



**Programme
de Recherche
EN MATIERE
DE LUTTE
ANTITABAC
en Afrique**

MARS 2020



Session d'élaboration du Programme de recherche

Programme De Recherche
**EN MATIERE DE LUTTE
ANTITABAC EN AFRIQUE**

MARS 2020



Données du catalogage des publications de la bibliothèque du Centre de Lutte Antitabac en Afrique (CLATA) pour soutenir les Etats africains dans le renforcement et le développement des capacités techniques, institutionnelles et intersectorielles en matière de lutte antitabac.

Programme de Recherche en matière de Lutte Antitabac en Afrique

Contenu:

- (1) Présentation du Programme de Recherche en matière de Lutte Antitabac;
- (2) Contexte de la Lutte Antitabac;
- (3) Orientation Stratégique du Programme de Recherche;
- (4) Priorités de la Recherche; et
- (5) Capacités de Recherche en Afrique

ISBN: 978-9970-451-10-4, Centre de Lutte Antitabac en Afrique (CLATA), 2020

Tous droits réservés. Les publications du Centre de Lutte Antitabac en Afrique (CLATA) sont disponibles sur les sites web du CLATA et de l'Ecole de Santé Publique de l'Université Makerere (MakSPH): www.ctc-africa.org & www.musph.mak.ac.ug. Elles peuvent être citées, reproduites ou traduites, en tout ou en partie, à condition que la source soit mentionnée. Ce rapport ne peut être vendu ou utilisé à des fins commerciales.

Les dénominations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent, de la part du CLATA et de MakSPH, aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones ou de leurs autorités, et à la délimitation de leurs frontières.

Toutes les précautions raisonnables ont été prises par le CLATA pour vérifier les informations contenues dans cette publication. Cependant, le support publié est distribué sans aucune garantie, expresse ou implicite, de quelque nature que ce soit. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation du support incombe au lecteur. En aucun cas, le CLATA et MakSPH ne seront responsables des dommages que pourrait causer son utilisation.

CONTENU

<i>Avant Propos</i>	<i>v</i>	
<i>Remerciements</i>	<i>vii</i>	
<i>Liste des Collaborateurs</i>	<i>viii</i>	
<i>Acronymes and Abreviations</i>	<i>x</i>	
1	Presentation du Programme de Recherche en Matiere de Lutte Antitabac	1
2	Contexte de la Lutte Antitabac	3
2.1	L'épidémie du tabagisme	5
2.2	Tabagisme et développement Durable	7
2.3	Tabagisme et Santé	9
2.3.1	Tabagisme et Maladies Non Transmissibles (MNT)	9
2.3.2	Tabagisme et VIH/SIDA	12
2.3.3	Tabagisme et incidence de la tuberculose	13
2.3.4	Tabagisme et santé génésique	14
2.4	Genre, Droits de l'Homme et Tabagisme	14
2.4.1	Genre et Tabagisme	14
2.4.2	Droits de l'Homme et Tabagisme	15
2.5	Efforts de Lutte Antitabac en Afrique	16
2.6	Influence de l'Industrie du Tabac sur la Mise en Ouvre des Politiques	19
2.7	Recherches existantes en Afrique	19

3	Orientation Strategique du Programme de Recherche	24
4	Priorites de la Recherche	30
4.1	Description des priorités de la recherche	31
5	Capacites de Recherche en Afrique	43
5.1	Capacités de recherche en Afrique	44
5.2	Lacunes identifiées en termes de Capacité de Recherche	45
5.3	Renforcement des Capacités de la Recherche en matière de Lutte Antitabac en Afrique	46
	References	48

AVANT PROPOS

Le Centre de Lutte Antitabac en Afrique (CLATA) a pour mandat d'aider les Etats africains à mettre en œuvre des politiques et des programmes complets de lutte antitabac sur la base des données probantes. Pour ce faire, le CLATA, en collaboration avec le monde universitaire, les décideurs et les défenseurs des droits, a élaboré un programme de recherche pour guider la production de connaissances et de preuves nécessaires à la conception des politiques et à la mise en œuvre des programmes. Ce programme de recherche fournit des conseils sur la façon dont les chercheurs africains peuvent produire des preuves afin de mieux cerner la lutte antitabac en Afrique.

Malgré le fait que plus d'un milliard de personnes dans le monde fument et que le tabagisme augmente dans les pays à faible et moyen revenu, les données sont rares en Afrique. Selon une évaluation systématique des conceptions et des méthodes des études utilisées pour évaluer les progrès de la recherche en matière de lutte antitabac en Afrique Subsaharienne (ASS) au cours des 50 dernières années, le continent reste un "désert de la recherche" et il faut investir davantage dans la recherche et la formation en matière de lutte antitabac.

Ce programme de recherche définit ainsi huit priorités de recherche: 1) Modèles, tendances et inégalités du tabagisme et de l'exposition au tabac pour tous les produits du tabac, y compris les nouveaux produits aux niveaux national et régional; 2) Effets du tabagisme et de l'exposition au tabac, et développement durable; 3) Contexte socioculturel du tabagisme; 4) Tabagisme et populations à risque; 5) Analyse, évaluation et mise en œuvre des politiques de recherche; 6) Production de tabac, moyens de subsistance alternatifs et impact environnemental; 7) Industrie du tabac, Suivre du comportement de l'industrie du tabac, y compris les efforts visant à influencer la politique de lutte antitabac; 8) l'économie du tabac et de la lutte antitabac, et les sous-thèmes, et identification des capacités de recherche existantes ainsi que les lacunes, et conseils sur les stratégies de renforcement des capacités en matière de recherche. Il y a bien d'autres éléments clés tels que le plan de mise en œuvre, la méthode de divulgation du Programme et de ses produits, le suivi et l'évaluation du Programme, la coordination et la diffusion.

J'espère que cette compilation du CLATA et de ses partenaires sera utile aux Etats et aux autres acteurs de la LAT pour élaborer et mettre en œuvre des politiques et des programmes de lutte antitabac sur la base des données probantes. Elle a été approuvée par nos collaborateurs de plusieurs institutions, notamment l'Université Makerere, l'Université de Pretoria, l'Université du Cap, l'Université Protestante du Congo,

l'Université du Botswana, l'Université coopérative du Kenya, l'Institut des Affaires Législatives, le Réseau pour la Justice Fiscale du Kenya et l'Institut de Recherche Médicale du Kenya.

Le CLATA reçoit favorablement tout commentaire qui pourrait être utile pour améliorer les versions ultérieures de ce Programme. Veuillez transmettre vos commentaires à l'adresse suivante: ctca@ctc-africa.org

Prof. William Bazeyo

Directeur du Centre de Lutte Antitabac en Afrique

REMERCIEMENTS

Je profite de cette occasion pour remercier l'équipe du CLATA, ainsi que ses partenaires, pour les efforts déployés dans l'élaboration et la finalisation du Programme de Recherche en matière de Lutte Antitabac.

Je remercie tout particulièrement le Groupe de Travail Technique (GTT) composé du Dr Bontle Mbongwe de l'Université du Botswana, du Dr Flavia Senkubuge de l'Université de Pretoria, de M. Zunda Chisha de l'Université du Cap, du Prof. Patrick Shamba de l'Université protestante de la République démocratique du Congo, du Dr Roy William Mayega de l'Université Makerere, de Mme Jane Nabongo de l'Institut de Recherche Médicale du Kenya, M. Tih Ntiabang de l'Alliance de la Convention-cadre, le professeur Jacob Kibwage de l'Université Coopérative du Kenya et M. Jason Braganza du Réseau Africain pour la Justice Fiscale pour leur précieuses contributions à l'élaboration de ce Programme de recherche.

Mes remerciements vont également à l'encontre des examinateurs internationaux, notamment le professeur Mamudu Haddii Mohammed (East Tennessee State University), le Dr Mark Parascandola (National Institute of Health/National Cancer Institute, États-Unis), le professeur Jeffery Drope (American Cancer Society) et le professeur James F. Thrasher de l'Université de Caroline du Sud pour avoir examiné le PRLAT et pour leur soutien technique.

Enfin, le CLATA remercie tous ceux qui ont participé à l'élaboration de ce document d'une manière ou d'une autre, notamment les répondants qui ont rempli le questionnaire en ligne et les participants à l'atelier de formation initiale pour leur soutien et leurs conseils multiformes.

Dr. Jim Arinaitwe

Directeur du Centre de Lutte Antitabac en Afrique

LISTE DES COLLABORATEURS

A. REUNION CONSULTATIVE

1. Jim Arinaitwe
Centre de Lutte Antitabac en Afrique
2. Nazarius Mbona Tumwesigye
Université Makerere
3. Angela Nanyanzi
Centre de Lutte Antitabac en Afrique
4. Florence Kabugo
Centre de Lutte Antitabac en Afrique
5. Bontle Mbongwe
Université du Botswana
6. Omar Ndao
Centre de Lutte Antitabac en Afrique
7. Kellen Nyamurungi
Centre de Lutte Antitabac en Afrique
8. Siaka Coulibaly
Fondation pour le Renforcement des Capacités en Afrique
9. Flavia Senkubuge
Université de Pretoria
10. Jacob Kibwage
Université Coopérative du Kenya
11. Lazarous Nabaho
Institut de Gestion, Ouganda
12. Kenneth Bakaira
Centre de Lutte Antitabac en Afrique
13. Patrick B. Shamba
Université Protestante du Congo
14. Roy William Mayega
Université Makerere
15. Robina Kaitiritimba
Organisation Nationale des consommateurs du secteur de la Santé de l'Ouganda
16. Dorcus Kiptui
Ministère de la Santé, Kenya
17. Jennifer Kalule Musumba
Centre de Lutte Antitabac en Afrique
18. Vincent K. Kimosop
Réseau pour la Justice Fiscale en Afrique
19. Noleb Mugisha
Institut Cancérologique de l'Ouganda
20. Rhoda Wanyenze
Université Makerere
21. William Bazeyo
Université Makerere
22. Barnabus Nawangwe
Université Makerere

B. EQUIPE DE REDACTION

1. Jim Arinaitwe
Centre de Lutte Antitabac en Afrique
2. Flavia Senkubuge
Université de Pretoria
3. Tih Ntiabang
Alliance pour la Convention-cadre
4. Jason R. Branganza
Réseau pour la Justice Fiscale en Afrique
5. Jane Rahadi Ongango
Institut de Recherche Médicale du Kenya
6. Kellen Nyamurungi
Centre de Lutte Antitabac en Afrique
7. Emma Wanyonyi
Institut International des Affaires Législatives
8. Patrick Shamba
Université Protestante du Congo
9. Angela Nyanzi
Centre de Lutte Antitabac en Afrique
10. Roy William Mayega
Université Makerere
11. Bontle Mbongwe
Université du Botswana
12. Zunda chisha
Université de Cape Town
13. Jacob K. Kibwage
Université Coopérative du Kenya

C. EQUIPE DE REVISION

1. Harriet Namata
Centre de Lutte Antitabac en Afrique
2. Anne Petersen Berit
Université Loma Linda
3. Mark Parascandola
Institut National de Santé/Institut National de
Cancérologie
4. Mamudu Haddii Mohammed
East Tennessee State University
5. Jeffery Drop
American Cancer Society
6. James F. Thrasher
Université de Caroline du Sud

ACRONYMES AND ABBREVIATIONS

AACHRD	Comité Consultatif Africain sur la Recherche et le Développement en matière de Santé
ATCLC	Centre d'Apprentissage du Centre de Lutte Antitabac en Afrique
BMGF	Fondation Bill & Melinda Gates
CDC	Centres de Lutte contre les Maladies
CEDAW	Convention sur l'Elimination de toutes les Formes de Discrimination à l'égard des Femmes
CRES	Consortium pour la Recherche Economique et Sociale
CTCA	Centre de Lutte Antitabac en Afrique CLATA
CRC	Convention relative aux Droits de l'Enfant CDE
CSOs	Organisations de la Société Civile OSC
DFID	Département pour le Développement International DDI
EVIPN	Réseaux de Politiques fondées sur des Données Probantes RPDP
FCTC	Convention Cadre sur la Lutte Antitabac CCLAT
GDP	Produit National Brut PNB
GHWs	Alertes Graphiques sur la Santé
HIC	Pays à Revenu Elevé
ICCPR	Pacte International relatif aux Droits Civils et Politiques PIDCP
ICESCR	Pacte International relatif aux Droits Economiques, Sociaux et Culturels PIDESC
IDRC	Collaboration en matière de Recherche sur les Maladies Infectieuses
IMS	Système de Gestion de l'Information SGI
LMIC	Pays à faible et moyen revenu PFMR
MDGs	Objectifs du Millénaire pour le Développement OMD
M&E	Suivi et Evaluation
MakSPH	L'école de Santé Publique de l'Université Makerere
MoU	Protocole d'Accord
NCD	Maladies non Transmissibles MNT

NCI	Institut National de Cancérologie INC
NEPAD	Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique
NIH	Instituts Nationaux de la Santé INS
NHRS	Système de retraite de New Hampshire
PLWHIV	Personnes vivant avec le VIH
PPP	Partenariat public-privé (PPP)
SDG	Objectifs de Développement Durable ODD
SHS	Fumée secondaire
SSA	Afrique Subsaharienne AS
SIDA	Coopération Suédoise au Développement International
TFG	Génération sans tabac GT
TAPS	Promotion et Parrainage de la Publicité du Tabac
TB	Tuberculose
TC	Lutte Antitabac LAT
TCRA	Programme de Recherche en matière de Lutte Antitabac PRLAT
TEM	Modèle d'Epidémie de Tabagisme MET
TI	Industrie du Tabac IT
TII	Interférence de l'Industrie du Tabac IIT
TWG	Groupe de Travail Technique
UDHR	Déclaration Universelle des Droits de l'Homme DUDH
UHC	Objectifs en matière de Soins de Santé Universels OSSU
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	Agence des États-Unis pour le Développement International
OMS	Organisation Mondiale de la Santé OMS



PRESENTATION DU PROGRAMME DE RECHERCHE EN MATIERE DE LUTTE ANTITABAC

La communauté de la lutte antitabac en Afrique convient que la recherche est essentielle pour une politique et une mise en œuvre fondées sur des données probantes. La recherche est tout aussi essentielle pour informer les décideurs politiques et élaborer des politiques, des stratégies, des programmes et des interventions pratiques de lutte antitabac sur la base des données probantes. Cependant, la situation actuelle est telle que les recherches sur la base desquelles sont élaborées les politiques dans la région sont soit minables, soit menées par des partenariats internationaux pour répondre aux besoins spécifiques à leurs besoins. Bien que très utiles, elles se limitent aux données de surveillance et de prévalence, lesquelles ne sont même pas disponibles pour tous les pays d'Afrique. Le plus inquiétant est que les données sur la prévalence chez les jeunes sont encore plus limitées en ce qui concerne le tabagisme et le marketing agressif accru de l'industrie du tabac chez les jeunes en Afrique.

Alors que la prévalence du tabagisme a diminué au niveau mondial, elle est en augmentation en Afrique et dans les régions de la Méditerranée orientale. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) prévoit une augmentation du tabagisme de plus de 37% dans de nombreux pays de la région d'ici 2025. Il s'agira de la croissance la plus rapide au niveau mondial.

Il est donc urgent de mettre en place un programme de recherche en matière de lutte antitabac qui définisse les domaines de recherche prioritaires, la coordination et le réseautage des institutions et des partenaires de recherche dans la région.

Pour riposter à cette épidémie croissante de tabagisme sur le continent, il faudra des preuves locales pour plus de sensibilisation et pour formuler efficacement une réponse adaptée pour une Afrique sans tabac. Un certain nombre de lacunes ont été identifiées dans la mise en œuvre de la politique de lutte antitabac, ce qui nécessite une approche harmonisée pour générer des preuves locales essentielles pour une riposte efficace. Parmi les lacunes, il y a (1) le manque de preuves locales pour formuler les meilleures pratiques en vue de l'adoption et de la mise en œuvre des politiques; (2) une faible capacité de recherche en matière de lutte antitabac, en particulier dans des domaines autres que la santé telles que l'économie, l'analyse et l'évaluation des politiques; (3) des plates-formes inappropriées de communication, de diffusion et de partage des meilleures pratiques en matière de lutte antitabac en Afrique; et (4) la nécessité de concentrer le financement de la recherche sur les domaines hautement prioritaires de la lutte antitabac.

Le Programme de Recherche en matière de Lutte Antitabac en Afrique (PRLATA) comble ces lacunes en matière de recherche en définissant un cadre de recherche qui identifie les priorités de recherche ainsi que les capacités et les lacunes existantes, en fournissant des documents aux parties prenantes et aux équipes de recherche existantes, ainsi qu'un guide pour la coordination de la recherche au niveau régional et national et en identifiant les mécanismes qui rassemblent les décideurs politiques et les chercheurs afin de partager les informations et de traduire les résultats de la recherche en actions. La lutte antitabac est dynamique et nécessite donc des données actualisées pour s'adapter à l'évolution de l'environnement et à la nature dynamique du cadre de mise en œuvre.

Ce programme de recherche devrait donc guider en permanence la recherche en matière de lutte antitabac et fournir une plate-forme permettant de réunir les acteurs afin d'élaborer des programmes fondés sur des données probantes. Comme résultats attendus, il y a entre autres une réduction de la consommation du tabac et d'autres substances afin d'en prévenir l'usage, de réduire les risques, les effets et les coûts y relatifs à l'avenir. Toutes ces activités devraient accélérer la mise en œuvre 1) de la Convention-cadre de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la lutte antitabac afin de réaliser les Objectifs du Droit Universel à la Santé; 2) des Objectifs de Développement Durable des Nations unies; 3) des Objectifs de Soins de Santé Universels tels que la promotion de la santé et du bien-être dans le monde; et 4) des Objectifs relatifs aux Maladies non Transmissibles. De même, le Programme de Recherche aidera les Parties Africaines à la Convention-cadre de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la lutte antitabac à remplir leurs obligations, conformément à l'article 20.

2

CONTEXTE DE LA LUTTE ANTITABAC

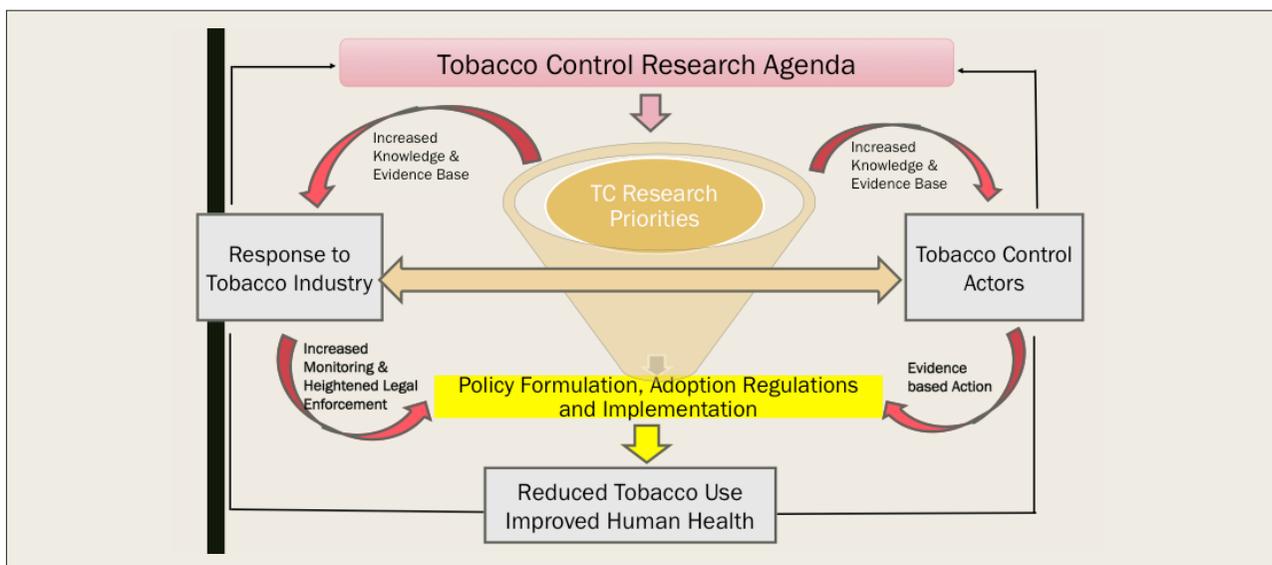
Plus d'un milliard de personnes dans le monde fument - et le tabagisme augmente dans les pays à faibles et moyens revenus. Malgré cela, il existe encore peu de données sur le phénomène du tabac en Afrique. Selon une évaluation systématique des conceptions et des méthodes des études visant à évaluer les progrès de la recherche sur la lutte antitabac en Afrique subsaharienne (ASS) au cours des 50 dernières années, l'ASS reste un "désert de la recherche" et il faut investir davantage dans la recherche et la formation en matière de lutte antitabac (Mamudu et al, 2018). Toutefois, comme l'a démontré Mamudu et al, 2018, la plupart des efforts de recherche se sont concentrés sur la surveillance, en fournissant des données sur la prévalence et le suivi des politiques, alors qu'il y a eu très peu d'activité sur la recherche scientifique liée à la mise en œuvre de la LAT, y compris le développement et l'essai des modèles scientifiques qui fonctionnent en Afrique.

L'article 20 de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLAT) oblige les parties à élaborer, promouvoir et coordonner des programmes de recherche; à mener des recherches et des évaluations scientifiques susceptibles de fournir des preuves pour soutenir la mise en œuvre de la politique de lutte antitabac. Les politiques et réglementations en matière de lutte antitabac sont au cœur de la protection des êtres humains contre les méfaits du tabagisme et de l'exposition à la fumée secondaire. L'amélioration des connaissances et de la base de données probantes est un facteur qui permet de catalyser la formulation, l'adoption, la réglementation et la mise en œuvre des politiques de lutte antitabac (schéma 1). Cependant, avant l'utilisation des preuves pour informer les politiques et les administrations en charge de la réglementation, elles se heurtent souvent à l'inertie ou à la résistance de l'industrie du tabac qui, à son tour, retarde, déforme et perturbe la riposte, décourageant ainsi les acteurs de la lutte antitabac. Il est donc impératif d'identifier les priorités de recherche qui permettent aux acteurs de la lutte antitabac d'agir et de contrer l'influence de l'industrie du tabac afin de promouvoir la santé publique.

La lutte antitabac est dynamique et nécessite donc des données actualisées pour s'adapter à l'évolution de l'environnement et à la nature dynamique du cadre de mise en œuvre. Le Programme de Recherche en matière de Lutte Antitabac en Afrique (PRLATA) comble ces lacunes en matière de recherche en définissant un cadre de recherche qui identifie les priorités de recherche ainsi que les capacités et les lacunes existantes, en fournissant des documents aux acteurs et aux équipes de recherche existantes, ainsi qu'un guide pour la coordination de la recherche au niveau régional et national et en identifiant les mécanismes qui rassemblent les décideurs politiques et les chercheurs afin de partager les informations et de traduire les résultats de la recherche en actions.

Ce PRLAT permettra donc d'innover dans la recherche, où les chercheurs seront soutenus pour mener des recherches innovantes et fournir des idées pertinentes pour mieux prévenir et lutter contre le tabagisme et les MNT. Cela permettra à l'Afrique de générer des idées et des solutions innovantes pour résoudre les problèmes africains. Compte tenu du nombre limité de produits de la recherche qui concernent actuellement l'Afrique, le programme de recherche proposé vise à fournir un cadre permettant aux pays africains de donner la priorité à la recherche et de mettre en œuvre des politiques de lutte antitabac fondées sur des données probantes. En outre, la mise en œuvre du PRLAT offrira des plateformes où les chercheurs pourront démontrer la valeur de la recherche aux décideurs politiques. Plus important encore, le programme pourrait accroître les produits de la recherche sur le continent, et par conséquent, renforcer la représentation et la participation de l'Afrique dans les forums mondiaux de la recherche, où elle pourra partager en toute sérénité l'"histoire de l'Afrique".

GRAPHIQUE 1: Programme de Recherche en matière de Lutte Antitabac en Afrique: Cadre conceptuel



2.1 L'épidémie du tabagisme

De nombreux pays africains se trouvent dans la première phase du Modèle d'Epidémie de Tabagisme (MET). Ils présentent une prévalence relativement faible du tabagisme et des maladies induites par le tabac ainsi que des écarts importants dans les taux de tabagisme chez les hommes et les femmes, mais des signes d'une augmentation rapide du tabagisme (Thun et al. 2012). Le tabagisme reste un facteur important dans la transition épidémiologique des maladies transmissibles vers les maladies non transmissibles en Afrique. Selon l'OMS, les décès en Afrique dus aux maladies infectieuses, aux conditions maternelles et périnatales et aux carences nutritionnelles combinées augmenteront de 6% au cours des dix prochaines années, alors que les décès dus aux maladies non transmissibles augmenteront de 27%.

La prévalence du tabagisme chez les adultes en Afrique est estimée à 5%-45%. Il est alarmant de constater que 17% des enfants de 13 à 15 ans de la région consomment déjà des produits du tabac, une statistique qui correspond à la moyenne mondiale (OMS 2008b). On estime que la prévalence du tabagisme dans la région augmentera de près de 39% d'ici 2030, passant de 15,8% en 2010 à 21,9% en 2030. Il s'agit de la plus forte augmentation régionale prévue dans le monde (Blecher et Ross, 2013; Méndez et al. 2013).

Une analyse récente de la demande de cigarettes dans 22 pays africains, qui représentent 80% de la population en Afrique, a révélé que la demande de cigarettes a augmenté de 44%, passant de 165,6 milliards en 1990 à 238,5 milliards de cigarettes d'ici 2012. Cette demande accrue est due à une augmentation de 106% de la production de cigarettes dans ces 22 pays au cours de la même période. Etant entendu que la production est plus forte que la demande, l'Afrique était obligée d'exporter des cigarettes. Dans le même temps, il y avait plus de concentration de la production de cigarettes car l'industrie du tabac a stratégiquement identifié certains pays comme centres de production (Vellios et al. 2018). La prévalence du tabagisme varie considérablement selon l'âge, le sexe et le pays, comme le résume le tableau 1.

TABLEAU 1: Prévalence du tabagisme en Afrique

Pays	Jeunes		Adultes		Non fumeurs
	Garçons	Filles	Hommes	Femmes	
Algérie	1.73	0.42	17.5	2.2	5.7
Angola	0.6	0.31	14.2	1.6	1.4
Benin	0.43	0.14	8.6	1	5
Botswana	1.31	0.84	25.4	3.5	3.9
Burkina Faso	0.72	0.35	30.5	3.5	8.9

Pays	Jeunes		Adultes		Non fumeurs
	Garçons	Filles	Hommes	Femmes	
Burundi	0.39	0.13	9.7	0.9	9
Cap Vert	0.42	0.3	17.6	2.6	4.7
Cameroun	0.46	0.14	9.1	0.5	3
République Centrafricaine (RCA)	0.47	0.28	11.6	1.4	n/a
Tchad	0.43	0.18	11.5	1.9	3.5
Comores	0.58	0.24	19	4.3	5.4
Congo, RDC	0.55	0.11	14.1	0.9	9.7
Congo, Brazzaville	0.38	0.25	30.5	1.1	5.2
Cote d'Ivoire	0.42	0.16	14.2	1.4	1.2
Djibouti	1.44	0.4	21.6	2.8	n/a
Egypte	0.79	0.13	44.5	0.1	0.7
Guinée Equatoriale	0.51	0.38	8.6	1.2	1.7
Erythrée	0.41	0.16	10.2	0.6	2.2
Eswatini (ex Swaziland)	0.54	0.23	9.5	0.8	2.2
Ethiopie	0.2	0.08	6.2	0.2	0.8
Gabon	0.89	0.47	14.7	2.2	1.2
Gambie	1.35	0.13	19.3	0.8	1.1
Ghana	0.17	0.21	9.5	0.3	0.7
Guinée	0.65	0.25	6.9	1.4	1.4
Guinée-Bissau	0.9	0.18	11.4	1	n/a
Kenya	0.51	0.15	14.9	1	3.6
Lesotho	2.04	0.41	42.3	0.3	10.5
Liberia	0.24	0.1	21.4	1.7	2.1
Libye	0.62	0.27	24.8	0.4	1.2
Madagascar	0.77	0.26	19	0.15	22.1
Malawi	0.43	0.09	16.7	3	0.4
Mali	0.55	0.13	30.8	2.3	3.1
Mauritanie	1.41	0.85	41.1	2.9	16.9

Pays	Jeunes		Adultes		Non fumeurs
	Garçons	Filles	Hommes	Femmes	
Ile Maurice	2.33	0.46	30.2	1.5	n/a
Maroc	0.52	0.23	38.3	0.8	n/a
Mozambique	0.6	0.1	21.7	3.6	6.9
Namibie	1.42	1.21	29.6	7.8	2.1
Niger	0.48	0.21	13.4	0.1	3.5
Nigeria	0.17	0.06	13.7	0.8	1.9
Rwanda	0.53	0.14	12.4	3.8	2
Sao Tomé et Principé	0.27	0.13	6.2	1	2.8
Sénégal	0.54	0.22	9.7	0.3	0.7
Seychelles	1.09	0.66	33.9	6.4	0.3
Sierra Léone	0.74	0.26	44.1	7.9	7.5
Somalie	0.61	0.24	13.1	1.6	n/a
Afrique du Sud	1.68	0.81	26.5	5.5	6.8
Soudan du Sud	0.63	0.24	13.3	1.7	n/a
Soudan	0.39	0.45	1.3	0.4	13.5
Tanzanie	0.38	0.15	19.8	2.2	2.5
Togo	0.22	0.16	9.2	1.1	3.6
Tunisie	1.51	0.27	36.1	3	5.4
Ouganda	0.69	0.43	9.8	1.3	3.7
Zambie	0.58	0.29	16	2.5	0.5
Zimbabwe	0.7	0.03	20.5	1.3	1

Source: Tobacco Atlas, 6ème Edition

2.2 Tabagisme et développement Durable

Alors que les revenus augmentent pour une population croissante en Afrique, la consommation de tabac doublera dans les années à venir si des mesures fortes de lutte antitabac ne sont pas mises en œuvre. Il faut contextualiser les problèmes socioculturels liés à la consommation de tabac en Afrique, notamment les perceptions et les normes profondément enracinées et la manière dont elles déterminent la consommation.

On sait que le tabac constitue une menace pour le développement car il est la première cause de décès évitable dans le monde. La consommation de tabac affecte de nombreux aspects du développement, notamment la pauvreté, la santé mentale et la mortalité prématurée due aux maladies non transmissibles. Ces liens sont visibles à travers les références au tabagisme dans le cadre de la CCLAT de l'OMS, les Objectifs de Développement Durable (ODD) (OMS 2017a) et les initiatives pour les Soins de Santé Universels (SSU). Les associations vont de l'impact du tabac sur la morbidité et la mortalité à l'agriculture et l'environnement, (article 17 & 18 de la CCLAT de l'OMS) et aux objectifs des OMD (1, 2, 3, 4, 5, 13 & 17). Les Soins de Santé Universels (SSU) offrent une plate-forme pour un éventail complet de services de soins de santé essentiels de qualité, allant de la promotion, la prévention, le traitement, la réhabilitation aux soins palliatifs. La CCLAT de l'OMS prévoit en outre une surveillance/évaluation du partage des informations (articles 20, 21 et 22).

Selon les tendances actuelles, la population africaine devrait passer de 1,2 milliard d'habitants en 2015 à 1,7 milliard en 2030 et à 4,2 milliards (soit 40% de la population mondiale) en 2100, l'augmentation la plus forte étant enregistrée en Afrique de l'Est et en Afrique de l'Ouest, bien que la population soit de qualité inférieure et moins productive (UNICEF 2014). En l'absence de politiques appropriées de lutte antitabac, y compris les stratégies de prévention sur l'ensemble du continent, l'Afrique perdra des millions de vies au cours de ce siècle à cause du tabagisme (Blecher et Ross 2013).

Les coûts économiques nets du tabac sont très négatifs: les coûts du traitement, de la mortalité et de l'invalidité dépassent les estimations des avantages économiques pour les producteurs et les consommateurs d'au moins 200 milliards de dollars américains par an, un tiers de cette perte étant supporté par les pays en développement. Il y a actuellement environ 800 millions de fumeurs dans les pays en développement, et ce nombre continue d'augmenter, la moitié des hommes et près de 10% de femmes dans les pays en développement étant censés fumer.

En outre, les conditions de santé et les facteurs de risque liés au mode de vie sont associés à la perte de productivité sur le lieu de travail et rappellent l'importance de maintenir une population en bonne santé (Mitchell et Bates, 2011). Chaque année, trois millions des 30 millions de décès des adultes dans le monde sont imputables au tabac. En termes de tendances actuelles du tabagisme, d'ici 2025 environ, ce nombre annuel passera à 10 millions de décès, dont sept millions dans les pays en développement. De plus, chaque tranche de 1 000 tonnes de production de tabac entraînera à terme environ 1 000 décès;

Lors du sommet sur le financement du développement qui s'est tenu à Addis-Abeba en 2015, les leaders du monde entier et les ministres des finances et du développement ont convenu que "les mesures relatives aux prix et aux taxes sur le tabac pourraient constituer un moyen efficace et important de réduire la

consommation de tabac et les coûts des soins de santé. Elles représentent également une source de revenus pour le financement du développement dans de nombreux pays. La hausse des prix du tabac décourage également les jeunes de commencer à fumer, encourage les fumeurs à arrêter et génère des revenus importants. Selon un rapport récent de l'OMS, la lutte antitabac peut être mise en place en Afrique pour un coût de seulement 0,11 dollar américain par personne et par an (OMS 2011). Même ce faible chiffre est surestimé si l'on considère le potentiel de génération de revenus de l'une des mesures de la CCLAT de l'OMS, notamment la taxation du tabac. On estime que les Etats perçoivent déjà chaque année près de 270 milliards de dollars américains en recettes de taxes sur le tabac (NCI Manographe 21), et pourtant l'Afrique est à la traîne par rapport à la CIH. Dans ces pays, la part de la taxe totale dans le prix des cigarettes varie considérablement, alors que les taxes représentent près de 65% du prix (OMS 2015a). Bien que la CCLAT de l'OMS et les ODD aient souligné l'impact d'une augmentation des taxes sur le tabac, la plupart des pays africains ont pris du retard dans la mise en œuvre de cette mesure politique. Le coût de l'inaction face au tabagisme en Afrique devrait atteindre des niveaux ingérables au cours des dix prochaines années. Il y a un manque de compréhension des facteurs qui poussent à l'utilisation de nouveaux produits du tabac en Afrique, ce qui permettrait de définir clairement les politiques et les programmes nécessaires en Afrique.

2.3 Tabagisme et Santé

Les discussions sur la consommation de tabac et la lutte antitabac, ainsi que les analyses de la situation en Afrique, en Asie et en Amérique latine ont permis de constater que le VIH et le tabac sont les deux seules grandes causes sous-jacentes de décès prématuré qui augmentent considérablement. Les statistiques sont alarmantes. En effet, environ 200 millions d'enfants et d'adolescents seront, selon les graphiques actuelles sur la consommation de tabac, tués à terme par le tabagisme. La dépendance commence généralement avant la vie adulte. Fumer pendant la grossesse réduit considérablement le poids du bébé à la naissance, et un faible poids à la naissance est fortement associé à la mortalité infantile et à la maladie. Le tabagisme des parents augmente l'incidence des infections respiratoires aiguës et de l'asthme chez les enfants. Les femmes et les jeunes des pays en développement sont considérés comme un marché florissant pour le tabac.

2.3.1 Tabagisme et Maladies Non Transmissibles (MNT)

Le tabagisme est reconnu comme l'un des principaux facteurs de risque modifiables communs pour les maladies non transmissibles et l'un des 6 objectifs du plan d'action 2008-2013 de l'OMS pour la stratégie mondiale de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles demeure la réduction du tabagisme. Il cause un préjudice socio-économique important dans tous les pays, en particulier dans les

pays en développement (Douglas Bettcher, Directeur de l'Initiative pour un monde sans tabac de l'OMS; troisième réunion sur les Droits de l'Homme et le Tabac).

Selon le rapport mondial 2010 sur les Maladies Non Transmissibles (MNT), celles-ci sont la principale cause de décès dans le monde (Marquez et al. 2013). Il indique que plus de 36 millions de personnes sont mortes de maladies non transmissibles, en particulier des maladies cardiovasculaires (48%), de cancers (21%), de maladies respiratoires chroniques (12%) et de diabète (3%). Les décès prématurés dus aux maladies non transmissibles représentaient 22% des hommes et 35% des femmes dans les pays à faible revenu (OMS 2012a). Le tabagisme est associé à un risque accru de décès dû à des maladies transmissibles, notamment la tuberculose, le VIH et les complications liées à la santé génésique, y compris la mortalité, le faible poids à la naissance, les malformations congénitales, la mort attribuée au syndrome de la mort subite du nourrisson. Le tabagisme est à l'origine d'un décès sur six en ce qui concerne les maladies non transmissibles. Le tableau 2 présente l'état des maladies non transmissibles en Afrique.

TABLEAU 2: MNT en Afrique

Pays	Mortalité proportionnelle des MNT (%)							
	Cancers	Cas de problèmes respiratoires	Cas de diabète	Maladies cardiovasculaires	Conditions transmissibles, maternelles, périnatales et nutritionnelles	Blessures	Autres MNT	Total des décès suite aux MNT
Algérie	13	3	4	36	15	10	19	76
Angola	4	2	1	10	63	9	11	27
Benin	4	2	2	14	54	10	14	36
Botswana	7	4	6	18	46	8	10	46
Burkina Faso	5	2	1	13	56	11	12	33
Burundi	7	2	1	12	56	12	10	32
Cap Vert	11	4	5	36	20	10	15	70
Cameroun	5	2	2	12	54	11	14	35
République Centrafricaine (RCA)	4	2	1	11	64	10	8	26
Tchad	26	6	5	27	63	9	21	27
Comores	8	2	2	17	47	11	12	42
Congo, RDC	5	2	1	10	62	10	10	28

Pays	Mortalité proportionnelle des MNT (%)							
	Cancers	Cas de problèmes respiratoires	Cas de diabètes	Maladies cardiovasculaires	Conditions transmissibles, maternelles, périnatales et nutritionnelles	Blessures	Autres MNT	Total des décès suite aux MNT
Congo, Brazzaville	5	2	2	14	55	10	12	35
Cote d'Ivoire	4	2	2	15	52	10	14	37
Djibouti	7	2	2	19	45	10	14	44
Egypte	13	4	3	40	10	6	24	84
Guinée Equatoriale	4	2	3	13	53	11	14	36
Eritrée	8	3	3	19	43	12	12	45
Eswatini (ex Swaziland)	6	3	6	13	54	10	10	37
Ethiopie	7	2	2	16	49	12	12	39
Gabon	5	2	3	17	50	9	14	41
Gambie	4	2	1	14	55	11	12	34
Ghana	5	2	3	19	48	10	13	43
Guinée	4	3	2	15	56	9	12	35
Guinée-Bissau	4	2	2	13	62	8	10	30
Kenya	10	1	1	8	63	10	8	27
Lesotho	4	4	4	14	59	8	7	32
Liberia	5	1	2	13	59	10	10	31
Libye	12	3	4	35	8	20	18	72
Madagascar	10	4	1	20	60	9	8	32
Malawi	10	2	1	10	60	9	9	32
Mali	4	3	1	12	61	9	10	30
Mauritanie	5	2	2	16	53	9	13	37
Iles Maurices	12	9	24	33	6	5	11	89
Maroc	14	4	6	38	14	6	18	80
Mozambique	8	1	1	9	65	8	7	27

Pays	Mortalité proportionnelle des MNT (%)							
	Cancers	Cas de problèmes respiratoires	Cas de diabètes	Maladies cardiovasculaires	Conditions transmissibles, maternelles, périnatales et nutritionnelles	Blessures	Autres MNT	Total des décès suite aux MNT
Namibie	5	4	4	17	49	10	10	41
Niger	3	2	1	11	63	10	10	27
Nigeria	4	2	1	11	63	8	12	29
Rwanda	13	3	2	14	42	14	13	44
Sao Tomé et Príncipe	10	7	1	18	34	11	19	55
Sénégal	6	3	2	17	46	12	13	42
Seychelles	18	4	3	34	12	7	22	81
Sierra Léone	3	2	2	14	58	9	12	33
Somalia	4	1	1	10	64	12	8	24
South Africa	10	4	7	19	40	9	11	51
Sud Sudan	7	2	1	10	63	9	8	27
Soudan	6	3	2	28	35	13	12	52
Tanzanie	7	2	2	13	56	11	10	33
Togo	5	3	2	16	52	11	12	38
Tunisie	12	4	5	44	8	6	21	86
Ouganda	9	2	2	10	54	13	11	33
Zambie	6	2	1	10	61	10	10	29
Zimbabwe	7	2	3	11	55	12	10	33

Synthèse du Rapport de l'OMS sur les profils des pays à MNT, 2018.

2.3.2 Tabagisme et VIH/SIDA

Bien que la prévalence du tabagisme ait diminué dans certaines régions, la proportion de fumeurs séropositifs reste élevée et doublera chez les populations en général (Diaz et Ferketich, 2018). Le fait d'être atteint du VIH/SIDA est associé à une prévalence plus élevée du tabagisme et à de moins bons résultats en ce qui concerne les infections opportunistes associées au VIH, notamment des résultats de traitement et

de survie médiocres (Van Zyl Smit et al. 2010). Le taux de tabagisme actuel chez les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) est 2 à 3 fois supérieur à celui de la population générale, ce qui augmente plus la morbidité et de la mortalité non liées au SIDA chez les PVVIH (Giles et al. 2018). Si les PVVIH sont plus susceptibles de fumer que leurs homologues non infectés par le VIH, on sait peu de choses sur les comportements tabagiques en Afrique subsaharienne (Mitton et al. 2018, Kruse et al. 2014). Des relations similaires entre le tabagisme et VIH sont moins bien cernées dans les milieux à faibles revenus. La relation entre le VIH et le tabagisme ne fait pas vraiment l'objet des études en Afrique subsaharienne, où les schémas de consommation de tabac et la prévalence du VIH sont très différents de ceux des autres régions du monde.

Les fumeurs vivant avec le VIH/SIDA meurent plus tôt que leurs homologues non-fumeurs. De même, les personnes vivant avec le VIH ont 12% plus de chances de fumer et 34% plus de chances de consommer du tabac sans fumée que les personnes séronégatives en Afrique. Le fait d'être séropositif est associé à une plus grande probabilité de fumer des cigarettes en Afrique subsaharienne (Murphy et al. 2019). La surmortalité des fumeurs est multipliée par trois et le risque de décès lié à la consommation de tabac, imputable à la population, est doublé chez les patients séropositifs par rapport à la population de référence. La consommation de tabac affaiblit le système immunitaire et rend l'organisme à la merci des infections liées au VIH. Il interfère avec le métabolisme des médicaments par le foie, ce qui affaiblit le fonctionnement de ce dernier. Les personnes atteintes du VIH/SIDA qui fument développent plus facilement plusieurs infections opportunistes telles que le muguet, la leucoplasie buccale, la pneumonie bactérienne et la pneumonie à pneumocystis que les non-fumeurs (Helleberg et al. 2012).

2.3.3 Tabagisme et incidence de la tuberculose

Il existe suffisamment de preuves pour confirmer l'association entre le tabagisme et la tuberculose (TB) (OMS 2007). L'OMS estime que plus de 20% de l'incidence mondiale de la tuberculose est attribuable au tabagisme, ce qui fait du tabac un facteur de risque majeur pour la tuberculose. Il a été démontré que les régions à forte prévalence de tabagisme présentent une prévalence tout aussi élevée de tuberculose active avec une activation phénoménale de la tuberculose latente. On estime, en outre, que le tabagisme augmente le risque de contracter la tuberculose de plus de deux fois et demie. Une vaste étude de la population à Taïwan a indiqué que le tabagisme double le risque de tuberculose récurrente et a recommandé l'inclusion de mesures efficaces de sevrage tabagique dans les programmes de lutte contre la tuberculose (Yen et al. 2014).

2.3.4 Tabagisme et santé génésique

Le tabac affecte la fertilité des hommes et des femmes. Selon une étude de Weisberg (1985), le tabagisme réduit la fertilité des femmes. Les femmes fumeuses ont tendance à mettre plus de temps à concevoir que les femmes qui ne fument pas, et les fumeuses risquent davantage de ne pas pouvoir tomber enceintes du tout. La consommation de tabac pendant la grossesse augmente le risque d'avortements spontanés, d'accouchement prématuré, de mortinatalité, d'infertilité et d'avoir des enfants de faible poids à la naissance. Le tabac contient de la nicotine et du goudron, des substances qui affectent les vaisseaux sanguins qui alimentent le placenta, entraînant ainsi une sous-alimentation du fœtus. Les autres complications sont le décès néonatal et les effets à long terme sur les enfants survivants, notamment les handicaps à long terme tels que la paralysie cérébrale, la déficience intellectuelle et les problèmes d'apprentissage. Les femmes enceintes qui fument sont plus susceptibles de connaître des grossesses extra-utérines, des saignements vaginaux, un décollement du placenta et un placenta praevia (Weisberg 1985).

Chez les hommes, des études ont montré que ceux dont la mère a fumé pendant sa grossesse risquent d'avoir des testicules plus petits (Virtanen et al. 2012), une concentration moyenne de sperme plus faible et une petite quantité de spermatozoïdes (Jensen et al. 2005). La quantité de spermatozoïdes chez les hommes fumeurs est plus petite que chez les non-fumeurs, et leur sperme contient une proportion plus élevée de spermatozoïdes malformés, ils souffrent de dysfonctionnement érectile et d'impuissance (Ramlau-Hansen et al. 2006; Gaur, et al. 2007; Schilling et al. 2012, Harlev et al. 2015).

Bien que l'Afrique n'en soit qu'au début de l'épidémie de tabagisme (Lopez et al. 1994; Thun et al. 2012), la prévalence est en augmentation chez les jeunes (Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, 2014). Il est donc impératif d'investir dans la lutte antitabac (LAT) pour éviter une épidémie à grande échelle en Afrique. Avec une charge élevée de maladies transmissibles, le manque de contrôle des MNT induites par le tabac pourraient réduire les efforts sur les maladies transmissibles et susciter une double tragédie. Les conséquences de l'épidémie de tabagisme en Afrique seront exacerbées par une croissance démographique rapide qui, bien que ralentissant, est parmi les plus élevées au monde.

2.4 Genre, Droits de l'Homme et Tabagisme

2.4.1 Genre et Tabagisme

L'exposition au tabac est disproportionnée dans les différentes couches de la société, et le genre interagit avec la classe sociale, la profession, l'âge, l'ethnie autochtone, la situation géographique, pour reproduire et renforcer les niveaux de risque; l'exposition au tabac est liée aux notions de masculinité et à l'évolution

des notions de féminité; les services du système de santé (accès aux soins; qualité des soins reçus; sexe des soignants) sont influencées par le genre. Malgré cela, une grande partie de la recherche sur la lutte antitabac et de nombreux programmes et politiques de lutte antitabac ne tiennent pas compte du genre, ce qui fait qu'il manque un déterminant clé non seulement du risque, mais aussi des interventions efficaces.

Le genre est un déterminant important des inégalités en matière de santé dans trois domaines interliés: l'intersection du genre et d'autres déterminants sociaux de la santé; l'impact du genre sur les comportements de santé (protecteurs ou à risque); et la nature sexo-spécifique des réponses du système sanitaire. Ces trois domaines sont pertinents pour la lutte antitabac (Hawkes et Buse, 2018), sans préjudice des exigences d'égalité, de non-discrimination et de responsabilité (approche fondée sur les Droits de l'Homme; www.who.int/hhr/en).

Bien que la consommation de tabac soit principalement liée au genre, les hommes étant plus nombreux que les femmes à en consommer, les tendances actuelles révèlent une autre dimension, à savoir que les femmes consomment plus de tabac en raison du marketing agressif de l'industrie du tabac. Toutefois, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à être exposées à la fumée secondaire. Il est donc nécessaire de mener davantage de recherches sur le contexte du genre pour orienter la mise en œuvre des programmes et des politiques stratégiques en Afrique.

2.4.2 Droits de l'Homme et Tabagisme

Les droits de l'Homme ont été universellement définis avec la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme (DUDH) en 1948, qui mentionne spécifiquement la santé et le bien-être d'une personne et sa capacité à accéder aux soins médicaux et aux services sociaux nécessaires (DUDH 1948). Les Droits de l'Homme ont été établis pour protéger des valeurs fondamentales telles que la capacité de vivre, d'avoir une famille et d'être à l'abri de traitements cruels. Il existe une pléthore de déclarations universelles et de pactes, conventions et traités internationaux qui encouragent les droits civils et politiques, les droits économiques, sociaux et culturels, les droits de l'enfant et ceux qui éliminent la discrimination à l'égard des femmes.

La CCLAT de l'OMS a été conçue sur la base des conventions internationales sur les Droits de l'Homme élaborées antérieurement. Une approche de la lutte antitabac fondée sur les Droits de l'Homme pourrait fournir de nouvelles approches à cet effort. Dans la DUDH et les conventions qui ont suivi, le droit à la vie, à la santé, à un environnement sain sont quelques-unes des constructions qui peuvent servir de base au droit à la lutte antitabac. Cela imposerait à l'État une obligation correspondante de rechercher divers moyens de diminuer la consommation de tabac. De même, les dangers que représente la fumée

secondaire pour les non-fumeurs peuvent être interprétés comme une atteinte aux droits d'un non-fumeur. Le tabagisme actif fait plus de 7 millions de victimes par an, dont 890 000 décès par an dus à la fumée secondaire, principalement les femmes et les enfants. Compte tenu de ces faits de tabagisme actif et d'exposition à la fumée secondaire, les droits fondamentaux à la vie et à la santé sont violés. Les droits à la vie et à la santé, reconnus dans la CCLAT de l'OMS, peuvent donc mériter une protection supplémentaire des individus, y compris des enfants et des femmes, contre le tabagisme actif et l'exposition au tabagisme passif, qui ont tous deux des effets dévastateurs sur la santé, entraînant morbidité, handicap et mortalité.

Il est cependant clair que le lien entre les Droits de l'Homme et le tabagisme est encore peu étudié et qu'il faut donc redoubler d'efforts pour essayer d'orienter les décideurs politiques sur la manière d'intégrer les droits de l'homme dans les politiques et programmes de lutte antitabac. Le PRLAT va également soutenir les efforts visant à intégrer les Droits de l'Homme dans les questions liées au tabac, les efforts de sensibilisation de manière à reconnaître les cadres juridiques des Droits de l'Homme dans chaque pays.

2.5 Efforts de Lutte Antitabac en Afrique

Quarante-six pays africains ont signé et ratifié la CCLAT de l'OMS et plusieurs de ces pays ont formulé et mis en œuvre des politiques de LAT. Trente-cinq des 54 Etats africains disposent d'agences nationales de lutte antitabac, dont les effectifs varient de 0,5 à 58 équivalents à temps plein. Chaque pays africain dispose d'un point focal pour la lutte antitabac au sein du Ministère de la Santé. Une grande majorité d'entre eux disposent de comités directeurs nationaux multisectoriels pour la lutte antitabac sous tutelle du Ministère de la Santé. Ces comités comprennent des membres d'autres ministères et de la société civile et du milieu universitaire. Malgré ces signes positifs, il reste des défis à relever pour la lutte antitabac dans la région (OMS 2016). L'Alliance pour la Convention-cadre compte plus de 70 Organisations Non Gouvernementales africaines activement engagées dans la lutte antitabac.

TABLE 3: Parties africaines à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac en Afrique à partir de novembre 2019

Pays	Date de signature	Ratification, Acceptation(A), Approbation (AA), confirmation formelle(c), Accession(a), Succession(d)
Algérie	20 juin 2003	30 juin 2006
Angola	29 juin 2004	20 sept 2007
Benin	18 juin 2004	3 nov 2005

Pays	Date de signature	Ratification, Acceptation(A), Approbation (AA), confirmation formelle(c), Accession(a), Succession(d)
Botswana	16 juin 2003	31 jan 2005
Burkina Faso	22 déc 2003	31 juil 2006
Burundi	16 juin 2003	22 nov 2005
Cap Vert	17 fév 2004	4 oct 2005
Cameroun	13 mai 2004	3 Feb 2006
République Centrafricaine (RCA)	29 déc 2003	7 nov 2005
Tchad	22 juin 2004	30 jan 2006
Comores	27 fév 2004	24 jan 2006
Congo, RDC	28 juin 2004	28 oct 2005
Congo, Brazzaville	23 mars 2004	6 fév 2007
Cote d'Ivoire	24 juil 2003	13 Aug 2010
Djibouti	13 mai 2004	31 Jul 2005
Egypte	17 juin 2003	25 fév 2005
Guinée Equatoriale		17 sept 2005 a
Erythrée**		
Eswatini (ex Swaziland)	29 juin 2004	13 jan 2006
Ethiopie	25 fév 2004	25 mar 2014
Gabon	22 août 2003	20 fév 2009
Gambie	16 juin 2003	18 sep 2007
Ghana	20 juin 2003	29 nov 2004
Guinée	1 avr 2004	7 nov 2007
Guinea-Bissau**		7 nov 2008 a
Kenya	25 juin 2004	25 juin 2004
Lesotho	23 juin 2004	14 jan 2005
Liberia	25 juin 2004	15 sep 2009
Libye	18 juin 2004	7 juin 2005
Madagascar	24 sep 2003	22 sep 2004

Pays	Date de signature	Ratification, Acceptation(A), Approbation (AA), confirmation formelle(c), Accession(a), Succession(d)
Malawi**		
Mali	23 sep 2003	19 oct 2005
Mauritanie	24 juin 2004	28 oct 2005
Ile Maurices	17 juin 2003	17 mai 2004
Maroc	16 avr 2004	
Mozambique	18 juin 2003	14 juil 2017
Namibie	29 jan 2004	7 nov 2005
Niger	28 juin 2004	25 août 2005
Nigeria	28 juin 2004	20 oct 2005
Rwanda	2 juin 2004	19 oct 2005
Sao Tomé et Principe	18 juin 2004	12 avr 2006
Sénégal	19 juin 2003	27 jan 2005
Seychelles	11 sep 2003	12 nov 2003
Sierra Léone**		22 mai 2009 a
Somalie**		
Afrique du Sud	16 juin 2003	19 avr 2005
Soudan du Sud**		
Soudan	10 juin 2004	31 oct 2005
Tanzanie	27 jan 2004	30 avr 2007
Togo	12 mai 2004	15 nov 2005
Tunisie	22 Août 2003	7 Juin 2010
Ouganda	5 Mars 2004	20 Juin 2007
Zambie		23 Mai 2008 a
Zimbabwe		4 Déc 2014 a

NB: L'Erythrée, le Malawi, le Maroc, le Sud Soudan, la Somalie, la Guinée Bissau et la Guinée équatoriale ne sont pas concernés

Source: Site web de la CCLAT de l'OMS, novembre 2019

Le Système Mondial de Surveillance de la Lutte Antitabac a soutenu le continent et fourni des données de prévalence. Actuellement, plus de 25 pays africains disposent de données sur la prévalence chez les adultes et les jeunes (<https://www.cdc.gov/tobacco/global/gtss/index.htm>). Bien que des progrès aient été réalisés dans la mise en œuvre de la lutte antitabac sur le continent africain, l'Afrique accuse un retard par rapport à d'autres régions et la mise en œuvre des politiques est insignifiante en raison de plusieurs problèmes, notamment: i) un faible engagement politique, ii) de maigres allocations de ressources, iii) très peu de preuves pour guider la mise en œuvre des politiques, iv) peu de communication et de plaidoyer pour la lutte antitabac, v) une plateforme inappropriée pour la communication, la diffusion et le partage des meilleures pratiques en matière de LAT en Afrique, vi) une faible application des politiques et un respect des règles en raison de la faible capacité, vii) une faible coordination (Chung-Hall et al. 2018).

2.6 Influence de l'Industrie du Tabac sur la Mise en Ouvre des Politiques

L'industrie du tabac (IT) s'est ingérée dans la promulgation et la mise en œuvre de la législation sur la lutte antitabac en Afrique. Cela se manifeste dans les longs processus établis par la plupart des pays africains pour promulguer des lois de lutte antitabac. Par exemple, au Kenya, il a fallu près de 13 ans pour que la loi sur la lutte antitabac soit adoptée par le parlement, avant qu'elle ne soit finalement adoptée et promulguée en 2007. En Ouganda, il a fallu huit ans pour obtenir une loi sur la lutte antitabac depuis la ratification de la CCLAT de l'OMS. C'est également le cas de nombreux pays africains, où l'IT influence les hommes politiques et intimide les décideurs, ce qui retarde le processus de promulgation et/ou affaiblit les lois qui en résultent. L'ingérence de l'IT, telle que décrite ci-dessus, doit être surveillée et contrée sérieusement si les défenseurs de la santé publique et les gouvernements veulent une mise en œuvre efficace de la CCLAT de l'OMS. Actuellement, parmi les pays qui ont ratifié la CCLAT de l'OMS dans la région Afro de l'OMS, quelques-uns ont nationalisé le traité en raison de l'influence de l'industrie du tabac. Une enquête récente a révélé l'ingérence de l'industrie du tabac dans le processus législatif, notamment en corrompant des politiciens, des députés et des avocats (Gilmore et al. 2015).

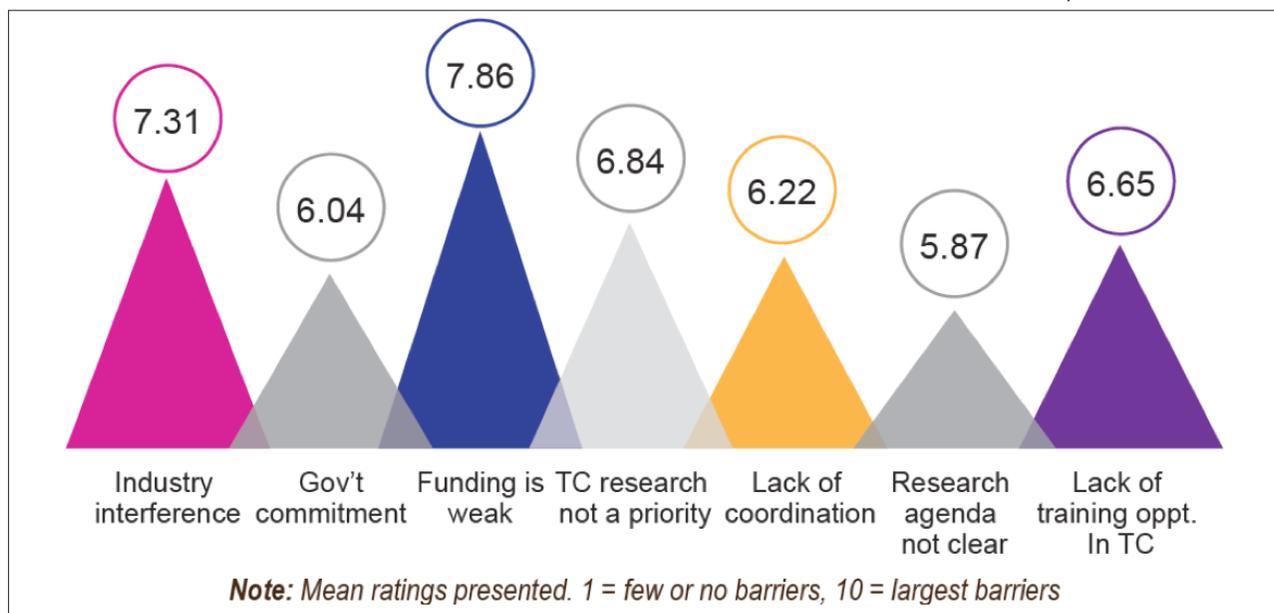
2.7 Recherches existantes en Afrique

Pour comprendre les besoins des parties prenantes impliqués dans des projets liés au tabac en Afrique, une enquête en ligne en anglais, français et arabe a été réalisée afin de mieux comprendre le travail et la recherche menés, les obstacles aux efforts de lutte antitabac et d'identifier les personnes et les organismes

participant à cette collaboration. Au total, 219 personnes de 37 pays ont été interrogées et 818 articles évalués par des pairs ont été passés en revue pour fournir un contexte. L'examen a permis d'identifier les lacunes et les variations nationales dans la mise en œuvre des mesures MPOWER, ainsi que les principaux obstacles par lesquels: (1) la surveillance de la consommation de tabac et la prévention du tabagisme, article 20, (2) l'augmentation des taxes sur le tabac, articles 6 et 15, (3) l'ingérence de l'industrie, article 5.3, (4) donner la santé pour arrêter de fumer, article 14, et (5) Protection des personnes de la fumée de tabac, article 8, (Okamoto et al., 2019). Peu de répondants ont déclaré avoir mené des recherches sur ces thèmes (36,5%-21,0%).

Les obstacles ont été mesurés en utilisant une note moyenne de 1 étant l'obstacle le plus petit, à 10 étant l'obstacle le plus grand. L'enquête a révélé que les obstacles, du plus important au moins important, étaient les suivants: faible financement (7,86), ingérence de l'industrie (7,31), recherche sur la lutte antitabac non prioritaire (6,84), manque de possibilités de formation dans le domaine de la lutte antitabac (6,65), manque de coordination (6,22), manque d'engagement des Etats (6,04) et programme de recherche pas clair en Afrique (figure 2).

GRAPHIQUE 2: Les obstacles aux efforts de lutte antitabac mesurés à l'aide d'une note moyenne



La capacité et l'orientation de la recherche en santé varient considérablement au sein de la région en général. En outre, certaines des capacités les plus pertinentes pour la recherche en matière de lutte

antitabac peuvent être différentes de celles utilisées pour la recherche sur la santé en général. Une analyse sur la base d'un outil de baromètre de la recherche en santé indique une capacité moyenne de 42,3% seulement dans la région, allant de 6% à 81% parmi les pays (Kirigia et al. 2016). Les capacités varient selon les domaines d'action, puisque les lacunes sont constatées dans les capacités de gestion, la gouvernance de la recherche ou les compétences techniques de recherche (OMS 2015c). La part de l'Afrique dans la production mondiale de recherche dans le domaine de la santé était de 0,7% en 2000 et est passée à 1,3% en 2014. La recherche dans la Région africaine se caractérise par une multiplicité d'acteurs, des efforts dispersés et des résultats peu pertinents en ce qui concerne l'impact sur les problèmes de santé prioritaires, notamment les maladies non transmissibles et le tabac (OMS 2015c).

Une évaluation de la recherche publiée sur des thèmes liés à la lutte antitabac et évaluée par des pairs s'est étendue sur plus de vingt ans et a indiqué un nombre croissant de publications (n=818), tous les pays africains étant représentés dans une ou plusieurs publications. Une grande partie de la recherche en matière de lutte antitabac en Afrique était axée sur les populations ou les politiques en Afrique du Sud (23,6%), au Nigeria (17,1%), en Égypte (13,0%) et en Tunisie (11,2%) (Graphique 3). La plupart des articles étaient concentrés sur l'étude des comportements liés au tabagisme, y compris les schémas de consommation (52,9%), les déterminants potentiels de la consommation (32,8%) et les connaissances et croyances liées au tabac (24,4%). Selon les résultats, il existe des possibilités de recherches supplémentaires sur les politiques et les programmes de lutte antitabac en profitant des enseignements tirés des pays à revenu élevé.

La capacité de recherche en matière de santé dans la région est faible dû au système de recherche en matière de santé peu reluisant. Selon une enquête de l'OMS sur les NHRS des 47 pays en avril 2014, 24 (51%) n'avaient pas de politique nationale de recherche en santé; 27 (57%) n'avaient pas de loi régissant la recherche en santé; 25 (53%) n'avaient pas de plan stratégique de recherche en matière de santé; 22 (47%) n'avaient pas de programme de recherche en matière santé; 21 (45%) n'avaient pas d'institut/conseil national de recherche en matière santé; et 25 (53%) n'avaient pas de budget dédié pour soutenir la recherche dans leurs ministères en charge de la santé. La priorité n'est pas accordée à la recherche en tant qu'outil permettant de satisfaire les besoins de la région en matière de santé, et les investissements dans la recherche en matière de santé sont donc insuffisants. Le PRLAT doit être considéré comme une priorité par les universités et les autres instituts de recherche spécialisés pour soutenir l'enseignement, les efforts d'adoption et de mise en œuvre des politiques afin d'améliorer la science de la mise en œuvre et de combler ainsi le fossé dans la mise en œuvre des politiques.

De nombreux pays sont confrontés à des défis importants en matière de formation et de rétention des chercheurs. Le programme de formation des professionnels de la santé est faible dans le domaine de la recherche, le plan de carrière des chercheurs est mal défini, et les primes de recherche sont insignifiantes. Par conséquent, seuls quelques diplômés s'intéressent aux carrières liées à la recherche, ce qui constitue une base minable de chercheurs qualifiés. Les priorités de recherche en matière de santé en Afrique les plus récemment définies par le Comité consultatif africain pour la recherche et le développement en matière de santé (AACHRD) ont identifié comme domaines prioritaires: le tabagisme, les jeunes et le tabagisme, la lutte antitabac dans les situations d'urgence, les déterminants sociaux et environnementaux de la lutte antitabac et la rentabilité de la gestion des MNT. Cela constitue une base pour élaborer un programme de recherche en matière de lutte antitabac afin d'approfondir les domaines identifiés. En outre, le Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique (NEPAD) a identifié des domaines de recherche, en relation avec le développement économique, en Afrique suivants: la santé et le développement, avec un accent particulier sur les ODD, l'investissement dans le secteur sanitaire et les partenariats public-privés dans le domaine de la santé. Le programme de recherche en matière de LAT est aligné sur les priorités de recherches existantes identifiées par le Comité Consultatif Africain sur la recherche et le développement en matière de santé (AACHRD) et le NEPAD, et le CLATA collaboreront avec ces organismes dans la mise en œuvre du PRLAT.

3

ORIENTATION STRATEGIQUE DU PROGRAMME DE RECHERCHE

Les vision, mission, et objectif du programme de recherche en matière de lutte antitabac sont fondés sur les problématiques importantes liées au tabac en Afrique. L'orientation stratégique du Programme est donc conçue selon la direction stratégique du CLATA en tant qu'institution de coordination du programme

MISSION

Mener des recherches pour alimenter les politiques et programmes de lutte antitabac fondés sur des preuves et les initiatives de plaidoyer en Afrique.

BUTS

Elaborer un guide pour générer des preuves locales afin d'orienter l'élaboration et la mise en œuvre des politiques de lutte antitabac en Afrique d'ici 2025.

OBJECTIFS

Plus spécifiquement, le PRLAT vise à:

- (i) Fournir au moins huit thèmes de recherche prioritaires en matière de lutte antitabac en Afrique durant les sept années du plan stratégique du CLATA;
- (ii) Mettre en place une stratégie pour renforcer les capacités de recherche en Afrique pour les acteurs de la lutte antitabac d'ici la fin de la période du projet;
- (iii) Guider la multidisciplinarité et la collaboration à travers au moins deux séries d'appels à candidatures des acteurs de la recherche en matière de lutte antitabac en Afrique en sept ans;
- (iv) Orienter la mobilisation des ressources pour financer suffisamment dix projets de recherche en matière de lutte antitabac en Afrique en sept ans.

PRINCIPES D'ORIENTATION

La mise en œuvre du Programme de Recherche sera guidée par les principes suivants:

La volonté et l'engagement politiques: Entreprendre des recherches significatives au niveau national et régional nécessite des ressources appropriées, lesquelles seront obtenues à la fois au niveau national et à l'étranger;

Orientation de la demande: Les acteurs de la recherche sont encouragés à mener des recherches répondant aux thèmes et questions prioritaires;

Éthique, Droits de l'Homme et Droit: La dignité et les droits de tous les participants à la recherche, y compris les populations vulnérables, seront promus et protégés conformément aux principes bioéthiques et aux lois et lignes directrices en matière de recherche dans les pays respectifs et aux niveaux régional et international;

Réseautage, partenariats et collaboration: Des partenariats stratégiques avec des institutions de recherche publiques et privées et avec un échantillon représentatif d'autres parties prenantes doivent être établis, renforcés et encouragés.

Sensibilité aux questions et aux besoins de genre: Il convient de promouvoir et d'encourager une participation équitable des deux sexes et des populations vulnérables à la recherche;

Transparence: Entreprendre des recherches non biaisées avec une approche globale, un accès équitable et une ouverture aux acteurs afin d'alimenter les politiques et les programmes et de fournir un retour d'information.

A QUOI SERVIRA LE PROGRAMME DE RECHERCHE?

Le PRLAT s'adresse aux chercheurs, aux organismes de financement de la recherche, aux décideurs politiques, aux institutions privées et aux défenseurs. Il servira à:

- (i)** Elaborer des propositions de recherche qui s'alignent sur les priorités de recherche identifiées;
- (ii)** Donner des directives aux instituts de recherche, aux institutions médicales, aux instituts de recherche privées et aux chercheurs individuels, dans l'espoir de fournir des preuves contextualisées africaines pour conduire à la promulgation et à la mise en œuvre des politiques de lutte antitabac. Les premières étapes consisteront à dresser la liste des parties prenantes potentielles dans les domaines prioritaires du PRLAT;
- (iii)** Informer les Etats et les autres instituts de recherche sur les programmes de recherche d'où la nécessité de redoubler les efforts de recherche en matière de lutte antitabac. Ceci en prévision de l'intérêt que suscitera le PRLAT EN Afrique pour la recherche et le financement de la recherche;
- (iv)** Comprendre les capacités de recherche existantes et établir des partenariats de recherche plus solides et plus stratégiques;
- (v)** Orienter l'examen annuel effectué par le CLATA et le GTT;
- (vi)** Faciliter la formation des chercheurs qui s'intéressent à la lutte antitabac en Afrique par des programmes d'éducation et de mentorat;
- (vii)** Soutenir la traduction de la recherche en politique par le biais des plateformes de diffusion de l'information à tous les différents publics;
- (viii)** Divulguer les besoins et les priorités des pays à travers des examens et des évaluations continus des besoins en matière de recherche.

MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME DE RECHERCHE

Le CLATA sera responsable de la réussite de l'opérationnalisation et de la mise en œuvre du PRLAT, à travers les activités suivantes:

- a) Identification et création des partenariats stratégiques;
- b) Création d'un centre d'apprentissage en ligne pour diffuser des informations sur le tabac;
- c) Faciliter et renforcer la collaboration entre les agences;
- d) Mobilisation des ressources pour mettre en œuvre le Programme;
- e) Mener et communiquer les résultats du Programme de recherche; et
- f) Évaluation, appréciation des progrès et révision du PRLAT.

Cela se fera avec le soutien d'un Groupe de Travail Technique (GTT), ainsi que des équipes de coordination, de diffusion, de rédaction et de conseil et d'examen des subventions. Ces équipes seront composées d'experts techniques des experts issus des domaines et d'institutions multisectoriels et multidisciplinaires. Le GTT fournira des conseils techniques au CLATA. Plus précisément, il sera chargé de diffuser le PRLAT, d'effectuer des examens annuels, de communiquer les résultats du PRLAT et de soutenir la mobilisation des ressources pour ledit programme. D'autre part, l'équipe chargée d'examiner les subventions va superviser le processus d'allocation des subventions, notamment l'émission des demandes, l'examen des demandes et la supervision du processus. Quant à l'équipe consultative, elle sera composée d'experts d'Afrique et du monde entier.

Le programme de recherche sera mis en œuvre conjointement à travers un accord de réseautage pour accroître l'appropriation et l'utilisation du Programme, renforcer les capacités et encourager la diffusion et le financement du Programme de Recherche. Le CLATA veillera à ce que les acteurs soient impliqués dans la mise en œuvre, l'examen, la coordination et l'utilisation. En outre, le Centre sera chargé de mobiliser les ressources nécessaires à la coordination de la mise en œuvre et d'assurer une large utilisation des résultats.

Le Centre fournira des informations aux acteurs par des moyens convenus et facilitera l'identification, la priorisation et la mise en œuvre des activités de recherche grâce aux partenariats. Une cartographie des partenaires et des parties prenantes potentiels, y compris les universités et/ou les consortiums d'universités, les instituts de recherche privés, les secteurs et les organismes publics, les organisations spécialisées sur les maladies, les centres d'excellence sur les maladies non transmissibles, les organisations de santé publique, les sociétés professionnelles et les organisations privées, sera effectuée pour guider la mise en place des partenariats stratégiques durables.

Le centre s'adressera ensuite aux collaborateurs potentiels pour le PRLAT. Les collaborations seront focalisées sur des activités telles la mise en œuvre et le financement conjoints de la recherche, le renforcement des capacités, la mobilisation des ressources, l'organisation conjointe de conférences, les publications conjointes, le partage des bases de données, le suivi et l'évaluation, la diffusion et la communication des résultats du PRLAT. En outre, Le CLATA va coordonner et soutenir l'élaboration des outils et de matériels de recherche. La collaboration et les partenariats permettront aux chercheurs de s'attaquer plus facilement à des thèmes de recherche complexes, de renforcer l'apprentissage et la productivité dans la recherche, de réduire les coûts de la recherche et de renforcer la collaboration intellectuelle. Le mode de fonctionnement des collaborations se fera par le biais de protocoles d'accord et d'accords.

SUIVI ET ÉVALUATION

Le Centre va gérer le suivi-évaluation institutionnel du Programme. Les principales fonctions de suivi et d'évaluation comprendront des examens annuels, des évaluations à mi-parcours et en fin de parcours, une enquête et une surveillance continues sur la base des challenges.

CADRE D'ÉVALUATION ET D'ATTÉNUATION DES RISQUES

Les risques potentiels pour la mise en œuvre du Programme de Recherche ont été identifiés et des mesures d'atténuation prescrites. Les principaux risques sont l'ingérence de l'industrie du tabac, le financement du programme de recherche, les différences d'orientation et de loyauté entre les réseaux et le fait que la lutte antitabac ne figure pas en bonne place dans le programme de développement de nombreux pays africains, les valeurs socioculturelles et les délais entre le tabagisme et ses effets. Un système de notation pour la lutte antitabac en Afrique susceptible de guider ce programme de recherche sera élaboré dans le cadre de son opérationnalisation (L Joossens, M Raw; 2006).

RENFORCEMENT DES CAPACITÉS

La mise en œuvre efficace des priorités de recherche identifiées nécessite des équipes de recherche multidisciplinaires/multisectorielles fortes, bien équipées et dotées de ressources suffisantes aux niveaux national et régional. Toutefois, les capacités de recherche actuelles en Afrique sont insignifiantes pour mettre en œuvre le programme de recherche en matière de lutte antitabac. La mise en œuvre efficace de ce Programme de Recherche nécessite le renforcement des capacités individuelles et institutionnelles.

DIFFUSION ET PUBLICATION DES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE

Le CLATA va coordonner la diffusion et la publication des résultats et des produits de la recherche à travers les plateformes de diffusion existantes telles que la série de webinaires sur la lutte antitabac en Afrique, les sites web et les plateformes de médias sociaux, la Journée Mondiale Sans Tabac, les conférences et les revues existantes. En collaboration avec les revues existantes, par exemple la revue African Tobacco Control Research Journal (en libre accès), le CLATA veillera à ce que la recherche en matière de lutte antitabac soit prioritaire afin d'en accroître l'utilisation. En outre, il travaillera avec les revues pour créer un programme de politique de lutte antitabac afin d'augmenter les publications, accélérant ainsi la mise en œuvre. A travers le GTT, le CLATA convoquera des réunions semestrielles du GTT pour examiner les documents existants en vue de leur diffusion.

Le CLATA va créer un centre d'apprentissage en ligne pour le renforcement des capacités. Le Centre d'Apprentissage pour la Lutte Antitabac en Afrique (CALATA) fournira une plateforme d'apprentissage, de formation et d'échange d'informations. Il sera établi et géré comme une unité au sein du CLATA chargée du traitement pour la recherche avec les composantes suivantes: plate-forme d'apprentissage en ligne, plates-formes de diffusion et bases de données.

Ce centre collectera, stockera et mettra à disposition des informations au niveau national et régional, hébergera des bases de données en ligne et mettra à disposition des équipements de recherche. Le CLATA va élaborer un plan pour son opérationnalisation en ligne. Quant à la mobilisation des ressources, il s'agira (a) d'un prélèvement sur les cours de courte durée (b) des conférences africaines sur la lutte antitabac (c) des frais d'abonnement à la revue *Africa tobacco control Journal* (d) et (e) de la sollicitation de subventions.



PRIORITES DE LA RECHERCHE

Les priorités de la recherche en matière de lutte antitabac sont regroupées en thèmes qui produiront les preuves nécessaires pour orienter la recherche en matière de lutte antitabac. Les critères d'identification des priorités de recherche sont les suivants: (i) l'importance de l'influence sur la mise en œuvre de la lutte antitabac en Afrique; (ii) les lacunes dans les recherches existantes; (iii) les sources de financement existantes; (iv) la faisabilité de la recherche; (iv) le niveau de mise en œuvre de la CCLAT de l'OMS et (v) la volonté de lier la politique à sa mise en œuvre.



Séance d'identification des Priorités du Programme de Recherche

Il est de plus en plus évident que l'environnement dans lequel l'on vit détermine sa santé et son comportement, y compris le respect des personnes avec lesquelles on est en contact. Ainsi, compte tenu de la diversité des considérations sociales, culturelles et économiques, dans une région aussi diverse que l'Afrique, le deuxième plus grand continent du monde, il est nécessaire de procéder à une analyse spatiale et à une enquête sur les facteurs de voisinage. Le PRLAT identifie huit principaux secteurs prioritaires de recherche clés, à savoir:

1. Modèles, tendances et inégalités du tabagisme et de l'exposition au tabac pour tous les produits du tabac, y compris les nouveaux produits, aux niveaux national et régional (sexe, âge, région, types de produits, produits nouveaux/émergents)
2. Effets du tabagisme et de l'exposition au tabac, et développement durable (pauvreté, éducation, culture, VIH, tuberculose, santé génésique, MNT)
3. Consommation de tabac et populations à risque (jeunes, jeunes adultes, femmes/genre, personnes âgées, résidents des zones urbaines, militaires, prisonniers, patients souffrant de troubles mentaux, populations vivant dans des zones sous intégrées tels que les bidonvilles);
4. Analyse des politiques et recherche sur la mise en œuvre (interdiction de fumer, TAPS, GHW, sevrage), rentabilité, impact, directives, facilitateurs, innovation, défis, communication et plaidoyer);
5. Contexte socioculturel du tabagisme;
6. L'industrie du tabac et la politique de lutte antitabac;
7. Production de tabac, moyens de subsistance alternatifs et environnement (distribution, sécurité alimentaire, chaîne de valeur, impact environnemental, historique et déterminants de la production de tabac);
8. L'économie du tabac et la lutte antitabac (produit, prix, commerce illicite, commerce du tabac et fiscalité.

4.1 Description des priorités de la recherche

Les détails des priorités de la recherche sont élucidés sous chaque thème et seront mis en œuvre progressivement.

PHASE I: EPIDEMIOLOGIE ET POLITIQUE EN MATIERE DE TABAGISME

1. Modèles et tendances du tabagisme et de l'exposition au tabac pour tous les produits du tabac, y compris les nouveaux produits, aux niveaux national et régional (sexe, âge, région, types de produits, nouveaux produits)

Actuellement, la prévalence du tabagisme est obtenue par des enquêtes sur les populations tels que le système mondial de surveillance du tabagisme, les enquêtes démographiques et sanitaires et les enquêtes nationales sur le logement. Dans le cadre du GTSS, les données relatives à la prévalence du tabagisme sont collectées par le biais de quatre enquêtes: l'Enquête Mondiale sur le Tabagisme chez les Jeunes (GYTS); l'Enquête Mondiale sur le Personnel Scolaire (GSPS); l'Enquête Mondiale sur les Etudiants des Professions de la Santé (GHPSS) et l'Enquête Mondiale sur le Tabagisme chez les Adultes (GATS). L'enquête GYTS se concentre sur les jeunes âgés de 13 à 15 ans et recueille des informations dans les écoles. La GSPS enquête auprès des enseignants et des administrateurs des mêmes écoles que celles qui participent à l'enquête GYTS. L'enquête GHPSS se concentre sur les étudiants de troisième année qui poursuivent des études en dentisterie, médecine, soins infirmiers et pharmacie. L'AGCS est une enquête nationale représentative des ménages qui surveille la consommation de tabac chez les adultes âgés de 15 ans et plus. Bien qu'un bon nombre de pays africains aient reçu un soutien pour mener les 4 enquêtes, plusieurs d'entre eux ne sont toujours pas couverts en raison du coût que ne peuvent se permettre la plupart des pays africains. Plusieurs pays disposent de données obsolètes. En ce qui concerne les données sur les jeunes, la couverture en termes de pays diminue, et sa seule base scolaire, avec la forte et croissante population de jeunes en Afrique, les données de prévalence dans cette population spéciale sont plus que cruciales pour bien définir l'industrie et les besoins du tabac, l'identification des possibilités de prévention et de contrôle, et l'élaboration des programmes et de politiques sur la base de la population (Ahluwalia et al. 2016).

Le deuxième ensemble de données qui existe est celui de l'évaluation des politiques par le Projet International d'Evaluation des Politiques de Lutte Antitabac (ITC), qui est un ensemble de données étroitement contrôlé (<https://www.itcproject.org/>). Le PRLAT étudiera les possibilités de collaboration, car l'ITC s'intéresse de plus en plus aux nouveaux produits. Il est donc nécessaire de surveiller l'utilisation des nouveaux produits du tabac, l'influence de l'industrie du tabac et d'autres nombreux domaines qui ne sont pas surveillés dans les deux ensembles de données. En outre, il manque de nombreuses variables clés dans les deux ensembles de données majeurs qui pourraient être importantes pour guider la mise en œuvre des politiques en Afrique. En Afrique, les tendances récentes montrent une augmentation de la consommation de tabac chez les filles, avec 13% de

jeunes adolescentes consommant des produits du tabac. Treize millions de femmes consomment des produits du tabac, notamment du tabac à mâcher et du tabac à priser. Selon des estimations récentes, le taux de prévalence chez les filles se situe entre 4,6% et 36,6% et chez les garçons entre 7,8% et 45%. Les informations sur la prévalence dans les différentes régions d'Afrique et sur la prévalence générale au niveau du continent varient. En outre, on sait peu de choses sur les schémas de prévalence. La recherche doit combler les lacunes suivantes en matière de connaissances:

- (i) Incidence actuelle, prévalence et tendances par âge, sexe, régions des maladies liées au tabac,
- (ii) Surveillance pour comprendre l'épidémie de tabagisme et le déplacement de l'épidémie de la PRH vers la PRFM;
- (iii) Facteurs déterminants du tabagisme en Afrique;
- (iv) Évolution des schémas de consommation du tabac en Afrique;
- (v) Cartographie des produits du tabac nouveaux et émergents en Afrique - modèles, tendances, contenu, effets potentiels des nouveaux produits, qui est le plus à risque et les facteurs de motivation pour l'utilisation des produits du tabac nouveaux et émergents;
- (vi) Lien entre la consommation de nouveaux produits du tabac et d'autres substances (par exemple, alcool, cannabis, carburant d'aviation);
- (vii) Stratégies et plans de commercialisation, chaîne d'approvisionnement, de nouveaux produits du tabac.

2. Effets du tabagisme et de l'exposition au tabac sur le développement durable (pauvreté, éducation, culture, sécurité alimentaire, environnement, VIH, tuberculose, santé génésique, MNT)

La Convention-cadre de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la lutte antitabac (CCLAT), un traité fondé sur des données probantes et négocié sous les auspices de l'OMS, est un instrument multilatéral qui apporte une riposte globale à l'épidémie mondiale de tabagisme. La nature multisectorielle de la Convention et de son mécanisme de mise en œuvre exige, entre autres, une coordination entre les ministères ou administrations publiques.

Cela implique la mise en place d'un mécanisme de coordination multisectoriel au niveau national. Cette obligation spéciale de la Convention peut permettre de traduire l'"approche globale de l'Etat" en un alignement et une harmonisation réussis de la mise en œuvre du traité dans le cadre des politiques et programmes nationaux de santé et de développement. Tout récemment, la lutte antitabac a été intégrée dans les Objectifs de Développement Durable, cible 3.a, ce qui constitue une étape importante pour la mise en œuvre de la CCLAT de l'OMS. La priorité accordée à la lutte

antitabac dans les ODD est due aux preuves accablantes des effets sanitaires, sociaux, économiques et environnementaux du tabagisme sur les individus, les communautés et les pays (UNDP 2016a; UNDP 2017). Toutefois, l'intégration de la CCLAT dans les ODD ne garantit pas sa mise en œuvre. Il est nécessaire d'intégrer de manière plus cohérente la lutte antitabac dans la planification, la gouvernance et le financement du développement.

Sans un véritable investissement dans la lutte antitabac, on estime que jusqu'à un milliard de personnes pourraient mourir de maladies liées au tabac au cours de ce siècle. Le coût des soins de santé dû au tabagisme est élevé et les impacts environnementaux, notamment la déforestation, la dégradation des sols et les effets de la pollution de l'eau, du sol et de l'air, sont tout aussi élevés (Small et al, 2017). Pour renforcer l'intégration de la lutte antitabac dans les programmes de développement et vice versa, le continent africain a besoin de preuves pour impulser la faible dynamique qui fait cruellement défaut. Les principales lacunes en matière de connaissances pour soutenir la lutte antitabac et le développement durable sont:

- (i) L'évaluation de l'impact économique, environnemental et sanitaire du tabagisme;
- (ii) Évaluation des effets du tabagisme sur la pauvreté, l'éducation, la culture, l'environnement, le VIH, la tuberculose, la santé génésique, les maladies non transmissibles et d'autres produits industriels;
- (iii) Études sur la sécurité alimentaire dans les régions productrices de tabac;
- (iv) Comprendre l'interaction entre le tabagisme et les maladies transmissibles tels que le VIH, la tuberculose;
- (v) Etablir une relation entre le tabagisme et l'abus d'autres substances;
- (vi) Évaluation de la relation entre le tabagisme et d'autres produits industriels tels que l'alcool et les sucres;
- (vii) Modèles d'intégration de la prévention et de la lutte antitabac et des MNT.

3. Tabagisme et populations à risque (jeunes, jeunes adultes, femmes/genre, personnes âgées, résidents des zones urbaines, militaires, prisonniers, patients souffrant de troubles mentaux, populations vivant dans habitations à loyer modéré HLM tels que les bidonvilles)

Les tendances du tabagisme en Afrique changent de plus en plus en raison des caractéristiques sociales, économiques et démographiques des consommateurs de tabac. À l'échelle mondiale, les faits montrent une transition dans les schémas de consommation de tabac, où la prévalence du

tabagisme devient de plus en plus un comportement affectant certaines populations comme les jeunes femmes, les patients souffrant de troubles mentaux, les militaires et les pauvres (Bondurant et Wedge, 2009). En Afrique, cette transition a été remarquée, bien qu'il y ait un manque de données/ de preuves sur la prévalence et le comportement de ces populations spécifiques. Le tabagisme dans les segments de population ciblés n'a pas été entièrement caractérisée, c'est pourquoi ce PRLAT accordera la priorité à ce segment de recherche.

Il est nécessaire de désagréger les données en fonction des groupes spéciaux tels que les jeunes, d'où la nécessité de mettre en place des programmes de lutte antitabac fondés sur des données probantes pour soutenir les programmes de prévention et de traitement destinés à ces populations spécifiques. Il existe des preuves anecdotiques qui ont indiqué une forte prévalence du tabagisme chez les patients souffrant de troubles mentaux, et chez les alcooliques et toxicomanes. De même, les estimations de la prévalence du tabagisme sont élevées dans l'armée et la police ainsi que dans les populations confinées tels les prisonniers (Drope et al. 2018). Toutefois, il n'existe pas de données sur le tabagisme au sein de ces populations. Des groupes tels que les pauvres, les personnes peu instruites, les personnes souffrant des troubles mentaux et de toxicomanie, les éléments de l'armée et de la police et certains groupes raciaux et ethniques fument à des taux beaucoup plus élevés et/ ou ont des taux nettement plus élevés de maladies et de décès dus au tabac.

Enfin, l'industrie des produits du tabac et les modes de consommation ont également changé au cours des 50 dernières années, avec l'évolution de la poly-toxicomanie et l'émergence de nouvelles gammes de produits du tabac, notamment les systèmes électroniques d'administration de la nicotine (SEAN) tels que les e-cigarettes et les e-cigares, et les produits dits à risque modifiés.

Les données disponibles ont permis d'identifier des caractéristiques spécifiques liées au tabagisme, mais n'ont pas fourni de données sur la prévalence du tabagisme pour tous les groupes touchés de manière disproportionnée par le tabagisme en Afrique. Il est nécessaire de disposer de données sur le tabagisme pour toutes les populations spécifiques. Ces informations pourraient ouvrir de nouvelles perspectives pour les efforts programmatiques actuels et futurs, afin de s'attaquer aux disparités en matière de tabagisme, et fournir des données de base pour tous les efforts futurs qui ciblent les disparités liées au tabac. En outre, il existe des pratiques actuelles qui nuisent à la mise en œuvre des politiques de lutte antitabac en Afrique, par exemple la prescription de cigarettes aux patients souffrant de troubles mentaux, qui nécessite une documentation appropriée et, plus encore, la nécessité d'évaluer les quelques interventions et programmes de lutte antitabac en Afrique qui ciblent ces segments de population spécifique. Les lacunes en matière de connaissances suivantes nécessitent des recherches plus approfondies:

- (i) Efficacité des interventions de lutte antitabac dans des groupes sociodémographiques spécifiques en Afrique;
- (ii) Études interventionnelles visant à réduire la consommation de tabac et de substances chez les jeunes (cohortes);
- (iii) Déterminants socio-économiques et environnementaux du tabagisme chez des populations spéciales en Afrique;
- (iv) Stratégies et approches efficaces pour renforcer la participation des jeunes à la mise en œuvre de la politique de lutte antitabac;
- (v) Modèles pour la consommation de tabac et les inégalités dues à la pauvreté;
- (vi) Épidémiologie du tabagisme chez des populations spéciales en Afrique tels que les jeunes, les forces armées, les pauvres, santé mentale et LGBT en Afrique;
- (vii) Les facteurs de risque d'acquisition et de cessation du tabagisme chez des populations spéciales tels que les jeunes.

PHASE II: EFFECTS ET CONTEXTS DU TABAGISME

4. Recherche et analyse des politiques de lutte antitabac (interdiction de fumer, TAPS, GHW, sevrage) en termes de rentabilité, d'impact, de directives, de moyens, d'innovation, de défis, de communication et de plaider en faveur de la lutte antitabac

Au cours des dix années de mise en œuvre de la CCLAT de l'OMS, l'Afrique demeure le continent le plus faible en matière de formulation, d'adoption et de mise en œuvre de politiques de lutte antitabac. Par conséquent, il est impératif de procéder à une analyse détaillée du contenu des politiques antitabac en Afrique après dix ans de mise en œuvre de la CCLAT de l'OMS, en utilisant des cadres d'analyse des politiques qui sont pertinents pour l'Afrique. Cela permettrait d'évaluer le niveau d'engagement des autres secteurs dans le tabac, l'intégration de la CCLAT de l'OMS dans les plans de développement des parties. Il est nécessaire d'effectuer une analyse complète de l'économie politique pour l'environnement politique de lutte antitabac en Afrique afin d'évaluer les défis et les obstacles de l'économie politique à la mise en œuvre des politiques de lutte antitabac et la façon dont ils peuvent être relevés et surmontés (Bump et Reich, 2013). Cela aidera les décideurs politiques à comprendre la dynamique politique et économique de l'adoption et de la mise en œuvre des politiques en Afrique.

Il est important de comprendre comment les données de l'analyse de l'économie politique pourraient propulser un programme axé sur la santé publique. La lutte antitabac nécessite une gouvernance multisectorielle, mais l'Afrique est toujours aux prises avec cet énorme défi et si elle ne s'y attaque pas, la mise en œuvre de la politique de lutte antitabac sera un échec (PNUD 2016b). La CCLAT de l'OMS reconnaît que la plupart des mesures de lutte antitabac qui ont fait leurs preuves nécessitent l'engagement significatif de secteurs autres que celui de la santé, tels que la finance, la fiscalité, la justice, l'agriculture, le commerce, le travail, l'éducation, la jeunesse et bien d'autres. Bien que les ministères de la santé soient les principaux responsables de la mise en œuvre de la CCLAT de l'OMS, ils doivent intégrer d'autres secteurs et créer un environnement propice à la coordination d'autres secteurs et parties prenantes, ce qui constitue toujours un très grand défi en Afrique. L'intégration de la lutte antitabac dans d'autres programmes/agendas de développement fait encore défaut.

En Afrique, il existe quelques programmes nationaux efficaces de lutte antitabac, dotés de structures de gouvernance et de financement solides et de programmes de gestion bien élaborés. Des domaines critiques telle que la communication sur la lutte antitabac ne sont pas financés, avec pratiquement aucune campagne de communication globale bien conçue financée sur le continent et pourtant la communication est essentielle pour faire reculer les épidémies de santé publique. En outre, le plaidoyer en faveur de la lutte antitabac est encore faible, peu d'organisations de la société civile (OSC) y participent et elles ne disposent pas d'assez de moyens financiers, pas de programmes de plaidoyer pour le renforcement des capacités adaptés au contexte du continent. Les OSC jouent un rôle important dans la mise en œuvre des politiques, en particulier lorsqu'elles demandent aux gouvernements de contrôler la gouvernance des programmes de lutte antitabac. Les lacunes en matière de connaissances suivantes nécessitent des preuves dans ce domaine:

- (i)** La rentabilité de chaque stratégie et intervention politique de lutte antitabac afin de constituer une base pour l'établissement des priorités (FS, TAPS, Fiscalité, GHW, communication, plaidoyer, cessation) aux niveaux national et régional;
- (ii)** La politique de lutte antitabac en Afrique et son impact sur l'adoption et la mise en œuvre des politiques;
- (iii)** Impact des politiques, réglementations et interventions de LAT en Afrique;
- (iv)** Connaissance, perception, pratique et capacité des décideurs politiques à mettre en œuvre des programmes de lutte antitabac en Afrique;
- (v)** Comprendre le soutien du public aux différentes mesures de lutte antitabac dans les pays africains;

- (vi)** Les liens entre la mise en œuvre de la politique de lutte antitabac et d'autres domaines de développement tels que les MNT, la pollution atmosphérique et le développement durable en général;
- (vii)** Modèles/stratégies fondés sur des données probantes pour intégrer la lutte antitabac dans le système de soins de santé;
- (viii)** Évaluation de l'impact des déterminants socioculturels du tabagisme sur les programmes de lutte antitabac.

5. Contexte socioculturel du tabagisme

Traditionnellement, le tabagisme est profondément enraciné dans la société. Bien qu'il n'y ait pas de documentation à ce sujet, en travaillant avec les communautés et les traditions, le tabagisme est utilisé comme l'un des éléments pour apaiser le mariage et, dans certaines sociétés, pour stimuler la libido, tandis que dans d'autres, il est utilisé comme une substance inhibitrice de la libido. Dans les deux cas, la nicotine, le principe actif du tabac, est absorbée par l'organisme, ce qui entraîne des irritations et des problèmes de santé liés au tabac. Des recherches sont nécessaires pour:

- (i)** Comprendre et documenter les valeurs culturelles liées au tabac, les pratiques et les effets du tabagisme;
- (ii)** Les modèles de comportement et l'influence sur la consommation de tabac;
- (iii)** Les considérations et effets transculturels du tabac;
- (iv)** Les constructions socioculturelles et l'économie du tabac;
- (v)** La transcendance du tabagisme et la dépendance;
- (vi)** Effets de la culture sur les programmes de lutte antitabac;
- (vii)** Lien entre la culture, la culture du tabac et l'environnement.

6. Industrie du Tabac et Politique de Lutte Antitabac

Après l'adoption des directives relatives à l'article 5.3 en 2008, les Parties ont reçu les orientations dont elles avaient tant besoin pour définir les mesures nécessaires à la protection des politiques de santé contre l'ingérence de l'industrie du tabac. L'article 5.3 couvrait divers moyens de protéger les politiques, notamment en exigeant la transparence de l'industrie du tabac, en rejetant les partenariats, en perturbant les activités dites de responsabilité sociale des entreprises (RSE), en sensibilisant aux tactiques de l'industrie du tabac, en renforçant le code de conduite (éviter les conflits et limiter les interactions) et en refusant tout traitement préférentiel à l'industrie du tabac (OMS 2013).

Bien que les Parties soient tenues d'utiliser ces lignes directrices pour élaborer les politiques de lutte antitabac, la plupart des pays d'Afrique ont mis en place des politiques peu efficaces en ce qui concerne l'application de l'article 5.3 de la CCLAT de l'OMS, dû principalement à des problèmes de capacité et à l'influence de l'industrie du tabac dans le processus d'adoption des politiques.

L'ingérence de l'industrie du tabac existe depuis des années dans l'intention de subvertir le rôle des Etats et des acteurs de la lutte antitabac qui mettent en œuvre des politiques de santé publique afin de lutter contre l'épidémie du tabagisme. Les récentes conclusions de l'Université de Bath sur l'ingérence de l'industrie du tabac dans les processus législatifs de plusieurs pays, dont le Kenya, le Rwanda, l'Afrique du Sud et l'Ouganda, ont révélé que l'industrie du tabac s'ingère dans le processus législatif en corrompant notamment des politiciens, des députés et des défenseurs (Gilmore et al., 2015).

Bien qu'il existe quelques preuves de cette ingérence dans la mise en œuvre de la politique de lutte antitabac, il n'y a pas vraiment de documentation sur l'ampleur et l'impact de celle-ci en Afrique. Il y a peu ou pas de documentation sur la mise en œuvre de l'Article 5.3 en Afrique, et là où la mise en œuvre a eu lieu, il n'y a pas de preuve sur l'impact et encore moins sur la nature, la forme et l'étendue de l'influence. En outre, il n'existe aucune documentation appropriée sur la nature de l'interaction entre l'industrie du tabac et les décideurs et prometteurs de la lutte antitabac. Les recherches suivantes sont nécessaires pour combler les lacunes en matière de connaissances

- (i)** La mise en œuvre efficace de l'article 5.3 en Afrique;
- (ii)** Estimation économique du coût de l'interférence de l'industrie du tabac et de ses implications pour les économies nationales des pays africains;
- (iii)** Capacité des Etats africains à répondre efficacement à l'ingérence de l'industrie du tabac;
- (iv)** Efficacité des campagnes médiatiques sur le tabac pour contrer l'ingérence de l'industrie;
- (v)** Interaction des politiques de l'IT et de LAT et impact des politiques de LAT sur le commerce du tabac;
- (vi)** Impact de l'influence de l'IT sur la culture du tabac, y compris les efforts pour comprendre les relations de l'industrie avec les agriculteurs et les moyens d'encourager la substitution des cultures;
- (vii)** Nature, forme et type de responsabilité sociale de l'entreprise;
- (viii)** Les pratiques commerciales de l'industrie du tabac et la fraude et l'évasion fiscales (licences, sociétés mixtes/filiales);
- (ix)** Facteurs et éléments moteurs des décisions d'investissement de l'industrie du tabac;

- (x) Comprendre le marketing antitabac; l'efficacité des messages, la communication innovante et les stratégies de marketing de l'industrie du tabac afin de coordonner les ripostes.

PHASE III: ECONOMIE DU TABAC

7. Production de tabac, moyens de subsistance alternatifs et environnement (distribution, chaîne de valeur, impact environnemental, historique et déterminants de la production de tabac)

Bien qu'il existe des travaux et des connaissances sur l'économie de la culture du tabac en Afrique, sur la rentabilité de la culture du tabac, les chaînes de valeur, ainsi que les coûts de substitution des cultures, ils ne sont pas beaucoup connus ou coordonnés pour une diffusion et une utilisation efficaces. Il faut comprendre les motivations pour une transition vers des alternatives économiquement viables et l'impact de la production de tabac sur les ménages des agriculteurs et sur les pays producteurs de tabac. Des recherches devraient être menées sur les effets néfastes de la culture du tabac sur la santé et l'économie des agriculteurs.

Il est très répandu que la culture du tabac a des effets négatifs sur l'environnement (CLATA 2012; Kibwage et al. 2009). Selon une revue de la littérature publiée en 2012, la culture du tabac, notamment dans les pays à faible et moyen revenu, entraîne la déforestation et l'érosion des sols en raison du défrichage des terres pour la culture et le séchage du tabac, et la pollution des rivières et des cours d'eau par des produits agrochimiques tels que les pesticides et les engrais qui sont beaucoup utilisés (Arcury et Quandt, 2006; Mangora, 2005). Ces phénomènes entraînent à leur tour des perturbations écologiques. Bien que la CCLAT de l'OMS soit en place depuis plus d'une décennie, il y a très peu de volonté des décideurs et de chercheurs de soutenir la mise en œuvre des politiques. Ce domaine de recherche se concentrera sur l'offre de tabac en mettant l'accent sur les articles 17 et 18 de la CCLAT de l'OMS, et les thèmes de recherche suivants sont nécessaires pour combler les lacunes en matière de connaissances:

- (i) Les voies historiques et les déterminants de la production de tabac;
- (ii) Impact de la culture du tabac sur l'environnement, y compris la qualité du sol et de l'eau, et l'érosion;
- (iii) Chaîne d'approvisionnement et de valeur pour des alternatives viables, à savoir une analyse du marché (par exemple, des acheteurs potentiels) et de la rentabilité dans différentes régions;

- (iv) Impact économique et social de la substitution des cultures; expériences contrôlées sur les programmes d'intrants, les programmes de crédit et les améliorations du marché;
- (v) Effets de la culture du tabac sur la santé des agriculteurs.

8. Economie du tabac et lutte antitabac (produit, prix, illicite, tabac, commerce, fiscalité)

Le tabagisme pèse sur les économies nationales avec plus de 2 000 milliards de dollars américains (PPA) des coûts de soins de santé et de perte de productivité par an, ce qui équivaut en magnitude à 1,8% du Produit Intérieur Brut (PIB) annuel mondial et 40% de ce coût se produit dans les pays en développement (NCI et OMS 2016). Aujourd'hui, le fardeau économique du tabac pose d'énormes défis en Afrique subsaharienne, exacerbés par le marketing agressif de l'industrie du tabac, l'introduction de nouveaux produits du tabac et, d'une manière générale, des cadres réglementaires très inefficaces. L'économie du tabac et la lutte antitabac constituent une discipline vaste et de grande envergure dont les implications dépassent largement le domaine de la santé publique. Couvrant des sujets aussi vastes que la relation entre le tabagisme et la pauvreté, les flux commerciaux licites et illicites, la taxation des produits du tabac et le fardeau économique des maladies causées par le tabac, l'économie de la lutte antitabac est au cœur du développement (NCI et OMS 2016).

L'article 6 de la CCLAT de l'OMS prévoit des directives aux parties pour mettre en œuvre les mesures fiscales afin de réduire la prévalence du tabagisme (OMS 2010). Dans ces directives, l'OMS exhorte les parties à appliquer des taxes sur les produits du tabac qui entraînent une hausse des prix réels à la consommation (ajustés à cause de l'inflation), ce qui est souhaitable car cela permettrait de réduire la consommation et la prévalence, et donc de diminuer la mortalité et la morbidité et d'améliorer la santé de la population. L'augmentation des taxes sur le tabac est particulièrement importante à trois égards: (1) elle protège les jeunes et les pauvres contre l'initiation ou la poursuite de la consommation de tabac, ce qui réduit les dommages liés au tabac, y compris la charge de morbidité et de mortalité; (2) elle constitue la mesure de réduction de la demande de lutte antitabac la plus rentable qui réduit la prévalence du tabagisme et (3) elle augmente les recettes publiques. Parmi les mesures politiques clés de cet article, il y a: la révision des systèmes fiscaux, la fixation des prix des produits du tabac, la mise en place des systèmes de suivi et de traçabilité, les accords commerciaux aux niveaux national, régional et international.

Une récente évaluation de la mise en œuvre de la CCLAT de l'OMS a révélé que cet article est parmi les articles qui ont été mis en œuvre efficacement au niveau mondial, mais le plus faible en Afrique (Chung-Hall et al. 2018). Cet échec de mise en œuvre est principalement due à l'incapacité des ministères de la Santé et des finances d'appliquer les politiques fiscales favorables à la lutte antitabac, de contrer l'influence agressive de l'industrie du tabac et de fournir suffisamment des

preuves spécifiques au contexte pour guider la mise en œuvre des politiques. Les discussions actuelles à l'échelle mondiale sur le financement des MNT et le programme de couverture sanitaire universelle se concentrent sur la taxation du tabac comme l'une des voies de financement national, plus précisément, l'accord de financement conjoint de la santé pour l'Afrique 2015 d'Addis-Abeba et l'Agenda Afrique 2063 (Union africaine 2013; OMS 2015b).

Dans le même ordre d'idées, il y a le commerce illicite des produits du tabac (Article 15 de la CCLAT de l'OMS qui vise à éliminer toutes les formes de commerce illicite des produits du tabac, y compris la production et la vente illégales de ces produits). Cet article établit une série de mesures visant à éradiquer le commerce illicite, à promouvoir l'application de la loi et à fournir la base juridique de la coopération internationale. Bien que l'ampleur du commerce illicite de tabac soit élevée selon l'industrie du tabac, il n'y a pas assez de preuves pour donner une image claire du commerce illicite en Afrique, avec des précisions sur les acteurs, la nature, les effets, l'ampleur, les stratégies d'atténuation durables en Afrique. Les recherches suivantes sont nécessaires pour combler les lacunes en matière de connaissances:

- (i)** Des estimations spécifiques ajustées par pays du risque y relatif et des fractions attribuables de la mortalité, des coûts des soins de santé et des handicaps dus à l'usage du tabac;
- (ii)** Les régimes et systèmes fiscaux actuels, leur efficacité et leur impact;
- (iii)** Des régimes fiscaux efficaces et un financement durable de l'étendue et de l'impact de la lutte antitabac;
- (iv)** Coût économique du tabagisme/charge des maladies liées au tabac;
- (v)** Utilisation et dépenses pour le traitement et les coûts spécifiques aux maladies;
- (vi)** Fixation effective des prix des produits du tabac nouveaux et émergents;
- (vii)** Contribution des transitions socio-économiques à l'évolution du tabagisme;
- (viii)** Estimations sur la base du marché des coûts de productivité liés au décès, à l'invalidité et à l'interaction entre l'assurance, la participation à la vie active et les revenus;
- (ix)** L'influence de l'industrie du tabac sur les structures fiscales, les prix et le marché des produits du tabac en Afrique;
- (x)** L'élasticité des prix varie au fil du temps à différents niveaux de taxes et de prix, élasticité croisée des prix;
- (xi)** Niveaux du commerce illicite des produits du tabac en Afrique;
- (xii)** Les acteurs, la nature, l'ampleur et les effets du commerce illicite;
- (xiii)** Stratégies d'atténuation du commerce illicite.

5

CAPACITES DE RECHERCHE EN AFRIQUE

Le manque actuel de capacités de recherche sur le continent africain, aggravé par les taux d'attrition élevés, exige que le Programme prévoit un ensemble d'actions de soutien pour faciliter la coordination globale du renforcement des capacités en matière de recherche. Avec la lenteur et la faiblesse de la mise en œuvre de la CCLAT de l'OMS après dix ans d'existence, il est temps pour l'Afrique de coordonner le renforcement des capacités dans la recherche en matière de lutte antitabac afin d'accélérer la mise en œuvre. Le PRLAT offre également au Centre de Lutte Antitabac en Afrique (CLATA) une bonne occasion pour promouvoir des programmes nationaux de lutte antitabac fondés sur des preuves. Conformément à l'article 20 de la CCLAT de l'OMS, les Parties doivent développer et promouvoir la recherche nationale et coordonner les programmes de recherche aux niveaux régional et international en matière de la lutte antitabac. Les Parties sont encouragées à prendre l'initiative et à coopérer avec les organisations intergouvernementales internationales et régionales compétentes et d'autres organismes pour mener des recherches et renforcer les capacités en matière de recherche. Ainsi, le PRLAT soutiendra la fourniture des preuves nécessaires sur le continent africain pour accélérer la mise en œuvre de la CCLAT de l'OMS.

Cette section se concentrera sur trois domaines de la capacité de recherche: (a) la mise en évidence des capacités existantes en termes de qualifications et de compétences des chercheurs individuels, de capacité de recherche institutionnelle et de supports de recherche existants; (b) les lacunes en termes de capacité de recherche et (c) les approches de renforcement des capacités de recherche requises pour l'Afrique.



5.1 Capacités de recherche en Afrique

Il n'existe pas de documentation claire sur les capacités de recherche existante en matière de lutte antitabac en Afrique. La plupart des recherches en matière de LAT sont menées par des chercheurs individuels au sein des universités ou des instituts de recherche privés, et quelques-unes par des organismes publics. La collaboration OMS-CDC est chargée de mener des enquêtes sur la prévalence du tabagisme par le biais du Système Mondial de Surveillance du Tabac (SMST). Il existe des centres de connaissances qui fournissent des données sur des domaines tels que la taxation du tabac, la surveillance de l'industrie du tabac et le commerce illicite.

Parmi les autres institutions figurent les universités et les instituts de recherche privés. Plusieurs documents de recherche ont été élaborés et diffusés à travers les sites web et d'autres plates-formes tels que des réunions et des ateliers. Ces supports comprennent des outils de recherche normalisés, notamment les outils d'enquête TQS et STEPS, élaborés par l'OMS et CDC (GATS 2011), des lignes directrices telles que le kit fiscal de l'OMS pour la modélisation fiscale (OMS 2012b), l'indice de durabilité des programmes

nationaux de lutte antitabac par l'Union, l'Outil de Conformité au Programme "Monde Sans Tabac" (Union 2014) et le guide pour le pré-test des Alertes Graphiques de

Santé (Hammond et Reid, 2011) ainsi que les outils de surveillance de l'industrie du tabac. Ces outils sont très utiles pour guider les chercheurs dans leurs activités sur le respect de l'interdiction de fumer, pour évaluer les opinions sur les Alertes Graphiques de Santé conçues, et la réalisation d'enquêtes de prévalence. Bien que certains de ces outils doivent être adaptés au contexte africain et rassemblés sur une seule plateforme pour en faciliter l'accès.

L'Afrique compte plusieurs partenaires à l'échelle mondiale qui ont fourni des capacités de recherche, des formations et des ressources, notamment humaines et financières. Parmi ces partenaires, on peut citer la Fondation Gates, Bloomberg Initiative, NIH/NCI, American Cancer Society, USAID, CRDI, Banque Mondiale, Union, DFID, SIDA, le Gouvernement italien.

5.2 **Lacunes identifiées en termes de Capacité de Recherche**

Les politiques et programmes fondés sur des données probantes peuvent facilement être entravés en cas de faible capacité de production des recherches nouvelles et/ou pertinentes pour répondre aux besoins d'information des décideurs en temps utile (McDonald et al, 2009). L'Afrique ne dispose pas de capacités adéquates pour la recherche en matière de lutte antitabac. Le fardeau socio-économique actuel et potentiel de la production et de la consommation de tabac souligne la nécessité de renforcer les capacités de recherche dans les pays en développement. La rareté des aptitudes et des compétences pour la recherche multidisciplinaire et politique est aggravée par l'incapacité des organismes donateurs à être proactifs dans le financement de la recherche sur des problèmes innovants, le manque de matériel et d'outils pour soutenir la recherche et la faiblesse ou l'absence de collaborations en matière de recherche (Baris et al, 2000). Le NCI mène actuellement une analyse du réseau de recherche sur la LAT qui fournira des informations détaillées sur qui fait quoi, avec qui ils sont en relation, les domaines d'intérêt et les lacunes. Il est important de procéder à une évaluation des besoins en capacités de recherche afin d'identifier les lacunes actuelles.

5.3 Renforcement des Capacités de la Recherche en matière de Lutte Antitabac en Afrique

L'Afrique est toujours en retard en termes de nombre de scientifiques pour mener des recherches de haute qualité. Ce retard est dû aux ressources insuffisantes et au très petit nombre d'instituts de recherche impliqués dans la lutte antitabac. La stratégie de renforcement des capacités de recherche permettra de renforcer et d'accroître les capacités de recherche et d'analyse en Afrique afin de combler les lacunes en matière de recherche. Plus précisément, le renforcement des capacités visent à: (a) étendre et intégrer les capacités de recherche, (b) renforcer le leadership de la recherche en matière de lutte antitabac en Afrique et (c) mobiliser les principales parties prenantes autour du développement des capacités de recherche.

Le renforcement des capacités de recherche sera axé sur les individus et les institutions et adoptera une approche globale. Il vise à accroître le nombre de personnes nécessaires pour générer et mobiliser des ressources et renforcer les aptitudes et les compétences pour mener des recherches. Les stratégies suivantes seront utilisées pour renforcer les capacités:

- (i) **Soutien à la recherche:** Des ressources destinées à accompagner les étudiants en Master et Doctorat dans les recherches dans certains des domaines prioritaires seront identifiées. Cela se fera en partenariat avec les universités, les instituts de recherche et d'autres institutions de renforcement des capacités, tant au niveau régional que mondial;
- (ii) **Bourses de recherche et mentorat:** Les programmes seront élaborés et mis en œuvre en partenariat avec des universités et d'autres instituts de recherche. Un inventaire d'experts/mentors dans différents domaines de la lutte antitabac sera créé pour aider les boursiers à renforcer leurs capacités de recherche et à fournir les résultats de recherche nécessaires à la mise en œuvre des politiques, notamment des notes d'orientation, des fiches d'information, des rapports et des publications;
- (iii) **Subvention de démarrage:** Les personnes formées seront soutenues par de petites subventions ou des subventions de démarrage pour transformer des idées en propositions à part entière ou pour mener des projets de recherche à court terme afin de catalyser des projets de recherche plus importants;
- (iv) **Cours de courte durée:** Les cours visant à renforcer les capacités et les compétences en matière de recherche seront identifiées. Ils seront dispensés à des individus, groupes et institutions, puis identifiées et diffusées aux candidats potentiels. Certains de ces cours adopteront des méthodologies d'apprentissage virtuel, à distance ou en face à face.

- (v) **Partenariats de recherche public-privé:** Ces partenariats seront facilités dans le domaine technique;
- (vi) **Collaboration en matière de recherche:** Établir une collaboration entre les instituts de formation, les organismes de recherche et les individus africains par le biais d'arrangements structurés;
- (vii) **Encourager la collaboration:** Les réseaux de recherche à revenus élevés, faibles et moyens devraient s'intégrer pour améliorer le transfert de connaissances et de compétences;
- (viii) **Mise en place d'une institution de soutien au lobbying:** Utiliser les infrastructures soutenues par la technologie pour accélérer la recherche et transformer les données en produits d'information à utiliser à la source et pour la formulation des politiques.

REFERENCES

1. African Union AU (2013) Agenda2063. In. <https://au.int/en/agenda2063> Accessed 06/12/2018 African Union
2. Ahluwalia IB, Arrazola RA, Ogwell AE (2016) Tobacco control in Africa. *Preventive medicine* 91:S1
3. Arcury TA, Quandt SA (2006) Health and social impacts of tobacco production. *Journal of agromedicine* 11(3-4):71-81 doi:10.1300/J096v11n03_08
4. Baris E, Brigden LW, Prindiville J, e Silva VLdC, Chitanondh H, Chandiwana S (2000) Research priorities for tobacco control in developing countries: a regional approach to a global consultative process. *Tobacco control* 9(2):217-223
5. Blecher E, Ross H (2013) Tobacco use in Africa: tobacco control through prevention. *American Cancer Society*
6. Bondurant S, Wedge R (2009) Combating Tobacco Use in Military and Veteran Populations. Factors that Influence Tobacco Use. Institute of Medicine (US) Committee on Smoking Cessation in Military and Veteran Populations, vol 3. National Academies Press (US), Washington DC
7. Bump JB, Reich MR (2013) Political economy analysis for tobacco control in low- and middle-income countries. *Health policy and planning* 28(2):123-33 doi:10.1093/heapol/czs049
8. Chung-Hall J, Craig L, Gravely S, Sansone N, Fong GT (2018) Impact of the WHO FCTC over the first decade: a global evidence review prepared for the Impact Assessment Expert Group. *Tobacco control:tobaccocontrol-2018-054389*
9. CTCA (2012) Alternative Livelihoods to Tobacco Growing and Environmental Conservation Meeting in Kampala, Uganda. Center for Tobacco Control in Africa
10. Diaz P, Ferketich, A (2018). Smoking and HIV: Confronting the epidemic. *The Lancet HIV*, 5(3) 109-110 doi:[https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(18\)30001-8](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(18)30001-8)
11. Drope J, Liber AC, Cahn Z, Stoklosa M, Kennedy R, Douglas CE, Henson R, Drope J. (2018) Who's still smoking? Disparities in adult cigarette smoking prevalence in the United States. *CA: a cancer journal for clinicians* 68(2):106-115
12. Eriksen M, Mackay J, Schluger N, islami F, Drope J (2017). *The Tobacco Control Atlas*. Atlanta: The American Cancer Society; 2015
13. GATS GTSSCG (2011) Tobacco questions for surveys: a subset of key questions from the Global Adult Tobacco Survey (GATS). Atlanta Centers for Disease Control and Prevention

14. Gaur, Dushyant & Talekar, M & Pathak, V. (2007). Effect of cigarette smoking on semen quality of infertile men. *Singapore medical journal*. 48. 119-23.
15. Gilmore AB, Fooks G, Drope J, Bialous SA, Jackson RR (2015) Exposing and addressing tobacco industry conduct in low-income and middle-income countries. *The Lancet* 385(9972):1029-1043
16. Giles, M.L., Gartner, C. and Boyd, M.A.(2018). Smoking and HIV: what are the risks and what harm reduction strategies do we have at our disposal?. *AIDS Res Ther*, 15(26) doi:10.1186/s12981-018-0213-z
17. Hammond D, Reid J. (2011). Pre-testing and evaluating warning messages for tobacco products.
18. Harlev, A., Agarwal, A., Gunes, S. O., Shetty, A., & du Plessis, S. S. (2015). Smoking and Male Infertility: An Evidence-Based Review. *The world journal of men's health*, 33(3), 143–160. doi:10.5534/wjmh.2015.33.3.143
19. Hawkes S, Buse K (2018) Gender-Responsive Tobacco Control: Evidence and Options for Policies and Programmes. World Health Organization
20. Helleberg M, Afzal S, Kronborg G, et al. (2012) Mortality attributable to smoking among HIV-1-infected individuals: a nationwide, population-based cohort study. *Clinical Infectious Diseases* 56(5):727-734
21. Jensen M.S., Mabeck L.M., Toft G., Thulstrup A.M., Bonde J.P. (2005). Lower sperm counts following prenatal tobacco exposure. *Human Reproduction*, Volume 20, Issue 9, Pages 2559–2566, <https://doi.org/10.1093/humrep/dei110>
22. Kibwage JK, Odondo A, Momanyi G (2009) Assessment of livelihood assets and strategies among tobacco and non tobacco growing households in south Nyanza region, Kenya. *African Journal of Agricultural Research* 4(4):294-304
23. L. Joossens, M Raw., 2006; The Tobacco Control Scale: a new scale to measure country activity: *Tobacco Control* 2006;15:247–253. doi: 10.1136/tc.2005.015347.; www.tobaccocontrolscales.org
24. Kirigia J.M., Ota M.O., Senkubuge F., Wiysonge C.S., Mayosi B.M. (2016). Developing the African national health research systems barometer. *Health Res Policy Sys* 14:53 doi:10.1186/s12961-016-0121-4
25. Kruse GR, Bangsberg DR, Hahn JA, Haberer JE, Hunt PW, Muzoora C, Bennett JP, Martin JN, Rigotti NA (2014). Tobacco use among adults initiating treatment for HIV infection in rural Uganda. *AIDS Behav*, 18(7), pp. 1381–1389. doi:10.1007/s10461-014-0737-8 Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24638166>
26. Lopez, A. D., N. E. Collishaw, and T. Piha. (1994). A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tobacco Control*(3):242-247.
27. Mangora MM (2005) Ecological impact of tobacco farming in miombo woodlands of Urambo District, Tanzania. *African Journal of Ecology* 43(4):385-391
28. Mamudu, H. M., Subedi, P., Alamin, A. E., Veeranki, S. P., Owusu, D., Poole, A., ... Oke, A. (2018). The Progress of Tobacco Control Research in Sub-Saharan Africa in the Past 50 Years: A Systematic Review

of the Design and Methods of the Studies. *International journal of environmental research and public health*, 15(12), 2732. doi:10.3390/ijerph15122732

29. Marquez, Patricio V.; Farrington, Jill L.. (2013). The challenge of non-communicable diseases and road traffic injuries in Sub-Saharan Africa : an overview (English). Washington DC ; World Bank. <http://documents.worldbank.org/curated/en/8444381468209068874/The-challenge-of-non-communicable-diseases-and-road-traffic-injuries-in-Sub-Saharan-Africa-an-overview>
30. McDonald PW, Viehbeck S, Robinson SJ, Leatherdale ST, Nykiforuk CI, Jolin MA (2009). Building research capacity for evidence-informed tobacco control in Canada: a case description. *Tobacco induced diseases* 5(1):12
31. Méndez D, Alshanteqy O, Warner KE (2013). The potential impact of smoking control policies on future global smoking trends. *Tobacco control* 22(1):46-51
32. Mitchell R.J. and Bates. P. (2011). *Population Health Management*. Volume: 14 Issue 2
33. Mitton, J. A., North, C. M., Muyanja, D., Okello, S., Voechovská, D., Kakuhikire, B., Tsai A.C., Siedner, M. J. (2018). Smoking cessation after engagement in HIV care in rural Uganda. *AIDS care*, 30(12), 1622-1629. doi:10.1080/09540121.2018.1484070
34. Murphy J.D., Liu B, Parascandola M. (2019). Smoking and HIV in Sub-Saharan Africa: A 25-Country Analysis of the Demographic Health Surveys, *Nicotine & Tobacco Research* 21(8), Pages 1093-1102, <https://doi.org/10.1093/ntr/nty176>
35. NCI, WHO (2016) U.S. National Cancer Institute and World Health Organization. *The Economics of Tobacco and Tobacco Control*. National Cancer Institute Tobacco Control Monograph 21. NIH Publication No. 16-CA-8029A. Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institute of Health, National Cancer Institute; and Geneva, CH: World Health Organization; 2016
36. Janet Okamoto¹, Mark Parascandola², Jenny Twesten³, Scott J. Leischow⁴; ¹Mayo Clinic, AZ, USA; ²National Cancer Institute, MD, USA; ³The Bizzell Group, MD, USA; ⁴Arizona State University, AZ, USA; Tobacco Control and Cancer in Africa: Connections, Collaboration, and Dissemination among African Tobacco. Working draft.
37. Ramlau-Hansen, C. H., Thulstrup A. M., Aggerholm A. S., Jensen M. S., Toft G., Bonde J. P. (2006). Is smoking a risk factor for decreased semen quality? A cross-sectional analysis *Hum Reprod.* 22(1): 188-196. doi: 10.1093/humrep/del364
38. Schilling K, Toth B, Rösner S, Strowitzki T, Wischmann T (2012) Prevalence of behaviour-related fertility disorders in a clinical sample: results of a pilot study. *Arch Gynecol Obstet* 286(5):1307-1314
39. Small R, Linou N, Webb D, Dhaliwal M (2017). Tobacco control in the Sustainable Development Goals: a precarious inclusion? *The Lancet Public health* 2(6):e258 doi:10.1016/s2468-2667(17)30100-7

40. Thun M, Peto R, Boreham J, Lopez AD (2012). Stages of the cigarette epidemic on entering its second century. *Tob Control*. 21(2):96-101. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2011-050294
41. UDHR (1948) Universal Declaration of Human Rights. In. <http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/> Accessed 05/12/2018 2018
42. UNDP (2016a) Sustainable Development Goals (SDGs). In. <http://www.undp.org/content/undp/en/home/sustainable-development-goals.html> Accessed 05/12/2018
43. UNDP (2016b) Tobacco Control Governance in Sub-Saharan Africa. In. <http://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/hiv-aids/tobacco-control-governance-in-sub-saharan-africa.html> Accessed 03/12/2018
44. UNDP (2017) The WHO Framework Convention on Tobacco Control an Accelerator for Sustainable Development. In. <http://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/hiv-aids/-the-who-framework-convention-on-tobacco-control-an-accelerator-.html> Accessed 04/12/2018
45. UNICEF (2014) Generation 2030 Africa. New York: UNICEF
46. Union (2014) Assessing Compliance with Smoke-Free Laws: A “How-to” Guide for Conducting Compliance Studies, Second Edition edn. International Union Against Tuberculosis and Lung Disease
47. Van Zyl Smit R. N., Pai M., Yew W. W., Leung C. C. , Zumla A. , Bateman E. D. , Dheda K. (2010). Global lung health: the colliding epidemics of tuberculosis, tobacco smoking, HIV and COPD. *European Respiratory Journal* 35: 27-33; DOI: 10.1183/09031936.00072909
48. Vellios N, Ross H, Perucic A-M (2018) Trends in cigarette demand and supply in Africa. *PloS one* 13(8):e0202467
49. Virtanen HE, Koskeniemi JJ, Sundqvist E, Main KM, Kiviranta H, Tuomisto JT, Tuomisto J, Viluksela M, Vartiainen T, Skakkebaek NE, Toppari J. (2012). Associations between congenital cryptorchidism in newborn boys and levels of dioxins and PCBs in placenta. *Int J Androl* 35: 283–293.
50. Weisberg E (1985) Smoking and reproductive health. *Clinical reproduction and fertility* 3(3):175-186
51. WHO (2007) A WHO/The Union monograph on TB and tobacco control: joining efforts to control two related global epidemics A WHO/the Union monograph on TB and tobacco control: joining efforts to control two related global epidemics.
52. WHO (2008b) WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package. World Health Organization Research for International Tobacco Control. World Health Organization, Geneva
53. WHO (2010) Price and tax policies (in relation to Article 6 of the Convention): Technical report by WHO’s Tobacco Free Initiative
54. WHO (2011) Scaling up action against noncommunicable diseases: how much will it cost?

55. WHO (2012a) Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: WHO; 2011. Google Scholar
56. WHO (2012b) WHO tobacco tax simulation model (WHO TaXSiM). Geneva: World Health Organization
57. WHO (2013) WHO Framework Convention on Tobacco Control: Guidelines for Implementation of Article 5.3, Articles 8 To 14. World Health Organization
58. WHO (2015a) The economic and health benefits of tobacco taxation.
59. WHO (2015b) Ethiopia and Development Partners Sign Joint Financing Arrangement for Health. In: WHO. <https://afro.who.int/news/ethiopia-and-development-partners-sign-joint-financing-arrangement-health> Accessed 06/12/2018
60. WHO (2015c) Report of the 29th Session of the African Advisory Committee on Health Research and Development (AACHRD) Meeting Harare, Zimbabwe 30-31 March 2015.
61. WHO (2016) Regional strategy for health security and emergencies 2016–2020. Regional Committee for Africa, 66. (2016). (Document AFR/RC66/6). World Health Organization. Regional Office for Africa.
62. WHO (2017a) Tobacco control for sustainable development.
63. Yen YF, Yen MY, Lin YS, Lin YP, Shih HC, Li LH, Chou P, Deng CY (2014). Smoking increases risk of recurrence after successful anti-tuberculosis treatment: a population-based study. The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease 18(4):492-498



Groupe de Validation du Programme de Recherche



ISBN 978-9970-451-10-4



9 789970 451104

