produits du tabac sont vendus sans droit d'accise (et sans autres taxes indirectes comme la TVA et les droits à l'importation) dans les magasins hors taxes des aéroports, dans les moyens de transport internationaux et/ou d'autres magasins hors taxes. Les produits du tabac hors taxes sont généralement proposés aux voyageurs quittant le pays, mais à l'heure actuelle, ils sont également accessibles aux voyageurs qui arrivent dans un pays. L'interdiction de vente des cigarettes hors taxes à des fins de consommation personnelle réduit le risque que ces produits atterrissent sur le marché illicite. Par ailleurs, rien ne justifie la vente d'un produit mortel sans taxes. Ces taxes non prélevées constituent une perte de recettes pour les pouvoirs publics. Certains pays ont déjà réagi et interdit la vente de produits du tabac hors taxes. Ces produits continuent d'être proposés dans les magasins hors taxes des aéroports et d'autres endroits, mais leur prix inclut les taxes (accise).

## III. Affectation spécifique (portion des taxes ou recettes fiscales affectée à la santé et/ou à la lutte antitabac)

Les taxes peuvent générer des recettes substantielles. Affecter une partie ou l'intégralité des recettes des taxes sur le tabac à un domaine particulier peut être un outil utile pour améliorer l'économie politique des augmentations des taxes sur le tabac. Réserver une part des recettes fiscales au financement des efforts de lutte antitabac ou à des programmes de santé pertinents peut contribuer à convaincre le public et les responsables politiques

et des pouvoirs publics de l'utilité des augmentations substantielles des taxes sur le tabac, dont l'objectif ultime est de réduire la consommation de tabac (voir le Tableau 9.4 dans l'annexe en ligne IX).

## 8. Estimation de l'accessibilité économique des cigarettes (voir le Tableau 9.6 dans l'annexe en ligne IX)

L'accessibilité économique des cigarettes pour les années 2010, 2012, 2014, 2016, 2018 et 2020 a été mesurée par le PIB par habitant requis pour acheter 2 000 cigarettes de la marque la plus vendue l'année concernée. L'analyse de l'accessibilité économique dans le présent rapport éclaire les aspects suivants :

- l'indice d'accessibilité économique (pourcentage du PIB par habitant requis pour acheter 2 000 cigarettes) : sur l'ensemble des pays, une valeur plus élevée indique que les cigarettes sont relativement plus coûteuses au regard du revenu.
- la question de savoir si les cigarettes sont devenues relativement plus abordables entre 2010 et 2020 (évolution de l'indice d'accessibilité économique tel que mesuré ci-dessus entre 2010 et 2020) : lorsque l'accessibilité économique diminue, la consommation est découragée.

Les estimations du PIB par habitant en monnaie locale ont été obtenues de la base de données Perspectives de l'économie mondiale du FMI, qui fournit une série complète d'estimations pour la plupart des 195 pays pour lesquels ces données sont fournies. Lorsque les données sur le PIB par habitant n'étaient pas disponibles dans la base de données, on a utilisé la série de données sur le PIB par habitant de la Banque mondiale. Les pays pour lesquels la base de données du FMI et celles de la Banque

mondiale ne contenaient pas de données pertinentes ont été exclus de l'analyse de l'accessibilité économique (Andorre, Cuba, Îles Cook, Monaco, Nioué, République arabe syrienne, République populaire démocratique de Corée, Somalie et Venezuela (République bolivarienne du)). Pour chaque paire pays-année, la monnaie indiquée pour la marque la plus vendue a été mise en concordance avec la monnaie correspondante pour la série sur le PIB, et les conversions et ajustements ont été effectués selon les besoins (Biélorus, Cambodge, Estonie, Mauritanie, Lettonie, Libéria, Lituanie, Sao Tomé-et-Principe, Venezuela (République bolivarienne du), Zambie, Zimbabwe).

Pour déterminer si l'accessibilité économique a changé depuis 2010, sa fluctuation moyenne annuelle en pourcentage a été calculée en tant que taux de croissance selon la méthode des moindres carrés pour tous les pays pour lesquels on disposait d'au moins quatre années de données. Ce critère a automatiquement exclu le Bhoutan, le Malawi et le Soudan du Sud, pour lesquels on disposait de moins de quatre ans de données. Par ailleurs, les pays qui n'ont pas soumis de données sur le prix de la marque la plus vendue en 2020 ont été exclus (Barbade, Brunéi Darussalam, Cuba, Djibouti, Érythrée, Grenade, Guinée-Bissau, Haïti, Îles Cook, Îles Salomon, République centrafricaine, Saint-Kitts-et-Nevis et Saint-Marin).

L'accessibilité économique a été jugée inchangée si la tendance selon les moindres carrés du PIB par habitant requis pour acheter 2 000 cigarettes (c'est-à-dire 100 paquets de 20 cigarettes) n'était pas significative au niveau de 5 %. Les cigarettes ont été considérées comme étant devenues moins (plus) accessibles économiquement en moyenne si la tendance selon les moindres carrés du PIB par habitant requis pour acheter 2 000 cigarettes était positive (négative) et sensiblement différente de zéro au niveau de 5 %.



## ANNEXE I

# RÉSUMÉ RÉGIONAL DES MESURES MPOWER

L'annexe I offre un aperçu de diverses politiques de lutte antitabac. Pour chaque région de l'OMS, un tableau présente des informations sur le suivi et la prévalence, les environnements sans tabac, le traitement de la dépendance à l'égard du tabac, les mises en garde sanitaires et le conditionnement des produits du tabac, les campagnes médiatiques antitabac, les interdictions de la publicité, de la promotion et du parrainage, les niveaux de taxation et l'accessibilité économique des cigarettes, selon la méthodologie décrite dans les notes techniques I, II et III.

Les données au niveau des pays étaient généralement fournies avec des documents à l'appui tels que des lois, des règlements ou des documents de politique. Le cas échéant, les documents disponibles ont été évalués par l'OMS. Cette annexe présente des mesures ou indicateurs récapitulatifs des réalisations des pays pour chacune des mesures MPOWER. Des informations détaillées, notamment des

notes de bas de page accompagnant chacun des indicateurs, sont disponibles dans l'annexe II en ce qui concerne les inhalateurs électroniques de nicotine, dans l'annexe VI en ce qui concerne les environnements sans fumée, les mises en garde sanitaires et les conditionnements, les campagnes médiatiques antitabac, les interdictions de la publicité, de la promotion et du parrainage, et dans l'annexe IX en ce qui concerne la taxation et l'accessibilité économique des produits du tabac. Il est important de noter que les données relatives aux lois reflètent l'état de la législation adoptée au 31 décembre 2020, assortie d'une date d'entrée en vigueur et ne faisant pas l'objet d'un recours juridique susceptible d'avoir une incidence sur la date d'entrée en vigueur.

Les mesures récapitulatives notifiées aux fins du *Rapport 2021 de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme* sont les mêmes que celles qui figurent dans le rapport 2019. La méthodologie adoptée pour calculer chaque

indicateur est décrite dans la note technique I. Cette revue ne constitue néanmoins pas une analyse approfondie et complète de la législation de chaque pays. Hormis pour les environnements sans fumée et les interdictions de la publicité, de la promotion et du parrainage en faveur du tabac, les données ont été collectées au niveau national ou fédéral uniquement, et fournissent donc des informations incomplètes sur les États Membres où les autorités infranationales jouent un rôle actif dans la lutte antitabac. La prévalence du tabagisme quotidien au sein de la population âgée de 15 ans et plus en 2019 est un indicateur modélisé par l'OMS à partir des enquêtes sur le tabagisme publiées par les États Membres. Le tabagisme est l'un des indicateurs les plus largement notifiés dans les enquêtes nationales. Le calcul des estimations de l'OMS à des fins de comparaison internationale est décrit dans la note technique II.

Tableau 1.1

# Afrique

## Résumé des mesures MPOWER

PAYS	PRÉVALENCE DU TABAGISME QUOTIDIEN CHEZ LES ADULTES (2019)	M SURVEILLANCE	P INTERDICTIONS DE FUMER <small>LES LIGNES REPRÉSENTENT LE NIVEAU DE CONFORMITÉ</small>	O PROGRAMMES DE SEVRAGE	W		E INTERDICTIONS DE PUBLICITÉ <small>LES LIGNES REPRÉSENTENT LE NIVEAU DE CONFORMITÉ</small>	R	
					MISES EN GARDE SANITAIRES	MÉDIAS		TAXATION	CIGARETTES MOINS ABORDABLES DEPUIS 2010
Algérie	14%							35.5%	Oui
Angola	...							12.1%	Oui
Bénin	4%							9.5%	Non
Botswana	13%		—					52.2%	Oui
Burkina Faso	9%							43.5%	↔
Burundi	7%							37.3%	Oui
Cabo Verde	6%							19.5%	↔
Cameroun	5%		...				...	43.2%	↔
République centrafricaine	...		—				—	...	...
Tchad	6%							51.6%	↔
Comores	10%							73.8%	↔
Congo	10%							26.9%	Oui
Côte d'Ivoire	9%		—					34.5%	Non
République démocratique du Congo	9%							52.1%	Non
Guinée équatoriale	...		—				—	24.2%	Oui
Érythrée	4%		—				...	...	...
Eswatini	6%		—				...	53.5%	Non
Éthiopie	3%							51.2%	↔
Gabon	...							21.6%	↔
Gambie	9%					⊙		48.7%	Oui
Ghana	2%		—					31.8%	↔
Guinée	...							37.0%	↔
Guinée-Bissau	7%		—				—	...	...
Kenya	7%		—					39.0%	↔
Lesotho	18%						—	50.6%	↔
Libéria	6%		—				—	56.8%	↔
Madagascar	13%							80.4%	↔
Malawi	7%		—				—	56.3%	...
Mali	6%		—					27.7%	Non
Mauritanie	7%							5.9%	↔
Maurice	15%							81.2%	Oui
Mozambique	11%							28.5%	Oui
Namibie	14%							42.0%	↔
Niger	4%							31.8%	↔
Nigéria	3%					⊙		35.1%	↔
Rwanda	9%		—					64.3%	↔
Sao Tomé-et-Principe	4%		—					33.7%	↔
Sénégal	5%							38.2%	Oui
Seychelles	15%							69.5%	↔
Sierra Leone	12%		—				—	22.6%	Oui
Afrique du Sud	17%		—					52.7%	↔
Soudan du Sud	...		—				—	66.1%	...
Togo	4%							41.4%	Oui
Ouganda	5%							34.6%	Oui
République-Unie de Tanzanie	6%		—				...	30.0%	Non
Zambie	10%						—	38.8%	↔
Zimbabwe	8%						—	29.3%	↔



Tableau 1.2

## Amériques

### Résumé des mesures MPOWER

PAYS	PRÉVALENCE DU TABAGISME QUOTIDIEN CHEZ LES ADULTES (2019)	M SURVEILLANCE	P INTERDICTIONS DE FUMER <small>LES LIGNES REPRÉSENTENT LE NIVEAU DE CONFORMITÉ</small>	O PROGRAMMES DE SEVRAGE	W		E INTERDICTIONS DE PUBLICITÉ <small>LES LIGNES REPRÉSENTENT LE NIVEAU DE CONFORMITÉ</small>	R	
					MISES EN GARDE SANITAIRES	MÉDIAS		TAXATION	CIGARETTES MOINS ABORDABLES DEPUIS 2010
Antigua-et-Barbuda	...							13.1%	↔
Argentine	18%							76.6%	Oui
Bahamas	8%		—					43.2%	Oui
Barbade	5%						—	...	...
Belize	5%		—				—	34.7%	↔
Bolivie (État plurinational de)	...							35.7%	Oui
Bésil	11%							81.5%	↔
Canada	9%				☆			61.7%	Oui
Chili	19%							80.0%	Oui
Colombie	5%							73.1%	Oui
Costa Rica	5%							53.6%	Oui
Cuba	13%						—	...	...
Dominique	...		—				—	22.7%	↔
République dominicaine	8%						—	44.3%	↔
Équateur	4%							66.9%	Oui
El Salvador	5%							46.5%	Oui
Grenade	...		—				—	...	...
Guatemala	5%							49.0%	↔
Guyana	9%							27.5%	Non
Haïti	5%		—				—	...	...
Honduras	...							42.6%	Oui
Jamaïque	7%							42.6%	Oui
Mexique	7%							67.6%	↔
Nicaragua	...							69.4%	↔
Panama	2%							56.5%	Non
Paraguay	8%		—					18.3%	↔
Pérou	6%							67.7%	Oui
Saint-Kitts-et-Nevis	...		—				—	...	...
Sainte-Lucie	...						—	51.3%	↔
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	...		—				—	23.1%	Oui
Suriname	...							26.5%	Oui
Trinité-et-Tobago	...							25.7%	Oui
États-Unis d'Amérique	14%		...		⊙		...	40.0%	↔
Uruguay	18%				☆			65.9%	↔
Venezuela (République bolivarienne du)	...							73.4%	...



## INDICATEUR 2020 ET CONFORMITÉ

Tableau 1.3  
**Asie du Sud-Est**  
 Résumé des mesures MPOWER

PAYS	PRÉVALENCE DU TABAGISME QUOTIDIEN CHEZ LES ADULTES (2019)	M SURVEIL- LANCE	P INTERDIC- TIONS DE FUMER	O PROGRAMMES DE SEVRAGE	W		E INTERDIC- TIONS DE PUBLICITÉ	R	
					MISES EN GARDE SANITAIRES	MÉDIAS		TAXATION	CIGARETTES MOINS ABORDABLES DEPUIS 2010
					LES LIGNES REPRÉSENTENT LE NIVEAU DE CONFORMITÉ			LES LIGNES REPRÉSENTENT LE NIVEAU DE CONFORMITÉ	
Bangladesh	17%							73.0%	Oui
Bhoutan	...							8.1%	...
République populaire démocratique de Corée	15%						—	0.0%	...
Inde	7%							57.6%	Oui
Indonésie	33%							62.3%	↔
Maldives	19%							65.7%	Oui
Myanmar	15%							49.9%	Non
Népal	13%							27.0%	↔
Sri Lanka	10%							77.0%	Oui
Thaïlande	17%				☆			78.6%	↔
Timor-Leste	23%							21.8%	↔

CHANGEMENT DEPUIS 2018

P INTERDICTIONS DE FUMER	O PROGRAMMES DE SEVRAGE	W MISES EN GARDE SANITAIRES	E INTERDICTIONS DE PUBLICITÉ	R TAXATION
CHANGEMENT DANS LE GROUPE D'INDICATEURS POWER, À LA HAUSSE OU À LA BAISSSE, DEPUIS 2018				
		▲		
	▼			
				▲

**PRÉVALENCE DU TABAGISME QUOTIDIEN CHEZ LES ADULTES\* : TAUX DE PRÉVALENCE NORMALISÉS EN FONCTION DE L'ÂGE DES ADULTES FUMEURS QUOTIDIENS DE PRODUITS DU TABAC (SANS DISTINCTION DE SEXE), 2019**

...	Pas d'estimation disponible
	30 % ou plus
	De 20 % à 29,9 %
	De 15 % à 19,9 %
	Moins de 15 %

\* Les chiffres sont à utiliser strictement à des fins de comparaison entre pays, ils ne peuvent être utilisés pour estimer le nombre absolu de fumeurs quotidiens de produits du tabac d'un pays.

**SUIVI : DONNÉES SUR LA PRÉVALENCE**

	Pas de données connues ou absence de données récentes ou données qui ne sont pas à la fois récentes et représentatives
	Données récentes et représentatives pour les adultes ou les jeunes
	Données récentes et représentatives à la fois pour les adultes et les jeunes
	Données récentes, représentatives et périodiques à la fois pour les adultes et les jeunes

**ENVIRONNEMENTS SANS TABAC : INTERDICTIONS DE FUMER**

	Données non notifiées/non catégorisées
	Absence totale d'interdictions ou jusqu'à deux lieux publics complètement non-fumeurs
	Trois à cinq lieux publics complètement non-fumeurs
	Six à sept lieux publics complètement non-fumeurs
	Tous les lieux publics complètement non-fumeurs (ou au moins 90 % de la population couverts par une législation infranationale antitabac complète)

**PROGRAMMES DE SEVRAGE : TRAITEMENT DE LA DÉPENDANCE À L'ÉGARD DU TABAC**

	Données non notifiées
	Aucun
	TSN et/ou certains services de sevrage tabagique (coûts couverts pour aucun des deux)
	TSN et/ou certains services de sevrage tabagique (coûts couverts pour au moins un des deux)
	Service téléphonique national d'aide au sevrage tabagique, et à la fois TSN et certains services de sevrage tabagique (coûts couverts)

**MISES EN GARDE SANITAIRES : MISES EN GARDE SANITAIRES SUR LES PAQUETS DE CIGARETTES**

	Données non notifiées
	Aucune mise en garde ou mises en garde de petite taille
	Mises en garde de taille moyenne auxquelles il manque quelques caractéristiques ou de nombreuses caractéristiques appropriées OU mises en garde de grande taille auxquelles il manque de nombreuses caractéristiques appropriées
	Mises en garde de taille moyenne comportant toutes les caractéristiques ou de nombreuses caractéristiques appropriées OU mises en garde de grande taille auxquelles il manque quelques caractéristiques appropriées
	Mises en garde de grande taille comportant toutes les caractéristiques appropriées

**MÉDIAS : CAMPAGNES ANTITABAC**

	Données non notifiées
	Aucune campagne nationale d'une durée d'au moins 3 semaines menée entre juillet 2018 et juin 2020
	Réalisation d'une campagne nationale présentant de 1 à 4 des caractéristiques appropriées
	Réalisation d'une campagne nationale présentant cinq à six des caractéristiques appropriées, ou sept caractéristiques autres que la diffusion à la télévision et/ou la radio
	Réalisation d'une campagne nationale présentant au moins sept caractéristiques appropriées, y compris la diffusion à la télévision et/ou la radio

**INTERDICTIONS DE PUBLICITÉ : INTERDICTIONS DE LA PUBLICITÉ, DE LA PROMOTION ET DU PARRAINAGE**

	Données non notifiées
	Absence totale d'interdiction ou interdiction ne couvrant pas la télévision, la radio et la presse écrite nationales
	Interdiction couvrant uniquement la télévision, la radio et la presse écrite nationales
	Interdiction portant sur la télévision, la radio et la presse écrite nationales et certaines autres formes de publicité directe et/ou indirecte (mais pas toutes)
	Interdiction de toutes les formes de publicité directe et indirecte (ou au moins 90 % de la population couverts par une législation infranationale interdisant complètement la publicité, la promotion et le parrainage en faveur du tabac)

**TAXATION : PART DES TAXES TOTALES DANS LE PRIX DU DÉTAIL DE LA MARQUE DE CIGARETTES LA PLUS VENDUE**

	Données non notifiées
	Les taxes représentent moins de 25 % du prix de détail
	Les taxes représentent de 25 % à moins de 50 % du prix de détail
	Les taxes représentent de 50 % à moins de 75 % du prix de détail
	Les taxes représentent 75 % ou plus du prix de détail

**ACCESSIBILITÉ ÉCONOMIQUE DES CIGARETTES**

OUI	Cigarettes moins abordables – le PIB par habitant nécessaire pour acheter des cigarettes a augmenté depuis 2010 de plus de 1,45 % par an.
NON	Cigarettes plus abordables – le PIB par habitant nécessaire pour acheter des cigarettes a diminué depuis 2010 de plus de 1,45 % par an.
↔	Pas de changement significatif de tendance de l'accessibilité économique des cigarettes depuis 2010.
...	Données insuffisantes pour analyser la tendance.

**CONFORMITÉ : RESPECT DES INTERDICTIONS DE LA PUBLICITÉ, DE LA PROMOTION ET DU PARRAINAGE ET DES LOIS ANTITABAC**

	Conformité élevée (8/10 to 10/10)
	Conformité modérée (3/10 to 7/10)
	Conformité faible (0/10 to 2/10)

**LÉGENDE DES SYMBOLES**

☆	Conditionnement neutre obligatoire.
⊙	Loi adoptée mais pas encore entrée en vigueur au 31 décembre 2020.
▼▲	Changement à la hausse ou à la baisse dans le groupe d'indicateurs POWER entre 2018 et 2020. Certaines données de 2018 ont été révisées en 2020. Les critères de groupement de 2020 ont été appliqués aux deux années.
...	Données non notifiées/non disponibles
–	Données non requises/sans objet

VEUILLEZ VOUS REPORTER À LA NOTE TECHNIQUE I POUR LES DÉFINITIONS DES CATÉGORIES

Tableau 1.4

## Europe

### Résumé des mesures MPOWER

PAYS	PRÉVALENCE DU TABAGISME QUOTIDIEN CHEZ LES ADULTES (2019)	M SURVEILLANCE	P INTERDICTIONS DE FUMER <small>LES LIGNES REPRÉSENTENT LE NIVEAU DE CONFORMITÉ</small>	O PROGRAMMES DE SEVRAGE	W		E INTERDICTIONS DE PUBLICITÉ <small>LES LIGNES REPRÉSENTENT LE NIVEAU DE CONFORMITÉ</small>	R	
					MISES EN GARDE SANITAIRES	MÉDIAS		TAXATION	CIGARETTES MOINS ABORDABLES DEPUIS 2010
Albanie	18%		...				...	66.7%	Oui
Andorre	28%						—	78.4%	...
Arménie	25%							44.2%	Non
Autriche	21%							74.5%	Oui
Azerbaïdjan	18%		...				...	49.7%	↔
Bélarus	23%							55.6%	Oui
Belgique	19%					☆		76.9%	Oui
Bosnie-Herzégovine	30%		—					84.0%	Oui
Bulgarie	32%							85.3%	Non
Croatie	31%		...				...	83.6%	↔
Chypre	29%							74.4%	Oui
Tchéquie	24%							77.2%	Oui
Danemark	15%						—	78.0%	↔
Estonie	21%							87.6%	↔
Finlande	15%							88.2%	Oui
France	28%					☆		83.2%	Oui
Géorgie	27%							81.2%	↔
Allemagne	18%		—					63.5%	Oui
Grèce	27%		...				...	80.8%	Oui
Hongrie	28%		...			☆	...	72.7%	Oui
Islande	10%							55.0%	↔
Irlande	18%					☆		78.9%	Non
Israël	18%		...			☆	...	83.2%	Oui
Italie	20%		—					76.6%	Oui
Kazakhstan	16%		—					55.7%	Oui
Kirghizistan	22%							52.9%	Oui
Lettonie	30%							79.9%	↔
Lituanie	22%							74.0%	↔
Luxembourg	17%		...				...	68.3%	↔
Malte	19%		...				...	77.6%	Non
Monaco	...		...				—	...	...
Monténégro	27%		...				...	77.5%	Oui
Pays-Bas	17%		...			☆		77.2%	Oui
Macédoine du Nord	...		...				...	80.3%	↔
Norvège	12%					☆		61.6%	Oui
Pologne	21%							78.4%	↔
Portugal	20%							78.6%	↔
République de Moldova	24%		...				...	62.4%	Oui
Roumanie	27%							69.6%	↔
Fédération de Russie	27%							56.1%	Oui
Saint-Marin	...		...				...	...	...
Serbie	33%							76.5%	Oui
Slovaquie	24%							76.3%	Oui
Slovénie	20%		...			☆	...	78.7%	↔
Espagne	25%							78.2%	↔
Suède	9%		—					68.1%	Oui
Suisse	21%		—				...	59.6%	Oui
Tadjikistan	...							41.9%	↔
Turquie	26%					☆		84.9%	↔
Turkménistan	4%							42.2%	Oui
Ukraine	24%							69.3%	Oui
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	13%					☆		79.3%	Oui
Ouzbékistan	9%		...				...	56.3%	↔



Tableau 1.5  
**Méditerranée orientale**  
 Résumé des mesures MPOWER

< "Territoire palestinien occupé" est employé pour désigner le "Territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est"

PAYS	PRÉVALENCE DU TABAGISME QUOTIDIEN CHEZ LES ADULTES (2019)	M SURVEILLANCE	P INTERDICTIONS DE FUMER  LES LIGNES REPRÉSENTENT LE NIVEAU DE CONFORMITÉ	O PROGRAMMES DE SEVRAGE	W		E INTERDICTIONS DE PUBLICITÉ  LES LIGNES REPRÉSENTENT LE NIVEAU DE CONFORMITÉ	R	
					MISES EN GARDE SANITAIRES	MÉDIAS		TAXATION	CIGARETTES MOINS ABORDABLES DEPUIS 2010
Afghanistan	7%		I					20.7%	Oui
Bahreïn	13%		—				...	72.2%	Oui
Djibouti	...		...				...	...	...
Égypte	21%							78.5%	↔
Iran (République islamique d')	9%							15.5%	Oui
Iraq	17%							7.6%	↔
Jordanie	30%		—					78.0%	Oui
Koweït	17%		...				...	18.9%	Oui
Liban	24%							9.9%	↔
Libye	...							9.4%	Oui
Maroc	11%							76.1%	↔
Oman	...							92.8%	Oui
Territoire palestinien occupé <sup>&lt;</sup>	7%		—					63.6%	Oui
Pakistan	12%							60.8%	↔
Qatar	10%		—					68.2%	Oui
Arabie saoudite	11%					☆		73.8%	Oui
Somalie	...		—				—	7.1%	...
Soudan	...		—					73.4%	Non
République arabe syrienne	...		...				...	41.8%	...
Tunisie	21%		—					69.6%	↔
Émirats arabes unis	9%							72.6%	Oui
Yémen	14%							50.7%	Oui



Tableau 1.6  
**Pacifique  
 occidental**  
 Résumé des  
 mesures MPOWER

PAYS	PRÉVALENCE DU TABAGISME QUOTIDIEN CHEZ LES ADULTES (2019)	M SURVEIL- LANCE	P INTERDIC- TIONS DE FUMER	O PROGRAMMES DE SEVRAGE	W		E INTERDIC- TIONS DE PUBLICITÉ	R	
					MISES EN GARDE SANITAIRES	MÉDIAS		TAXATION	CIGARETTES MOINS ABORDABLES DEPUIS 2010
		LES LIGNES REPRÉSENTENT LE NIVEAU DE CONFORMITÉ				LES LIGNES REPRÉSENTENT LE NIVEAU DE CONFORMITÉ			
Australie	12%		...		☆			73.9%	Oui
Brunéi Darussalam	12%							–	–
Cambodge	15%							26.4%	Non
Chine	23%							54.5%	Non
Îles Cook	17%							...	...
Fidji	15%							36.9%	Oui
Japon	17%		—				—	61.0%	Oui
Kiribati	37%							41.4%	Non
République démocratique populaire lao	24%							11.7%	Non
Malaisie	17%		—					51.5%	Oui
Îles Marshall	19%							54.1%	Non
Micronésie (États fédérés de)	...							46.7%	Oui
Mongolie	23%							45.4%	↔
Nauru	37%							42.2%	Oui
Nouvelle-Zélande	13%				☆			82.0%	Oui
Nioué	...		...				...	57.8%	...
Palaos	14%							71.4%	Oui
Papouasie-Nouvelle-Guinée	35%							53.1%	↔
Philippines	18%							55.7%	Oui
République de Corée	20%							73.9%	Oui
Samoa	20%		...				...	49.2%	Oui
Singapour	14%				☆			67.1%	↔
Îles Salomon	29%							...	...
Tonga	26%		...				...	67.3%	Oui
Tuvalu	29%							38.7%	↔
Vanuatu	12%		—					52.7%	↔
Viet Nam	20%							38.8%	Non





# RÉSUMÉ RÉGIONAL DES MESURES APPLIQUÉES AUX INHALATEURS ÉLECTRONIQUES DE NICOTINE

L'annexe II offre un aperçu de diverses mesures antitabac appliquées aux inhalateurs électroniques de nicotine. Pour chaque région de l'OMS, un tableau présente des informations sur le suivi et la prévalence, l'utilisation d'inhalateurs électroniques de nicotine dans les lieux publics intérieurs, les mises en garde sanitaires et le conditionnement, les interdictions de la publicité, de la promotion et du parrainage, les niveaux de taxation, les restrictions d'âge à la vente et la réglementation relative aux arômes, selon la méthodologie décrite dans les notes techniques I, II et III.

L'annexe II fournit des informations détaillées sur certains aspects réglementaires relatifs aux inhalateurs électroniques de nicotine et aux inhalateurs ne contenant pas de nicotine pour chaque région de l'OMS. Les données suivantes sont incluses dans cette annexe :

### Réglementation des inhalateurs électroniques de nicotine et des inhalateurs ne contenant pas de nicotine :

- Interdictions
- Mesures P, W et E
- Âge minimum pour la vente
- Réglementation des arômes.

### Surveillance et taxation des inhalateurs électroniques de nicotine et des inhalateurs ne contenant pas de nicotine :

- Données sur la prévalence de l'utilisation des inhalateurs électroniques de nicotine provenant d'enquêtes nationales en population auprès des adultes et/ou d'enquêtes en milieu scolaire auprès des adolescents.
- Droit d'accise appliqué aux e-liquides pour inhalateurs électroniques contenant ou non de la nicotine (systèmes fermés et/ou ouverts).

Tableau 2.1.1

## Afrique

### Réglementation des inhalateurs électroniques contenant ou non de la nicotine

\* Les inhalateurs électroniques ne contenant pas de nicotine sont traités de la même manière que les inhalateurs électroniques de nicotine

— Ne s'applique pas car la vente est interdite

PAYS	INTERDICTIONS
Algérie	Aucune
Angola	Aucune
Bénin	Aucune
Botswana	Aucune
Burkina Faso	Aucune
Burundi	Aucune
Cabo Verde	Aucune
Cameroun	Aucune
République centrafricaine	Aucune
Tchad	Aucune
Comores	Aucune
Congo	Aucune
Côte d'Ivoire	Aucune
République démocratique du Congo	Aucune
Guinée équatoriale	Aucune
Érythrée	Aucune
Eswatini	Aucune
Éthiopie	Vente, fabrication, vente en gros, distribution, offre à la vente, importation en vue de la vente
Gabon	Aucune
Gambie	Vente, importation, fabrication, distribution, possession, offre à la vente*
Ghana	Aucune
Guinée	Aucune
Guinée-Bissau	Aucune
Kenya	Aucune
Lesotho	Aucune
Libéria	Aucune
Madagascar	Aucune
Malawi	Aucune
Mali	Aucune
Mauritanie	Aucune
Maurice	Vente, offre à la vente, distribution*
Mozambique	Aucune
Namibie	Aucune
Niger	Aucune
Nigéria	Aucune
Rwanda	Aucune
Sao Tomé-et-Principe	Aucune
Sénégal	Aucune
Seychelles	Aucune
Sierra Leone	Aucune
Afrique du Sud	Aucune
Soudan du Sud	Aucune
Togo	Aucune
Ouganda	Vente, importation, fabrication, distribution, traitement, offre à la vente, introduction dans le pays*
République-Unie de Tanzanie	Aucune
Zambie	Aucune
Zimbabwe	Aucune

MESURE P	MESURE W - MISES EN GARDE SANITAIRES	MESURE E	ÂGE MINIMUM POUR LA VENTE	COMMENT LES ARÔMES SONT-ILS RÉGLEMENTÉS ?
Partielle	Partielle (e-liquides uniquement)	Complète (e-liquides uniquement)	18	Non réglementés
Aucune	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés
Aucune	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés
Aucune	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés
Aucune	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés
Aucune	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés
Aucune	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés
Aucune	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés
Aucune	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés
Aucune	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés
Aucune	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés
Complète*	Partielle (e-liquides uniquement)*	Complète*	18*	Non réglementés
Aucune	Partielle (dispositifs uniquement)*	Complète (dispositifs uniquement)*	18*	Non réglementés
Aucune	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés
Aucune	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés
Aucune	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés
Aucune	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés
Aucune	—	Aucune	—	—
Aucune	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés
Aucune	—	Aucune	—	—
Aucune	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés
Aucune	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés
Aucune	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés
Aucune	Partielle (e-liquides uniquement)	Complète (e-liquides uniquement)	18	Non réglementés
Aucune	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés
Aucune	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés
Aucune	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés
Aucune	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés
Aucune	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés
Aucune	—	Aucune	—	—
Aucune	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés
Aucune	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés
Aucune	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés
Aucune	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés
Aucune	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés
Aucune	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés
Aucune	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés
Aucune	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés
Aucune	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés
Aucune	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés
Aucune	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés
Aucune	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés
Aucune	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés
Aucune	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés
Partielle	Partielle (e-liquides uniquement)	Complète (e-liquides uniquement)	18	Non réglementés
Aucune	—	Aucune	—	—
Aucune	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés
Aucune	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés
Aucune	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés

Tableau 2.1.2

## Amériques

### Réglementation des inhalateurs électroniques contenant ou non de la nicotine

\* Les inhalateurs électroniques ne contenant pas de nicotine sont traités de la même manière que les inhalateurs électroniques de nicotine

— Ne s'applique pas car la vente est interdite

PAYS	INTERDICTIONS
Antigua-et-Barbuda	Aucune
Argentine	Vente, importation, distribution, commercialisation, publicité, promotion
Bahamas	Aucune
Barbade	Aucune
Belize	Aucune
Bolivie (État plurinational de)	Aucune
Brésil	Vente, importation*
Canada	Aucune
Chili	Aucune
Colombie	Aucune
Costa Rica	Aucune
Cuba	Aucune
Dominique	Aucune
République dominicaine	Aucune
Équateur	Aucune
El Salvador	Aucune
Grenade	Aucune
Guatemala	Aucune
Guyana	Aucune
Haïti	Aucune
Honduras	Aucune
Jamaïque	Aucune
Mexique	Vente, importation, distribution, présentation, promotion, production*
Nicaragua	Aucune
Panama	Vente, importation*
Paraguay	Aucune
Pérou	Aucune
Saint-Kitts-et-Nevis	Aucune
Sainte-Lucie	Aucune
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	Aucune
Suriname	Vente, importation, distribution*
Trinité-et-Tobago	Aucune
États-Unis d'Amérique	Aucune
Uruguay	Vente, commercialisation, importation, enregistrement comme marque de commerce ou brevet*
Venezuela (République bolivarienne du)	Vente, promotion, commercialisation*

MESURE P	MESURE W - MISES EN GARDE SANITAIRES	MESURE E	ÂGE MINIMUM POUR LA VENTE	COMMENT LES ARÔMES SONT-ILS RÉGLEMENTÉS ?
Aucune	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés
Complète	—	Partielle	—	—
Aucune	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés
Complète	Aucune	Aucune	18	Non réglementés
Aucune	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés
Aucune	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés
Complète*	—	Complète*	—	—
Partielle*	Partielle (e-liquides uniquement)	Partielle*	18	Non réglementés
Aucune	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés
Aucune	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés
Complète	Complète	Partielle	18	Non réglementés
Aucune	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés
Aucune	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés
Aucune	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés
Complète	Complète	Partielle	18	Non réglementés
Complète	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés
Aucune	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés
Aucune	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés
Complète*	Aucune	Complète*	18*	Non réglementés
Aucune	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés
Complète*	Complète (dispositifs uniquement)*	Partielle	21*	Non réglementés
Complète	Complète	Partielle	18	Non réglementés
Aucune	—	Aucune	—	—
Aucune	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés
Complète*	—	Aucune	—	—
Complète*	Aucune	Partielle*	18*	Non réglementés
Aucune	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés
Aucune	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés
Complète	Complète	Aucune	18	Non réglementés
Aucune	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés
Aucune	—	Aucune	—	—
Aucune	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés
Aucune	Partielle (e-liquides uniquement)	Partielle	21	Non réglementés
Complète*	—	Complète*	—	—
Aucune	—	Aucune	—	—

Tableau 2.1.3

## Asie du Sud-Est

### Réglementation des inhalateurs électroniques contenant ou non de la nicotine

\* Les inhalateurs électroniques ne contenant pas de nicotine sont traités de la même manière que les inhalateurs électroniques de nicotine

— Ne s'applique pas car la vente est interdite

PAYS	INTERDICTIONS
Bangladesh	Aucune
Bhoutan	Aucune
République populaire démocratique de Corée	Vente, importation, exportation*
Inde	Vente, production, fabrication, importation, exportation, transport, distribution, entreposage.*
Indonésie	Aucune
Maldives	Aucune
Myanmar	Aucune
Népal	Fabrication, importation, distribution, promotion (interdictions limitées à certains endroits)
Sri Lanka	Vente, fabrication, importation, offre à la vente
Thaïlande	Vente, importation*
Timor-Leste	Vente, importation*

MESURE P	MESURE W - MISES EN GARDE SANITAIRES	MESURE E	ÂGE MINIMUM POUR LA VENTE	COMMENT LES ARÔMES SONT-ILS RÉGLEMENTÉS ?
Aucune	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés
Aucune	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés
Aucune	—	Aucune	—	—
Aucune	—	Partielle*	—	—
Aucune	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés
Aucune	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés
Aucune	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés
Complète*	Aucune	Complète (dispositifs uniquement)*	18*	Non réglementés
Aucune	—	Aucune	—	—
Aucune	—	Aucune	—	—
Aucune	—	Aucune	—	—

Tableau 2.1.4

## Europe

### Réglementation des inhalateurs électroniques contenant ou non de la nicotine

\* Les inhalateurs électroniques ne contenant pas de nicotine sont traités de la même manière que les inhalateurs électroniques de nicotine

⊙ Mesure adoptée mais pas encore en vigueur au 31 décembre 2020

— Ne s'applique pas car la vente est interdite

PAYS	INTERDICTIONS
Albanie	Aucune
Andorre	Aucune
Arménie	Aucune
Autriche	Aucune
Azerbaïdjan	Aucune
Bélarus	Aucune
Belgique	Aucune
Bosnie-Herzégovine	Aucune
Bulgarie	Aucune
Croatie	Aucune
Chypre	Aucune
Tchéquie	Aucune
Danemark	Aucune
Estonie	Aucune
Finlande	Aucune
France	Aucune
Géorgie	Aucune
Allemagne	Aucune
Grèce	Aucune
Hongrie	Aucune
Islande	Aucune
Irlande	Aucune
Israël	Aucune
Italie	Aucune
Kazakhstan	Aucune
Kirghizistan	Aucune
Lettonie	Aucune
Lituanie	Aucune
Luxembourg	Aucune
Malte	Aucune
Monaco	Aucune
Monténégro	Aucune
Pays-Bas	Aucune
Macédoine du Nord	Aucune
Norvège	Aucune
Pologne	Aucune
Portugal	Aucune
République de Moldova	Aucune
Roumanie	Aucune
Fédération de Russie	Aucune
Saint-Marin	Aucune
Serbie	Aucune
Slovaquie	Aucune
Slovénie	Aucune
Espagne	Aucune
Suède	Aucune
Suisse	Aucune
Tadjikistan	Aucune
Turquie	Importation (sauf pour consommation personnelle)
Turkménistan	Vente*
Ukraine	Aucune
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	Aucune
Ouzbékistan	Aucune

MESURE P	MESURE W - MISES EN GARDE SANITAIRES	MESURE E	ÂGE MINIMUM POUR LA VENTE	COMMENT LES ARÔMES SONT-ILS RÉGLEMENTÉS ?
Complète*	Aucune	Aucune	18*	Non réglementés
Partielle	Aucune	Aucune	18*	Non réglementés
Partielle	Complète	Partielle	18	Non réglementés
Partielle*	Partielle	Partielle*	18*	Non réglementés
Partielle*	Aucune	Complète (dispositifs uniquement)*	18*	Non réglementés
Partielle*	Aucune	Partielle*	18*	Non réglementés
Partielle*	Partielle	Partielle	18*	Non réglementés
Aucune	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés
Aucune	Partielle	Partielle	18	Non réglementés
Partielle	Partielle	Partielle	18	Non réglementés
Partielle*	Partielle	Partielle*	18*	Non réglementés
Partielle*	Partielle	Partielle*	18*	Non réglementés
Partielle*	Partielle	Partielle*	18*	Certains arômes spécifiques autorisés*⊙
Partielle*	Partielle	Partielle*	18*	Certains arômes spécifiques autorisés
Partielle*	Partielle (e-liquides uniquement)	Complète*	18*	Tous les arômes sont interdits*
Partielle*	Partielle	Partielle*	18	Non réglementés
Partielle	Aucune	Partielle	18	Non réglementés
Aucune	Partielle	Partielle	18	Certains arômes spécifiques interdits
Complète*	Partielle	Partielle*	18*	Non réglementés
Partielle*	Partielle	Partielle	18*	Tous les arômes sont interdits*
Partielle*	Aucune	Complète*	18*	Non réglementés
Aucune	Partielle	Partielle	Non	Non réglementés
Partielle	Partielle	Partielle	18	Non réglementés
Partielle	Partielle	Partielle	18	Non réglementés
Partielle*	Aucune	Aucune	21*	Non réglementés
Aucune	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés
Partielle*	Partielle	Partielle*	18*	Non réglementés
Partielle	Partielle	Partielle	18	Non réglementés
Partielle*	Partielle*	Partielle*	18*	Non réglementés
Complète*	Partielle	Partielle*	18*	Non réglementés
Aucune	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés
Partielle*	Partielle	Partielle*	Non	Tous les arômes sont interdits*
Partielle*	Partielle*	Partielle*	18*	Non réglementés
Aucune	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés
Complète*	Partielle	Partielle*	18*	Non réglementés
Partielle	Partielle	Partielle	18	Non réglementés
Partielle	Partielle	Partielle	18	Non réglementés
Partielle	Partielle	Partielle	18	Non réglementés
Partielle	Partielle	Complète	18	Non réglementés
Partielle	Partielle	Partielle	Non	Non réglementés
Complète*	Aucune	Complète*	18*	Non réglementés
Partielle*	Aucune	Aucune	18*	Non réglementés
Aucune	Aucune	Partielle	Non	Non réglementés
Aucune	Partielle	Partielle	18	Non réglementés
Partielle*	Partielle	Complète	18*	Non réglementés
Partielle	Partielle	Partielle	18	Non réglementés
Aucune	Partielle	Partielle	18	Non réglementés
Aucune	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés
Complète	Complète	Partielle	18	Non réglementés
Complète*	Complète (dispositifs uniquement)*	Complète (dispositifs uniquement)*	18*	Non réglementés
Aucune	—	Aucune	—	—
Partielle*	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés
Aucune	Partielle	Partielle	Non	Non réglementés
Partielle*	Aucune	Partielle (dispositifs uniquement)*	Non	Non réglementés

Tableau 2.1.5

## Méditerranée orientale

### Réglementation des inhalateurs électroniques contenant ou non de la nicotine

\* Les inhalateurs électroniques ne contenant pas de nicotine sont traités de la même manière que les inhalateurs électroniques de nicotine

— Ne s'applique pas car la vente est interdite

< "Territoire palestinien occupé" est employé pour désigner le "Territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est"

PAYS	INTERDICTIONS
Afghanistan	Aucune
Bahreïn	Vente, importation, distribution*
Djibouti	Aucune
Égypte	Vente, importation, commerce*
Iran (République islamique d')	Vente, importation, production, approvisionnement, exportation*
Iraq	Vente, importation, commerce, fabrication*
Jordanie	Vente, importation, distribution, fabrication*
Koweït	Vente, commerce, importation*
Liban	Vente, importation*
Libye	Aucune
Maroc	Aucune
Territoire palestinien occupé <	Vente, importation, fabrication*
Oman	Vente, importation*
Pakistan	Aucune
Qatar	Vente, importation, commerce, présentation, distribution, fabrication*
Arabie saoudite	Aucune
Somalie	Aucune
Soudan	Aucune
République arabe syrienne	Vente, fabrication, distribution, commerce*
Tunisie	Aucune
Émirats arabes unis	Aucune
Yémen	Aucune

MESURE P	MESURE W - MISES EN GARDE SANITAIRES	MESURE E	ÂGE MINIMUM POUR LA VENTE	COMMENT LES ARÔMES SONT-ILS RÉGLEMENTÉS ?
Aucune	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés
Aucune	—	Aucune	—	—
Aucune	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés
Aucune	—	Aucune	—	—
Aucune	—	Aucune	—	—
Aucune	—	Complète*	—	—
Complète*	—	Aucune	—	—
Partielle*	—	Complète*	—	—
Complète*	—	Partielle*	—	—
Aucune	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés
Aucune	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés
Aucune	—	Aucune	—	—
Aucune	—	Aucune	—	—
Aucune	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés
Aucune	—	Aucune	—	—
Partielle*	Partielle*	Aucune	Non	Les arômes font l'objet de restrictions*
Aucune	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés
Aucune	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés
Partielle*	—	Aucune	—	—
Aucune	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés
Aucune	Partielle (e-liquides uniquement)*	Complète*	18*	Non réglementés
Aucune	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés

Tableau 2.1.6

## Pacifique occidental

### Réglementation des inhalateurs électroniques contenant ou non de la nicotine

\* Les inhalateurs électroniques ne contenant pas de nicotine sont traités de la même manière que les inhalateurs électroniques de nicotine

⊙ Mesure adoptée mais pas encore en vigueur au 31 décembre 2020

— Ne s'applique pas car la vente est interdite

PAYS	INTERDICTIONS
Australie	Aucune
Brunéi Darussalam	Vente, importation*
Cambodge	Vente, importation*
Chine	Aucune
Îles Cook	Aucune
Fidji	Aucune
Japon	Aucune
Kiribati	Aucune
République démocratique populaire lao	Aucune
Malaisie	Vente
Îles Marshall	Aucune
Micronésie (États fédérés de)	Aucune
Mongolie	Aucune
Nauru	Aucune
Nouvelle-Zélande	Aucune
Nioué	Aucune
Palaos	Aucune
Papouasie-Nouvelle-Guinée	Aucune
Philippines	Aucune
République de Corée	Aucune
Samoa	Aucune
Singapour	Vente, importation, distribution, offre à la vente, possession*
Îles Salomon	Aucune
Tonga	Aucune
Tuvalu	Aucune
Vanuatu	Aucune
Viet Nam	Aucune

MESURE P	MESURE W - MISES EN GARDE SANITAIRES	MESURE E	ÂGE MINIMUM POUR LA VENTE	COMMENT LES ARÔMES SONT-ILS RÉGLEMENTÉS ?
Partielle	Aucune	Aucune	18	Non réglementés
Complète*	—	Aucune	—	—
Aucune	—	Aucune	—	—
Aucune	Aucune	Aucune	18*	Non réglementés
Aucune	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés
Partielle*	Aucune	Partielle*	18*	Non réglementés
Aucune	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés
Aucune	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés
Complète*	Aucune	Partielle*	18*	Non réglementés
Aucune	—	Aucune	—	—
Aucune	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés
Aucune	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés
Aucune	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés
Aucune	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés
Complète*	Aucune	Partielle*	18*	Les arômes font l'objet de restrictions*⊙
Complète*	Partielle*	Complète*	21*	Non réglementés
Partielle	Aucune	Partielle	21	Non réglementés
Complète	Partielle (dispositifs uniquement)	Partielle (dispositifs uniquement)	18	Non réglementés
Partielle*	Aucune	Complète*	21*	Certains arômes spécifiques autorisés*
Partielle	Partielle (e-liquides uniquement)	Partielle (e-liquides uniquement)	19*	Non réglementés
Aucune	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés
Complète*	—	Partielle*	—	—
Aucune	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés
Aucune	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés
Partielle*	Partielle*	Complète*	18*	Non réglementés
Aucune	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés
Aucune	Aucune	Aucune	Non	Non réglementés

Tableau 2.2.1

## Afrique

### Suivi et taxation des inhalateurs électroniques contenant ou non de la nicotine

\* Les inhalateurs électroniques ne contenant pas de nicotine sont taxés de la même manière que les inhalateurs électroniques de nicotine

... Donnée non disponible

PAYS
Algérie
Angola
Bénin
Botswana
Burkina Faso
Burundi
Cabo Verde
Cameroun
République centrafricaine
Tchad
Comores
Congo
Côte d'Ivoire
République démocratique du Congo
Guinée équatoriale
Érythrée
Eswatini
Éthiopie
Gabon
Gambie
Ghana
Guinée
Guinée-Bissau
Kenya
Lesotho
Libéria
Madagascar
Malawi
Mali
Mauritanie
Maurice
Mozambique
Namibie
Niger
Nigéria
Rwanda
Sao Tomé-et-Principe
Sénégal
Seychelles
Sierra Leone
Afrique du Sud
Soudan du Sud
Togo
Ouganda
République-Unie de Tanzanie
Zambie
Zimbabwe



Tableau 2.2.2

## Amériques

### Suivi et taxation des inhalateurs électroniques contenant ou non de la nicotine

\* Les inhalateurs électroniques ne contenant pas de nicotine sont taxés de la même manière que les inhalateurs électroniques de nicotine

... Donnée non disponible

PAYS
Antigua-et-Barbuda
Argentine
Bahamas
Barbade
Belize
Bolivie (État plurinational de)
Brésil
Canada
Chili
Colombie
Costa Rica
Cuba
Dominique
République dominicaine
Équateur
El Salvador
Grenade
Guatemala
Guyana
Haïti
Honduras
Jamaïque
Mexique
Nicaragua
Panama
Paraguay
Pérou
Saint-Kitts-et-Nevis
Sainte-Lucie
Saint-Vincent-et-les-Grenadines
Suriname
Trinité-et-Tobago
États-Unis d'Amérique
Uruguay
Venezuela (République bolivarienne du)



Tableau 2.2.3

## Asie du Sud-Est

### Suivi et taxation des inhalateurs électroniques contenant ou non de la nicotine

\* Les inhalateurs électroniques ne contenant pas de nicotine sont taxés de la même manière que les inhalateurs électroniques de nicotine

... Donnée non disponible

<sup>1</sup> Donnée pour les inhalateurs électroniques ne contenant pas de nicotine

PAYS
Bangladesh
Bhoutan
République populaire démocratique de Corée
Inde
Indonésie
Maldives
Myanmar
Népal
Sri Lanka
Thaïlande
Timor-Leste

LES DONNÉES SUR LA PRÉVALENCE DE L'UTILISATION DES INHALATEURS ÉLECTRONIQUES DE NICOTINE SONT DISPONIBLES À PARTIR DES ENQUÊTES NATIONALES		LES INHALATEURS ÉLECTRONIQUES CONTENANT OU NON DE LA NICOTINE SONT TAXÉS	
ENQUÊTES EN POPULATION AUPRÈS DES ADULTES	ENQUÊTES EN MILIEU SCOLAIRE AUPRÈS DES ADOLESCENTS	SYSTÈMES FERMÉS	SYSTÈMES OUVERTS
Non	Non	...	...
Non	Non	...	...
Non	Non	Vente interdite	Vente interdite
Non	Non	Vente interdite	Vente interdite
Oui	Non	Oui	Non <sup>1</sup>
Non	Non	...	...
Non	Non	...	...
Oui	Non	...	...
Non	Non	Vente interdite	Vente interdite
Non	Oui	Vente interdite	Vente interdite
Non	Non	Vente interdite	Vente interdite

Tableau 2.2.4

## Europe

### Suivi et taxation des inhalateurs électroniques contenant ou non de la nicotine

\* Les inhalateurs électroniques ne contenant pas de nicotine sont taxés de la même manière que les inhalateurs électroniques de nicotine

... Donnée non disponible

PAYS
Albanie
Andorre
Arménie
Autriche
Azerbaïdjan
Bélarus
Belgique
Bosnie-Herzégovine
Bulgarie
Croatie
Chypre
République tchèque
Danemark
Estonie
Finlande
France
Géorgie
Allemagne
Grèce
Hongrie
Islande
Irlande
Israël
Italie
Kazakhstan
Kirghizistan
Lettonie
Lituanie
Luxembourg
Malte
Monaco
Monténégro
Pays-Bas
Macédoine du Nord
Norvège
Pologne
Portugal
République de Moldova
Roumanie
Fédération de Russie
Saint-Marin
Serbie
Slovaquie
Slovénie
Espagne
Suède
Suisse
Tadjikistan
Turquie
Turkménistan
Ukraine
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord
Ouzbékistan

LES DONNÉES SUR LA PRÉVALENCE DE L'UTILISATION DES INHALATEURS ÉLECTRONIQUES DE NICOTINE SONT DISPONIBLES À PARTIR DES ENQUÊTES NATIONALES		LES INHALATEURS ÉLECTRONIQUES CONTENANT OU NON DE LA NICOTINE SONT TAXÉS	
ENQUÊTES EN POPULATION AUPRÈS DES ADULTES	ENQUÊTES EN MILIEU SCOLAIRE AUPRÈS DES ADOLESCENTS	SYSTÈMES FERMÉS	SYSTÈMES OUVERTS
Non	Oui	...	Oui
Non	Non	...	...
Non	Non	Non	Non
Oui	Oui	Non	Non
Non	Non	Oui*	Oui*
Non	Non	Non	Non
Non	Non	Non	Non
Non	Non	Non	Non
Oui	Oui	Non	Non
Non	Oui	Non	Non
Oui	Oui	...	Oui*
Oui	Oui	Non	Non
Oui	Oui	Non	Non
Oui	Oui	Oui*	Oui*
Oui	Oui	...	Oui*
Oui	Oui	Non	Non
Non	Oui	Oui*	Oui*
Oui	Oui	Non	Non
Oui	Oui	Oui*	Oui*
Oui	Oui	Oui*	...
Oui	Oui	Non	Non
Oui	Oui	Non	Non
Non	Non	Non	Non
Oui	Oui	Oui	Oui
Oui	Oui	Oui	Oui
Non	Oui	Oui	Oui
Oui	Oui	...	Oui*
Oui	Oui	Oui*	Oui*
Oui	Non	Non	Non
Oui	Oui	Non	Non
Non	Oui	...	...
Non	Oui	...	Oui*
Oui	Oui	Non	Non
Non	Oui	...	Oui*
Non	Oui	...	...
Oui	Oui	Non	Non
Non	Oui	Oui	Oui
Non	Non	Non	Non
Oui	Oui	Oui	Oui
Oui	Oui	Oui	Oui
Non	Oui	...	...
Oui	Oui	Oui*	Oui*
Non	Oui	...	Non
Oui	Oui	...	Oui
Oui	Oui	Non	Non
Oui	Oui	Oui	Oui
Oui	Oui	...	...
Non	Non	...	...
Non	Non	...	...
Non	Non	Vente interdite	Vente interdite
Oui	Oui	Non	Non
Non	Non	Non	Non
Non	Non	Non	Non

Tableau 2.2.5

## Méditerranée orientale

### Suivi et taxation des inhalateurs électroniques contenant ou non de la nicotine

\* Les inhalateurs électroniques ne contenant pas de nicotine sont taxés de la même manière que les inhalateurs électroniques de nicotine

— Politique adoptée mais pas encore entrée en vigueur le 31 décembre 2020

... Donnée non disponible

< "Territoire palestinien occupé" est employé pour désigner le "Territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est"

<sup>1</sup> Estimations effectuées pour le narguilé électronique

<sup>2</sup> La Jordanie interdit la vente d'inhalateurs électroniques de nicotine et applique un droit d'accise

<sup>3</sup> Donnée pour les inhalateurs électroniques ne contenant pas de nicotine

PAYS
Afghanistan
Bahreïn
Djibouti
Égypte
Iran (République islamique d')
Iraq
Jordanie
Koweït
Liban
Libye
Maroc
Territoire palestinien occupé <
Oman
Pakistan
Qatar
Arabie saoudite
Somalie
Soudan
République arabe syrienne
Tunisie
Émirats arabes unis
Yémen

LES DONNÉES SUR LA PRÉVALENCE DE L'UTILISATION DES INHALATEURS ÉLECTRONIQUES DE NICOTINE SONT DISPONIBLES À PARTIR DES ENQUÊTES NATIONALES		LES INHALATEURS ÉLECTRONIQUES CONTENANT OU NON DE LA NICOTINE SONT TAXÉS	
ENQUÊTES EN POPULATION AUPRÈS DES ADULTES	ENQUÊTES EN MILIEU SCOLAIRE AUPRÈS DES ADOLESCENTS	SYSTÈMES FERMÉS	SYSTÈMES OUVERTS
Non	Non	...	...
Non	Non	Oui <sup>1</sup>	...
Non	Non	...	...
Non	Non	Vente interdite	Vente interdite
Non	Non	Vente interdite	Vente interdite
Non	Oui	Vente interdite	Vente interdite
Non	Non	...	Oui <sup>2</sup>
Non	Non	Vente interdite	Vente interdite
Non	Non	Vente interdite	Vente interdite
Non	Non	...	...
Non	Non	...	Oui <sup>3</sup>
Non	Non	Vente interdite	Vente interdite
Non	Non	Vente interdite	Vente interdite
Non	Non	Oui	...
Oui	Oui	Vente interdite	Vente interdite
Non	Non	...	...
Non	Non	...	...
Non	Non	...	...
Non	Non	Vente interdite	Vente interdite
Non	Non	...	...
Oui	Non	Oui*	...
Non	Oui	...	Oui

Tableau 2.2.6

## Pacifique occidental

### Suivi et taxation des inhalateurs électroniques contenant ou non de la nicotine

\* Les inhalateurs électroniques ne contenant pas de nicotine sont taxés de la même manière que les inhalateurs électroniques de nicotine

... Donnée non disponible

PAYS
Australie
Brunéi Darussalam
Cambodge
Chine
Îles Cook
Fidji
Japon
Kiribati
République démocratique populaire lao
Malaisie
Îles Marshall
Micronésie (États fédérés de)
Mongolie
Nauru
Nouvelle-Zélande
Nioué
Palaos
Papouasie-Nouvelle-Guinée
Philippines
République de Corée
Samoa
Singapour
Îles Salomon
Tonga
Tuvalu
Vanuatu
Viet Nam

LES DONNÉES SUR LA PRÉVALENCE DE L'UTILISATION DES INHALATEURS ÉLECTRONIQUES DE NICOTINE SONT DISPONIBLES À PARTIR DES ENQUÊTES NATIONALES		LES INHALATEURS ÉLECTRONIQUES CONTENANT OU NON DE LA NICOTINE SONT TAXÉS	
ENQUÊTES EN POPULATION AUPRÈS DES ADULTES	ENQUÊTES EN MILIEU SCOLAIRE AUPRÈS DES ADOLESCENTS	SYSTÈMES FERMÉS	SYSTÈMES OUVERTS
Oui	Oui	...	...
Oui	Oui	Vente interdite	Vente interdite
Non	Non	Vente interdite	Vente interdite
Oui	Oui	...	...
Non	Non	...	...
Non	Oui	...	...
Non	Oui	...	...
Non	Oui	...	...
Non	Oui	...	Non
Oui	Oui	Vente interdite	Vente interdite
Oui	Oui	...	...
Non	Non	...	...
Non	Oui	...	...
Non	Non	...	...
Oui	Oui	...	...
Non	Oui	...	...
Non	Non	...	...
Non	Oui	...	...
Oui	Non	...	...
Oui	Oui	Oui	...
Non	Non	...	...
Non	Non	Vente interdite	Vente interdite
Non	Non	...	...
Non	Non	Non	Non
Non	Non	...	...
Non	Oui	...	...
Oui	Oui	...	...



## ANNEXE III

# ANNÉE DU PLUS HAUT NIVEAU DE RÉALISATION DE CERTAINES MESURES DE LUTTE ANTITABAC

L'annexe III fournit des informations sur l'année au cours de laquelle les différents pays ont atteint le plus haut niveau de réalisation concernant cinq des mesures MPOWER. Les données sont indiquées séparément pour chaque région de l'OMS.

En ce qui concerne le suivi du tabagisme, 2007 est la première année évaluée. Toutefois, il est possible que 2007 soit indiqué comme année du plus haut niveau de réalisation pour

certains pays alors qu'ils ont en réalité atteint ce niveau plus tôt.

L'année du plus haut niveau de réalisation de la mesure MPOWER relative à l'augmentation des taxes sur le tabac n'est pas incluse dans cette annexe. La part des taxes dans le prix des produits dépend à la fois de la politique fiscale et de facteurs liés à l'offre et à la demande influençant les prix de fabrication et de vente au détail. Il se peut que dans certains pays

ayant augmenté les taxes, la part de celles-ci soit restée inchangée, voire ait diminué, si la part non fiscale du prix a augmenté d'un même pourcentage ou d'un pourcentage supérieur, ce qui complique l'interprétation de l'année du plus haut niveau de réalisation.

Veillez consulter la note technique III pour les détails sur le calcul de la part des taxes.

Tableau 3.1.1

## Afrique

### Année du plus haut niveau de réalisation de certaines mesures de lutte antitabac

Remarque : une cellule vide indique que la population n'est pas couverte par la mesure concernée au plus haut niveau de réalisation

\* Ou une année antérieure

PAYS
Algérie
Angola
Bénin
Botswana
Burkina Faso
Burundi
Cabo Verde
Cameroun
République centrafricaine
Tchad
Comores
Congo
Côte d'Ivoire
République démocratique du Congo
Guinée équatoriale
Érythrée
Eswatini
Éthiopie
Gabon
Gambie
Ghana
Guinée
Guinée-Bissau
Kenya
Lesotho
Libéria
Madagascar
Malawi
Mali
Mauritanie
Maurice
Mozambique
Namibie
Niger
Nigéria
Rwanda
Sao Tomé-et-Principe
Sénégal
Seychelles
Sierra Leone
Afrique du Sud
Soudan du Sud
Togo
Ouganda
République-Unie de Tanzanie
Zambie
Zimbabwe

ANNÉE OÙ LE PLUS HAUT NIVEAU DE RÉALISATION A ÉTÉ ATTEINT				
SURVEILLER LA CONSOMMATION DE TABAC ET LES POLITIQUES DE PRÉVENTION	PROTÉGER LA POPULATION CONTRE LA FUMÉE DU TABAC	OFFRIR UNE AIDE À CEUX QUI VEULENT RENONCER AU TABAC	METTRE EN GARDE CONTRE LES DANGERS DU TABAGISME	FAIRE RESPECTER L'INTERDICTION DE LA PUBLICITÉ EN FAVEUR DU TABAC, DE LA PROMOTION ET DU PARRAINAGE
				2018
	2017			2017
	2010		2015	
	2018			
			2018	
	2010		2015	2010
	2012			2018
				2019
				2018
				2004
	2019		2019	2019
	2016		2019	2016
			2018	2012
				2012
				2007
	2013		2012	2003
			2020	2018
			2008	2008
	2010		2013	
			2019	2006
			2019	2015
			2016	2016
	2009		2012	2009
				2012
	2015			2015

Table 3.1.2

## Amériques

### Année du plus haut niveau de réalisation de certaines mesures de lutte antitabac

Remarque : une cellule vide indique que la population n'est pas couverte par la mesure concernée au plus haut niveau de réalisation

\* Ou une année antérieure

⊙ Mesure adoptée mais pas encore entrée en vigueur le 31 décembre 2020

PAYS
Antigua-et-Barbuda
Argentine
Bahamas
Barbade
Belize
Bolivie (État plurinational de)
Brésil
Canada
Chili
Colombie
Costa Rica
Cuba
Dominique
République dominicaine
Équateur
El Salvador
Grenade
Guatemala
Guyana
Haïti
Honduras
Jamaïque
Mexique
Nicaragua
Panama
Paraguay
Pérou
Saint-Kitts-et-Nevis
Sainte-Lucie
Saint-Vincent-et-les Grenadines
Suriname
Trinité-et-Tobago
États-Unis d'Amérique
Uruguay
Venezuela (République bolivarienne du)

ANNÉE OÙ LE PLUS HAUT NIVEAU DE RÉALISATION A ÉTÉ ATTEINT				
SURVEILLER LA CONSOMMATION DE TABAC ET LES POLITIQUES DE PRÉVENTION	PROTÉGER LA POPULATION CONTRE LA FUMÉE DU TABAC	OFFRIR UNE AIDE À CEUX QUI VEULENT RENONCER AU TABAC	METTRE EN GARDE CONTRE LES DANGERS DU TABAGISME	FAIRE RESPECTER L'INTERDICTION DE LA PUBLICITÉ EN FAVEUR DU TABAC, DE LA PROMOTION ET DU PARRAINAGE
	2018			2018
	2011		2012	
	2010		2017	
	2020		2009	
2015	2011	2002	2003	2011
2007*	2007	2008	2011	
2007*	2013		2006	
	2008			2009
	2012	2018	2013	
2016	2011		2012	
	2015		2011	
	2008			
	2017		2018	2017
	2010		2017	
	2013	2016	2013	
		2014	2009	
	2008		2005	2008
	2020			
2010	2010		2011	
	2020		2017	
	2013		2016	2013
	2009		2013	
2007*		2008	2020 ◉	
2008	2005		2005	2014
	2011		2004	2019

Tableau 3.1.3

## Asie du Sud-Est

### Année du plus haut niveau de réalisation de certaines mesures de lutte antitabac

Remarque : une cellule vide indique que la population n'est pas couverte par la mesure concernée au plus haut niveau de réalisation

\* Ou une année antérieure

PAYS
Bangladesh
Bhoutan
République populaire démocratique de Corée
Inde
Indonésie
Maldives
Myanmar
Népal
Sri Lanka
Thaïlande
Timor-Leste

ANNÉE OÙ LE PLUS HAUT NIVEAU DE RÉALISATION A ÉTÉ ATTEINT				
SURVEILLER LA CONSOMMATION DE TABAC ET LES POLITIQUES DE PRÉVENTION	PROTÉGER LA POPULATION CONTRE LA FUMÉE DU TABAC	OFFRIR UNE AIDE À CEUX QUI VEULENT RENONCER AU TABAC	METTRE EN GARDE CONTRE LES DANGERS DU TABAGISME	FAIRE RESPECTER L'INTERDICTION DE LA PUBLICITÉ EN FAVEUR DU TABAC, DE LA PROMOTION ET DU PARRAINAGE
			2015	
		2016	2016	
2015				
				2010
	2011		2011	2014
			2012	
2008	2010		2005	
			2018	

Tableau 3.1.4

## Europe

### Année du plus haut niveau de réalisation de certaines mesures de lutte antitabac

Remarque : une cellule vide indique que la population n'est pas couverte par la mesure concernée au plus haut niveau de réalisation

\* Ou une année antérieure

PAYS
Albanie
Andorre
Arménie
Autriche
Azerbaïdjan
Bélarus
Belgique
Bosnie-Herzégovine
Bulgarie
Croatie
Chypre
Tchéquie
Danemark
Estonie
Finlande
France
Géorgie
Allemagne
Grèce
Hongrie
Islande
Irlande
Israël
Italie
Kazakhstan
Kirghizistan
Lettonie
Lituanie
Luxembourg
Malte
Monaco
Monténégro
Pays-Bas
Macédoine du Nord
Norvège
Pologne
Portugal
République de Moldova
Roumanie
Fédération de Russie
Saint-Marin
Serbie
Slovaquie
Slovénie
Espagne
Suède
Suisse
Tadjikistan
Turquie
Turkménistan
Ukraine
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord
Ouzbékistan

ANNÉE OÙ LE PLUS HAUT NIVEAU DE RÉALISATION A ÉTÉ ATTEINT				
SURVEILLER LA CONSOMMATION DE TABAC ET LES POLITIQUES DE PRÉVENTION	PROTÉGER LA POPULATION CONTRE LA FUMÉE DU TABAC	OFFRIR UNE AIDE À CEUX QUI VEULENT RENONCER AU TABAC	METTRE EN GARDE CONTRE LES DANGERS DU TABAGISME	FAIRE RESPECTER L'INTERDICTION DE LA PUBLICITÉ EN FAVEUR DU TABAC, DE LA PROMOTION ET DU PARRAINAGE
	2006			2006
2007*			2016	
2007*		2020	2016	
2016				2017
2007*			2016	
2007*			2016	
2008	2012		2016	
2012			2017	
2016			2017	
2010		2018	2016	
2007*		2011	2016	
2007*			2016	
2007*			2016	2016
2007*			2016	
2014			2018	
2007*			2016	
2007*	2010		2016	
2012			2016	
2007*				2006
2007*	2004	2003	2016	
2007*			2016	
2010			2014	
			2014	
2007*			2016	
2008			2016	
2010		2016	2017	
2008	2010		2016	
2016			2019	
2007*		2014	2016	
	2008			
2007*	2013			
2007*			2016	
2007*			2015	
2013			2015	2015
2010	2015		2016	
2012	2013		2014	2013
2012				
2008		2018	2016	
2008			2017	2017
2007*	2010		2017	2010
2007*		2018	2016	
2007*				
2020	2018		2018	
2007*	2008	2010	2012	2012
	2000		2014	
2007*			2009	
2007*	2006		2016	

Tableau 3.1.5

## Méditerranée orientale

### Année du plus haut niveau de réalisation de certaines mesures de lutte antitabac

Remarque : une cellule vide indique que la population n'est pas couverte par la mesure concernée au plus haut niveau de réalisation

\* Ou une année antérieure

< Par « Territoire palestinien occupé », on entend le « Territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est »

PAYS
Afghanistan
Bahreïn
Djibouti
Égypte
Iran (République islamique d')
Iraq
Jordanie
Koweït
Liban
Libye
Maroc
Territoire palestinien occupé <
Oman
Pakistan
Qatar
Arabie saoudite
Somalie
Soudan
République arabe syrienne
Tunisie
Émirats arabes unis
Yémen

ANNÉE OÙ LE PLUS HAUT NIVEAU DE RÉALISATION A ÉTÉ ATTEINT				
SURVEILLER LA CONSOMMATION DE TABAC ET LES POLITIQUES DE PRÉVENTION	PROTÉGER LA POPULATION CONTRE LA FUMÉE DU TABAC	OFFRIR UNE AIDE À CEUX QUI VEULENT RENONCER AU TABAC	METTRE EN GARDE CONTRE LES DANGERS DU TABAGISME	FAIRE RESPECTER L'INTERDICTION DE LA PUBLICITÉ EN FAVEUR DU TABAC, DE LA PROMOTION ET DU PARRAINAGE
	2015			2015
				2011
			2008	2007
	2010		2008	
2008	2007		2008	2007
				2020
	2020	2020		2020
		2012		2016
2013	2011			
	2009			2009
	2011			
	2009		2017	
			2019	2016
		2018	2017	2017
		2008		2013
				2013

Tableau 3.1.6

## Pacifique occidental

### Année du plus haut niveau de réalisation de certaines mesures de lutte antitabac

Remarque : une cellule vide indique que la population n'est pas couverte par la mesure concernée au plus haut niveau de réalisation

\* Ou une année antérieure

PAYS
Australie
Brunéi Darussalam
Cambodge
Chine
Îles Cook
Fidji
Japon
Kiribati
République démocratique populaire lao
Malaisie
Îles Marshall
Micronésie (États fédérés de)
Mongolie
Nauru
Nouvelle-Zélande
Nioué
Palaos
Papouasie-Nouvelle-Guinée
Philippines
République de Corée
Samoa
Singapour
Îles Salomon
Tonga
Tuvalu
Vanuatu
Viet Nam

ANNÉE OÙ LE PLUS HAUT NIVEAU DE RÉALISATION A ÉTÉ ATTEINT				
SURVEILLER LA CONSOMMATION DE TABAC ET LES POLITIQUES DE PRÉVENTION	PROTÉGER LA POPULATION CONTRE LA FUMÉE DU TABAC	OFFRIR UNE AIDE À CEUX QUI VEULENT RENONCER AU TABAC	METTRE EN GARDE CONTRE LES DANGERS DU TABAGISME	FAIRE RESPECTER L'INTERDICTION DE LA PUBLICITÉ EN FAVEUR DU TABAC, DE LA PROMOTION ET DU PARRAINAGE
2007*	2005		2004	
2016	2012		2007	
	2016		2016	
2019				
2008				
			2013	
2007*				2013
2015	2016		2016	
2012			2008	
	2006			
2009			2012	2012
	2009			
2007*	2003	2000	2007	
	2018			2018
2012				
	2012			
2007*		2020	2014	
2007*		2006		
			2013	
2010		1999	2012	
			2013	
		2020		
				2008
			2013	2008
2014			2013	



# PLUS HAUT NIVEAU DE RÉALISATION DE CERTAINES MESURES DE LUTTE ANTITABAC DANS LES 100 PLUS GRANDES VILLES DU MONDE

L'annexe IV fournit des informations indiquant si la population des 100 plus grandes villes du monde est couverte par certaines mesures de lutte antitabac au plus haut niveau de réalisation.

Les villes sont répertoriées dans l'ordre alphabétique. Il existe de nombreuses manières de définir une « ville » géographiquement et d'en mesurer la taille. Aux fins du présent rapport, nous nous sommes concentrés sur les frontières juridictionnelles des villes, étant donné que les lois infranationales s'appliquent aux populations vivant au sein des juridictions. Lorsqu'une grande

« ville » englobe plusieurs juridictions ou parties de juridictions, il se peut que différentes parties de la population de la « ville » soient couvertes par différentes lois. C'est pourquoi nous utilisons la liste des villes et de leur population publiée dans l'annuaire démographique de la Division de statistique de l'ONU, étant donné que les villes y sont définies en termes juridictionnels. Veuillez vous reporter au Tableau 8 figurant à l'adresse [https://unstats.un.org/unsd/demographic-social/products/dyb/dyb\\_2018/](https://unstats.un.org/unsd/demographic-social/products/dyb/dyb_2018/) pour les données sources.

Un certain nombre de pays qui n'ont pas fourni de données ne figurent pas dans le Tableau 8 de l'annuaire démographique. Les pays qui n'y figurent pas pour ce motif, mais qui sont suffisamment grands pour éventuellement répondre aux critères de la liste des 100 plus grandes villes sont l'Angola, le Nigéria, la République démographique du Congo, le Soudan, le Tchad et le Viet Nam.

Veuillez vous reporter à la note technique I pour les définitions des plus hauts niveaux de réalisation.

Tableau 4.1

## Plus haut niveau de réalisation de certaines mesures de lutte antitabac dans les 100 plus grandes villes\* du monde

\* Uniquement les villes qui figurent parmi les 100 premières villes classées par taille de population, selon l'annuaire démographique 2018 de la Division de statistique de l'ONU (disponible à l'adresse <https://unstats.un.org/unsd/demographic/products/dyb/dyb2018/Table08.xls>).

<b>N</b>	Population de la ville couverte par une loi ou politique nationale au plus haut niveau de réalisation
<b>É</b>	Population de la ville couverte par une loi ou politique au niveau de l'État au plus haut niveau de réalisation
<b>V</b>	Population de la ville couverte par une loi ou politique au niveau de la ville au plus haut niveau de réalisation

Remarques : Une cellule vide indique que la population de la ville en question n'est pas couverte par la mesure concernée au plus haut niveau de réalisation. Veuillez vous reporter à la note technique I pour la définition du plus haut niveau de réalisation de la mesure concernée.

© Politique adoptée mais pas encore entrée en vigueur le 31 décembre 2020

... Donnée non disponible

VILLE	POPULATION	COUVERTURE AU PLUS HAUT NIVEAU DE RÉALISATION	
		PROTÉGER LA POPULATION CONTRE LA FUMÉE DU TABAC	OFFRIR UNE AIDE À CEUX QUI VEULENT RENONCER AU TABAC
Abidjan	4 395 243		
Adana	2 216 475	N	N
Addis-Abeba	4 215 965	N	
Ahmedabad	5 633 927		N
Alep	4 450 000		
Alexandrie	5 163 750	N	
Alger	2 712 944	N	
Amman	3 728 346		N
Ankara	5 445 026	N	N
Antalya	2 364 396	N	N
Bakou	2 254 175		
Bandung	2 525 220	V	
Bangalore	8 495 492		N
Bangkok	8 305 218	N	
Beijing	18 796 000	V	
Belo Horizonte	2 513 451	N	N
Berlin	3 613 495		
Bogor	5 162 044		
Bogota	8 181 047	N	
Brasilia	2 977 216	N	N
Buenos Aires	13 879 707	N	
Bursa	2 936 803	N	N
Busan	3 428 923		N
Le Caire	9 539 673	N	
Cali	2 445 405	N	
Casablanca	3 352 399		
Chennai	4 646 732		N
Chicago	2 704 958		N
Chittagong	2 591 681		
Daegu	2 465 268		N
Damasus Rural (Rif Dimashq)	2 529 000		
Dar es Salaam	5 147 070		
Delhi	11 034 555		N
Dhaka	8 906 035		
Douala	2 948 464		
Faisalabad	3 203 846	N	
Fortaleza	2 609 716	N	N
Guadalajara	5 060 750		N
Guayaquil	2 581 884	N	
La Havane	2 130 517	...	
RAS de Hong Kong	7 451 000	V	V
Houston	2 303 482		N
Hyderabad	6 993 262	É	N
Incheon	2 923 047		N
Istanbul	15 029 231	N	N
Izmir	4 279 677	N	N
Jaipur	3 046 163		N
Jakarta	10 428 001	V	
Djeddah	3 430 697		N
Kaboul	3 817 241	N	
Kanpur	2 768 057		N
Karachi	14 910 352	N	
Kiev	2 893 215		
Kolkata	4 496 694		N

COUVERTURE AU PLUS HAUT NIVEAU DE RÉALISATION			PAYS
METTRE EN GARDE CONTRE LES DANGERS DU TABAGISME	FAIRE RESPECTER L'INTERDICTION DE LA PUBLICITÉ EN FAVEUR DU TABAC, DE LA PROMOTION ET DU PARRAINAGE	AUGMENTER LES TAXES SUR LE TABAC	
	N		Côte d'Ivoire
N	N	N	Turquie
N	N		Éthiopie
N			Inde
			République arabe syrienne
N		N	Égypte
	N		Algérie
		N	Jordanie
N	N	N	Turquie
N	N	N	Turquie
	N		Azerbaïdjan
			Indonésie
N			Inde
N		N	Thaïlande
			Chine
N	N	N	Brésil
N			Allemagne
			Indonésie
	N		Colombie
N	N	N	Brésil
N		N	Argentine
N	N	N	Turquie
			République de Corée
N		N	Égypte
	N		Colombie
		N	Maroc
N			Inde
N ⊙			États-Unis d'Amérique
N			Bangladesh
			République de Corée
			République arabe syrienne
			République-Unie de Tanzanie
N			Inde
N			Bangladesh
N			Cameroun
N			Pakistan
N	N	N	Brésil
N			Mexique
N			Équateur
...	...	...	Cuba
V			Chine, RAS de Hong Kong
N ⊙			États-Unis d'Amérique
N			Inde
			République de Corée
N	N	N	Turquie
N	N	N	Turquie
N			Inde
			Indonésie
N	N		Arabie saoudite
	N		Afghanistan
N			Inde
N			Pakistan
N			Ukraine
N			Inde

VILLE	POPULATION	COUVERTURE AU PLUS HAUT NIVEAU DE RÉALISATION	
		PROTÉGER LA POPULATION CONTRE LA FUMÉE DU TABAC	OFFRIR UNE AIDE À CEUX QUI VEULENT RENONCER AU TABAC
Konya	2 180 149	N	N
Lahore	11 126 285	N	
Lima	10 350 721	N	
Londres	8 135 667	É	V
Los Angeles	3 976 322	É	N
Luanda	2 487 444		N
Lucknow	2 817 105		N
Madrid	3 203 157	N	
Machhad	3 001 184	N	
Medan	2 269 588	V	
Medellin	2 529 403	N	
Mexico	21 800 320	É	N
Monterrey	4 834 971	É	N
Moscou	11 918 057	N	
Mumbai	12 442 373		N
Nagoya	2 295 638		
Nagpur	2 405 665		N
Nairobi	3 109 861		
New York	8 537 673		N
Osaka	2 691 185		
Paris	2 206 488		
Puebla-Tlaxcala	3 046 766		N
Pune	3 124 458		N
Pyongyang	2 581 076		
Quezon City	2 936 116		N
Rawalpindi	2 098 231	N	
Rio De Janeiro	6 498 837	N	N
Riyadh	5 188 286		N
Rome	2 873 147		
Saint-Pétersbourg	4 990 602	N	
Salvador	2 938 092	N	N
Santiago	5 613 962	N	
São Paulo	12 038 175	N	N
Séoul	9 776 305		N
Singapour	5 638 676		N
Surabaya	2 885 245		
Surate	4 501 610		N
Tangerang	3 050 758		
Tachkent	2 464 933		
Téhéran	8 693 706	N	
Tokyo	9 272 740		
Toluca	2 386 157	É	N
Toronto	2 956 024	É	N
Yangon	5 211 431		
Yaoundé	2 873 567		
Yokohama	3 724 844		

COUVERTURE AU PLUS HAUT NIVEAU DE RÉALISATION			PAYS
METTRE EN GARDE CONTRE LES DANGERS DU TABAGISME	FAIRE RESPECTER L'INTERDICTION DE LA PUBLICITÉ EN FAVEUR DU TABAC, DE LA PROMOTION ET DU PARRAINAGE	AUGMENTER LES TAXES SUR LE TABAC	
N	N	N	Turquie
N			Pakistan
N			Pérou
N		N	Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord
N ⊕			États-Unis d'Amérique
			Angola
N			Inde
N	N	N	Espagne
N	N		Iran (République islamique d')
			Indonésie
	N		Colombie
N			Mexique
N			Mexique
N	N		Fédération de Russie
N			Inde
			Japon
N			Inde
	N		Kenya
N ⊕			États-Unis d'Amérique
			Japon
N		N	France
N			Mexique
N			Inde
			République populaire démocratique de Corée
N			Philippines
N			Pakistan
N	N	N	Brésil
N	N		Arabie saoudite
N		N	Italie
N	N		Fédération de Russie
N	N	N	Brésil
N		N	Chili
N	N	N	Brésil
			République de Corée
N			Singapour
			Indonésie
N			Inde
			Indonésie
			Ouzbékistan
N	N		Iran (République islamique d')
			Japon
N			Mexique
N			Canada
			Myanmar
N			Cameroun
			Japon



## ANNEXE V

# ÉTAT DE LA CONVENTION-CADRE DE L'OMS POUR LA LUTTE ANTITABAC ET DU PROTOCOLE POUR ÉLIMINER LE COMMERCE ILLICITE DES PRODUITS DU TABAC

L'annexe V recense l'état de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et du Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac.

La ratification est l'acte international par lequel les pays qui ont signé une convention confirment officiellement leur consentement à être liés par elle. L'adhésion est l'acte international par lequel les pays qui n'ont pas signé un traité ou une convention confirment officiellement leur consentement à être liés par ce traité ou cette convention. L'acceptation et l'approbation sont les

équivalents juridiques de la ratification. La signature d'une convention indique qu'un pays n'est pas juridiquement lié par le traité, mais s'engage à ne pas entraver les dispositions.

La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac est entrée en vigueur le 27 février 2005. Le traité reste indéfiniment ouvert à la ratification, l'acceptation, l'approbation, la confirmation formelle et à l'adhésion pour les États et les organisations d'intégration économique régionale admissibles souhaitant en devenir Parties.

Le Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac est entré en vigueur le 25 septembre 2018. Il est soumis à la ratification, à l'acceptation, à l'approbation ou à l'adhésion des États et à la confirmation formelle ou à l'adhésion des organisations d'intégration économique régionale Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac.

Tableau 5.1

## État de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac au 1<sup>er</sup> juin 2021

- \* La ratification est l'acte international par lequel les pays qui ont déjà signé un traité ou une convention confirment officiellement leur consentement à être liés par ce traité ou cette convention.
- a L'adhésion est l'acte international par lequel les pays qui n'ont pas signé un traité ou une convention confirment officiellement leur consentement à être liés par ce traité ou cette convention.
- A L'acceptation est l'acte international par lequel, comme dans le cas de la ratification, les pays qui ont déjà signé un traité ou une convention confirment officiellement leur consentement à être liés par ce traité ou cette convention.
- AA L'approbation est l'acte international par lequel, comme dans le cas de la ratification, les pays qui ont déjà signé un traité ou une convention confirment officiellement leur consentement à être liés par ce traité ou cette convention.
- c La confirmation officielle est l'acte international correspondant à la ratification par un État, par lequel une organisation internationale (dans le cas de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, les organisations d'intégration économique régionale compétentes) indiquent officiellement leur consentement à être liés par un traité ou une convention.
- d La succession est l'acte international, quelle qu'en soit la formulation ou la désignation, par lequel les États successeurs indiquent officiellement leur consentement à être liés par des traités ou des conventions initialement adoptés.

PAYS	DATE DE SIGNATURE	DATE DE RATIFICATION* (OU DE L'ÉQUIVALENT JURIDIQUE)
Afghanistan	29 juin 2004	13 août 2010
Albanie	29 juin 2004	26 avril 2006
Algérie	20 juin 2003	30 juin 2006
Andorre		11 mai 2020 a
Angola	29 juin 2004	20 septembre 2007
Antigua-et-Barbuda	28 juin 2004	5 juin 2006
Argentine	25 septembre 2003	
Arménie		29 novembre 2004 a
Australie	5 décembre 2003	27 octobre 2004
Autriche	28 août 2003	15 septembre 2005
Azerbaïdjan		1 <sup>er</sup> novembre 2005 a
Bahamas	29 juin 2004	3 novembre 2009
Bahreïn		20 mars 2007 a
Bangladesh	16 juin 2003	14 juin 2004
Barbade	28 juin 2004	3 novembre 2005
Bélarus	17 juin 2004	8 septembre 2005
Belgique	22 janvier 2004	1 <sup>er</sup> novembre 2005
Belize	26 septembre 2003	15 décembre 2005
Bénin	18 juin 2004	3 novembre 2005
Bhoutan	9 décembre 2003	23 août 2004
Bolivie (État plurinational de)	27 février 2004	15 septembre 2005
Bosnie-Herzégovine		10 juillet 2009 a
Botswana	16 juin 2003	31 janvier 2005
Brésil	16 juin 2003	3 novembre 2005
Brunéi Darussalam	3 juin 2004	3 juin 2004
Bulgarie	22 décembre 2003	7 novembre 2005
Burkina Faso	22 décembre 2003	31 juillet 2006
Burundi	16 juin 2003	22 novembre 2005
Cabo Verde	17 février 2004	4 octobre 2005
Cambodge	25 mai 2004	15 novembre 2005
Cameroun	13 mai 2004	3 février 2006
Canada	15 juillet 2003	26 novembre 2004
République centrafricaine	29 décembre 2003	7 novembre 2005
Tchad	22 juin 2004	30 janvier 2006
Chili	25 septembre 2003	13 juin 2005
Chine	10 novembre 2003	11 octobre 2005
Colombie		10 avril 2008 a
Comores	27 février 2004	24 janvier 2006
Congo	23 mars 2004	6 février 2007
Îles Cook	14 mai 2004	14 mai 2004
Costa Rica	3 juillet 2003	21 août 2008
Côte d'Ivoire	24 juillet 2003	13 août 2010
Croatie	2 juin 2004	14 juillet 2008
Cuba	29 juin 2004	
Chypre	24 mai 2004	26 octobre 2005
Tchéquie	16 juin 2003	1 <sup>er</sup> juin 2012
République populaire démocratique de Corée	17 juin 2003	27 avril 2005
République démocratique du Congo	28 juin 2004	28 octobre 2005
Danemark	16 juin 2003	16 décembre 2004
Djibouti	13 mai 2004	31 juillet 2005
Dominique	29 juin 2004	24 juillet 2006
Équateur	22 mars 2004	25 juillet 2006
Égypte	17 juin 2003	25 février 2005
El Salvador	18 mars 2004	21 juillet 2014
Guinée équatoriale		17 septembre 2005 a
Estonie	8 juin 2004	27 juillet 2005
Eswatini	29 juin 2004	13 janvier 2006
Éthiopie	25 février 2004	25 mars 2014

PAYS	DATE DE SIGNATURE	DATE DE RATIFICATION* (OU DE L'ÉQUIVALENT JURIDIQUE)
Union européenne	16 juin 2003	30 juin 2005 c
Fidji	3 octobre 2003	3 octobre 2003
Finlande	16 juin 2003	24 janvier 2005
France	16 juin 2003	19 octobre 2004 AA
Gabon	22 août 2003	20 février 2009
Gambie	16 juin 2003	18 septembre 2007
Géorgie	20 février 2004	14 février 2006
Allemagne	24 octobre 2003	16 décembre 2004
Ghana	20 juin 2003	29 novembre 2004
Grèce	16 juin 2003	27 janvier 2006
Grenade	29 juin 2004	14 août 2007
Guatemala	25 septembre 2003	16 novembre 2005
Guinée	1 <sup>er</sup> avril 2004	7 novembre 2007
Guinée-Bissau		7 novembre 2008 a
Guyana		15 septembre 2005 a
Haïti	23 juillet 2003	
Honduras	18 juin 2004	16 février 2005
Hongrie	16 juin 2003	7 avril 2004
Islande	16 juin 2003	14 juin 2004
Inde	10 septembre 2003	5 février 2004
Iran (République islamique d')	16 juin 2003	6 novembre 2005
Iraq	29 juin 2004	17 mars 2008
Irlande	16 septembre 2003	7 novembre 2005
Israël	20 juin 2003	24 août 2005
Italie	16 juin 2003	2 juillet 2008
Jamaïque	24 septembre 2003	7 juillet 2005
Japon	9 mars 2004	8 juin 2004 A
Jordanie	28 mai 2004	19 août 2004
Kazakhstan	21 juin 2004	22 janvier 2007
Kenya	25 juin 2004	25 juin 2004
Kiribati	27 avril 2004	15 septembre 2005
Koweït	16 juin 2003	12 mai 2006
Kirghizistan	18 février 2004	25 mai 2006
République démocratique populaire lao	29 juin 2004	6 septembre 2006
Lettonie	10 mai 2004	10 février 2005
Liban	4 mars 2004	7 décembre 2005
Lesotho	23 juin 2004	14 janvier 2005
Libéria	25 juin 2004	15 septembre 2009
Libye	18 juin 2004	7 juin 2005
Lituanie	22 septembre 2003	16 décembre 2004
Luxembourg	16 juin 2003	30 juin 2005
Madagascar	24 septembre 2003	22 septembre 2004
Malaisie	23 septembre 2003	16 septembre 2005
Maldives	17 mai 2004	20 mai 2004
Mali	23 septembre 2003	19 octobre 2005
Malte	16 juin 2003	24 septembre 2003
Îles Marshall	16 juin 2003	8 décembre 2004
Mauritanie	24 juin 2004	28 octobre 2005
Maurice	17 juin 2003	17 mai 2004
Mexique	12 août 2003	28 mai 2004
Micronésie (États fédérés de)	28 juin 2004	18 mars 2005
Mongolie	16 juin 2003	27 janvier 2004
Monténégro		23 octobre 2006 d
Maroc	16 avril 2004	
Mozambique	18 juin 2003	14 juillet 2017
Myanmar	23 octobre 2003	21 avril 2004
Namibie	29 janvier 2004	7 novembre 2005
Nauru		29 juin 2004 a

## Tableau 5.1 État de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac au 1<sup>er</sup> juin 2021

- \* La ratification est l'acte international par lequel les pays qui ont déjà signé un traité ou une convention confirment officiellement leur consentement à être liés par ce traité ou cette convention.
- a L'adhésion est l'acte international par lequel les pays qui n'ont pas signé un traité ou une convention confirment officiellement leur consentement à être liés par ce traité ou cette convention.
- A L'acceptation est l'acte international par lequel, comme dans le cas de la ratification, les pays qui ont déjà signé un traité ou une convention confirment officiellement leur consentement à être liés par ce traité ou cette convention.
- AA L'approbation est l'acte international par lequel, comme dans le cas de la ratification, les pays qui ont déjà signé un traité ou une convention confirment officiellement leur consentement à être liés par ce traité ou cette convention.
- c La confirmation officielle est l'acte international correspondant à la ratification par un État, par lequel une organisation internationale (dans le cas de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, les organisations d'intégration économique régionale compétentes) indiquent officiellement leur consentement à être liés par un traité ou une convention.
- d La succession est l'acte international, quelle qu'en soit la formulation ou la désignation, par lequel les États successeurs indiquent officiellement leur consentement à être liés par des traités ou des conventions initialement adoptés.

PAYS	DATE DE SIGNATURE	DATE DE RATIFICATION* (OU DE L'ÉQUIVALENT JURIDIQUE)
Népal	3 décembre 2003	7 novembre 2006
Pays-Bas	16 juin 2003	27 janvier 2005 A
Nouvelle-Zélande	16 juin 2003	27 janvier 2004
Nicaragua	7 juin 2004	9 avril 2008
Niger	28 juin 2004	25 août 2005
Nigéria	28 juin 2004	20 octobre 2005
Nioué	18 juin 2004	3 juin 2005
Macédoine du Nord		30 juin 2006 a
Norvège	16 juin 2003	16 juin 2003 AA
Oman		9 mars 2005 a
Pakistan	18 mai 2004	3 novembre 2004
Palaos	16 juin 2003	12 février 2004
Panama	26 septembre 2003	16 août 2004
Papouasie-Nouvelle-Guinée	22 juin 2004	25 mai 2006
Paraguay	16 juin 2003	26 septembre 2006
Pérou	21 avril 2004	30 novembre 2004
Philippines	23 septembre 2003	6 juin 2005
Pologne	14 juin 2004	15 septembre 2006
Portugal	9 janvier 2004	8 novembre 2005 AA
Qatar	17 juin 2003	23 juillet 2004
République de Corée	21 juillet 2003	16 mai 2005
République de Moldova	29 juin 2004	3 février 2009
Roumanie	25 juin 2004	27 janvier 2006
Fédération de Russie		3 juin 2008 a
Rwanda	2 juin 2004	19 octobre 2005
Samoa	25 septembre 2003	3 novembre 2005
Saint-Marin	26 septembre 2003	7 juillet 2004
Sao Tomé-et-Principe	18 juin 2004	12 avril 2006
Arabie saoudite	24 juin 2004	9 mai 2005
Sénégal	19 juin 2003	27 janvier 2005
Serbie	28 juin 2004	8 février 2006
Seychelles	11 septembre 2003	12 novembre 2003
Sierra Leone		22 mai 2009 a
Singapour	29 décembre 2003	14 mai 2004
Slovaquie	19 décembre 2003	4 mai 2004
Slovénie	25 septembre 2003	15 mars 2005
Îles Salomon	18 juin 2004	10 août 2004
Afrique du Sud	16 juin 2003	19 avril 2005
Espagne	16 juin 2003	11 janvier 2005
Sri Lanka	23 septembre 2003	11 novembre 2003
Saint-Kitts-et-Nevis	29 juin 2004	21 juin 2011
Sainte-Lucie	29 juin 2004	7 novembre 2005
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	14 juin 2004	29 octobre 2010
Soudan	10 juin 2004	31 octobre 2005
Suriname	24 juin 2004	16 décembre 2008
Suède	16 juin 2003	7 juillet 2005
Suisse	25 juin 2004	
République arabe syrienne	11 juillet 2003	22 novembre 2004
Tadjikistan		21 juin 2013 a
Thaïlande	20 juin 2003	8 novembre 2004
Timor-Leste	25 mai 2004	22 décembre 2004
Togo	12 mai 2004	15 novembre 2005
Tonga	25 septembre 2003	8 avril 2005
Trinité-et-Tobago	27 août 2003	19 août 2004
Tunisie	22 août 2003	7 juin 2010
Turquie	28 avril 2004	31 décembre 2004
Turkménistan		13 mai 2011 a
Tuvalu	10 juin 2004	26 septembre 2005

PAYS	DATE DE SIGNATURE	DATE DE RATIFICATION* (OU DE L'ÉQUIVALENT JURIDIQUE)
Ouganda	5 mars 2004	20 juin 2007
Ukraine	25 juin 2004	6 juin 2006
Émirats arabes unis	24 juin 2004	7 novembre 2005
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	16 juin 2003	16 décembre 2004
République-Unie de Tanzanie	27 janvier 2004	30 avril 2007
États-Unis d'Amérique	10 mai 2004	
Uruguay	19 juin 2003	9 septembre 2004
Ouzbékistan		15 mai 2012 a
Vanuatu	22 avril 2004	16 septembre 2005
Venezuela (République bolivarienne du)	22 septembre 2003	27 juin 2006
Viet Nam	3 septembre 2003	17 décembre 2004
Yémen	20 juin 2003	22 février 2007
Zambie		23 mai 2008 a
Zimbabwe		4 décembre 2014 a

Source : Site Web de la Collection des traités des Nations Unies [https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg\\_no=IX-4&chapter=9&clang=\\_en](https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IX-4&chapter=9&clang=_en), consulté le 11 juin 2021).

Bien qu'il ne soit pas État Membre de l'OMS, en tant qu'État Membre de l'ONU, le Liechtenstein peut également devenir Partie à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Il n'a cependant entrepris aucune action à cet effet.

Certaines Parties ont joint des notes ou déclarations lors de la présentation de leurs instruments en vue de devenir Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Toutes les notes peuvent être consultées à l'adresse suivante : [https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg\\_no=IX-4&chapter=9&clang=\\_en](https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IX-4&chapter=9&clang=_en)

Tableau 5.2

## État du Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac au 1<sup>er</sup> juin 2021

- \* La ratification est l'acte international par lequel les pays qui ont déjà signé un traité ou une convention confirment officiellement leur consentement à être liés par ce traité ou cette convention.
- a L'adhésion est l'acte international par lequel les pays qui n'ont pas signé un traité ou une convention confirment officiellement leur consentement à être liés par ce traité ou cette convention.
- A L'acceptation est l'acte international par lequel, comme dans le cas de la ratification, les pays qui ont déjà signé un traité ou une convention confirment officiellement leur consentement à être liés par ce traité ou cette convention.
- AA L'approbation est l'acte international par lequel, comme dans le cas de la ratification, les pays qui ont déjà signé un traité ou une convention confirment officiellement leur consentement à être liés par ce traité ou cette convention.
- c La confirmation officielle est l'acte international correspondant à la ratification par un État, par lequel une organisation internationale (dans le cas de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, les organisations d'intégration économique régionale compétentes) indiquent officiellement leur consentement à être liés par un traité ou une convention.
- d La succession est l'acte international, quelle qu'en soit la formulation ou la désignation, par lequel les États successeurs indiquent officiellement leur consentement à être liés par des traités ou des conventions initialement adoptés.

PAYS	DATE DE SIGNATURE	DATE DE RATIFICATION* (OU DE L'ÉQUIVALENT JURIDIQUE)
Autriche	9 janvier 2014	28 octobre 2014
Belgique	17 mai 2013	22 février 2019
Bénin	24 septembre 2013	6 juillet 2018
Botswana	1 <sup>er</sup> octobre 2013	
Bésil		14 juin 2018 a
Burkina Faso	8 mars 2013	30 mars 2016
Cabo Verde		16 octobre 2019 a
Tchad		13 juin 2018 a
Chine	10 janvier 2013	
Colombie	21 février 2013	
Comores		14 octobre 2016 a
Congo		14 mai 2015 a
Costa Rica	21 mars 2013	7 mars 2017
Côte d'Ivoire	24 septembre 2013	25 mai 2016
Croatie		10 juin 2019 a
Chypre	23 octobre 2013	29 août 2017
Tchéquie		12 juillet 2019 a
République démocratique du Congo	9 décembre 2013	
Danemark	7 janvier 2014	
Équateur	25 septembre 2013	15 octobre 2015
Égypte		10 septembre 2020 a
Eswatini		21 septembre 2016 a
Union européenne	20 décembre 2013	24 juin 2016 c
Fidji	11 juillet 2013	24 avril 2019
Finlande	25 septembre 2013	
France	10 janvier 2013	30 novembre 2015
Gabon	10 janvier 2013	1 <sup>er</sup> octobre 2014 A
Gambie		26 septembre 2016 a
Allemagne	1 <sup>er</sup> octobre 2013	31 octobre 2017
Ghana	24 septembre 2013	
Grèce	9 juillet 2013	24 mai 2021
Guinée		9 mai 2017 a
Guinée-Bissau	24 septembre 2013	
Hongrie		23 juin 2020 a
Inde		5 juin 2018 a
Iran (République islamique d')	7 janvier 2014	27 août 2018
Iraq		2 décembre 2015 a
Irlande	20 décembre 2013	
Israël	23 décembre 2013	
Kenya	29 mai 2013	4 mai 2020
Koweït	11 novembre 2013	21 février 2019
Lettonie		4 février 2016 a
Libye	10 janvier 2013	
Lituanie	6 septembre 2013	14 décembre 2016
Luxembourg		25 juillet 2019 a
Madagascar	25 septembre 2013	21 septembre 2017
Mali	8 janvier 2014	17 juin 2016
Malte		2 août 2018 a
Maurice		26 juin 2018 a
Mongolie	1 <sup>er</sup> novembre 2013	8 octobre 2014
Monténégro	1 <sup>er</sup> juillet 2013	11 octobre 2017
Myanmar	10 janvier 2013	
Pays-Bas 1	6 janvier 2014	3 juillet 2020 A
Nicaragua	10 janvier 2013	20 décembre 2013
Niger		12 juillet 2017 a
Nigéria		8 mars 2019 a
Macédoine du Nord	8 janvier 2014	
Norvège	16 octobre 2013	29 juin 2018
Pakistan		29 juin 2018 a

PAYS	DATE DE SIGNATURE	DATE DE RATIFICATION* (OU DE L'ÉQUIVALENT JURIDIQUE)
Panama	10 janvier 2013	23 septembre 2016
Portugal	8 janvier 2014	22 juillet 2015
Qatar	18 Jun 2013	2 juillet 2018
République de Corée	10 janvier 2013	
Samoa		29 juin 2018 a
Arabie saoudite		9 octobre 2015 a
Sénégal		31 août 2016 a
Serbie		30 juin 2017 a
Seychelles		7 janvier 2020 a
Slovaquie		25 septembre 2017 a
Slovénie	6 janvier 2014	
Afrique du Sud	10 janvier 2013	
Espagne		23 décembre 2014 a
Sri Lanka		8 février 2016 a
Soudan	30 septembre 2013	
Suède	6 janvier 2014	9 juillet 2019
République arabe syrienne	10 janvier 2013	
Togo	9 janvier 2014	31 janvier 2018
Tunisie	11 janvier 2013	
Turquie	10 janvier 2013	26 avril 2018
Turkménistan		30 mars 2015 a
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	17 décembre 2013	27 juin 2018
République-Unie de Tanzanie	24 septembre 2013	
Uruguay	10 janvier 2013	24 septembre 2014
Yémen	7 janvier 2014	

Source : Site Web de la Collection des traités des Nations Unies [https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=IND&mtmsg\\_no=IX-4-a&chapter=9&clang=\\_en](https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=IND&mtmsg_no=IX-4-a&chapter=9&clang=_en), consulté le 11 juin 2021).

Certaines Parties ont joint des notes ou déclarations lors de la présentation de leurs instruments en vue de devenir Parties au Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac. Toutes les notes peuvent être consultées à l'adresse suivante : [https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=IND&mtmsg\\_no=IX-4-a&chapter=9&clang=\\_en](https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=IND&mtmsg_no=IX-4-a&chapter=9&clang=_en)



# Remerciements

L'Organisation mondiale de la Santé remercie les personnes suivantes de leur contribution au présent rapport :

**Région africaine de l'OMS :** Esther Njinembo Naye, Nivo Ramanandraibe, Noureiny Tcha-Kondor.

**Région OMS des Amériques :** Francisco Armada Perez, Adriana Bacelar Gomes, Maxime Roche, Rosa Sandoval, Kavita Singh.

**Région OMS de l'Asie du Sud-Est :** Jagdish Kaur, Arvind Rinkoo.

**Région européenne de l'OMS :** Angela Ciobanu, Elizaveta Lebedeva, Kristina Mauer-Stender.

**Région OMS de la Méditerranée orientale :** Fatimah El-Awa, Sophia El-Gohary, Radwa el Wakil, Charles Fraser, Heba Fouad.

**Région OMS du Pacifique occidental :** Melanie Aldeon, Nina Ashley dela Cruz, Mina Kashiwabara, Joung-eun Lee, Angela Pratt, Hai-rim Shin.

**Bureaux de l'OMS dans les pays :** De nombreuses personnes ont consacré du temps et apporté des contributions précieuses au processus de collecte et de validation des données.

**Siège de l'OMS, Genève :** Rebekka Aarsand, Virginia Arnold, Aikaterini Botsiou, Melanie Cowan, Ranti Fayokun, Paul Garwood, Jaimie Guerra, Ni Jin, Kritika Khanijo, Dalia Lourenco Levin, Benn McGrady, Juliette McHardy, Jeremias Paul, Leanne Riley, Kate Robertson, Susannah Robinson, Kerstin Schotte, Moira Sy.

Nous remercions tout particulièrement Adriana Blanco Marquizo, Liu Guangyuan et Kelvin Khow Chuan Heng, du Secrétariat de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, de leur contribution au chapitre sur la Convention, ainsi que de leur contribution globale et de leurs commentaires sur le projet de rapport.

Hebe Naomi Gouda a coordonné l'élaboration du présent rapport.

Amal Amoune-Naal, Miriamjoy Aryee-Quansah, Gareth Burns, Bent Elsnor Jorgensen et Anne Audry Sikanda ont apporté un soutien administratif.

Marine Perraudin était responsable de l'évaluation et de l'analyse de la législation des pays, avec le soutien de Priyanka Dahiya.

La gestion et l'analyse des données, ainsi que la création des tableaux, des graphiques et des annexes ont été assurées par Alison Commar, avec le soutien de Rula Khoury et Sothesuk Kusumpa. Simone St Claire était chargée de la collecte et de la coordination des données sur les médias.

Les estimations de la prévalence ont été calculées par Alison Commar, en collaboration avec Edouard Tursan d'Espagne.

Les données sur le sevrage tabagique ont été évaluées par Dongbo Fu.

Le chapitre sur la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac a été rédigé par Douglas Bettcher et Juliette McHardy en collaboration avec le Secrétariat de la Convention.

Les personnes suivantes ont apporté des contributions précieuses à l'élaboration du chapitre sur les inhalateurs électroniques de nicotine : Indu Ahluwalia, Jessica Barrington-Trimis, Maria Carmona, Frank Chaloupka, Robert Ekford, Karen Evans-Reeves, Stanton Glantz, Ryan Kennedy, Brian King, Matt Myers, Liping Pan, Rebecca Perl, Gan Quan.

D'autres aspects du rapport ont grandement bénéficié des apports d'Anna Gilmore, Louis Laurence et Mateusz Zatonski, de l'Université de Bath. Le chapitre sur la COVID-19 a été examiné par Silvano Gallus et son équipe, de l'Institut Mario Negri de recherche pharmacologique situé à Milan (Italie).

Les analyses des dimensions économiques du tabac aux fins du présent rapport, notamment en matière de taxation et de prix du tabac, ont été fournies par Anne-Marie Perucic, avec le soutien d'Itziar Belausteguigoitia, Annerie Bouw, Mark Goodchild, Roberto Iglesias et Jidapa Sodwatana. Les données sur les taxes et les prix ont été collectées avec le concours de fonctionnaires des ministères des Finances et de la Santé, ainsi que par Luk Joossens et Konstantin Krasovsky.

Nous remercions Jennifer Ellis, Kelly Henning et Adrienne Pizatella, de l'Initiative Bloomberg pour la réduction du tabagisme, de leur collaboration.

Nous remercions également le WHO GIS Centre for Health, qui a fourni les cartes.

Nous tenons par ailleurs à remercier Vital Strategies pour ses conseils en matière de campagnes médiatiques antitabac, et plus particulièrement Rebecca Perl.

Des remerciements particuliers sont également adressés à Campaign for Tobacco Free Kids, en particulier à Kaitlin Donley et Meredith Morgan pour leurs échanges constructifs d'informations et de textes législatifs en matière de lutte antitabac. Nous remercions en outre Rob Cunningham de la Société canadienne du cancer, pour le partage d'informations sur les étiquettes de mise en garde sanitaire.

Nous remercions l'équipe d'Albourn pour la qualité et la rapidité des traductions de textes législatifs, ainsi que l'équipe de traduction de l'OMS, qui apporte un soutien continu à la traduction des résumés dans toutes les langues officielles de l'ONU.

Douglas Bettcher, Ruediger Krech et Vinayak Prasad ont révisé le rapport intégral et fourni les derniers commentaires. Nos éditeurs exceptionnels, Margie Peden et Angela Burton, ainsi que notre concepteur, Optima, méritent des remerciements particuliers pour l'efficacité avec laquelle ils nous ont aidés à terminer la publication du présent rapport dans les délais.

Des remerciements particuliers sont adressés à tous les référents pour le tabagisme des ministères de la Santé qui ont consacré du temps à passer en revue les données relatives à leur pays malgré les pressions associées à la pandémie de COVID-19.

L'élaboration du présent document de l'OMS a bénéficié d'une subvention de Bloomberg Philanthropies. Le contenu du présent rapport relève de la seule responsabilité de l'OMS et ne saurait être considéré comme reflétant le point de vue de Bloomberg Philanthropies.





---

## Photographies et illustrations

### Organisation mondiale de la Santé

- Page 29 – © Photographe : Tom Pictrasik  
Page 31 – © Photographe : Jawad Jalali  
Page 37 – © Photographe : Torgrim Halvari  
Page 38 – © Photographe : Ahmed Zouiten  
Page 40 – © Photographe : Yoshi Shimizu  
Page 49 – © Photographe : Ahmad Yusni Mohammed Said  
Page 57 – © Photographe : Mohamed AlArie  
Page 77 – © Photographe : Tanuir Murad Tapu  
Page 85 – © Photographe : Francisco Guerrero  
Page 91 – © Photographe : Sergey Volkov  
Page 93 – © Photographe : Sergey Volkov  
Page 97 – © Photographe : Arne Hoel  
Page 100 – © Photographe : Samy Rakotoniain  
Page 107 – © Photographe : Diego Rodriguez  
Page 108-109 – © Photographe : Sanjit Das  
Page 118 – © Photographe : Tami Kimelman  
Page 126 – © Photographe : Patrick Brown  
Page 138 – © Photographe : Ishaq Anis  
Page 152 – © Photographe : Gareth Bentley  
Page 178 – © Photographe : Sebastian Liste  
Page 192 – © Photographe : Sebastian Liste  
Page 198 – © Photographe : Rama George-Alleyen  
Page 206 – © Photographe : Samy Rakotoniain

### Autres

- Page 15 – © Organisation mondiale de la Santé  
Page 17 – © Bloomberg Philanthropies  
Page 19 – © Secrétariat de la Convention-cadre de l’OMS pour la lutte antitabac  
Page 61 – © Centre pour un mode de vie sain, Tadjikistan  
Page 63 – © Centre chinois de contrôle et de prévention des maladies, Chine  
Page 67 – © Ministère de la Santé, Éthiopie  
Page 67 – © Ministère de la Santé, Paraguay  
Page 71 – © Ministère de la Santé, Tonga  
Page 71 – © Bureau de pays de l’OMS, Jordanie  
Page 75 – © Ministère de la Santé, Mauritanie  
Page 75 – © Food and Drug Administration, États-Unis d’Amérique  
Page 79 – © Fondation thaïlandaise de promotion de la santé, Bangkok, Thaïlande  
Page 84 – © Ministère de la Santé, Iraq  
Page 85 – © Ville de Rio de Janeiro, Brésil/Vital Strategies  
Page 96 – © Direction des services médicaux et de santé, Uttar Pradesh, Inde  
Page 105 – © Agence d’information indépendante ukrainienne, Ukraine  
Page 106 – © Ministère de la Santé et du Bien-être, Centre national de lutte antitabac, République de Corée

Le Rapport 2021 de l'OMS sur  
l'épidémie mondiale de tabagisme  
a été établi grâce au financement  
de **Bloomberg Philanthropies**

mpower



**Organisation  
mondiale de la Santé**



#beatNCDs

**TOGETHER  
LET'S BEAT  
TOBACCO**

20 Avenue Appia • CH-1211 Genève 27 • Suisse  
[www.who.int/tobacco](http://www.who.int/tobacco)

